

UNIVERZITETNA PSIHIATRIČNA KLINIKA



Usmeritve za zagotavljanje varnosti bolnikov
ob izrednih razmerah na oddelku
SEMAFOR

PRIROČNIK ZA DELO NA ODDELKU



Kazalo

Potrebe	4
Namen projekta in cilj projekta	5
Kdaj se uporablja Usmeritve za zagotavljanje varnosti bolnikov ob izrednih razmerah na oddelku in seznime »SEMAFOR«	6
Primer treh situacij, ko se uporabi Usmeritve za zagotavljanje varnosti bolnikov ob izrednih razmerah na oddelku.....	6
Opis ugotovljenega stanja pred uvedbo projekta	7
Ugotovljene težave pred uvedbo projekta	7
Pomanjkanje osebja	8
Kratek opis izvedbe projekta	11
Elementi projekta	12
Kaj upoštevamo med izvajanjem projekta	20
Neizvedena zdravstvena nega – slabi občutki in slaba vest	22
Navodila za uporabo seznamov – »SEMAFORJEV«	25

PRILOGE (literatura, strokovni članki in raziskave)

Glej kazalo na naslednji strani

PRILOGE (literatura, strokovni članki in raziskave)

1.	Dejavniki neizvedene zdravstvene nege - sistematični pregled literature (10 strani)	
PRILOGA 1	.....	26
	Pregledni znanstveni članek / Review article (2021. Obzornik zdravstvene nege, 55(1), pp. 42–51)	
2.	Neizvedene aktivnosti zdravstvene nege v zdravstvenih in socialnovarstvenih zavodih - presečna raziskava (20 strani)	
PRILOGA 2	.....	37
	Izvirni znanstveni članek/Original scientific article (Revija_JHS-2023_vol10.n01_v1-36-55)	
3.	Doživljanje neizvedene zdravstvene nege pri medicinskih sestrah - integrativni pregled literature (10 strani)	
PRILOGA 3	.....	58
	Pregledni znanstveni članek/Review article (Obzornik zdravstvene nege, 57(1), pp. 43–52)	
4.	Kakovost in varnost v zdravstvu - PRIROČNIK (76strani)	
PRILOGA 4	.....	69
	Kakovost in varnost v zdravstvu / Zdenka Kramar. - Ljubljana : Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2022	
5.	Slaba vest in izgorelost medicinskih sester v enotah intenzivne nege in terapije (11 strani)	
PRILOGA 5	.....	146
	Izvirni znanstveni članek/Original scientific article (2021. Obzornik zdravstvene nege, 55(3), pp. 169–179)	
6.	IZPUŠČENA IN NEOPRAVLJENA ZDRAVSTVENA NEGA - zbornik izvlečkov z recenzijo (32 strani)	
PRILOGA 6	.....	158
	Zbornik izvlečkov z recenzijo, 2022	
7.	Kako nasloviti pomanjkanje medicinskih sester v Evropi, da bi ljudem z nenalezljivimi boleznimi zagotovili boljšo zdravstveno oskrbo (23 strani)	
PRILOGA 7	.....	191
	ZZNS - 2023	
8.	Seznami za posamezne izmene – »SEMAFOR«	
PRILOGA 8	.....	215
	(končni izdelek kot orodje za delo)	

Potrebe

Velikokrat se zgodilo, da smo imeli pri delu „izredne razmere“ in še vedno se dogaja. Bodisi zaradi nepričakovanega izpada osebja ali zaradi nepričakovanega povečanega obsega dela. Kljub trudu, znanju in izkušnjam, se je zgodilo, da je včasih prišlo do „incidenta“ – nismo zmogli vsega in je izpadla nenačrtovano neka zelo pomembna aktivnost ali pa je nekdo med nami sredi divjega prizadevanja, da bi vse naredili kar najbolje – naredil napako...

Morda je bil kdo manj toleranten do bolnika ali je med vihro celo pozabil na nadzor bolnika.

Postiljamo postelje v sobi, bolnik pri katerem je velika nevarnost za padec, pa sam sedi na hodniku.

Ob krizi nismo vedeli česa ne bomo zmogli, trudili smo se vse narediti. Izčrpani pa velikokrat ugotovili, da nam ni uspelo.

Smo se pa tolažili, da so bile postelje KLJUB IZREDNIM RAZMERAH odlično postlane.

Vedeli smo, da nismo krivi za nastale „incidente“, a nezadovoljstvo, moralna krivda in včasih občutek obupa nam niso dali miru.

Potrebujemo neko rešitev. Drugačno rešitev od nezadovoljnega KRITIZIRANJA IN JEZE na druge odgovorne...

Potrebujemo seznam nenujnih intervencij zdravstvene nege in opravil, ki jih lahko prestavimo, če pride do izrednih razmer.



Namen

Zagotoviti **varnost bolnikov** tudi v primeru izrednih razmer na oddelku, ko pride do nepričakovanega **zmanjšane**ga števila izvajalcev zdravstvene nege ali **prekomerno povečanega obsega dela**.

V okviru zagotavljanja varnosti se upošteva vse vidike varnosti, tudi ukrepe za preprečevanje bolnišničnih okužb.



Cilj

Izdelava **seznama opravil** razvrščenih po kriterijih zagotavljanja varnosti bolnikov na oddelku in **navodil** za uporabo tega seznama.

Projekt ne uvaja novih pravil ali protokolov, temveč pomaga osebju upoštevati vse obstoječe protokole, navodila, klinične poti in standarde ZN veljavne že do sedaj na Univerzitetni psihiatrični kliniki.

Seznam in navodila za uporabo tega seznama nam nudijo dodatno pomoč, navodila in usmeritve, sicer nas razmere same prisilijo, da izpadejo opravila, ki jih ne moremo opraviti – pa jih nismo načrtovali izpustiti. Seznam (»Semafor«) je orodje za lažje delo.



Za več informacij poglej:

PRILOGA 8

Seznami – »SEMAFOR«ji

Kdaj se uporablja

Usmeritve za zagotavljanje varnosti bolnikov ob izrednih razmerah na oddelku in sezname »SEMAFOR« uporabljamo:

1. vedno, ko je **nepričakovano zmanjšano število osebja**
2. vedno, ko je **nepričakovano prekomerno povečan obseg dela.**

Primer treh situacij, ko se uporabi Usmeritve za zagotavljanje varnosti bolnikov ob izrednih razmerah na oddelku:

Prvi primer

Ko med delom pride do poškodbe medicinske sestre in mora na urgenco. V isti izmeni pa druga medicinska sestra odide z bolnikom v spremstvo. V izmeni nepričakovano izpadeta dve medicinski sestri.

Drugi primer

Ena ali dve medicinski sestri zjutraj sporočita bolniško odsotnost.

Tretji primer

V izmeni je polna ekipa po standardu, vendar je nepričakovano nadpovprečno veliko sprejemov, premestitev in nadpovprečno zahteven oddelek glede posebnih varovalnih ukrepov in z visoko stopnjo nevarnosti za padec.

Vse druge situacije, ko je zmanjšano število osebja ali prekomerno povečan obseg dela.

Opis ugotovljenega stanja pred uvedbo projekta

Ugotovljene težave pred uvedbo projekta:

Sedaj je praksa taka, da vodje oddelkov in vodilni izmen zahtevajo enako opravljeno delo, kot če je polna ekipa po standardih.

Osebe ne zmore tega, posledično imajo občutek da se jim dela krivica zaradi prevelikih pričakovanj. To povzroča napetosti in konflikte, uporniško obnašanje in stiske pri zaposlenih.

Če pa se opušča dela in naloge zaradi pomanjkanja časa in osebja – se to počne brez načrta. Opusti se najmanj ustrezna opravila, kar ogroža varnost bolnikov in osebja.



Težko je med delom spremeniti rutino in načrtovana opravila. Zato potrebujemo dodatno pomoč, navodila in usmeritve, sicer nas razmere same prisilijo, da izpadejo dela in naloge, ki jih ne moremo opraviti – pa jih nismo načrtovali izpustiti. Seznam (»Semafor«) je orodje za lažje delo.

V okviru zagotavljanja varnosti se upošteva vse vidike varnosti, tudi ukrepe za preprečevanje bolnišničnih okužb. Ugotavljamo, da pred uvedbo projekta ob izrednih razmerah na odd. večkrat zmanjka časa za izvajanje del in nalog, ki so pomembne za preprečevanje bolnišničnih okužb.

OPIS UGOTOVLJENEGA STANJA PRED UVEDBO PROJEKTA

Ugotovljene težave pred uvedbo projekta:

POTREBUJEMO ORODJE ZA SPROTNO RANGIRANJE OPRAVIL V KRIZNI SITUACIJI

SEZNAM (SEMAFOR) JE DODATNO ORODJE

TEŽKO JE MED DELOM SPREMENITI RUTINO IN NAČRTOVANA OPRAVILA.

ZATO POTREBUJEMO DODATNO POMOČ, NAVODILA IN USMERITVE, SICER NAS RAZMERE SAME PRISILJJO, DA IZPADEJO DELA IN NALOGE, KI JIH NE MOREMO OPRAVITI – PA JIH NISMO NAČRTOVALI IZPUSTITI.

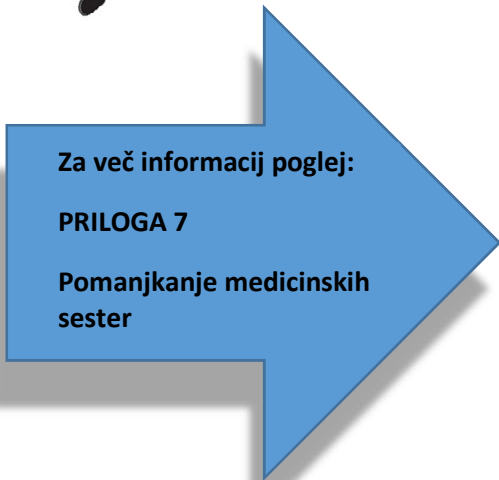
SEZNAM (SEMAFOR) JE USTREZNO ORODJE ZA LAŽJE NAČRTOVANJE INTERVENCIJ ZN IN NJIHOVO IZVEDBO



Pomanjkanje osebja

Žal lahko ugotovimo, da je prisotno pomanjkanje osebja ZN na Psihiatrični kliniki, kot tudi v ostalih zdravstvenih zavodih v Sloveniji in podobno stanje tudi v drugih razvitih državah po svetu.

To pomeni, da je oteženo hitro nadomeščanje izpadov v timih oziroma razporejanje dodatnega novega ob povečanem obsegu dela.



KAKO JE BILO VČASIH PRED UVEDBO PROJEKTA...

Pred projektom smo bili osredotočeni na naloge.

Sedaj smo osredotočeni na bolnikove potrebe in želje.



Če sta dva manj v timu, pa kljub temu sledimo rutini in postiljamo postelje. Kasneje pa zmanjka časa za kako nalogo, ki ogrozi varnost bolnikov. Ali pa smo v naglici nestrpni do bolnikov.

Postavljeni smo pred nove izzive, potrebujemo napredek, nove ideje, da osvojimo novo miselnost.

Naš projekt je le droben korak na tej poti k novi miselnosti, da je naše delo usmerjeno k pacientu in ne k nalogam.

Bolje bi bilo opustiti postiljanje in opraviti tiste bolj pomembne naloge, kot je recimo zagotavljanje varnosti bolnika in kakovostna obravnava.



Bolje bi bilo opustiti postiljanje in opraviti tiste bolj pomembna opravila.

Teško je med delom »na pamet« razporediti opravila glede na kriterij varnosti.

S seznamom smo pripravljeni za naprej (kaj se začasno prestavi) in bi bila opravila razporejena po pomembnosti – po kriteriju zagotavljanja varnosti bolnikov.

Seznam pripravljen v naprej bi **zmanjšal stiske osebja in konflikte z nadrejenimi**, ter povečal varnost bolnikov. V okviru zagotavljanja varnosti se upošteva vse vidike varnosti, tudi ukrepe pred bolnišničnimi okužbami.

ORODJE ZA DELO

SEZNAM (»SEMAFOR«) JE DODATNO ORODJE ZA LAŽJO ORGANIZACIJO DELA NA ODDELKU IN POMOČ PRI VODENJU TIMA ZN.



Seznami

DOPOLDANSKI SEMAFOR

- KLICE ZA POGLEDAT V LEKARNO PREUSMERIMO NA G3, G4
- SPIRANJE PIP
- SPREHAJANJE PACIENTOV
- POSTILJANJE POSTELJ
- PRESTILJANJE POSTELJ
- PRIPRAVA TH. TAKOJ PO SPREJEMU
- RAZKUŽEVANJE POSTELJ / POLNJENJE OMAR V KOPALNICI
- JUTRANJE UMIVANJE
- MENJAVA PLENIC, RAZEN NUJNIM
- LEŽEČE PACIENTE PUSTIMO V POSTELJI
- KO NI DT, SE OSTANE NA ODDELKU
- USTNA HIGIENA
- POLNJENJE OMAR S PERILOM
- POLNJENJE OMAR Z NEGOVALNIM MATERIALOM
- TEŽJA HRANJENJA - NADOMESTIMO Z I.V.
- RAZKUŽEVANJE ODDELKA
- RAZKUŽEVANJE POSTELJ
- POSTELJO SE UREDI, KO SE DEJANSKO PREMESTI
- DOGOVARJANJE ZA PREMESTITVE
- ASISTIRANJE INTERNISTKE
- PREVEZA RAN, ČE NI IZOBEDA
- SPREMLJANJE PACIENTOV

IZDELALI SMO ORODJE ZA SPROTNO RANGIRANJE INTERVENCIJ ZN V IZREDNIH RAZMERAH NA ODD

SEMAFOR G1

Za več informacij poglej:

PRILOGA 6

IZPUŠČENA IN NEOPRAVLJENA ZDRAVSTVENA NEGA



Za več informacij poglej:

PRILOGA 5

Slaba vest in izgorelost medicinskih sester

Kratek opis izvedbe projekta

Seznam ali »SEMAFOR«

Oblikujemo seznam opravil ZN **razvrščenih po kriteriju zagotavljanja varnosti** bolnikov.

Ta seznam bo v pomoč, ko pride do izrednih razmer na oddelku. Nam pomaga določiti opravila, ki **jih ob izrednih razmerah prestavimo na poznejši čas** in hkrati zagotovimo varnost bolnikov.

Seznam opravil razvrščenih po kriterijih zagotavljanja varnosti bolnikov oblikujemo z vključevanjem vseh izvajalcev ZN v timu. Seznam poimenujemo »SEMAFOR«. Oblikujemo seznam za vsako izmeno (dopoldan, popoldan, noč, celodnevna).

Diskusija, izobraževanje in pogovori

Izvede se več sestankov na to temo. Izvajalce ZN na oddelku se usmeri v premišljevanje in aktivno spremljanje izvajanja ZN s poudarkom na zagotavljanju kakovosti in varnosti bolnikov. Spodbuja se in izvede več pogovorov v manjših skupinah med timom.

Spodbujamo osebje, da prepozna in govori o svojih stiskah.

Literatura

Izvajalcem ZN se ponudi seznam ustrezne literature o zagotavljanju varnosti in kakovosti v ZN.

Izobraževanje osebja

Vsi člani tima se seznanijo z naslednjimi vsebinami:

- vsebine kakovosti in varnosti v ZN
- raziskave na področju »neizvedene ZN«
- stanju na področju pomanjkanja osebja v Sloveniji in v tujini
- obvladovanja stisk ob delu na oddelku
- prepoznavanju stresa in izgorelosti
- prepoznavanju občutkov krivde
- prepoznavanje občutkov slabe vesti zaradi »neizvedene ZN«

Opolnomočenje osebja

Med procesom oblikovanja seznama se zaposlene opolnomoči na področju zagotavljanja kakovosti in varnosti ZN.



Za več informacij pogledj:

PRILOGA 3

Doživljanje neizvedene zdravstvene nege

Elementi projekta



1. **analiza** stanja pred projektom
2. **seznanjanje osebja** na odd. z možnimi rešitvami
3. **iskanje literature** o obravnavanih vsebinah
 - *literatura o zagotavljanju varnosti in kakovosti bolnikov*
 - *literatura o stiskah osebja v ZN (občutki krivde zaradi »neizvedene ZN«, stres, izgorelost, jeza, obup)*
 - *literatura o »neizvedeni zdravstveni negi« (raziskave v Slo in po svetu)*
 - *literatura o pomanjkanju osebja v ZN v Sloveniji in v drugih državah*
4. **delovni sestanki** osebja z obravnavo teme in predstavitev literature
5. **diskusije** in **pogovori** med osebjem
6. **oblikovanje seznamov** opravil ZN za izmene (ovrednoteno in razvrščeno po kriteriju zagotavljanja varnosti bolnikov) – poimenujemo sezname **»SEMAFOR«**
 - *Dopoldanski semafor - seznam opravil ZN za dopoldansko izmeno*
 - *Popoldanski semafor - seznam opravil ZN za popoldansko izmeno*
 - *Nočni semafor - seznam opravil ZN za nočno izmeno*
 - *Celodnevni semafor - seznam opravil ZN za celodnevno izmeno*
7. **poskusno obdobje** uporabe seznamov
8. **evalvacija** poskusnega obdobja

Za več informacij poglej:

PRILOGA 1

**Sistematični pregled
literature**

1. ANALIZA STANJA PRED PROJEKTOM

ELEMENTI PROJEKTA 1.

ANALIZA STANJA PRED PROJEKTOM

Ugotovljene težave pred uvedbo projekta:

- OGROŽENA VARNOST BOLNIKOV
- OBČUTEK DA NE NADZORUJEMO RAZMER
- OBČUTKI DA SE JIM DELA KRIVICA
- MORALNA STISKA
- JEZA MED OSEBJEM
- NEZADOVOLJSTVO
- ABSENTIZEM
- ZMANJŠANA TOLERANCA DO BOLNIKOV
- KONFLIKTI Z NADREJENIMI
- NISMO NAREDILI POMEMBNEGA OPRAVILA
- POVEČANO TVEGANJE ZA NAPAKE PRI DELU

2. SEZNANJANJE OSEBJA NA ODD. Z MOŽNIMI REŠITVAMI

S seznanjanjem o dejstvih in o razširjenosti problema, se bomo lažje soočali z našimi lastnimi težavami.

SEZNANJANJE OSEBJA NA ODD. Z MOŽNIMI REŠITVAMI

seznanjanje razširjenosti problema

seznanjanje dejstvih

SEZNANJANJE

LAŽJE SE BOMO SOOČALI Z NAŠIMI LASTNIMI TEŽAVAMI

SEZNANJANJE

REŠITVE

3. ISKANJE LITERATURE O OBRAVNAVANIH

ELEMENTI PROJEKTA

3.



ISKANJE LITERATURE O OBRAVNAVANIH VSEBINAH



LITERATURA O ZAGOTAVLJANJU VARNOSTI IN KAKOVOSTI BOLNIKOV



LITERATURA O STISKAH OSEBJA V ZN (OBČUTKI KRIVDE ZARADI »NEIZVEDENE ZN«, STRES, IZGORELOST, JEZA, OBUP)

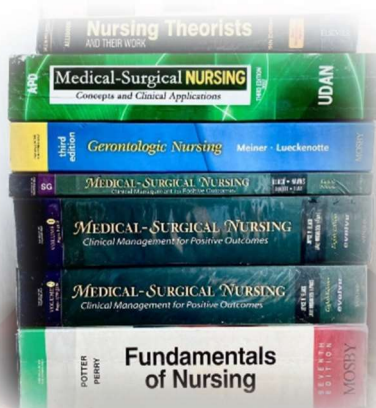


LITERATURA O »NEIZVEDENI ZDRAVSTVENI NEGI« (RAZISKAVE V SLO IN PO SVETU)



LITERATURA O POMANJKANJU OSEBJA V ZN V SLOVENIJI IN V DRUGIH DRŽAVAH

- literatura o zagotavljanju varnosti in kakovosti bolnikov
- literatura o stiskah osebja v ZN (občutki krivde zaradi »neizvedene ZN«, stres, izgorelost, jeza, obup)
- literatura o »neizvedeni zdravstveni negi« (raziskave v Slo in po svetu)
- literatura o pomanjkanju osebja v ZN v Sloveniji in v drugih državah



Za več informacij poglej:

PRILOGA 1

Sistematični pregled literature

4. DELOVNI SESTANKI OSEBJA Z OBRAVNAVO TEME IN PREDSTAVITEV LITERATURE

ELEMENTI PROJEKTA

4.

DELOVNI SESTANKI OSEBJA Z OBRAVNAVO TEME IN PREDSTAVITEV LITERATURE

Izobraževanje osebja

Vsi člani tima se seznanijo z naslednjimi vsebinami:

-  VSEBINE KAKOVOSTI IN VARNOSTI V ZN
-  RAZISKAVE NA PODROČJU »NEIZVEDENE ZN«
-  STANJU NA PODROČJU POMANJKANJA OSEBJA V SLOVENJI IN V TUJINI
-  OBVLADOVANJA STISK OB DELU NA ODDELKU
-  PREPOZNAVANJU STRESA IN IZGORELOSTI
-  PREPOZNAVANJU OBČUTKOV KRIVDE
-  PREPOZNAVANJE OBČUTKOV SLABE VESTI ZARADI »NEIZVEDENE ZN«

SEMAFOR G1

5. DISKUSIJE IN POGOVORI MED OSEBJEM

Diskusija, izobraževanje in pogovori

Izvedlo se je nekaj sestankov na to temo. Izvajalce ZN na oddelku se usmeri v premišljevanje in aktivno spremljanje izvajanja ZN s poudarkom na zagotavljanju kakovosti in varnosti bolnikov. Z načenjanjem teh tem se spodbuja pogovore v manjših skupinah med timom, kot tud o tem da prepoznavna in govori o svojih stiskah.

Opolnomočenje osebja

Ko smo oblikovali seznama se zaposlene opolnomoči na področju zagotavljanja kakovosti in varnosti ZN.

Opolnomočenje zaposlenih je naloga, ki vključuje in spodbuja interakcije zdravstvenih delavcev in vseh ljudi, ki na različne načine vplivajo na družbo ter posledično na zdravje in dobro počutje posameznika

(European Network on Patient Empowerment, 2012).

ELEMENTI PROJEKTA

5.

DISKUSIJE IN POGOVORI MED OSEBJEM

Diskusija, izobraževanje in pogovori



IZVEDE SE VEČ SESTANKOV NA TO TEMO.



Izvajalce ZN na oddelku se usmeri v premišljevanje in aktivno spremljanje izvajanja ZN s poudarkom na zagotavljanju kakovosti in varnosti bolnikov.



Spodbuja se in izvede več pogovorov v manjših skupinah med timom



Spodbujamo osebe, da prepozna in govori o svojih stiskah.

Opolnomočenje osebja

(European Network on Patient Empowerment, 2012)



Med procesom oblikovanja seznama se zaposlene opolnomoči na področju zagotavljanja kakovosti in varnosti ZN.



Opolnomočenje zaposlenih je naloga, ki vključuje in spodbuja interakcije zdravstvenih delavcev in vseh ljudi, ki na različne načine vplivajo na družbo ter posledično na zdravje in dobro počutje posameznika

PREPOZNAVAMO
IN GOVORIMO O
SVOJIH STISKAH

OPOLNOMOČENJE
ZAPOSLENIH

SEMAFOR G1

Za več informacij poglej:

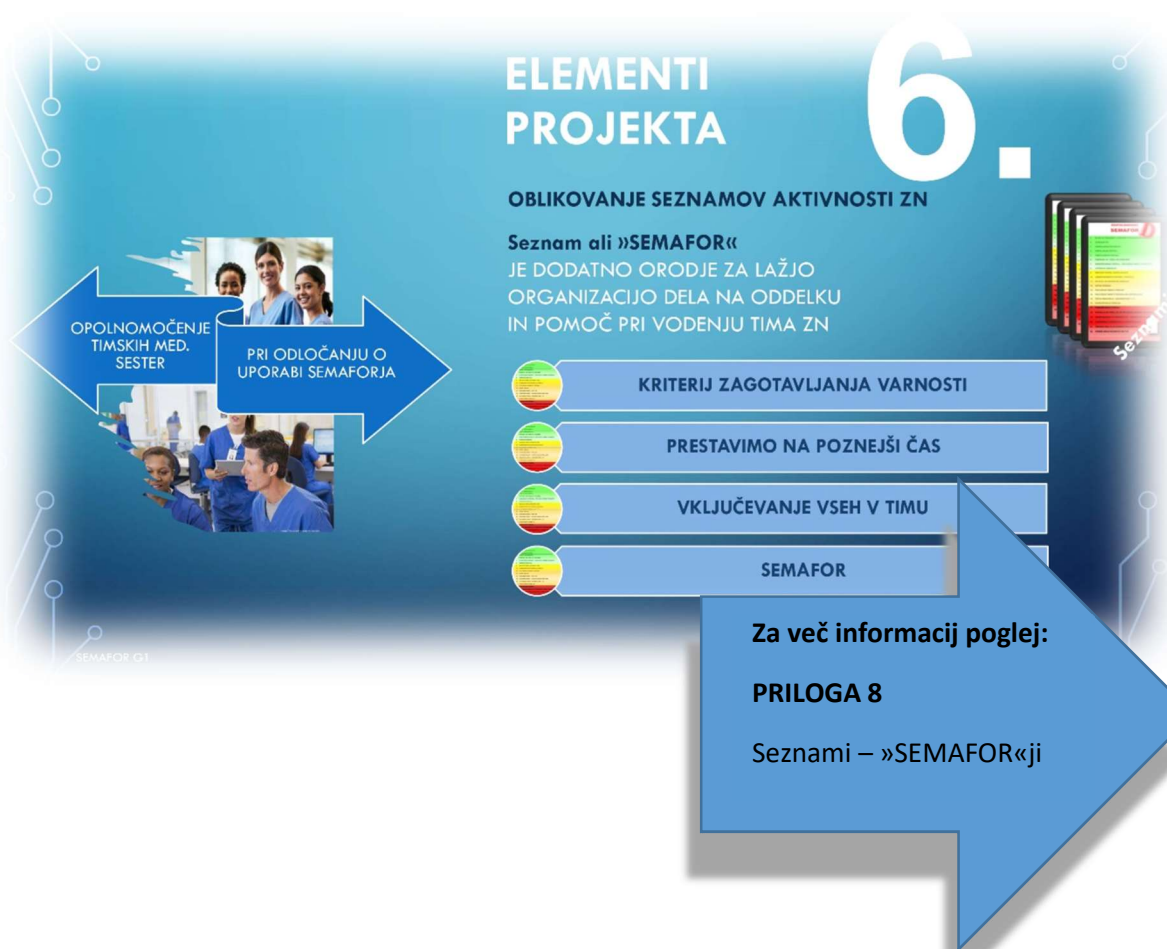
PRILOGA 3

**Doživljanje neizvedene
zdravstvene nege**

6. oblikovanje seznamov opravil ZN za izmene

(ovrednoteno in razvrščeno po kriteriju zagotavljanja varnosti bolnikov) – poimenujemo sezname »SEMAFOR«

- *Dopoldanski semafor - seznam opravil ZN za dopoldansko izmeno*
- *Popoldanski semafor - seznam opravil ZN za popoldansko izmeno*
- *Nočni semafor - seznam opravil ZN za nočno izmeno*
- *Celodnevni semafor - seznam opravil ZN za celodnevno izmeno*



7. poskusno obdobje uporabe seznamov

POSKUSNO OBDOBJE UPORABE SEZNAMOV na oddelku še poteka.

Opazi se premik od nalog, k zadovoljevanju bolnikovih potreb. Zato se osebje veseli semaforja, saj čutijo olajšanje. Opolnomoči MS pri odločanju uporabi semaforja, saj se spreminja ustaljena rutina in s tem povezani občutki krivde in dvomi, s pogovori se jih razbremenijo teh občutkov. Tako se pogovarjamo o stvareh ki bi jih sicer zamolčali in prikrili, kot tudi o neizvedeni ZN. Z uporabo seznamov je na timskih MS večja odgovornost. Nagnjeni smo k ocenjevanju drugih, kdo je kaj naredil in česa ni in je pomembno, da ob predajah to skomuniciramo. Skoz proces dela ugotavljamo tudi pomembnost nalog na seznamu, kar pomeni da se seznam še spreminja.

ELEMENTI PROJEKTA

7.

POSKUSNO OBDOBJE UPORABE SEZNAMOV

- PREMIK OD NALOG – K ZADOVLJEVANJU POTREB BOLNIKOV
- OSEBJE SE VESELI SEMAFORJA, SAJ ČUTIJO OLAJŠANJE
- RAZBREMENITEV KRIVDE IN DVOMOV
- OPOLNOMOČENJE TIMSKIH MED. SESTER
- VSEBINE, KI JIH SICER ZAMOLČIMO IN PRIKRIVAMO
- POMEN GLEDE POTREBE BOLNIKOV IN AKTIVNO RANGIRANJE
- NEIZVEDENA ZDRAVSTVENA NEGA
- OBČUTKI KRIVDE
- DVOMI



SEMAFOR 01 KAJ DOSEŽEMO Z UPORABO SEMAFORJA

- ZAGOTOVLJENA VARNOST BOLNIKOV
- OBČUTEK DA NADZORUJEMO RAZMERE
- NI OBČUTKOV KRIVICE
- NI MORALNE STISKE
- NI JEZE MED OSEBJEM
- ZADOVLJSTVO
- ZMANJŠAN ABSENTIZEM
- POTRPEŽLJIVOST DO BOLNIKOV
- MANJ KONFLIKTOV Z NADREJENIMI
- NAREDILI SMO VSA POMEMBNEGA OPRAVILA
- MANJ NAPAK PRI DELU



8. evalvacija poskusnega obdobja

Projekt je še vedno v poskusnem obdobju, zato končne evalvacije še ni.

Vmesna evalvacija kaže na višjo osredotočenost na pacientove potrebe in želje, kot tudi manj konfliktov z nadrejenimi, ker je manj stresa in stisk pri osebju.

Nismo pa še izvedli merjenja ključnih kriterijev z vprašalniki.

ELEMENTI PROJEKTA

8.

EVALVACIJA POSKUSNEGA OBDOBJA



OSREDOTOČANJE
NA BOLNIKOVE
POTREBE IN ŽELJE

MANJ KONFLIKTOV Z
NADREJENIMI



PROJEKT JE ŠE VEDNO V POSKUSNEM OBDOBJU,
ZATO KONČNE EVALVACIJE ŠE NI



VMESNA EVALVACIJA KAŽE VIŠJO STOPNJO OSREDOTOČANJA
NA BOLNIKOVE POTREBE IN ŽELJE



VMESNA EVALVACIJA KAŽE MANJ KONFLIKTOV Z NADREJENIMI



VMESNA EVALVACIJA KAŽE MANJ STRESA IN MANJ STISK PRI
OSEBJU



NISMO ŠE IZVEDLI MERJENJA KLJUČNIH KRITERIJEV
(VPRŠALNIKI...)

SEMAFOR G1

Kaj upoštevamo med izvajanjem projekta

Pri razvrščanju del in nalog upoštevamo izhodišča, ki nam jih ponujajo standardi ZN. Standardi so sredstvo za zagotavljanje kakovosti zdravstvene nege.

Kljub izdelanim standardom, pa v vsakem primeru zdravstvena nega ni izvedena v najvišji stopnji kakovosti. Poznamo tri – stopenjski sistem kakovosti ZN:



1. stopnja – SPREJEMLJIVA ZN, ki ji odgovarjajo MINIMALNI standardi
Vsi pacienti so oskrbovani po rutinski shemi.
2. stopnja – PRIMERNO DOBRA – OPTIMALNI standardi
Zdravstvena nega je načrtovana, vendar pacient ni direktno vključen v načrtovanje in vrednotenje.
3. stopnja – ODLIČNA – ZELO DOBRA ZN – MAKSIMALNI standardi

KAJ UPOŠTEVAMO PRI IZVAJANJU PROJEKTA

TRI – STOPENJSKI SISTEM KAKOVOSTI ZN

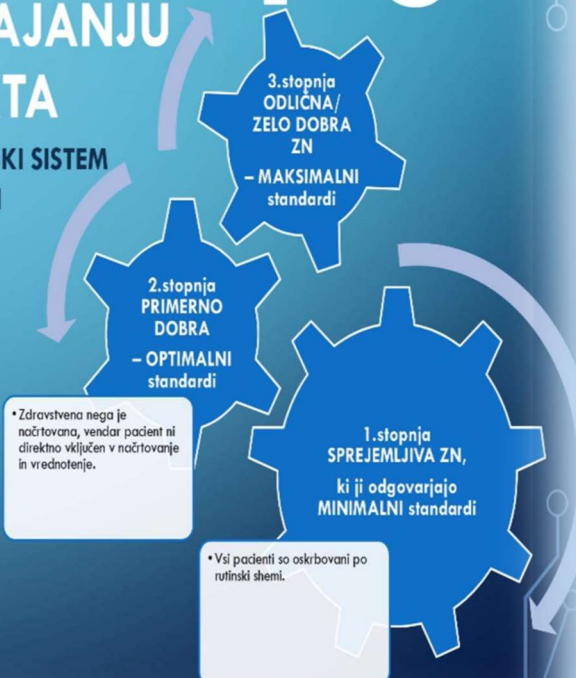
1-8



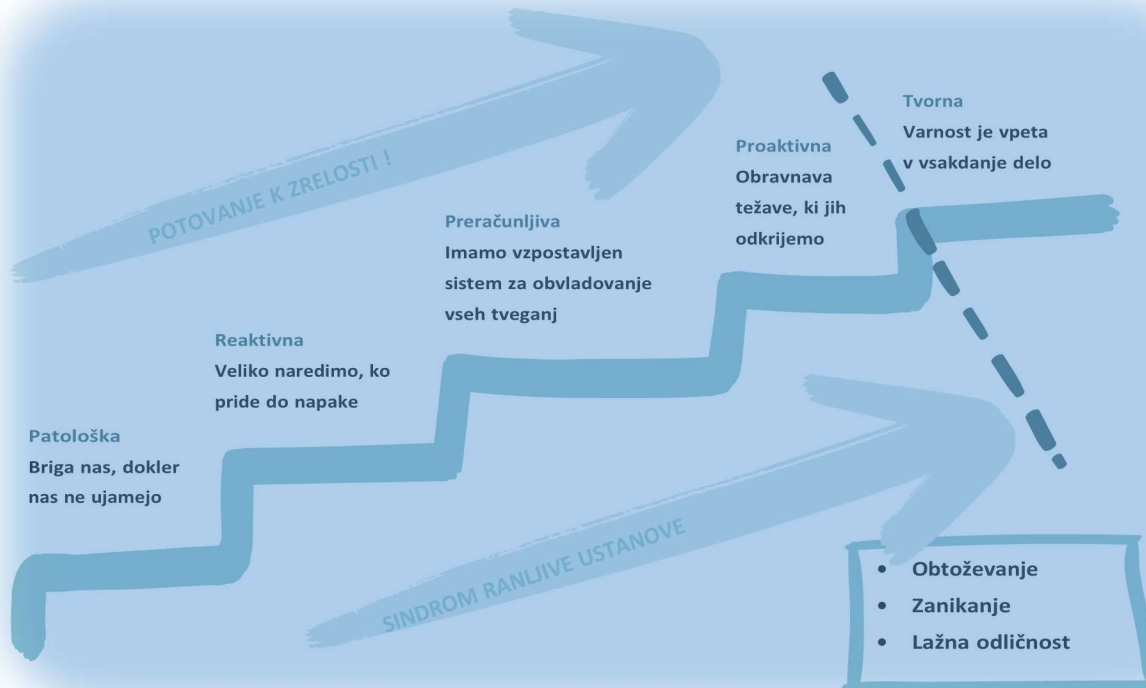
Pri razvrščanju del in nalog upoštevamo izhodišča, ki nam jih ponujajo **standardi ZN**.

Standardi so sredstvo za zagotavljanje kakovosti zdravstvene nege.

Kljub izdelanim standardom, pa v vsakem primeru zdravstvena nega ni izvedena v najvišji stopnji kakovosti.



Kultura varnosti pacientov je v tesni povezavi s kulturo organizacije in je plod evolucijskega razvoja, ki poteka od stopnje nevarnega do stopnje varnega. Za posamezno organizacijo lahko trdimo, da ima vpeljana kulturo varnosti, ko prestopi določeno točko na razvojni poti. Parker, Mathew, & Hudson (2006) so opredelili razvoj kulture varnosti in jo opisuje v petih razvojnih fazah, ki si sledijo od patološke, reaktivne, preračunljive, proaktivne do tvorne faze (Slika 1)



Slika 1: Model varnostne kulture (Vir: Parker, Mathew, & Hudson, 2006 cited Kramar, 2014)



To je potovanje k zrelosti od patološke, ko nas ne briga dokler nas ne ujamejo, reaktivne, ko veliko naredimo, ko pride do napake in naprej do preračunljive, ko imamo vpeljan sistem za obvladovanje vseh tveganj, še višje je proaktivna kultura varnosti, ko obravnavamo težave ki jih odkrijemo, do končne tvorbe, ko je varnost vpeta v vsakdanje delo. Sindrom ranljive ustanove je ko je prisotno obtoževanje, zanikanje in lažna odločnost.

Opolnomočenje zaposlenih je naloga, ki vključuje in spodbuja interakcije zdravstvenih delavcev in vseh ljudi, ki na različne načine vplivajo na družbo ter posledično na zdravje in dobro počutje posameznika (European Network on Patient Empowerment, 2012).

Neizvedena zdravstvena nega – slabi občutki in slaba vest

Zaradi obremenitev na delovnem mestu medicinske sestre preganjajo občutki strahu, da so kaj pozabile narediti ali da so delo opravile površno (Bentzen et al., 2013; Harvey et al., 2018), zaradi neizvedenih aktivnosti zdravstvene nege pa jih bremenijo občutki slabo opravljenega dela in slaba vest, ter občutki nezadostnosti in krivde (Bentzen et al., 2013; Papastavrou et al., 2014; Vryonides et al., 2014; Sundin et al., 2014; Winters & Neville, 2012; Rooddehghan et al., 2016; Harvey et al., 2018; Suhonen et al., 2018). Poročajo tudi o telesni in čustveni izčrpanosti, tesnobi, celo depersonalizaciji (Bentzen et al., 2013; Harvey et al., 2020b), ter stresu (Harvey et al., 2018; Harvey et al., 2020b; Papastavrou et al., 2014).

Medicinske sestre ob neizvedeni zdravstveni negi občutijo stisko, ker ne morejo ustrezno izpolniti svoje celostne vloge. To kategorijo smo poimenovali Moralno etične dileme, kjer se prepletajo kognitivni in vedenjski simptomi stresa. Tako večina raziskav pri medicinskih sestrah izpostavlja moralno stisko (Winters & Neville, 2012; Bentzen et al., 2013; Papastavrou et al., 2014; Vryonides et al., 2014; Jones et al., 2015; Rooddehghan et al., 2016; Suhonen et al., 2018) ter etične obremenitve in frustracije (Winters & Neville, 2012; Bentzen et al., 2013; Papastavrou et al., 2014; Vryonides et al., 2014; Jones et al., 2015; Harvey et al., 2018; Suhonen et al., 2018; Harvey et al., 2020a).



Za več informacij pogledj:

PRILOGA 3

**Doživljanje neizvedene
zdravstvene nege**

Medicinske sestre kot posledico vsega zgoraj naštetega navajajo občutke, ki jih ne prepoznamo le kot indikatorje poklicnega (ne)zadovoljstva, temveč tudi kot slabo vplivajoče na njihovo telesno in duševno zdravje. Pri medicinskih sestrah se to kaže v nezadovoljstvu, saj so stres in izgorelost na delovnem mestu ter izmensko delo že dolgo časa poznani, ter statistično značilno negativno povezani z indikatorji zadovoljstva medicinskih sester (Kawada & Otsuka, 2011). Opisano dogajanje vodi v začaran krog stresa zaradi neizvedene zdravstvene nege in neizvedene zdravstvene nege zaradi stresa, poglobljajo se telesne in duševne težave medicinskih sester, prihaja do večje fluktuacije, oziroma vedno bolj tudi do namere zapuščanja poklica.

Neizvedena zdravstvena nega – slabi občutki in slaba vesti



OPISANO DOGAJANJE **VODI V ZAČARAN KROG STRESA** ZARADI NEIZVEDENE ZDRAVSTVENE NEGE IN NEIZVEDENE ZDRAVSTVENE NEGE ZARADI STRESA,



POGLABLJAJO SE TELESNE IN DUŠEVNE TEŽAVE MEDICINSKIH SESTER



PRIHAJA DO VEČJE FLUKTUACIJE,



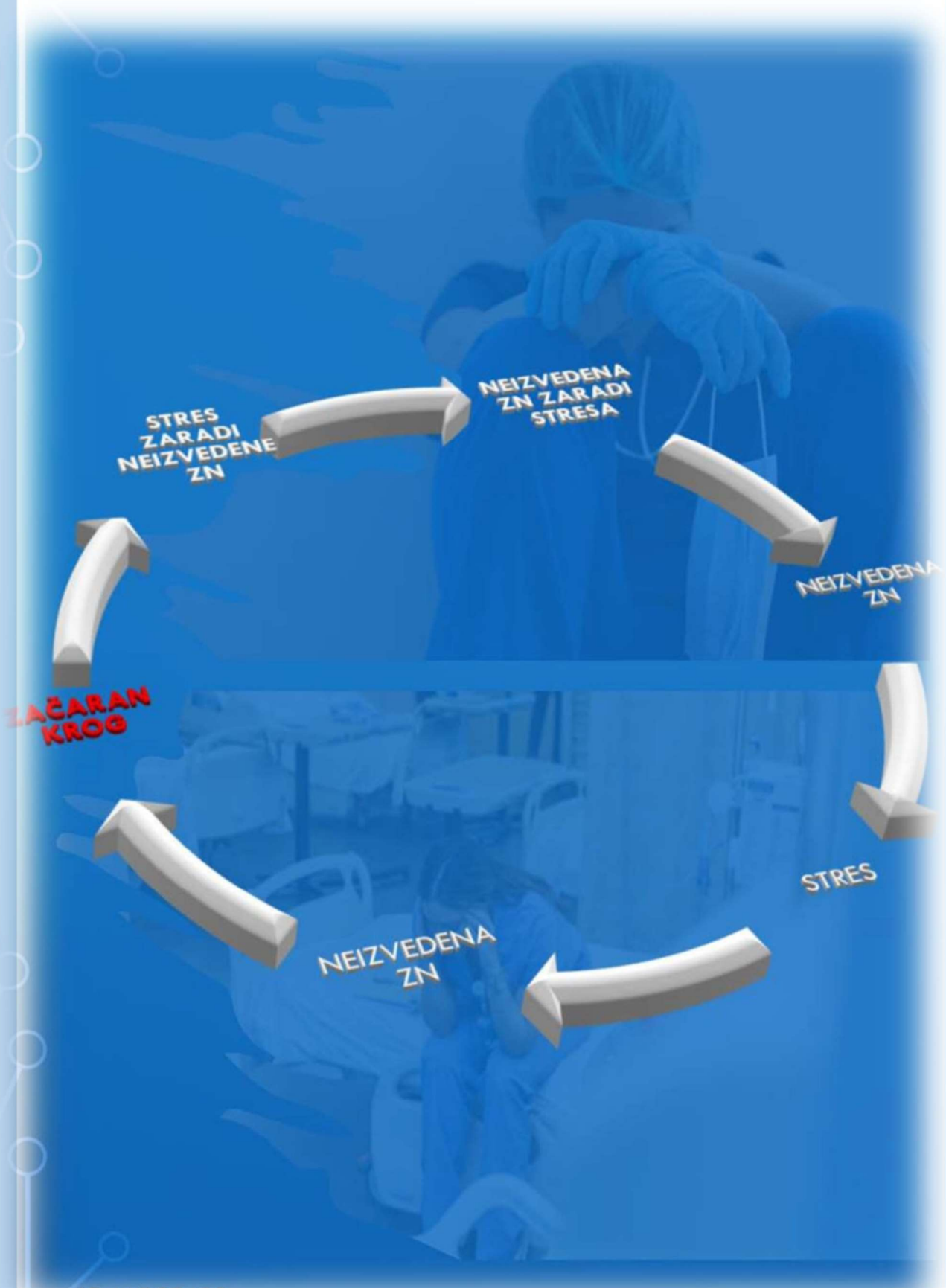
OZIROMA VEDNO BOLJ TUDI DO NAMERE ZAPUŠČANJA POKLICA.

Za več informacij poglej:

PRILOGA 3

Doživljanje neizvedene zdravstvene nege

ZAČARAN KROG MED NEIZVEDENO ZN IN STRESOM:



SEMAFOR G1

**Zmanjšanje osebja
ali prekomerno povečan obseg dela**



**Odgovorna oseba (vodja oddelka / vodja tima)
ugotovi izredne razmere**



**Iz ustreznega seznama določi po vrstnem redu
dela in naloge,
ki se jih prestavi na kasnejši čas**



1.

Dejavniki neizvedene zdravstvene nege - sistematični pregled literature (10 strani)

.....
..... **PRILOGA 1**

Pregledni znanstveni članek / Review article
(2021. Obzornik zdravstvene nege, 55(1), pp. 42–51)

Pregledni znanstveni članek / Review article

Dejavniki neizvedene zdravstvene nege: sistematični pregled literature

Factors for missed nursing care: A systematic literature review

Mateja Bahun¹*, Brigita Skela-Savič¹

Ključne besede: neizvedena zdravstvena nega; racionalizacija; medicinske sestre

Key words: missed nursing care; rationing; nurses

¹ Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, Spodnji Plavž 3, 4270 Jesenice, Slovenija

* Korespondenčni avtor /
Corresponding author:
mbahun@fzab.si

IZVLEČEK

Uvod: Neizvedena zdravstvena nega je koncept, ki se pojavlja v zdravstveni oskrbi pacientov po vsem svetu. Namen sistematičnega pregleda literature je opisati neizvedeno zdravstveno nego in pridobiti razumevanje povezanosti koncepta z dejavniki za njen nastanek.

Metode: Uporabljen je bil sistematični pregled literature, izveden v podatkovnih bazah PubMed, CINAHL, Wiley library online, COBISS.SI februarja in marca 2020. Iskalni pojmi so bili: neizvedena zdravstvena nega, zamujena oskrba; v angleškem jeziku pa *unfinished nursing care*, *missed nursing care*, *implicit rationing*, *care left undone*. Iskalna strategija je temeljila na vključitvenih kriterijih: znanstvena revija, recenzirana publikacija, dostopnost v polnem besedilu, slovenski ali angleški jezik, obdobje 2015–2020. Rezultati so bili analizirani s tematsko analizo.

Rezultati: Skupaj je bilo identificiranih 1.667 in v končno analizo vključenih 16 zadetkov: dva sistematična pregleda literature, dvanajst presečnih raziskav in dve opisni kvalitativni raziskavi, kar skupaj združuje rezultate 88.294 zaposlenih v zdravstveni negi iz 21 držav. Rezultati so pokazali tri skupine dejavnikov za neizvedeno zdravstveno nego: kadrovske značilnosti, značilnosti delovnega okolja in timsko delo s komunikacijo.

Diskusija in zaključek: Rezultati kažejo, da so vzroki za neizvedeno zdravstveno nego kompleksni in nekonsistentni. Med državami se razlikujejo tudi zaradi različnih izobraževalnih sistemov v zdravstveni negi. Povezani so z dejavniki v zdravstveni organizaciji in značilnostmi medicinskih sester. Če želimo na nacionalni ravni ugotoviti količino in obseg neizvedene zdravstvene nege, potrebujemo lastne podatke o stanju na tem področju v Sloveniji.

ABSTRACT

Introduction: Missed nursing care is a concept that is emerging in patient healthcare around the world. The purpose of a systematic literature review is to describe missed nursing care and gain an understanding of the connection between the concept and the factors for its emergence.

Methods: A systematic literature review was conducted in February and March 2020 in databases PubMed, CINAHL, Wiley library online, COBISS.SI. The search terms were: unfinished nursing care, missed nursing care, implicit rationing, care left undone. The search strategy was based on inclusion criteria: scientific journals, peer-reviewed publications, full text, the Slovenian or English language, period 2015–2020. The results were analyzed with a thematic analysis.

Results: A total of 1,667 articles were identified and 16 were included in the final analysis. Of these, there were two systematic literature reviews, twelve cross-sectional studies, and two descriptive quantitative studies, bringing together the results of 88,294 nursing staff from 21 countries. The results showed three groups of factors for missed nursing care: staffing characteristics, characteristics of the work environment and teamwork with communication.

Discussion and conclusion: The results show that the causes for missed nursing care are complex and inconsistent. They differ between countries also due to different nursing educational systems. They are related to factors in a health care organization and the characteristics of nurses. If we want to determine the quantity and scope of missed nursing care at the national level, specific data regarding this area in Slovenia is needed.



Prejeto / Received: 28. 8. 2020
Sprejeto / Accepted: 5. 2. 2021

Uvod

Neizvedena zdravstvena nega (ang. *missed nursing care, care left undone, rationed care, omissions of nursing care*) je pojav, prisoten v zdravstveni negi po vsem svetu (Kalisch, Landstrom, & Hinshaw, 2009; Srulovici & Drach-Zahavy, 2017). Opisi neizvedene zdravstvene nege kažejo, kako medicinske sestre razvijejo neuradne hierarhije nalog, da si olajšajo pomembne odločitve glede oskrbe pacientov. Zdravstveno nego opisujejo kot odloženo, samo delno zaključeno ali pa prikazujejo manko izvedene zdravstvene nege s kliničnega, čustvenega ali administrativnega vidika zaradi več možnih razlogov (Jones, Hamilton, & Murry, 2015). Papastavrou, Andreou, & Efstathiou, (2013) navajajo, da se neizvedena zdravstvena nega nanaša na odtegnitev ali neizvedbo določenih aktivnosti v oskrbi zaradi omejenih virov, kot so čas, osebje ali njihova znanja.

Neizvedena zdravstvena nega v zdravstvenih ustanovah zmanjša kakovost zdravstvene oskrbe, vpliva na zdravje pacientov, povzroči nevarne dogodke, zaplete in na koncu negativne rezultate, kot sta nezadovoljstvo pacientov in ponovni sprejem (Schuckhart, 2010; Papastavrou et al, 2013; Ausserhofer et al., 2014; Ball, Murrells, Rafferty, Morrow, & Griffiths, 2014; Kalisch & Xie, 2014; Maloney, Fenci, & Hardin, 2015; Bragadottir, Kalisch, & Tryggvadottir, 2016; Aiken et al., 2017; Bragadottir & Kalisch, 2018; Blackman et al., 2018; Recio-Saucedo et al., 2018), ter poveča ponovno obolenost in celo umrljivost pacientov (Aiken et al., 2017). Neizvedena zdravstvena nega vpliva tudi na medicinske sestre. Če vedo, da pacienti zdravstveno nego potrebujejo, same pa je ne morejo izvesti ali jo izvedejo nepopolno, lahko pride do notranjega konflikta in etičnih dilem, kar spodbuja izgorevanje ter nezadovoljstvo pri delu (Price, McGillis Hall, Angus, & Peter, 2013).

Neizvedena zdravstvena nega se raziskuje kot dejavnik, ki bi bil lahko najposrednejši pokazatelj ustreznosti števila osebja v zdravstveni negi (Griffiths et al., 2018), kazalnik kakovosti zdravstvene nege (Kalisch & Lee, 2010; VanFosson, Jones, & Yoder, 2016) in procesni kazalnik varnosti pacientov (Mandal, Seethalakshmi, & Rajendrababu, 2019). Aiken, Clarke, Sloane, Lake, & Cheney (2008) so opisali sinergijsko razmerje med

kakovostjo delovnega okolja in številom osebja v zdravstveni negi ter stopnjo izobrazbe, saj so verjetnosti smrti kirurških pacientov najnižje v bolnišnicah z ugodnejšim delovnim okoljem za medicinske sestre (op. a. besedna zveza medicinska sestra v tem prispevku pomeni diplomirano medicinsko sestro, ang. *registered nurse, RN*), razmerjem štirje pacienti na eno medicinsko sestro in razmerjem z več kot 60 % medicinskih sester. Vsak dodatni pacient na medicinsko sestro poveča verjetnost, da bodo medicinske sestre poročale o slabi kakovosti zdravstvene obravnave in slabi oceni varnosti (Aiken et al., 2012).

Namen in cilji

Namen sistematičnega pregleda literature je opisati dejavnike neizvedene zdravstvene nege in pridobiti razumevanje povezanosti koncepta z dejavniki v zdravstveni organizaciji in značilnostmi medicinskih sester. Cilj je identificirati vzroke za neizvedene aktivnosti zdravstvene nege v kliničnem okolju bolnišnic. S tem namenom smo razvili raziskovalno vprašanje: Kateri so poglavitni dejavniki za neizvedeno zdravstveno nego v bolnišnicah?

Metode

Izveden je bil sistematični pregled znanstvene literature.

Metode pregleda

Izvedli smo sistematični pregled literature v obdobju od sredine februarja do konca marca 2020. Iskali smo v podatkovnih bazah CINAHL, PubMed in Wiley online library. Uporabili smo štiri različne angleške izraze, ki opisujejo isti koncept neizvedene zdravstvene nege: *missed nursing care, unfinished nursing care, implicit rationing, care left undone*. Uporaba Boolovih logičnih operatorjev ni bila potrebna, saj izrazi sami po sebi zadostno definirajo iskalni koncept. Dostopnost slovenske literature smo preverili v podatkovni bazi Cobiss s ključnimi

Tabela 1: Vključitveni in izključitveni kriteriji

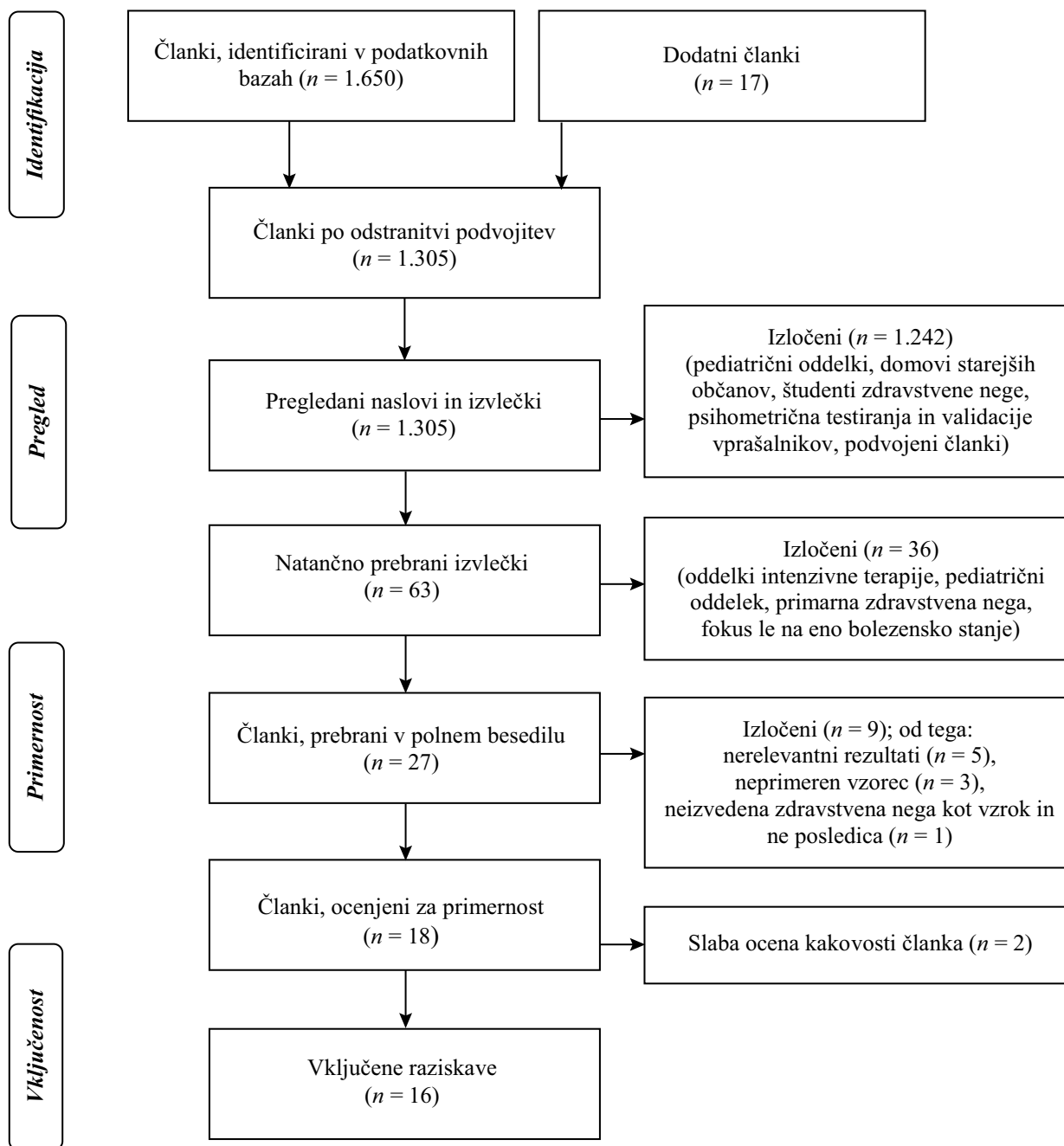
Table 1: Inclusion and exclusion criteria

Kriterij / Criteria	Vključitveni kriterij / Inclusion criteria	Izključitveni kriterij / Exclusion criteria
Tema	Missed nursing care, unfinished nursing care, implicit rationing, care left undone, neizvedena zdravstvena nega, zamujena oskrba.	/
Vrsta raziskave	Kvantitativne, kvalitativne metode, mešane metode.	Uvodniki, komentarji, protokoli, pregledi, pisma uredniku, poročila.
Populacija	Zdravstvena nega, ki se izvaja v bolnišnicah.	Drugi zdravstveni ali socialnovarstveni zavodi, v katerih se izvaja zdravstvena nega.
Časovni okvir	1. januar 2015 in novejši.	Objavljeno pred 1. januarjem 2015.
Jezik	Angleški in slovenski.	Drugi jeziki.
Dostop	Polno dostopna besedila.	Nepolno dostopna besedila.

besedami: neizvedena zdravstvena nega in zamujena oskrba. Vključitveni kriteriji so bili: članki iz leta 2015 in novejši, angleški in slovenski jezik, dostopno celotno besedilo in recenzirane publikacije (Tabela 1). Zadetke iz podatkovnih baz smo pregledali v več krogih: najprej smo natančno pregledali naslove; če se glede na naslov nismo mogli odločiti za vključitev oziroma izključitev, smo pregledali še izvleček. V drugem pregledu smo natančno prebrali izvleček, v tretjem pa smo članke prebrali in jih ocenili glede primernosti za vključitev v pregled literature.

Rezultati pregleda

Z iskanjem po bazah podatkov smo identificirani 1.650 zadetkov: CINAHL ($n = 23$), PUBMED ($n = 105$) ter Wiley ($n = 1.522$). Dodatno smo našli še 17 zadetkov iz drugih virov, med njimi dva iz leta 2014 – sklenili smo, da ju je smiselno vključiti. V slovenskem jeziku nismo našli člankov. Proces izbire člankov je prikazan s pomočjo diagrama PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta Analysis*) (Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman, & The PRISMA Group, 2009). (Slika 1).



Slika 1: Rezultati pregleda literature po metodologiji PRISMA
Figure 1: Results of the literature review based on the PRISMA method

Nivo 1 SISTEMATIČNI PREGLED DOKAZOV ($n = 2$)
Nivo 2 POSAMIČNE RANDOMIZIRANE KONTROLIRANE RAZISKAVE ($n = 0$)
Nivo 3 POSAMIČNE NERANDOMIZIRANE RAZISKAVE (KVAZIEKSPERIMENTALNE) ($n = 0$)
Nivo 4 POSAMIČNE PROSPEKTIVNE / KOHORTNE RAZISKAVE ($n = 0$)
Nivo 5 POSAMIČNE »PRIMER-KONTROLA« RAZISKAVE ($n = 0$)
Nivo 6 POSAMEZNE PRESEČNE RAZISKAVE ($n = 12$) Z OPISNIMI KVANTITATIVNIMI VPRAŠANJI ($n = 2$)
Nivo 7 POSAMIČNE POGLOBLJENE KVALITATIVNE RAZISKAVE ($n = 0$)
Nivo 8 MNENJE STROKOVNJAKOV, POROČILA PRIMEROV ($n = 0$)

Slika 2: Hierarhija dokazov
Figure 2: Hierarchy of evidence

Ocena kakovosti pregleda in opis obdelave podatkov

Oceno kakovosti izbranih člankov smo določili po avtorjih Polit & Beck (2018) (Slika 2). Vključili smo dva pregleda literature, dvanajst presečnih raziskav ter dve opisni kvantitativni raziskavi. V raziskavo smo uvrstili znanstvene raziskave, ki so obravnavale tematiko neizvedene zdravstvene nege v povezavi z razlogi, ki do tega privedejo. Presečne raziskave in opisne raziskave smo glede primernosti ocenili z orodjem STROBE, sistematična pregleda pa z orodjem PRISMA. Skupno je 16 raziskav združevalo rezultate 88.294 zaposlenih v zdravstveni negi iz 21 držav. Analizo podatkov smo izvedli s pomočjo integrativne tematske analize, pri kateri gre za kvalitativno analizo vsebine več kvantitativnih raziskav (Booth, Papaioannou, & Sutton, 2012).

Rezultati

V Tabeli 2 so prikazani ključni prepoznani dejavniki iz posameznega vira s podatki o avtorju, raziskovalnem dizajnu in vzorcu. Na podlagi ključnih dejavnikov so nadalje rezultati prikazani v treh tematskih kategorijah: kadrovske značilnosti, značilnosti delovnega okolja ter timsko delo in komunikacija.

Identificirali smo tri tematske kategorije.

Kadrovske značilnosti kot vzroki za neizvedeno zdravstveno nego

a) Številčnost kadra in razmerje pacientov na medicinsko sestro

Največkrat raziskani dejavnik neizvedene zdravstvene nege je številčnost osebja v zdravstveni negi, pri čemer

vse raziskave, vključene v pregled, ugotavljajo, da manj ko je zaposlenih v zdravstveni negi, več je neizvedene zdravstvene nege. Ravno tako je več raziskav, ki ugotavljajo vpliv razmerja med medicinskimi sestrami in pacienti: manj medicinskih sester poroča o neizvedeni zdravstveni negi, kadar je razmerje med pacientom in medicinsko sestro nižje (Ausserhofer et al., 2014; Ball, Murrells, Rafferty, Morrow, & Griffiths, 2014; Cho, Kim, Yeon, You, & Lee, 2015; Palese et al., 2015; Ball et al., 2016; Bragadottir et al., 2016; Cho et al., 2016; Griffiths et al., 2018; Zelenikova et al., 2019; Campbell et al., 2020). V primerjavi z izmenami, ko medicinska sestra skrbi za deset pacientov ali več, se možnost, da se aktivnosti zdravstvene nege ne bodo izvedle, prepolovi, kadar medicinska sestra skrbi za šest pacientov ali manj (Ball et al., 2016). Ko so medicinske sestre skrbele za več kot osem pacientov, so verjetneje izpušile več aktivnosti zdravstvene nege, kot če so skrbele za osem ali manj pacientov (Cho, Lee, You, Song, & Hong, 2020). En pacient več na medicinsko sestro pomeni za 3 % višjo verjetnost, da bo zdravstvena nega neizvedena zaradi pomanjkanja časa (Cho et al., 2016). Če medicinska sestra skrbi za 11,5 ali več pacientov, se neizvedena zdravstvena nega poveča za 26 % v primerjavi skrbi za šest ali manj pacientov (Griffiths et al., 2018). Kadrovska neustreznost kot najpogosteje naveden razlog za neizvedeno zdravstveno nego izpostavljajo tudi Mandal et al. (2019).

b) Nivo izobrazbe v zdravstveni negi in delovne izkušnje

Pet vključenih raziskav (Cho et al., 2015; Palese et al., 2015; Bragadottir et al., 2016; Chapman, Rahman, Courtney, & Chalmers, 2017; Bragadottir & Kalisch, 2018) v vzorec anketirancev poleg medicinskih

Tabela 2: *Avtorji, raziskovalni dizajn, vzorec in ključni dejavniki neizvedene zdravstvene nege*
Table 2: *Authors, research design, sample and key factors of missed nursing care*

<i>Avtor država / Author country</i>	<i>Raziskovalni dizajn / Research design</i>	<i>Vzorec / Sample</i>	<i>Ključni dejavniki neizvedene zdravstvene nege / Key factors of missed nursing care</i>
Ausserhofer et al., 2014 12 evropskih držav	Kvantitativna večdržavna presečna raziskava	33.659 dipl. m. s., 488 bolnišnic.	Boljše delovno okolje, manjše število pacientov na medicinsko sestro in manj medicinskih sester, ki opravljajo aktivnosti izven svojega delokroga, manj neizvedene zdravstvene nege (ZN). Ženske, zaposleni s krajšim delovnim časom in več poklicnih izkušenj, manj neizvedene ZN.
Ball et al., 2014 Anglija	Kvantitativna presečna raziskava	2.917 dipl. m. s., 46 bolnišnic.	Manjše število pacientov na medicinsko sestro, boljše delovno okolje, manj neizvedene ZN. Večje pomanjkanje časa, dnevna izmena v primerjavi z nočno, večja zahtevnost pacientov, več neizvedene ZN.
Ball et al., 2016 Švedska	Kvantitativna presečna raziskava	10.174 dipl. m. s., 79 bolnišnic.	Dnevna izmena v primerjavi z nočno, večje število pacientov na medicinsko sestro, večja zahtevnost pacientov, vključenost medicinskih sester v prenosljive aktivnosti, slabše delovno okolje, več neizvedene ZN.
Bragadottir et al., 2016 Islandija	Kvantitativna presečna raziskava	864 dipl. m. s. in TZN, 8 bolnišnic.	V učnih bolnišnicah, na kirurških in internističnih oddelkih (v primerjavi z intenzivnimi enotami), mlajši z višjo izobrazbo v primerjavi s starejšimi z nižjo izobrazbo, višje število pacientov na medicinsko sestro, nižja ocena timskega dela, več poročanja o neizvedeni ZN.
Bragadóttir, & Kalisch, 2018 Islandija	Kvantitativna presečna raziskava	334 dipl. m. s. in 210 TZN, 8 bolnišnic.	Višja izobrazba v ZN pri anketirancih, več poročanja o neizvedeni ZN.
Campbell et al., 2020 ZDA	Kvantitativna presečna raziskava	950 dipl. m. s. v bolnišnicah.	Spol, vrsta oddelka (kirurški/internistični), značilnosti delovnega okolja, zadovoljstvo s službo, ocena kakovosti zdravstvene nege in število pacientov na medicinsko sestro vplivajo na neizvedeno ZN.
Chapman et al., 2017 Avstralija	Kvantitativna raziskava	334 dipl. m. s. in TZN, 4 bolnišnice.	Vrsta oddelka in ocena timskega dela vplivata na neizvedeno ZN. Moški, zaposleni z manj poklicnih izkušenj, z nižjo izobrazbo in tisti brez nadur zaznajo manj neizvedene ZN.
Cho et al., 2015 Južna Koreja	Kvantitativna presečna raziskava	232 dipl. m. s. in TZN, 1 bolnišnica.	Manjše število pacientov na medicinsko sestro, manj neizvedene ZN.
Cho et al., 2016 Južna Koreja	Kvantitativna presečna raziskava	3.037 dipl. m. s., 51 bolnišnic.	Večje število pacientov na medicinsko sestro in več nadur, več neizvedene ZN.
Cho et al., 2020 Južna Koreja	Kvantitativna presečna raziskava	2.114 dipl. m. s., 49 bolnišnic.	Slabša kadrovska zasedenost, več neizvedene ZN.
Griffiths et al., 2018 /	Sistematični pregled literature	18 raziskav.	14 raziskav kaže, da je nižje število osebja v ZN pomembno povezano z več neizvedene ZN, 2 študiji ne kažeta vpliva. Rezultati kažejo, da kadar je osebje v ZN mešano, ni koristi; kadar je podpornega osebja več, je učinek negativen.
Mandal et al., 2019 /	Sistematični pregled literature.	57 kvantitativnih raziskav.	Pomanjkljivi kadrovske viri, neustreznost materialnih virov in napetost v komunikaciji s člani zdravstvenega tima so najpogostejše omenjeni razlogi za neizvedeno ZN. Ugodna, dobronamerna in utilitaristična delovna okolja pomenijo manj neizvedene ZN.
Palese et al., 2015 Italija	Kvantitativna presečna raziskava	314 dipl. m. s. in TZN, 12 bolnišnic.	Višja starost osebja, več časa, namenjenega oskrbi pacientov s strani dipl. m. s., manjše število pacientov na medicinsko sestro, manj neizvedene ZN. Delo v polnem delovnem času, komunikacijske napetosti v negovalnem timu, več oskrbe, ki jih nudijo TZN, več neizvedene ZN.
Park et al., 2018 ZDA	Sekundarna analiza kvantitativnih podatkov	31.650 dipl. m. s., 371 bolnišnic.	Boljša ocena delovnega okolja, manj neizvedene zdravstvene nege. Večja kadrovska zasedenost, boljše ocene zadostnosti virov, boljši odnosi med medicinsko sestro in zdravnikom, manj neizvedene ZN. Bolj ko so medicinske sestre vključene v službene aktivnosti izven neposredne oskrbe pacientov, več je neizvedene ZN.

Se nadaljuje / Continues

<i>Avtor država / Author country</i>	<i>Raziskovalni dizajn / Research design</i>	<i>Vzorec / Sample</i>	<i>Ključni dejavniki neizvedene zdravstvene nege / Key factors of missed nursing care</i>
Saqer & AbuAlRub, 2018 Jordanija	Kvantitativna presečna študija.	362 dipl. m. s., 6 bolnišnic.	Ženske in starejše medicinske sestre poročajo o manj neizvedene ZN. Več neizvedene ZN pri izmenskem delu.
Zelenikova et al., 2019 Češka, Slovaška, Poljska Hrvaška	Kvantitativna presečna študija	1.353 dipl. m. s., 20 bolnišnic.	Medicinske sestre iz univerzitetnih bolnišnic poročajo o več neizvedene ZN. Višje kot medicinske sestre ocenijo kakovost oskrbe pacienta, manj je neizvedene ZN.

Legenda: TZN – tehnik zdravstvene nege / nurse assistant; ZN – zdravstvena nega / nursing; dipl. m. s. – diplomirana medicinska sestra / registered nurse; ZDA – Združene države Amerike / United States of America

sester vključuje tudi tehnike zdravstvene nege (ang. *nurse assistants*), kar sicer med državami ni nujno primerljivo glede na različne nivoje izobraževanj. Vsi pa ugotavljajo, da razlike glede na izobrazbeni nivo obstajajo. Raziskave na Islandiji in v Avstraliji (Bragadottir et al., 2016; Chapman et al., 2017; Bragadottir & Kalisch, 2018) ugotavljajo, da medicinske sestre v primerjavi s tehnikami zdravstvene nege poročajo o pomembno več neizvedene zdravstvene nege. Palese et al. (2015) v raziskavi v Italiji ugotavljajo, da več kot je oskrbe, izvedene s strani tehnikov zdravstvene nege, večje je tveganje za neizvedeno zdravstveno nego, medtem ko Cho et al. (2015) v Južni Koreji niso mogli dokazati povezanosti izobrazbe ali delovnih izkušenj z neizvedeno zdravstveno nego. Ausserhofer et al. (2014) v raziskavi v dvanajstih evropskih državah niso našli povezave med nivojem izobrazbe in neizvedeno zdravstveno nego. Griffiths et al. (2018) v sistematičnem pregledu literature ugotavljajo, da kadar je osebje v zdravstveni negi mešano, ni koristi ali je učinek celo negativen, če je tehnikov zdravstvene nege več. Medicinske sestre, ki imajo več poklicnih izkušenj, so poročale o manj neizvedene zdravstvene nege (Ausserhofer et al., 2014), medtem ko Chapman et al. (2017) ugotavljajo, da zaposleni z manj kot šestmesečnimi izkušnjami zaznajo manj neizvedene zdravstvene nege v primerjavi s tistimi, ki so imeli deset ali več let delovnih izkušenj.

c) Sociodemografske značilnosti medicinskih sester

Medicinske sestre ženskega spola in zaposleni s krajšim delovnim časom so manjkrat poročali o neizvedeni zdravstveni negi (Ausserhofer et al., 2014; Saqer & AbuAlRub, 2018). Chapman et al. (2017) v Avstraliji pa glede spola ugotavljajo ravno obratno. Tudi Campbell et al. (2020) v ZDA ugotavljajo statistično pomembno razliko glede na spol, vendar ugotavljajo, da so pogosteje poročali o neizvedeni zdravstveni negi anketiranci, ki niso razkrili podatka o spolu. Mlajši anketiranci (do 34 let) so poročali o pomembno več neizvedene zdravstvene nege kot starejši anketiranci (45 let in več) (Bragadottir et al., 2016). Isto ugotavljajo Saqer & AbuAlRub (2018).

Palese et al. (2015) starost zaposlenih v zdravstveni negi opredeljujejo kot zaščitni dejavnik za neizvedeno zdravstveno nego (višja kot je starost, manj je neizvedene zdravstvene nege).

Značilnosti delovnega okolja kot vzroki za neizvedeno zdravstveno nego

Več raziskav omenja značilnosti delovnega okolja, saj je v bolnišnicah z ugodnejšim delovnim okoljem (Ausserhofer et al., 2014; Ball et al., 2014, 2016; Park et al., 2018) ter v ugodnih, dobronamernih in utilitarističnih delovnih okoljih (Mandal et al., 2019) manj medicinskih sester poročalo o neizvedeni zdravstveni negi. Park et al. (2018) ugotavljajo, da so na oddelkih z dobro oceno okolja medicinske sestre ocenile 63,3 % nižjo verjetnost, da bodo izpustile aktivnosti zdravstvene nege. V primerjavi med najboljšim in najslabšim delovnim okoljem je povprečno število neizvedenih aktivnosti nihalo od 2,82 v najboljšem in 5,61 v najslabše ocenjenem okolju (Ball et al., 2014). Neizvedena zdravstvena nega je znatno sovpadala s splošnim zadovoljstvom z delovnim mestom, kakovostjo oskrbe pacientov na enoti po oceni medicinskih sester in namero po odhodu (Zeleníková et al., 2019). Ausserhofer et al. (2014) niso dokazali, da bi bile bolnišnične značilnosti (kot npr. število postelj, tehnološka razvitost ali učni status) pomembno povezane z neizvedeno zdravstveno nego, medtem ko Bragadottir et al. (2016) ter Zeleníková et al. (2019) ugotavljajo, da medicinske sestre iz univerzitetnih / učnih bolnišnic poročajo o več neizvedene zdravstvene nege. Zahtevnost pacientov, vloga medicinskih sester (neposredno vključevanje v oskrbo oziroma izvajanje aktivnosti, ki so prenosljive na druge člane tima) in delovno okolje so pomembno povezani z neizvedeno zdravstveno nego (Ball et al., 2016). Vrsta oddelka, kakovost zdravstvene nege in delovno okolje so pomembni dejavniki, povezani z neizvedeno zdravstveno nego (Campbell et al., 2020). Mandal et al. (2019) v pregledu literature ugotavljajo, da so pomanjkljivi viri in organizacija delovnega okolja vzroki za neizvedeno zdravstveno nego. Neizvedena zdravstvena nega se je bistveno razlikovala glede na

vrsto oddelka, zadovoljstvo z delovnim mestom in oceno kakovosti zdravstvene nege, vendar ni bilo bistvenih razlik glede na vrsto dela in vrsto izmene (Campbell et al., 2020). Statistično pomembno razliko med različnimi oddelki glede neizvedene zdravstvene nege ugotavljajo tudi Bragadóttir et al. (2016) ter Chapman et al. (2017).

Medicinske sestre, ki so opravljale nadurno delo, so poročale o 88 % slabši varnosti pacientov, 45 % poslabšanju kakovosti zdravstvene nege in 86 % povečanju neizvedene zdravstvene nege v primerjavi s tistimi, ki nadurnega dela niso opravljale (Cho et al., 2016). Delo za polni delovni čas poveča tveganje za neizvedeno zdravstveno nego (Palese et al., 2015). Več neizvedene zdravstvene nege kot v nočnih izmenah je bilo v dnevnih in popoldanskih izmenah. Vse aktivnosti so bile v nočnih izmenah manj verjetno označene kot »nujne, toda neizvedene« (Ball et al., 2014, 2016). Več raziskav omenja izvajanje aktivnosti izven delokroga medicinskih sester in njihovo povezanost z neizvedeno zdravstveno nego (Ausserhofer et al., 2014; Ball et al., 2016; Park, Hanchett, & Ma, 2018).

Timsko delo in komunikacija

Statistično pomembna povezava je bila ugotovljena med neizvedeno zdravstveno nego in timskim delom v zdravstveni negi (boljše timsko delo, manj neizvedenih aktivnosti). Chapman et al. (2017) ugotavljajo, da boljše kot je timsko delo, manj je neizvedene zdravstvene nege. Mandal et al. (2019) ugotavljajo, da medicinske sestre kot razlog za neizvedeno zdravstveno nego navajajo napetost v komunikaciji s člani zdravstvenega tima, Palese et al. (2015) govorijo o komunikacijski napetosti v negovalnem timu kot tveganju za neizvedeno zdravstveno nego. Park et al. (2018) ugotavljajo, da boljša kot je ocena odnosa med medicinskimi sestrami in zdravniki, manj je verjetnosti za neizvedeno zdravstveno nego.

Diskusija

Sistematični pregled obstoječih dokazov dodaja delček k razumevanju, zakaj prihaja do neizvedene zdravstvene nege. Ugotavljamo, da vpliv posameznih dejavnikov na neizvedeno zdravstveno nego ni dosleden. Dejavnike lahko razdelimo na tiste na organizacijski ravni in so povezani s kadrovanjem v zdravstveni negi, kar posledično vodi tudi do pogosto omenjenega razmerja števila pacientov na medicinsko sestro. Organizacijski konteksti, v katerih medicinske sestre delajo, vključno s kakovostjo delovnega okolja in ustreznostjo števila osebja, so povezani z varnostjo pacientov in kakovostjo zdravstvene oskrbe (Aiken et al., 2011; Needleman et al., 2011). Naložbe v večje število osebja v zdravstveni negi so izboljšale rezultate pri pacientih le, če so imele tudi bolnišnice dobro delovno okolje (Aiken et al., 2012). O dobrem

delovnem okolju govorijo tudi številni avtorji v tem pregledu literature (Ausserhofer et al., 2014; Ball et al., 2014, 2016; Park et al., 2018). Delovno okolje definira pet dimenzij: ustreznost ter število kadrov in virov; sposobnosti vodij v zdravstveni negi, vodenje in podpora medicinskim sestram; kolegijski odnosi med medicinskimi sestrami in zdravniki; sodelovanje medicinskih sester v bolnišničnih zadevah ter zdravstvena nega in kakovost oskrbe. Težave s pomanjkanjem osebja v zdravstveni negi so prisotne že več let. Z njimi se zaradi različnih dejavnikov sooča večina držav (Mariani, 2012). Razmerje med medicinskimi sestrami in pacienti se definira kot primerno v razmerju ena medicinska sestra in pet pacientov (velja za internistični/kirurški oddelek); razmerje za intenzivne oddelke je še nižje (Lippincott Nursing Education, 2016). Realno je v kliničnem okolju to razmerje višje, v nekaterih izmenah celo izrazito višje, in to pred trenutno epidemiološko situacijo, ki je delovne razmere in razmerje pacientov na medicinsko sestro še poslabšala.

Vzroke, ki jim lahko pripišemo bolj individualni kontekst, iščemo v tinskem delu in komunikaciji. O manj neizvedene zdravstvene nege poročajo, če je v bolnišnicah boljše timsko delo (Palese et al., 2015; Bragadóttir et al., 2016; Chapman et al., 2017; Mandal et al., 2019). Že Kalisch et al. (2009) kot eni prvih, ki so pisali o neizvedeni zdravstveni negi, v svojem modelu opredeljujejo različne dejavnike odnosov in komunikacije, ki vplivajo na sposobnost medicinskih sester za zagotavljanje zdravstvene nege. V individualni kontekst spadajo tudi sociodemografske značilnosti medicinskih sester, ki pa se glede na ugotovitve različnih raziskovalcev razlikujejo tako po izobrazbenem nivoju, spolu, dolžini delovne dobe in starosti. Ob tem niso znana ozadja oziroma specifične značilnosti posameznih držav, delovnih okolij in vsebin izobraževalnih programov, da bi lahko pojasnili te razlike. Neizvedena zdravstvena nega je globalen in večdimenzionalen problem v zdravstveni negi. Rezultati raziskav ne kažejo vedno iste slike in so odvisni tudi od kulturnih značilnosti posamezne države, izobraževalnega sistema za medicinske sestre, različnih vlog in odgovornosti medicinskih sester ter modelov dela v praksi, zato tudi rešitve niso enostranske. Organizacija dela v kliničnem okolju in kompetence izvajalcev v zdravstveni negi različnih izobrazbenih nivojev se med državami razlikujejo, posebej če jih primerjamo z rezultati držav izven Evropske unije. Da bi vedeli, kakšno je stanje pri nas, in da bi glede na rezultate sploh lahko začeli razmišljati o rešitvah, je treba najprej izvesti raziskavo, ki nam bo dala jasno sliko o obsegu, dejavnikih in razlogih neizvedene zdravstvene nege v Sloveniji.

Kljub obširni iskalni strategiji je možno, da smo izpustili raziskave, ki so opisale dejavnike neizvedene zdravstvene nege znotraj drugačnega fokusa, kar predstavlja omejitev raziskave. Koncept neizvedene

zdravstvene nege je obširen in velikokrat raziskovan z vidika posledic na izidih pri pacientih in medicinskih sestrah, kar pa ni bilo v središču našega pregleda literature.

Zaključek

Ta pregled literature predstavlja le enega izmed vidikov neizvedene zdravstvene nege kot kompleksnega koncepta. Neizvedena zdravstvena nega negativno vpliva na rezultate zdravstvene oskrbe in zadovoljstvo pacientov ter zadovoljstvo medicinskih sester, ki morajo nekatere intervencije zdravstvene nege pustiti nedokončane zaradi različnih vzrokov. Ugotavljamo, da glavni dejavniki neizvedene zdravstvene nege izhajajo iz kadrovskega značilnosti, kot so število in izobrazbena struktura zaposlenih v zdravstveni negi ter njihove sociodemografske značilnosti, značilnosti delovnega okolja in timsko delo s komunikacijo. Koncept neizvedene zdravstvene nege v Sloveniji je treba raziskati, da bi sploh dobili vpogled, kako razširjen je, katere aktivnosti v zdravstveni negi so izpuščene in kateri so vodilni dejavniki za navedeno. Zbrani rezultati bodo lahko osnova za spremembo kadrovske politike, načrte zaposlovanja in organizacijsko podporo medicinskim sestram v kliničnih okoljih.

Nasprotje interesov / Conflict of interest

Avtorici izjavljata, da ni nasprotja interesov. / The authors declare that no conflicts of interest exist.

Financiranje / Funding

Raziskava ni bila finančno podprta. / The study received no funding.

Etika raziskovanja / Ethical approval

Za izvedbo raziskave glede na izbrano metodologijo raziskovanja dovoljenje ali soglasje Komisije za medicinsko etiko ni bilo potrebno. / No approval by the National Medical Ethics Committee was necessary to conduct the study due to the selected research methodology.

Prispevek avtorjev / Author contributions

Prva avtorica je izvedla iskanje in pregled literature, oceno kakovosti in izbor vključenih virov ter pisala članek. Druga avtorica je v vseh fazah raziskovalnega procesa sodelovala kot oseba, odgovorna za metodološko ustreznost; sodelovala je tudi pri pisanju članka. / The first author conducted literature search, review, performed quality assessment selected sources and wrote the article. The second author participated in all stages of the research process and was responsible

for methodologically appropriate research process and participated in the writing of the article.

Literatura

Aiken, L. H., Cimiotti, J. P., Sloane, D. M., Smith, H. L., Flynn, L., & Neff, D. F. (2011). Effects of nurse staffing and nurse education on patient deaths in hospitals with different nurse work environments. *Medical Care*, 49(12), 1047–1053.

<https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3182330b6e>

PMid:21945978; PMCID:PMC3217062

Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Lake, E. T., & Cheney, T. (2008). Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *The Journal of Nursing Administration*, 38(5), 223–229.

<https://doi.org/10.1097/01.NNA.0000312773.42352.d7>

PMid:18469615; PMCID:PMC2586978

Aiken, L. H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M. ... Kutney-Lee, A. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: Cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *British Medical Journal*, 344, Article e1717.

<https://doi.org/10.1136/bmj.e1717>

PMid:22434089; PMCID:PMC3308724

Aiken, L. H., Sloane, D., Griffiths, P., Rafferty, A. M., Bruyneel, L., McHugh, M. ... Sermeu, W. (2017). Nursing skill mix in European hospitals: Cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *BMJ Quality & Safety*, 26(7), 559–568.

<https://doi.org/10.1136/bmjqs-2016-005567>

PMid:28626086; PMCID:PMC5477662

Ausserhofer, D., Zander, B., Busse, R., Schubert, M., De Geest, S., Rafferty, A. M. ... Schwendimann, R. (2014). Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: Results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. *BMJ Quality & Safety*, 23(2), 126–135.

<https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002318>

PMid:24214796

Ball, J. E., Murrells, T., Rafferty, A. M., Morrow, E., & Griffiths, P. (2014). 'Care left undone' during nursing shifts: Associations with workload and perceived quality of care. *BMJ Quality & Safety*, 23(2), 116–125.

<https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001767>

PMid:23898215; PMCID:PMC3913111

Ball, J. E., Griffiths, P., Rafferty, A. M., Lindqvist, R., Murrells, T., & Tishelman, C. (2016). A cross-sectional study of 'care left undone' on nursing shifts in hospitals. *Journal of Advanced Nursing*, 72(9), 2086–2097.

<https://doi.org/10.1111/jan.12976>

PMid:27095463

- Blackman, I., Lye, C. Y., Darmawan, I. G. N., Henderson, J., Giles, T., Willis, E. ... Verrall, C. (2018). Modeling missed care: Implications for evidence-based Practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 15(3), 1–11.
<https://doi.org/10.1111/wvn.12285>
PMid:29569380
- Booth, A., Papaioannou, D., & Sutton, A. (2012). *Systematic approaches to a successful literature review*. Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Bragadóttir, H., Kalisch, B. J., & Tryggvadóttir, G. B. (2016). Correlates and predictors of missed nursing care in hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, 26(11/12), 1524–1534.
<https://doi.org/10.1111/jocn.13449>
PMid:27325454
- Bragadóttir, H., & Kalisch, B. J. (2018). Comparison of reports of missed nursing care: Registered Nurses vs. practical nurses in hospitals. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 32(3), 1227–1236.
<https://doi.org/10.1111/scs.12570>
PMid:29603312
- Campbell, C. M., Prapanjaroensin, A., Anusiewicz, C. V., Baernholdt, M., Jones, T., & Patrician, P. A. (2020). Variables associated with missed nursing care in Alabama: A cross-sectional analysis. *Journal of Nursing Management*, 28(8), 2174–2184.
<https://doi.org/10.1111/jonm.12979>
PMid:32072688
- Chapman, R., Rahman, A., Courtney, M., & Chalmers, C. (2017). Impact of teamwork on missed care in four Australian hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, 26(1/2), 170–181.
<https://doi.org/10.1111/jocn.13433>
PMid:27322941
- Cho, E., Lee, N.-J., Kim, E.-Y., Kim, S., Lee, K., Park, K.-O., & Sung, Y. H. (2016). Nurse staffing level and overtime associated with patient safety, quality of care, and care left undone in hospitals: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 60, 263–271.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.05.009>
PMid:27297386
- Cho, S.-H., Kim, Y.-S., Yeon, K. N., You, S.-J., & Lee, I. D. (2015). Effects of increasing nurse staffing on missed nursing care. *International Nursing Review*, 62(2), 267–274.
<https://doi.org/10.1111/inr.12173>
PMid:25762430
- Cho, S.-H., Lee, J.-Y., You, S. J., Song, K. J., & Hong, K. J. (2020). Nurse staffing, nurses prioritization, missed care, quality of nursing care, and nurse outcomes. *International Journal of Nursing Practice*, 26(1), Article e12803.
<https://doi.org/10.1111/ijn.12803>
PMid:31850645
- Griffiths, P., Recio-Saucedo, A., Dall'Ora, C., Briggs, J., Maruotti A., Meredith, P. ... Ball, J. (2018). The association between nurse staffing and omissions in nursing care: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 74(7), 1474–1487.
<https://doi.org/10.1111/jan.13564>
PMid:29517813; PMCID:PMC6033178
- Jones, T. L., Hamilton, P., & Murry, N. (2015). Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review. *International Journal of Nursing Studies*, 52(6), 1121–1137.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.02.012>
PMid:25794946
- Kalisch, B. J., Landstrom, G. L., & Hinshaw, A. S. (2009). Missed nursing care: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 65(7), 1509–1517.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05027.x>
PMid:19456994
- Kalisch, B. J., & Lee, K. H. (2010). The impact of teamwork on missed nursing care. *Nursing Outlook*, 58(5), 233–241.
<https://doi.org/10.1016/j.outlook.2010.06.004>
PMid:20934078
- Kalisch, B. J., & Xie, B. (2014). Errors of omission: Missed nursing care. *Western Journal of Nursing Research*, 36(7), 875–890.
<https://doi.org/10.1177/0193945914531859>
PMid:24782432
- Lippincott Nursing Education. (2016). The importance of the optimal nurse-to-patient ratio. Retrieved April 20, 2020 from http://nursingeducation.lww.com/blog.entry.html/2016/11/10/the_importance_ofth-GCAE.html
- Maloney, S., Fenci, J. L., & Hardin, S. R. (2015). Is nursing care missed: A comparative study of three North Carolina hospitals. *Medsurg nursing*, 24(4), 229–235.
PMid:26434035
- Mandal, L., Seethalakshmi, A., & Rajendrababu, A. (2019). Rationing of nursing care, a deviation from holistic nursing: A systematic review. *Nursing Philosophy*, 21(1), Article e12288.
<https://doi.org/10.1111/nup.12257>
PMid:31429179
- Mariani, B. (2012). The effect of mentoring on career satisfaction of registered nurses and intent to stay in the nursing profession. *Nursing Research and Practice*, 2012, Article 168278.
<https://doi.org/10.1155/2012/168278>
PMid:22645673; PMCID:PMC3356736
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D.G., & The PRISMA Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *PLoS Medicine*, 6(7), Article e1000097.
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
PMid:19621072; PMCID:PMC2707599

- Needleman, J., Buerhaus, P., Pankratz, V. S., Leibson, C. L., Stevens, S. R., & Harris, M. (2011). Nurse staffing and inpatient hospital mortality. *The New England Journal of Medicine*, 364(11), 1037–1045.
<https://doi.org/10.1056/NEJMsa1001025>
PMid:21410372
- Palese, A., Ambrosi, E., Prosperi, L., Guarnier, A., Barelli, P., Zambiasi, P. ... Saiani, L. (2015). Missed nursing care and predicting factors in the Italian medical care setting. *Internal and Emergency Medicine*, 10(6), 693–702.
<https://doi.org/10.1007/s11739-015-1232-6>
PMid:25840678
- Papastavrou, E., Andreou, P., & Efstathiou, G. (2013). Rationing of nursing care and nurse-patient outcomes: A systematic review of quantitative studies. *The International Journal of Health Planning and Management*, 29(1), 3–25.
<https://doi.org/10.1002/hpm.2160>
PMid:23296644
- Park, S. H., Hanchett, M., & Ma, C. (2018). Practice environment characteristics associated with missed nursing care. *Journal of Nursing Scholarship*, 50(6), 722–730.
<https://doi.org/10.1002/hpm.2160>
PMid:23296644
- Polit, D. F., & Beck, C.T. (2018). *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice* (9th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Price, S. L., McGillis Hall, L., Angus, J. E., & Peter, E. (2013). Choosing nursing as a career: A narrative analysis of millennial nurses' career choice of virtue. *Nursing Inquiry*, 20(4), 305–316.
<https://doi.org/10.1111/nin.12027>
PMid:23551958
- Recio-Saucedo, A., Dall'Ora, C., Maruotti, A., Ball, J., Briggs, J., Meredith, P. ... Griffiths, P. (2018). What impact does nursing care left undone have on patient outcomes: Review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 27(11/12), 2248–2259.
<https://doi.org/10.1111/jocn.14058>
PMid:28859254; PMCID:PMC6001747
- Saqer, T. J., & AbuAlRub, R. F. (2018). Missed nursing care and its relationship with confidence in delegation among hospital nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 27(13/14), 2887–2895.
<https://doi.org/10.1111/jocn.14380>
PMid:29633416
- Schuckhart, M. C. (2010). *"The MISSCARE Nursing Survey: A secondary data analysis"* Fort Worth, Tx: University of North Texas Health Science Center. Retrieved January 20, 2020 from <https://digitalcommons.hsc.unt.edu/theses/155>
- Srulovici, E., & Drach-Zahavy, A. (2017). Nurses' personal and ward accountability and missed nursing care: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 75, 163–171.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.08.003>
PMid:28829974
- VanFosson, C. A., Jones, T. L., & Yoder, L. H. (2016). Unfinished nursing care: An important performance measure for nursing care systems. *Nursing Outlook*, 64(2), 124–136.
<https://doi.org/10.1016/j.outlook.2015.12.010>
PMid:26850334
- Zeleníková, R., Gurková, E., Friganovic, A., Uchmanowicz, I., Jarošová, D., Žiaková, K. ... Papstavrou, E. (2019). Unfinished nursing care in four central European countries. *Journal of Nursing Management*, 28(8), 1888–1900.
<https://doi.org/10.1111/jonm.12896>
PMid:31680373; PMCID:PMC7754486

Citirajte kot / Cite as:

Bahun, M., & Skela-Savič, B. (2021). Dejavniki neizvedene zdravstvene nege: sistematični pregled literature. *Obzornik zdravstvene nege*, 55(1), 42–51. <https://doi.org/10.14528/snr.2021.55.1.3061>

2.

Neizvedene aktivnosti zdravstvene nege v zdravstvenih in socialnovarstvenih zavodih - presečna raziskava (20 strani)

.....
..... **PRILOGA 2**

Izvirni znanstveni članek/Original scientific article
(Revija_JHS-2023_vol10.n01_v1-36-55)

Neizvedene aktivnosti zdravstvene nege v zdravstvenih in socialnovarstvenih zavodih: presečna raziskava

DOI: <https://doi.org/10.55707/jhs.v10i1.143>

Izvirni znanstveni članek

UDK 616-083-024.14

KLJUČNE BESEDE: neizvajanje aktivnosti zdravstvene nege, vzroki, medicinska sestra, tehnik zdravstvene nege, delovne izkušnje

POVZETEK – Neizvedena zdravstvena nega je koncept, ki obsega zavedno ali nezavedno popolno opustitev izvedbe določenih aktivnosti zdravstvene nege, časovno preložitve izvedbe ali le delno izvedbo določene aktivnosti. Z raziskavo smo želeli ugotoviti, katere so najpogostejše aktivnosti zdravstvene nege, ki jih medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege v zdravstvenih in socialnovarstvenih zavodih ne izvedejo, ter kateri so najpogostejši vzroki za to. Presečna raziskava je temeljila na kvantitativnem raziskovalnem pristopu. Za zbiranje podatkov smo uporabili vprašalnik »The MISSCARE Survey«, podatke pa smo zbrali s spletno anketo IKA. Anketo je v celoti izpolnilo 180 izvajalcev zdravstvene nege, ki imajo v povprečju več kot 10 let delovnih izkušenj. Ugotovili smo, da medicinske sestre najpogosteje ne izvedejo dokumentiranja vseh zahtevanih podatkov ($M = 1,86$, $SD = 1,21$), prav tako ne tudi tehniki zdravstvene nege ($M = 1,69$, $SD = 1,29$). Sodelujoči v raziskavi so kot najpomembnejši vzrok za neizvedeno zdravstveno nego navedli neustrezno število kadra ($M = 1,59$, $SD = 0,96$). Neizvedena zdravstvena nega lahko negativno vpliva na izide pacientovega zdravljenja, lahko povzroči neželene dogodke in zaplete.

Original scientific article

UDC 616-083-024.14

KEYWORDS: missed nursing activities, reasons, nurse, health technicians, work experience

ABSTRACT – Missed nursing care is a concept that includes the conscious or unconscious complete abandonment of the performance of certain nursing activities, postponement of the performance, or only partial performance of a certain activity. With the research, we wanted to find the most common nursing activities that nurses and nursing technicians in health and social care institutions missed, and the most common reasons for this. The cross-sectional research was based on a quantitative research approach. We used "The MISSCARE Survey" questionnaire to collect data, which we collected with IKA, the online research tool. The research was fully completed by 180 nursing care providers who have more than 10 years of work experience. We found that nurses most often missed documenting all the required data ($M = 1.86$, $SD = 1.21$); the same applies to nursing technicians ($M = 1.69$, $SD = 1.29$). The participants in the research cited an inadequate number of personnel ($M = 1.59$, $SD = 0.96$) as the most important reason for missed nursing care. Such nursing care can negatively affect the patient's health outcomes and cause adverse events and complications.

1 Uvod

Neizvedena zdravstvena nega je koncept, ki se nanaša na kateri koli vidik potrebne oskrbe pacienta, ki ni bila izvedena (deloma ali v celoti) ali je bila opravljena z zamudo (Kalisch idr., 2011). V literaturi najdemo različna poimenovanja koncepta

Prejeto/Received: 30. 8. 2022
Sprejeto/Accepted: 12. 4. 2023

Besedilo/Text © 2023 Avtor(ji)/The Author(s)
To delo je objavljeno pod licenco CC BY Priznanje avtorstva 4.0 Mednarodna.
/ This work is published under a CC BY Attribution 4.0 International license.
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

neizvedene zdravstvene nege – v angleškem jeziku npr. missed nursing care, care left undone, omission of nursing care, rationed nursing care (Kalisch idr., 2009; Zeleníková idr., 2019; Srulovici in Drach - Zahavy, 2017).

Fenomen neizvedene zdravstvene nege je prva identificirala avtorica Kalisch leta 2006, ko je izvedla kvalitativno raziskavo, s katero je želela ugotoviti, katere aktivnosti zdravstvene nege se pri pacientih v času hospitalizacije najpogosteje ne izvedejo. Ugotovila je, da so to: menjava položajev, ustna nega, hranjenje pacienta z zamudo, poučevanje pacienta, načrtovanje odpusta, dokumentiranje, osebna nega in nadzor. Ugotovljeni vzroki za to pa so bili pomanjkanje časa, pomanjkanje osebja za zdravstveno nego, slabo timsko delo in neučinkovito delegiranje nalog (Kalisch, 2006).

Z ozirom na to, da gre pri konceptu za nekaj, kar ni bilo opravljeno, koncept ni bil prepoznan kot pomemben. Zato tudi ni prišlo do poročanja o problemu in o nedoseganju standardov prakse zdravstvene nege (Kalisch idr., 2009), čeprav so raziskave kasneje pokazale, da neizvedena zdravstvena nega povzroča številne komplikacije pri pacientih, kot na primer infekcije in pljučnice, kar podaljša hospitalizacijo in povzroči kasnejši odpust ter poveča nezadovoljstvo pacientov z obravnavo (Kalisch in Xie, 2014; Lucero idr., 2010). Medicinske sestre se morajo v vsakodnevni praksi odločati o tem, kaj bodo izvedle in česa ne, kaj bodo izvedle z zamudo ali v zmanjšanem obsegu (Kalisch idr., 2009). Raziskovalci ugotavljajo, da je neizvajanje zdravstvene nege prisotno v vseh bolnišnicah, brez izjeme (Mynařikova idr., 2020). Na proces odločanja vplivajo individualne značilnosti medicinskih sester, in sicer: percepcija timskih in skupinskih norm, ocena pomembnosti posameznih aktivnosti zdravstvene nege pri različnih pacientih, za katere so odgovorne, njihove vrednote, stališča in prepričanja ter njihova vsakodnevna praksa (AHRQ, 2022). Krichbaum idr. (2007) so ugotovili naslednje razloge za neizvajanje zdravstvene nege: osebje (utrujenost, težave v družini), okolje (neustrezno delovno okolje, konflikti s sodelavci, nezaupanje, nespoštovanje), praksa (delegiranje nalog, dileme zaradi nasprotujočih si zahtev, prioritete pri izvajanju večjega števila nalog znotraj časovnega okvirja), sistemi (organizacijske spremembe, zahteve po dokumentiranju, finančna sredstva, kadrovanje, zakonske zahteve), menedžment (izkušnje menedžerjev, pomanjkanje znanja o tem, kaj medicinske sestre izvajajo, za učinkovito organiziranje dela, številne spremembe v vrhnjem menedžmentu, avtonomija in nadzor).

Konceptualni model neizvedene zdravstvene nege temelji na Donabedianovem modelu ocenjevanja kakovosti s strukturnim, procesnim in rezultatnim pristopom (Plevová idr., 2021) in je tesno povezan s pacientovo varnostjo (McMullen idr., 2017). Strukturni faktorji, ki vplivajo na neizvajanje zdravstvene nege, so: kadrovske viri (število, izobrazba, kompetence, delovne izkušnje zaposlenih), materialni viri (oprema, negovalni pripomočki, zdravila), timsko delo in komunikacija (med člani negovalnega tima, med medicinskimi sestrami in zdravniki, med medicinskimi sestrami in podpornim kadrom) (AHRQ, 2022). Procesni faktorji se nanašajo na izvajanje zdravstvene nege oziroma na neizvajanje (deloma, v celoti, z zamudo), rezultatni pa imajo direkten vpliv na zdravstveno stanje pacienta, njegovo zadovoljstvo ter tudi na zadovoljstvo medicinskih sester (Moreno - Monsiváis idr., 2015).

Wakefield (2014) navaja, da delovno okolje najmočneje vpliva na neizvajanje zdravstvene nege in med drugim vključuje tudi kadre, menedžment in vodenje, pomoč drugih medicinskih sester in zdravnikov ter sodelovanje pri odločanju. Bahun in Skela - Savič (2021) ugotavljata, da so kadrovske značilnosti (število, izobrazbena struktura), sociodemografske značilnosti, značilnosti delovnega okolja in timsko delo s komunikacijo glavni dejavniki neizvedene zdravstvene nege.

Glede na navedene strukturne faktorje, prisotne v času dela, morajo medicinske sestre postavljati prioritete pri izvajanju aktivnosti zdravstvene nege (AHRQ, 2022). Večje število neizvedenih aktivnosti zdravstvene nege in pomanjkanje kadra vplivajo na zmanjšanje varnosti pacientov (Sung - Hyun idr., 2020). Neizvedena zdravstvena nega vpliva na zdravstvene izide pacientov, na medicinske sestre in zdravstvene institucije (Dabney idr., 2019). Mynařikova idr. (2020) so v pregledu literature ugotovili, da neizvajanje zdravstvene nege povzroča bolnišnične okužbe, okužbe urinarnega trakta in pljučnice ter nastanek razjed zaradi pritiska, padce in napake pri izvajanju postopkov in posegov zdravstvene nege.

Posledice se kažejo v večjem številu neželenih dogodkov pri pacientih, kar povečuje stroške zdravstvene obravnave, v večjem nezadovoljstvu pacientov, morebitni višji stopnji smrtnosti (Mynařikova idr., 2020; Griffiths idr., 2018; Ambrosi idr., 2017), nezadovoljstvu medicinskih sester (Kalisch idr., 2011), njihovi povečani frustraciji in stresu (White idr., 2019) ter potrebi po spremembi delovnega mesta (Hosseini idr., 2022).

Neizvedena zdravstvena nega glede na konceptualni model predstavlja problem, saj medicinske sestre koordinirajo in izvajajo mnoge intervencije, ki jih predpišejo drugi. Medicinske sestre tudi načrtujejo, izvajajo in vrednotijo aktivnosti zdravstvene nege, ki jih same določijo, da bi omilile simptome bolezni in zadovoljile pacientove osnovne potrebe, ter promovirajo zdravje in poudarjajo pomen zdravljenja (AHRQ, 2022). Pojavlja se tudi vprašanje, katerim aktivnostim dajejo medicinske sestre prednost, morda le tistim, ki jih naroči zdravnik. Navedena teza še ni v zadostni meri raziskana (Wakefield, 2014).

Z raziskavo smo želeli ugotoviti stanje neizvajanja zdravstvene nege pri nas in ugotoviti najpogostejše aktivnosti v zdravstveni negi, ki jih medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege, ki so zaposleni v zdravstvenih in socialnovarstvenih zavodih, v vsakodnevni praksi najpogosteje ne izvedejo. Zanimali pa so nas tudi vzroki za neizvedeno zdravstveno nego.

2 Metoda

Izvedli smo presečno raziskavo, ki je potekala v marcu 2022.

2.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Presečna raziskava je temeljila na kvantitativnem raziskovalnem pristopu, metodi deskripcije, kompilacije in sinteze. Podatke smo zbrali s spletno anketo 1KA. Dostop

do ankete smo posredovali na osebne elektronske naslove medicinskih sester in tehnikov zdravstvene nege iz osebne adrese visokošolskih učiteljev s prošnjo, da dostop do ankete po principu snežne kepe pošljejo naprej. Sodelujočim smo zagotovili anonimizacijo vseh osebnih podatkov, upoštevali smo tudi vsa etična načela raziskovanja.

2.2 Opis instrumenta

Za pridobivanje podatkov smo uporabili revidirani vprašalnik »The MISSCARE Survey« (Kalisch, 2006), za katerega smo pridobili avtoričino pisno soglasje za uporabo in smo ga metodološko ustrezno prevedli. Vprašalnik je sestavljen iz treh sklopov. Prvi sklop vključuje splošna vprašanja o delovnem okolju in značilnostih dela, ki ga opravljajo medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege, ter vprašanja za pridobitev demografskih podatkov (20 vprašanj). Drugi sklop je namenjen proučevanju neizvedene zdravstvene nege – v njem je navedenih 25 aktivnosti zdravstvene nege, ki se izvajajo pri pacientu in so jih respondenti ocenjevali z ozirom na frekvenco izvajanja (vedno, pogosto, občasno, redko, nikoli). V tretjem sklopu je navedenih 22 vzrokov za neizvajanje aktivnosti zdravstvene nege, ki se nanašajo na kadrovske vire, materialne vire in komunikacijo. Udeleženci so na štiristopenjski lestvici Likertovega tipa ugotavljali pomembnost posameznega vzroka za neizvedeno zdravstveno nego. Podali so lahko naslednje ocene: pomemben vzrok, zmeren vzrok, manjši vzrok, ni vzroka za neizvedeno zdravstveno nego.

2.3 Opis vzorca

V raziskavi je sodelovalo 180 medicinskih sester in tehnikov zdravstvene nege, od tega 88,4 % žensk in 11,6 % moških. Udeleženci so bili v povprečju stari 41,7 leta (SD = 9,78 leta). 82 je bilo diplomiranih medicinskih sester, 26 tehnikov zdravstvene nege in 64 diplomiranih medicinskih sester, ki so zaposlene kot vodje tima zdravstvene nege, vodje enote, oddelka, ambulante in so vključene v izvajanje neposredne zdravstvene nege in imajo v povprečju več kot 10 let delovnih izkušenj na sedanjem delovnem mestu. Ostali demografski podatki so vidni v tabeli 1.

Tabela 1*Demografski podatki/Demographic Data*

<i>Demografske spremenljivke in ponujeni odgovori</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
<i>Mesto zaposlitve</i>		
bolnišnična dejavnost	104	57,5
primarna zdravstvena dejavnost	59	32,6
socialnovarstvena dejavnost	14	7,7
rehabilitacijska dejavnost	2	1,1
drugo (npr. patronaža)	2	1,1
<i>Najvišja stopnja izobrazbe</i>		
srednja izobrazba	33	18,2
višja strokovna izobrazba	4	2,2
visoka strokovna izobrazba	86	47,5
univerzitetna izobrazba	20	11,0
magistrski študij (2. bolonjska stopnja)	32	17,7
znanstveni magisterij	4	2,2
doktorat znanosti	2	1,1
<i>Stopnja izobrazbe medicinske sestre</i>		
zaključni izpit/matura v zdravstveni negi	34	18,8
diploma na višji/visoki strokovni stopnji	22	12,2
diploma v zdravstveni negi	72	39,8
diploma na specialističnem študiju	6	3,3
diploma izven zdravstvene nege	9	5,0
magisterij v zdravstveni negi	24	13,3
magisterij izven zdravstvene nege	12	6,6
doktorat izven zdravstvene nege	2	1,1
<i>Delovno mesto</i>		
tehnik zdravstvene nege	26	14,4
diplomirana medicinska sestra	82	45,6
diplomirana medicinska sestra, vodja tima zdravstvene nege	20	11,1
diplomirana medicinska sestra, vodja enote/oddelka/ambulance	35	19,4
pomočnica direktorja za zdravstveno nego v zavodu	9	5,0
drugo	8	4,4
<i>Delovna doba</i>		
do 6 mesecev	2	1,1
od 6 mesecev do 2 leti	5	2,8
2–5 let	15	8,3
5–10 let	21	11,7
več kot 10 let	137	76,1
<i>Delovna doba na trenutnem delovnem mestu</i>		
do 6 mesecev	10	5,6
od 6 mesecev do 2 leti	12	6,7
2–5 let	34	18,9

5–10 let	26	14,4
več kot 10 let	98	54,4
<i>Načrtovanje menjave delovnega mesta*</i>		
v naslednjih 6 mesecih	4	2,3
v naslednjem letu	26	14,7
tega ne načrtujem	147	83,1

Opomba: Pri označeni spremenljivki (*) so 4 manjkajoče vrednosti/There are 4 missing values in the variable

2.4 Opis obdelave podatkov

Za analizo podatkov smo uporabili deskriptivno statistiko ter Spearmanov koeficient korelacije za prikaz povezanosti spremenljivk.

3 Rezultati

Ugotovili smo, da medicinske sestre najpogosteje ne izvedejo naslednjih nalog: dokumentiranje vseh zahtevanih podatkov ($M = 1,86$, $SD = 1,21$), čustvena podpora pacientu in/ali svojcem ($M = 2,05$, $SD = 1,11$) ter poučevanje pacienta v povezavi z boleznijo, preiskavami in diagnostičnimi rezultati ($M = 2,12$, $SD = 1,22$). Najredkeje pa ne izvedejo naslednjih nalog: pomoč pri vstajanju pacienta 3-krat na dan ($M = 3,57$, $SD = 1,47$), hranjenje pacienta, ko je hrana še topla ($M = 3,63$, $SD = 1,60$), in obračanje pacienta vsaki 2 uri ($M = 3,81$, $SD = 1,44$) (tabela 2).

Tabela 2

Neizvedene aktivnosti zdravstvene nege medicinskih sester/Missed Nursing Care Activities – Registered Nurses

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Vedno</i> <i>(1)</i> <i>v %</i>	<i>Pogosto</i> <i>(2)</i> <i>v %</i>	<i>Občasno</i> <i>(3)</i> <i>v %</i>	<i>Redko</i> <i>(4)</i> <i>v %</i>	<i>Nikoli</i> <i>(5)</i> <i>v %</i>	<i>Mo</i>
Dokumentiranje vseh zahtevanih podatkov.	82	1,86	1,21	56,1	20,7	8,5	9,8	4,9	1,00
Čustvena podpora pacientu in/ali svojcem.	82	2,05	1,11	39,0	32,9	15,9	8,5	3,7	1,00
Poučevanje pacienta v povezavi z boleznijo, preiskavami in diagnostičnimi rezultati.	82	2,12	1,22	40,2	29,3	14,6	9,8	6,1	1,00
Merjenje vitalnih znakov po naročilu.	82	2,13	1,47	53,7	13,4	12,2	7,3	13,4	1,00
Oskrba rane, nega poškodovane kože.	81	2,30	1,57	50,6	13,6	7,4	12,3	16,0	1,00

Merjenje ravni sladkorja v krvi, kot je naročeno.	81	2,32	1,59	49,4	14,8	8,6	8,6	18,5	1,00
Ponovno ocenjevanje potreb pacienta glede na njegovo stanje.	82	2,39	1,46	37,8	25,6	12,2	8,5	15,9	1,00
Ocena učinkovitosti zdravil.	81	2,47	1,51	37,0	24,7	9,9	11,1	17,3	1,00
Udeležba na medpoklicnih sestankih.	81	2,48	1,22	24,7	29,6	27,2	9,9	8,6	2,00
Ocenjevanje potreb pacienta v vsaki delovni izmeni.	82	2,52	1,49	32,9	28,0	11,0	9,8	18,3	1,00
Umivanje rok.	82	2,61	1,65	42,7	11,0	11,0	13,4	22,0	1,00
Ocena vbodnega mesta IV centralnega katetra glede na strokovni standard ustanove.	81	2,68	1,64	39,5	12,3	12,3	12,3	23,5	1,00
Ustrezen nadzor nad zmedenimi/ poškodovanimi pacienti.	81	2,81	1,64	35,8	11,1	14,8	12,3	25,9	1,00
Odziv na svetlobni in zvočni signal ali pacientovo trkanje na vrata ambulante v roku 5 minut.	81	2,89	1,70	34,6	14,8	8,6	11,1	30,9	1,00
Apliciranje po potrebi predpisanega zdravila na prošnjo pacienta v 15 minutah.	81	2,89	1,70	35,8	12,3	8,6	13,6	29,6	1,00
Aplikacija zdravila v času 30 minut pred ali po predpisanem času.	81	2,99	1,67	29,6	17,3	9,9	11,1	32,1	5,00
Spremljanje vnosa tekočine in hrane ter izločanja.	81	3,12	1,65	24,7	19,8	8,6	12,3	34,6	5,00
Pomoč pacientu pri potrebah odvajanja v 5 minutah po zaprosilu.	81	3,18	1,65	23,5	19,8	8,6	11,1	37,0	5,00
Načrtovanje odpusta in poučevanje pacienta.	82	3,19	1,64	22,0	22,0	7,3	12,2	36,6	5,00
Serviranje hrane pacientu, ki se hrani sam.	81	3,44	1,73	28,4	4,9	6,2	14,8	45,7	5,00

Nega ustne votline.	81	3,44	1,59	17,3	18,5	8,6	13,6	42,0	5,00
Kopanje pacienta, nega kože.	81	3,51	1,53	14,8	17,3	11,1	16,0	40,7	5,00
Pomoč pri vstajanju pacienta trikrat na dan.	81	3,57	1,47	13,6	14,8	12,3	19,8	39,5	5,00
Hranjenje pacienta, ko je hrana še topla.	81	3,63	1,60	18,5	11,1	7,4	14,8	48,1	5,00
Obračanje pacienta vsaki 2 uri.	81	3,81	1,44	11,1	11,1	13,6	13,6	50,6	5,00

Legenda: N – število, M – aritmetična sredina, SD – standardni odklon, Mo – modus/N – Number, M – Arithmetic Mean, SD – Standard Deviation, Mo – Mode

Tudi tehniki zdravstvene nege najpogosteje ne dokumentirajo vseh zahtevanih podatkov (M = 1,69, SD = 1,29), ne oskrbijo rane in ne negujejo poškodovane kože (M = 1,73, SD = 1,04) ter prav tako ne nudijo čustvene podpore pacientu in/ali svojcem (M = 1,88, SD = 0,99). Najredkeje pa ne izvedejo naslednjih nalog: obračanje pacienta vsaki 2 uri (M = 3,19, SD = 1,52), nega ustne votline (M = 3,35, SD = 1,62) in načrtovanje odpusta ter poučevanje pacienta (M = 3,36, SD = 1,63). Ostali podatki so razvidni v tabeli 3.

Tabela 3

Neizvedene aktivnosti zdravstvene nege tehnikov zdravstvene nege/Missed Nursing Care Activities – Nursing Technicians

	N	M	SD	Vedno (1) v %	Pogosto (2) v %	Občasno (3) v %	Redko (4) v %	Nikoli (5) v %	Mo
Dokumentiranje vseh zahtevanih podatkov.	26	1,69	1,29	73,1	3,8	11,5	3,8	7,7	1,00
Oskrba rane, nega poškodovane kože.	26	1,73	1,04	61,5	11,5	19,2	7,7	0,0	1,00
Čustvena podpora pacientu in/ali svojcem.	26	1,88	0,99	42,3	38,5	7,7	11,5	0,0	1,00
Merjenje vitalnih znakov po naročilu.	26	2,04	1,31	50,0	19,2	15,4	7,7	7,7	1,00
Umivanje rok.	26	2,19	1,63	57,7	7,7	11,5	3,8	19,2	1,00
Poučevanje pacienta v povezavi z boleznijo, preiskavami in diagnostičnimi rezultati.	25	2,20	1,32	40,0	28,0	12,0	12,0	8,0	1,00
Merjenje ravnih sladkorja v krvi, kot je naročeno.	26	2,27	1,43	46,2	11,5	23,1	7,7	11,5	1,00

Ustrezen nadzor nad zmedenimi/poškodovanimi pacienti.	25	2,28	1,51	44,0	24,0	8,0	8,0	16,0	1,00
Ponovno ocenjevanje potreb pacienta glede na njegovo stanje.	26	2,58	1,50	34,6	15,4	26,9	3,8	19,2	1,00
Hranjenje pacienta, ko je hrana še topla.	25	2,68	1,82	44,0	16,0	0,0	8,0	32,0	1,00
Udeležba na medpoklicnih sestankih.	26	2,69	1,44	23,1	30,8	19,2	7,7	19,2	2,00
Ocenjevanje potreb pacienta v vsaki delovni izmeni.	26	2,73	1,56	30,8	19,2	19,2	7,7	23,1	1,00
Aplikacija zdravila v času 30 minut pred ali po predpisanem času.	26	2,77	1,77	42,3	7,7	11,5	7,7	30,8	1,00
Apliciranje po potrebi predpisanega zdravila na prošnjo pacienta v 15 minutah.	26	2,77	1,70	38,5	11,5	11,5	11,5	26,9	1,00
Serviranje hrane pacientu, ki se hrani sam.	26	2,85	1,91	50,0	0,0	0,0	15,4	34,6	1,00
Odziv na svetlobni in zvočni signal ali pacientovo trkanje na vrata ambulante v roku 5 minut.	26	2,88	1,86	42,3	7,7	7,7	3,8	38,5	1,00
Pomoč pacientu pri potrebah odvajanja v 5 minutah po zaprosilu.	25	2,96	1,69	28,0	20,0	16,0	0,0	36,0	5,00
Spremljanje vnosa tekočine in hrane ter izločanja.	25	3,04	1,67	28,0	16,0	12,0	12,0	32,0	5,00
Ocena učinkovitosti zdravil.	25	3,04	1,74	32,0	12,0	12,0	8,0	36,0	5,00
Pomoč pri vstajanju pacienta trikrat na dan.	26	3,08	1,65	23,1	23,1	11,5	7,7	34,6	5,00
Kopanje pacienta, nega kože.	26	3,08	1,74	26,9	23,1	3,8	7,7	38,5	5,00
Ocena vbodnega mesta IV centralnega katetra glede na strokovni standard ustanove.	26	3,15	1,69	26,9	15,4	7,7	15,4	34,6	5,00

Obračanje pacienta vsaki 2 uri.	26	3,19	1,52	15,4	23,1	23,1	3,8	34,6	5,00
Nega ustne votline.	26	3,35	1,62	15,4	26,9	7,7	7,7	42,3	5,00
Načrtovanje odpusta in poučevanje pacienta.	25	3,36	1,63	16,0	24,0	12,0	4,0	44,0	5,00

Legenda: N – število, M – aritmetična sredina, SD – standardni odklon, Mo – modus/ Legend: N – Number, M – Arithmetic Mean, SD – Standard Deviation, Mo – Mode

Sodelujoči v raziskavi so kot najpomembnejši vzrok za neizvedeno zdravstveno nego navedli neustrezno število kadra ($M = 1,59$, $SD = 0,96$), nepričakovano povečanje števila pacientov v enoti/oddelku/ambulantni ($M = 1,79$, $SD = 1,07$) ter nujno stanje pacienta (npr. poslabšanje) ($M = 1,88$, $SD = 1,17$). Na neizvajanje zdravstvene nege pa najmanj vplivata naslednja vzroka: zdravila, ki niso bila na voljo, ko so bila potrebna ($M = 2,46$, $SD = 1,10$), ter da drugi oddelki niso izvajali potrebnih oskrb ($M = 2,48$, $SD = 1,06$). Ostali vzroki za neizvedeno zdravstveno nego so navedeni v tabeli 4.

Tabela 4

Najpomembnejši vzroki za neizvedeno zdravstveno nego/The main causes of missed nursing care

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Pomemben vzrok (1) v %</i>	<i>Zmeren vzrok (2) v %</i>	<i>Manjši vzrok (3) v %</i>	<i>Ni vzroka za neizvedeno nego (4) v %</i>	<i>Mo</i>
Neustrezno število kadra.	169	1,59	0,96	66,3	17,8	7,1	8,9	1,00
Nezadostno število drugega kadra v enoti/oddelku/ambulantni (npr. zdravstveni tehniki, bolničarji, negovalci, administratorji).	167	1,68	0,98	59,9	21,6	9,6	9,0	1,00
Nepričakovano povečanje števila pacientov v enoti/oddelku/ambulantni.	162	1,79	1,07	56,8	19,8	11,1	12,3	1,00
Nujno stanje pacienta (npr. poslabšanje).	167	1,88	1,17	57,5	14,4	10,8	17,4	1,00
Čustvena in fizična izčrpanost.	164	1,88	1,04	48,8	25,0	15,2	11,0	1,00
Zaradi bolniških odsotnosti, dopustov in drugih opravičljivih razlogov ni bilo na voljo dovolj kadra.	163	1,93	1,07	47,2	25,2	14,7	12,9	1,00

Neenakomerno število aktivnosti zdravstvene nege pri pacientih.	164	1,96	0,96	37,8	37,8	14,6	9,8	1,00
Povečanje števila sprejemov in odpustov v enoti/oddelku/ambulantni.	164	2,00	1,06	42,7	27,4	17,1	12,8	1,00
Motnje/večopravilnost.	165	2,01	1,04	42,4	24,2	23,0	10,3	1,00
Komunikacijski šumi ali prekinitev v komunikaciji z zdravstvenim osebjem.	164	2,05	1,05	41,5	22,0	26,2	10,4	1,00
Komunikacijski šumi ali prekinitev v komunikaciji z drugimi enotami/oddelki/ambulantami.	164	2,06	1,04	39,6	25,6	23,8	11,0	1,00
Komunikacijski šumi ali prekinitev v komunikaciji znotraj tima zdravstvene nege.	165	2,10	1,07	40,6	20,0	27,9	11,5	1,00
Pomanjkanje podpore s strani članov tima.	165	2,22	1,13	37,0	21,8	23,0	18,2	1,00
Neustrezna podpora s strani vodij.	165	2,26	1,18	39,4	15,8	24,2	20,6	1,00
Tehniki zdravstvene nege niso sporočili, da zdravstvena nega ni bila izvedena.	164	2,26	1,18	39,0	15,9	25,0	20,1	1,00
Neustrezen nadzor nad izvajalci zdravstvene nege.	164	2,26	1,10	32,9	25,0	25,0	17,1	1,00
Pripomočki/oprema niso bili na voljo, ko so bili potrebni.	165	2,31	1,06	30,3	23,0	32,1	14,5	3,00
Pripomočki/oprema niso ustrezno delovali.	165	2,35	1,04	28,5	22,4	35,2	13,9	3,00
Neustrezna predaja dela med delovnimi izmenami ali pri predaji pacienta.	166	2,36	1,06	27,1	27,7	27,7	17,5	2,00
Pomanjkanje namigov/opozoril.	164	2,41	1,04	23,8	28,7	29,9	17,7	3,00

Zdravila niso bila na voljo, ko so bila potrebna.	166	2,46	1,10	25,9	24,1	28,3	21,7	3,00
Drugi oddelki niso izvajali potrebne oskrbe (npr. fizioterapija ni potekala).	165	2,48	1,06	23,0	26,1	30,3	20,6	3,00

Legenda: N – število, M – aritmetična sredina, SD – standardni odklon, Mo – modus/N – Number, M – Arithmetic Mean, SD – Standard Deviation, Mo – Mode

S Spearmanovim koeficientom korelacije, ki prikazuje povezanost dveh spremenljivk, v našem primeru delovne izkušnje na delovnem mestu medicinske sestre in tehnika zdravstvene nege ter aktivnosti zdravstvene nege, smo ugotovili, da več kot imajo izvajalci zdravstvene nege delovnih izkušenj, redkeje ne izvedejo aktivnosti zdravstvene nege in nasprotno, manj kot imajo delovnih izkušenj, pogosteje ne izvedejo aktivnosti zdravstvene nege. Navedena povezanost je statistično pomembna pri naslednjih aktivnostih zdravstvene nege: merjenje vitalnih znakov po naročilu ($p = 0,018$), merjenje ravni krvnega sladkorja v krvi ($p = 0,045$) in odziv na svetlobni in zvočni signal ali pacientovo trkanje na vrata ambulante v roku petih minut ($p = 0,006$) (tabela 5).

Tabela 5

Povezanost med izkušnjami na sedanjem delovnem mestu in neizvedeno zdravstveno nego/The Link between Experience in the Current Workplace and Missed Nursing Care

Aktivnosti zdravstvene nege	Delovne izkušnje na sedanjem delovnem mestu		
	Spearman's ρ	p	N
Pomoč pri vstajanju pacienta trikrat na dan.	0,021	0,778	178
Obračanje pacienta vsaki 2 uri.	-0,063	0,400	178
Hranjenje pacienta, ko je hrana še topla.	-0,072	0,340	177
Serviranje hrane pacientu, ki se hrani sam.	0,017	0,817	178
Aplikacija zdravila v času 30 minut pred ali po predpisanem času.	0,066	0,382	178
Merjenje vitalnih znakov po naročilu.	0,177*	0,018	179
Spremljanje vnosa tekočine in hrane ter izločanja.	0,075	0,320	177
Dokumentiranje vseh zahtevanih podatkov.	0,098	0,194	179
Poučevanje pacienta v povezavi z boleznijo, preiskavami in diagnostičnimi rezultati.	-0,062	0,413	178
Čustvena podpora pacientu in/ali svojcem.	0,041	0,584	179
Kopanje pacienta, nega kože.	0,010	0,899	177
Nega ustne votline.	-0,023	0,757	178

Umivanje rok.	0,092	0,220	178
Načrtovanje odpusta in poučevanje pacienta.	-0,084	0,268	177
Merjenje ravnih sladkorja v krvi, kot je naročeno.	0,151*	0,045	178
Ocenjevanje potreb pacienta v vsaki delovni izmeni.	-0,026	0,727	177
Ponovno ocenjevanje potreb pacienta glede na njegovo stanje.	-0,010	0,894	179
Ocena vbojnega mesta IV centralnega katetra glede na strokovni standard ustanove.	-0,008	0,912	177
Odziv na svetlobni in zvočni signal ali pacientovo trkanje na vrata ambulate v roku 5 minut.	0,207**	0,006	177
Apliciranje po potrebi predpisanega zdravila na prošnjo pacienta v 15 minutah.	0,017	0,826	178
Ocena učinkovitosti zdravil.	0,013	0,860	176
Udeležba na medpoklicnih sestankih.	0,113	0,133	178
Pomoč pacientu pri potrebah odvajanja v 5 minutah po zaprosilu.	0,001	0,994	177
Oskrba rane, nega poškodovane kože.	0,075	0,317	178
Ustrezen nadzor nad zmedenimi/poškodovanimi pacienti.	0,038	0,614	177

4 Razprava

Z našo raziskavo smo ugotovili, katere so najpogostejše aktivnosti zdravstvene nege, ki jih medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege ne izvedejo v zdravstvenih in socialnovarstvenih zavodih, ter vzroke za to.

Ugotovili smo tudi, da več kot imajo izvajalci zdravstvene nege delovnih izkušenj, redkeje ne izvedejo aktivnosti zdravstvene nege. Podobno ugotavljajo tudi Phelan, McCarthy in Adams (2018), ki so med 458 medicinskimi sestrami na Irskem ugotovili, da več aktivnosti zdravstvene nege ne izvedejo tisti, ki imajo manj kot pet let delovnih izkušenj. Tudi ugotovitve raziskave avtorja Hosseini idr. (2022) med 135 medicinskimi sestrami v Iranu so pokazale, da medicinske sestre z več kot desetimi leti delovnih izkušenj izvajajo zdravstveno nego bolje, saj tiste z manj delovnimi izkušnjami večkrat ne izvedejo aktivnosti zdravstvene nege.

Poučevanje pacienta v povezavi z boleznijo, preiskavami in diagnostičnimi rezultati je ena izmed aktivnosti, ki jo medicinske sestre, ki so sodelovale v naši raziskavi, najpogosteje ne izvedejo. Podobno ugotavljajo Moreno - Monsiváis idr. (2015) in menijo, da je poučevanje zelo pomembna aktivnost, ki bi morala biti prioriteta pri medi-

cinskih sestrah, saj pacientom pomaga izboljšati sodelovanje z njimi in jim omogoča sprejemati odločitve glede zdravstvene nege na podlagi podanih informacij.

Ena izmed ugotovitev naše raziskave je, da tako medicinske sestre kot tudi tehniki zdravstvene nege ne nudijo čustvene podpore pacientu in/ali svojcem. Enako ugotavljajo Plevová idr. (2021) ter Moreno - Monsiváis idr. (2015). AHRQ (2022) navaja rezultate sistematičnega pregleda 42 raziskav, v katerih je od 55 do 98 % medicinskih sester, vključenih v raziskave, poročalo o neizvedenih aktivnostih zdravstvene nege. Kot najpogosteje neizvedeno aktivnost pa so prav tako navedli neizvajanje čustvene podpore pacientu in/ali svojcem. Tudi Moreno - Monsiváis idr. (2015) so med 160 medicinskimi sestrami, ki so bile vključene v raziskavo, ugotovili, da čustvena podpora ni nudena v obsegu 21,3 % v okviru vseh neizvedenih aktivnosti.

Po mnenju pacientov medicinske sestre ne izvajajo potrebnih aktivnosti zaradi potrebe po dokumentiranju vseh zahtevanih podatkov (Moreno - Monsiváis idr., 2015), saj kar 25 % delovnega časa porabijo za dokumentiranje (McNair idr., 2016). V naši raziskavi pa smo ugotovili, da je prav dokumentiranje vseh zahtevanih podatkov med najpogosteje neizvedenimi aktivnostmi tako s strani medicinskih sester kot tudi tehnikov zdravstvene nege.

Skoraj polovica medicinskih sester in polovica tehnikov zdravstvene nege, vključenih v raziskavo, ne izvede merjenja krvnega sladkorja v krvi, kot je naročeno, za razliko od ugotovitev raziskave avtorja Hosseini idr. (2022), v kateri ugotavljajo prav nasprotno, in sicer da se medicinske sestre zavedajo pomena izvedbe navedene aktivnosti ob določenem času.

Medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege, ki so sodelovali v naši raziskavi, izvedbo aktivnosti obračanja pacienta vsaki dve uri opustijo najredkeje. Medicinske sestre tudi najredkeje ne izvedejo naloge pomoči pri vstajanju pacienta 3-krat na dan. Do nasprotnih rezultatov so prišli raziskovalci Plevová idr. (2021) ter Villamin idr. (2019), ki navajajo, da je pomoč pri vstajanju najpogosteje neizvedena aktivnost.

V bolnišnicah na jugozahodu ZDA je kar 94 % medicinskih sester (N = 233) poročalo, da vsaj ena izmed aktivnosti zdravstvene nege ni izvedena pogosto ali celo vedno. V 36 % ni izvedena ustna nega (Smith idr., 2018), ki pa se v naši raziskavi ni izkazala za problematično aktivnost z vidika neizvedene zdravstvene nege.

Medicinske sestre (N = 2917), zaposlene na 401 kirurškem oddelku v 46 splošnih bolnišnicah v Angliji, so v 86 % poročale, da najpogosteje ne poučujejo pacientov, se z njimi ne pogovarjajo in ne posodobijo načrta zdravstvene nege. Neizvajanje aktivnosti zdravstvene nege je povezano s številom pacientov, ki jih obravnava medicinska sestra (Ball idr., 2014).

Najpogostejši vzrok za neizvedeno zdravstveno nego, ki smo ga v naši raziskavi ugotovili, je neustrezno število kadra. Podobno ugotavljajo tudi Hosseini idr. (2022), saj je neizvajanje aktivnosti zdravstvene nege povezano tako s številom kadra kot s pomanjkanjem časa za izvajanje potrebne zdravstvene nege. Avtorica Filej (2020), ki je izvedla kvalitativno raziskavo med 23 študenti izrednega študija na različnih magistrskih študijskih programih, je prav tako ugotovila, da so vzroki za neizvedeno zdra-

vstveno nego v nezadostnem številu medicinskih sester, njihovi preobremenjenosti, pomanjkanju časa in hitenju pri obravnavi pacientov, njihovi utrujenosti in pozabljanju, kar posledično daje vtis, da imajo slabše znanje. Tudi Cho idr. (2020) so ugotovili povezanost med večjim številom neizvedenih aktivnosti zdravstvene nege in manjšim številom kadra, kar vpliva na manjše zadovoljstvo pacientov in nižjo stopnjo kakovosti zdravstvene nege. Kot ugotavlja AHRQ (2022), imajo enote z boljšo kadrovsko zasedbo nižjo stopnjo neizvedene zdravstvene nege, kar pomeni, da je potrebno tam, kjer prihaja do neizvajanja aktivnosti zdravstvene nege, preveriti potrebe po kadru oz. povečati število kadra. Navajajo pa tudi, da navedena hipoteza v ZDA še ni bila testirana.

Kot ugotavljamo v raziskavi, je drugi najpomembnejši vzrok za neizvajanje zdravstvene nege nezadostno število drugega kadra v enoti in tretji nepričakovano povečanje števila pacientov, sledi nujno stanje pacienta (npr. poslabšanje zdravstvenega stanja). Hosseini idr. (2022) ugotavljajo kot drugi vzrok nujno zdravstveno stanje pacienta in kot tretji neenakomerno število aktivnosti zdravstvene nege pri pacientih.

Neizvedena zdravstvena nega je lahko razlog za poročanje o zmanjšani kakovosti zdravstvene nege, o manjšem zadovoljstvu pacientov, povečanju števila neželenih dogodkov, zmanjšanjem zadovoljstvu na delovnem mestu ter za povečano namero odhoda iz poklica (Jones idr., 2015). Rezultati naše raziskave so pokazali, da kljub številnim vzrokom za neizvajanje zdravstvene nege 83,1 % sodelujočih v raziskavi sploh ne načrtuje menjave delovnega mesta.

Moreno - Monsiváis idr. (2015) navajajo mnenje Svetovne zdravstvene organizacije, da je najpomembnejši vidik varnosti pacientov njihova zaščita pred povzročitvijo škode v času njihove obravnave. Zato je danes zagotavljanje kakovosti zdravstvene nege in zagotavljanje varnosti pacientov največji izziv medicinskim sestram (Moreno - Monsiváis idr., 2015). Medicinske sestre dojemajo varnost pacientov kot enega izmed faktorjev zadovoljstva s svojim delom (Plevová idr., 2021).

Raziskava ima seveda nekaj omejitev: razmeroma majhen vzorec, kar pomeni, da rezultatov ne moremo posplošiti; nikalno zastavljena vprašanja, kar lahko povečuje težave z razumevanjem vprašanja in posledično otežuje tudi interpretacijo; izvedba raziskave v času pandemije covid-19, ki je močno vplivala na delovne obremenitve medicinskih sester in tehnikov zdravstvene nege ter razkrila velike potrebe po kadrovski okrepitvi. Vprašalnik je bil sicer metodološko ustrezno preveden, vendar nekatere aktivnosti, ki so navedene v vprašalniku kot možne, da se ne izvedejo, niso v skladu s kompetencami medicinskih sester in tehnikov zdravstvene nege pri nas. Bahun in Skela - Savič (2021) poudarjata, da se kompetence izvajalcev zdravstvene nege na različnih izobrazbenih ravneh med državami razlikujejo, še posebej, če jih primerjamo z državami izven Evropske unije.

Vsekakor pa raziskava nudi pomemben vpogled tudi v morebitne vzroke nezadovoljstva pacientov, pomanjkanja pripravljenosti sodelovanja med člani timov in vzroke za negativne izide zdravljenja. S tega vidika je predvsem zanimivo neizvajanje aktivnosti čustvene podpore pacientu in/ali svojcem. To, da se pacienti ne počutijo slišane in da izvajalci zdravstvene nege nimajo možnosti razbremenitve v tako stresni situaciji, kot

je ogroženost našega zdravja in varnosti, namreč pomembno vpliva na zadovoljstvo z zdravstvenim sistemom in na potrebno sodelovanje zdravstvenih strokovnjakov.

5 Zaključek

Neizvedena zdravstvena nega ni le globalni zdravstveni problem, temveč postaja problem tudi v slovenskem zdravstvu. Z raziskavo smo ugotovili najpogostejše aktivnosti, ki jih medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege pri svojem delu ne izvedejo, in najpomembnejše vzroke za to. Kljub kadrovskim, materialnim in organizacijskim težavam, ki so prisotne v našem zdravstvenem sistemu, je pozitivno to, da manj kot petina izvajalcev zdravstvene nege, kljub pomanjkanju kadra, ne načrtuje menjave delovnega mesta. Zavedati pa se moramo, da neizvajanje zdravstvene nege vpliva na kakovost in varnost pacientov, na njihovo nezadovoljstvo, ker jim niso zadovoljene njihove osnovne potrebe po zdravstveni negi, in na njihovo zaupanje v celoten zdravstveni sistem.

Bojana Filej, PhD, Mojca Poredoš, PhD, Tamara Štemberger Kolnik, PhD, Andreja Ljubič, Boris Miha Kaučič, PhD

Missed Nursing Activities in Health and Social Care Institutions: A Cross-Sectional Study

The concept of missed nursing care refers to nursing activities that nurses consciously or unconsciously fail to perform, perform only partially, or perform late (Kalisch et al., 2011). Kalisch was the first to identify the phenomenon of missed nursing care in 2006 when she conducted a qualitative study and indicated that nursing activities are missed due to nursing shortages, poor teamwork, and ineffective delegation of tasks (Kalisch, 2006).

The concept was not recognised as important, and therefore it was not presented as a problem because the standard of nursing care was not achieved (Kalisch et al., 2009). Later studies have shown that missed nursing care causes many complications in patients, resulting in longer hospital stays, higher costs, and impaired patient satisfaction with health treatment (Kalisch and Xie, 2014; Lucero et al., 2010). Mynařikova et al. (2020) state that missed nursing care is present in all hospitals.

In the literature, we find different names for the concept of missed nursing care – in the English language, e.g., missed nursing care, care left undone, omission of nursing care, rationed nursing care (Kalisch et al., 2009; Zeleníková et al., 2019; Srulovici and Drach - Zahavy, 2017).

The concept of missed nursing care is based on the Donabedian quality assessment model with the structure, process and outcome approach (Plevová et al., 2021). The

structural factors influencing missed nursing care are: personnel resources (number, education, competence, work experience of employees); material resources (equipment, nursing aids, medicines); teamwork and communication (among members of the nursing team, between nurses and doctors, among nurses and the support staff). Based on the listed structural factors present during work, nurses must prioritise the performance of nursing activities (AHRQ, 2022). The process factors are related to performing or omitting nursing care, while the outcome factors concern the health status of the patient, his/her satisfaction with the care and the satisfaction of nurses (Moreno - Monsiváis et al., 2015). Missed nursing care affects patients' health outcomes (Dabney et al., 2019), reduces their safety (Sung - Hyun et al., 2020), increases the number of adverse events in patients, increases patient dissatisfaction, and increases the mortality rate (Mynařikova et al., 2020; Griffiths et al., 2018; Ambrosi et al., 2017). It also affects the dissatisfaction of nurses (Kalisch et al., 2011), increasing their frustration and stress (White et al., 2019).

The aim of the study was to identify the most common nursing activities that nurses and nursing technicians employed in health and social care institutions most often fail to perform in their daily practice, and to determine the causes of missed nursing care.

A total of 180 nurses and nursing technicians participated in the study, of whom 88.4% were women and 11.6% were men. Participants were on average 41.7 years old ($SD = 9.78$ years) and had on average more than 10 years of work experience in their current position.

The study was based on a quantitative research approach. The data were collected using the questionnaire "The MISSCARE Survey" (Kalisch, 2006) with the IKA online survey tool. The author's written consent was obtained for the use of the questionnaire. The questionnaire consists of three chapters: work environment, work characteristics and demographic data (20 questions); missed nursing activities (25 activities are listed); reasons for missed nursing care (22 reasons are listed).

We found that nurses most often do not perform the following tasks: documenting all the required data; providing emotional support to the patient and/or relatives; and educating the patient about the disease, examinations and diagnostic results. They rarely fail to perform the following tasks: helping the patient get up 3 times a day; feeding the patient while the food is still warm; and turning the patient every 2 hours. Similarly, nursing technicians most often do not document all the required data; they do not take care of the wound or care for damaged skin; likewise, they do not provide emotional support to the patient and/or relatives. They rarely fail to perform the following tasks: turning the patient every 2 hours; oral cavity care; discharge planning; and patient education. The participants in the research cited an inadequate number of personnel, an unexpected increase in the number of patients in the unit/department/clinic, and an emergency patient condition (e.g., deterioration) as the most important reasons for missed nursing care. Using the Spearman correlation coefficient, which shows the connection between two variables, in our case work experience of a nurse and nursing technician and nursing activities, we found that nursing practitioners who have work experience will less often fail to perform nursing activities and, on the

contrary, less work experience means that they will more often fail to perform nursing activities. The mentioned correlation is statistically significant in the following nursing activities: vital sign measurement as requested ($p = 0.018$); measuring blood sugar levels ($p = 0.045$); and responding to a light and sound signal or to the patient knocking on the clinic's door within five minutes ($p = 0.006$).

Our research shows the most common nursing activities that nurses and nursing technicians fail to perform, the reasons for not performing them, and that the more work experience nursing providers have, the less frequently they fail to perform nursing activities. Phelan et al. (2018) note that the percentage of missed nursing activities is higher in employees with fewer than five years of work experience.

One of the activities that participants in the research most often fail to perform is educating the patient about the disease, examinations and diagnostic results, although Moreno - Monsiváis et al. (2015) believe that educating is a very important activity that should be a priority, as it allows patients to make informed decisions about nursing care. Our research also showed insufficient emotional support provided to the patient and/or relatives. Plevová et al. (2021), Moreno - Monsiváis et al. (2015), AHRQ (2022) have reached the same conclusions. Nurses and nursing technicians rarely fail to perform the task of turning the patient every two hours, and nurses also rarely fail to perform the task of helping the patient get up three times a day. The researchers Plevová et al. (2021) and Villamin et al. (2019) have obtained opposite results. They state that assistance in getting up is the most frequently unperformed activity.

In hospitals in the Southwestern United States, researchers surveyed 233 nurses and reported that oral care was not performed in 36% (Smith et al., 2018), which in our study did not prove to be a problematic activity from the point of view of missed nursing care.

According to patients' opinions, nurses do not perform the required nursing activities because of documentation (Moreno - Monsiváis et al., 2015), which takes up 25% of their working time (McNair et al., 2016). We found that documentation is one of the most frequently missed nursing activities.

The most common cause of missed nursing care, also found in our survey, is inadequate staffing, as has also been noted by Filej (2020), Cho et al. (2020) and AHRQ (2022). The second reason for missed nursing care is the insufficient number of other staff, while the third is an unexpected increase in patients and the deterioration of their health. Hosseini et al. (2022) also found the reason of missed nursing care to be an unequal number of nursing activities and emergency situations among patients.

Of course, our research has some limitations: a relatively small sample which makes it difficult to generalise; questions asked in negative terms, which can increase problems with understanding the question and, as a result, making interpretation difficult; carrying out a survey during the Covid-19 pandemic, which had a significant impact on the workloads of nurses and nursing technicians and revealed a great need for adequate staffing levels.

We need to be aware that missed nursing care has an impact on the quality and safety of patients, on their satisfaction with and trust in the entire healthcare system. For this reason, quality assurance and safety are one of the greatest challenges of nurses today and are related to their satisfaction with their own work.

LITERATURA

1. AHRQ, Agency for Healthcare Research and Quality. (2019). Missed Nursing Care. Dostopno na: <https://psnet.ahrq.gov/primer/missed-nursing-care> (pridobljeno 10. 5. 2022).
2. Ambrosi, E., De Togni, S., Guarnier, A. idr. (2017). In-Hospital Elderly Mortality and Associated Factors in 12 Italian Acute Medical Units: Findings From an Exploratory Longitudinal Study. *Aging Clinical and Experimental Research*, 29(3), 517–527. <https://doi.org/10.1007/s40520-016-0576-8>
3. Bahun, M. in Skela - Savič, B. (2021). Dejavniki neizvedene zdravstvene nege: sistematični pregled literature. *Obzornik zdravstvene nege*, 55(1), 42–51. <https://doi.org/10.14528/snr.2021.55.1.3061>
4. Ball, J. E., Murrells, T., Rafferty, A. M. idr. (2014). Care Left Undone during Nursing Shifts: Associations with Workload and Perceived Quality of Care. *BMJ Quality & Safety*, 23(2), 116–125. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001767>
5. Cho, S. H., Lee, J. Y., You, S. J. idr. (2020). Nurse Staffing, Nurses Prioritization, Missed Care, Quality of Nursing Care, and Nurse Outcomes. *International Journal of Nursing Practice*, 26(1), e12803. <https://doi.org/10.1111/ijn.12803>
6. Dabney, B. W., Kalisch, B. J. in Clark, M. (2019). A Revised MISSCARE Survey: Results from Pilot Testing. *Applied Nursing Research*, 50, 151202. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2019.151202>
7. Filej, B. (2020). Vzroki za opuščanje izvajanja zdravstvene nege. V: Kregar Velikonja, N. (ur.). *Celostna obravnava pacienta* (str. 20–25). Novo mesto: Univerza v Novem mestu Fakulteta za zdravstvene vede.
8. Griffiths, P., Recio - Saucedo, A., Dall’Ora, C. idr. (2018). The Association Between Nurse Staffing and Omissions in Nursing Care: A Systematic Review. *Journal of Advanced Nursing*, 74(7), 1474–1487. <https://doi.org/10.1111/jan.13564>
9. Hosseini, Z., Raisi, L., Maghari, A. H. idr. (2022). Missed Nursing Care in the Covid-19 pandemic in Iran. *International Journal of Nursing Knowledge*, 1–6. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12390>
10. Jones, T. L., Hamilton, P. in Murry, N. (2015). Unfinished Nursing Care, Missed Care, and Implicitly Rationed Care: State of the Science Review. *International Journal of Nursing Studies*, 52(6), 1121–1137. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.02.012>
11. Kalisch, B. J. (2006). Missed Nursing Care: A Qualitative Study. *Journal of Nursing Care Quality*, 21(4), 306–313. <https://doi.org/10.1097/00001786-200610000-00006>
12. Kalisch, B. J. in Xie, B. (2014). Errors of omission. *Western Journal of Nursing Research*, 367, 875–890. <https://doi.org/10.1177/0193945914531859>
13. Kalisch, B. J., Landstrom, G. L. in Hinshaw, A. S. (2009). Missed Nursing Care: a Concept Analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 65(7), 1509–1517. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05027.x>
14. Kalisch, B. J., Tschannen, D. in Lee, K. H. (2011). Do Staffing Levels Predict Missed Nursing Care? *International Journal for Quality in Health Care*, 23(3), 302–308. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzr009>
15. Krichbaum, K., Diemert, C., Jacox, L. idr. (2007). Complexity Compression: Nurses under Fire. *Nurse Forum*, 42(2), 86–94. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2007.00071.x>
16. Lucero. R. J., Lake, E. T. in Aiken, L. H. (2010). Nursinf Care Quality and Adverse Events in US Hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, 19(15–16), 2185–2195. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03250.x>
17. McMullen, S. L., Kozik, C. A., Myers, G. idr. (2017). Improving Nursing Care: Examining Errors of Omission. *Medsurg Nursing*, 26(1), 9–15.

18. McNair, N., Baird, J., Grogan, T. R. idr. (2016). Is Spending More Time Associated With Less Missed Care?: A Comparison of Time Use and Missed Care Across 15 Nursing Units at 2 Hospitals. *Journal of Nursing Administration*, 46(9), 428–437. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000371>
19. Moreno - Monsiváis, M. G., Moreno - Rodríguez, C. in Interrial - Guzmán, M. G. (2015). Missed Nursing Care in Hospitalized Patients. *Aquichan*, 15(3), 318–328. <http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2015.15.3.2>
20. Mynařikova, E., Jarošová, D., Janíková, E. idr. (2020). Occurrence of Hospital-Acquired Infections in Relation to Missed Nursing Care: a Literature Review. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 11(1), 43–49. <https://doi: 10.15452/CEJNM.2020.11.0007>.
21. Phelan, A., McCarthy, S. in Adams, E. (2018). Examining Missed Care in Community Nursing: A Cross Section Survey Design. *Journal of Advanced Nursing*, 74(3), 626–636. <https://doi.org/10.1111/jan.13466>
22. Plevová, I., Zeleníková, R., Jarošová, D. idr. (2021). The Relationship between Nurse's Job Satisfaction and Missed Nursing Care. *Medycyna Pracy*, 72(3), 231–237. <https://doi.org/10.13075/mp.5893.01035>
23. Smith, J. G., Morin, K. H., Wallace, L. E. idr. (2018). Association of the Nurse Work Environment, Collective Efficacy, and Missed Care. *Western Journal of Nursing Research*, 40(6), 779–798. <https://doi.org/10.1177/0193945917734159>
24. Srulovici, E. in Drach - Zahavy, A. (2017). Nurses' Personal and Ward Accountability and Missed Nursing Care: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Nursing Studies*, 75, 163–171. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.08.003>
25. Sung - Hyun, C., Ji - Yun, L., Sun Ju, Y. idr. (2020). Nurse Staffing, Nurses Prioritization, Missed Care, Quality of Nursing Care, and Nurse Outcomes. *International Journal of Nursing Practice*, 26(1), e12803. <https://doi.org/10.1111/ijn.12803>
26. Villamin, C., Anderson, J., Fellman, B. idr. (2019). Variations in Missed Care Across Oncology Nursing Speciality Units. *Journal of Nursing Care Quality*, 34(1), 47–53. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000324>
27. Wakefield, B. J. (2014). Facing Up to the Reality Of Missed Care. *BMJ Quality & Safety*, 23, 92–94. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002489>
28. White, E. M., Aiken, L. H. in McHugh, M. D. (2019). Registered Nurse Burnout, Job Dissatisfaction, and Missed Care in Nursing Homes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 67, 2065–2071. <https://doi.org/10.1111/jgs.16051>
29. Zeleníková, R., Gurková, E. in Jarošová, D. (2019). Missed Nursing Care Measured by Misscare Survey - The First Pilot Study in the Czech Republic and Slovakia. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 10(1), 958–966. <https://doi.org/10.15452/CEJNM.2019.10.0002>

Dr. Bojana Filej, izredna profesorica na Fakulteti za zdravstvene vede Univerze v Novem mestu in Fakulteti za zdravstvene vede v Celju
E-naslov: bojana.filej@gmail.com

Dr. Mojca Poredoš, asistentka na Pedagoški fakulteti Univerze v Ljubljani
E-naslov: mojca.poredos@pef.uni-lj.si

Dr. Tamara Štemberger Kolnik, docentka na Fakulteti za zdravstvene vede v Celju in Ministrstvu za zdravje, Direktorat za javno zdravje
E-naslov: tamara.stemberger-kolnik@fzvce.si

Andreja Ljubič, Ministrstvo za zdravje, Direktorat za javno zdravje, višja predavateljica na Fakulteti za zdravstvene vede v Celju
E-naslov: andreja.ljubic@gov.si

Dr. Boris Miha Kaučič, docent na Fakulteti za zdravstvene vede v Celju
E-naslov: miha.kaucic@fzvce.si

3.

Doživljanje neizvedene zdravstvene nege pri medicinskih sestrah - integrativni pregled literature (10 strani)

.....
..... **PRILOGA 3**

Pregledni znanstveni članek/Review article
(Obzornik zdravstvene nege, 57(1), pp. 43–52)

Pregledni znanstveni članek/Review article

Doživljanje neizvedene zdravstvene nege pri medicinskih sestrah: integrativni pregled literature

Nurses experiencing missed nursing care: An integrative literature review

Mateja Bahun^{1, *}, Helena Jeriček Klanšček^{1, 2}

Ključne besede: duševno počutje; psihično počutje; stres; opuščena; neopravljena; racionalizacija

Key words: emotional well-being; psychological well-being; stress; omitted; missed; rationalisation

¹ Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, Spodnji Plavž 3, 4270 Jesenice, Slovenija

² Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana, Slovenija

* Korespondenčni avtor/
Corresponding author:
mbahun@fzab.si

IZVLEČEK

Uvod: Stiske zaradi zdravstvene nege, ki ostaja zaradi različnih razlogov neizvedena, so pri medicinskih sestrah pogosto spregledane in neprepoznane. Namen integrativnega pregleda literature je pregledati najnovejše raziskave, ki opisujejo, kako se neizvedena zdravstvena nega izraža na duševnem počutju medicinskih sester.

Metode: Uporabili smo integrativni pregled literature, izveden v skladu s PRISMA smernicami v podatkovnih bazah PubMed, CINAHL, Wiley, COBISS.SI in Google Učenjak. Potek iskanja in analize literature je prikazan s pomočjo PRISMA diagrama. Zadetke smo razvrstili glede na raven dokazov. Uporabili smo tematsko analizo vsebine.

Rezultati: Skupaj je bilo identificiranih 175 in v končno analizo vključenih 11 virov. Identificirano je bilo 96 kod združenih v 4 kategorije: (1) Telesno, duševno in čustveno počutje, (2) Moralno etične dileme, (3) Sprejemanje odločitev pri delu – prilagajanje, (4) Poklicne in osebne vrednote.

Diskusija in zaključek: Neizvedena zdravstvena nega je za medicinske sestre pomemben izvor stiska in stresa, saj zaradi neizvajanja vseh potrebnih aktivnosti v zdravstveni negi prihajajo v neskladje s svojimi osebnimi in poklicnimi vrednotami. Naši rezultati dodajajo vsebinski kontekst in boljše razumevanje posledic neizvedene zdravstvene nege pri medicinskih sestrah. Vsakodnevno odločanje, katere aktivnosti bo potrebno izpustiti, vpliva ne samo na slabše počutje, nezadovoljstvo in izgorelost, ampak celo na zapuščanje delovnih mest in poklica.

ABSTRACT

Introduction: Stress related to nursing care that is missed for a variety of reasons is often overlooked and unrecognized. The purpose of integrative literature review is to review the latest research that examines how missed nursing care is reflected in nurses' mental well-being.

Methods: We used integrative literature review conducted according to PRISMA guidelines in the databases PubMed, CINAHL, Wiley, COBISS.SI and Google Scholar. The process of searching and analyzing the literature is shown using a PRISMA diagram. The results were sorted according to the level of evidence. A thematic content analysis was used.

Results: A total of 175 sources were identified and 11 were included in the final analysis. 96 codes were identified and grouped into 4 categories: (1) Physical, mental and emotional well-being, (2) Moral and ethical dilemmas, (3) Decision making at work - adaptation, (4) Professional and personal values.

Discussion and conclusion: Missed nursing care is an important source of distress and stress for nurses as due to not being able to perform all the necessary activities in nursing, they come into conflict with their personal and professional values. Our results add a substantive context and a better understanding of the consequences of missed nursing care in nurses. Daily decision-making of which activities will be omitted affects not only the nurses' well-being, dissatisfaction and burn-out, but also contribute to the decision to leave their job position or profession.



Prejeto/Received: 31. 3. 2021
Sprejeto/Accepted: 2. 1. 2023

© 2023 Avtorji/The Authors. Izdaja Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije./Published by Nurses and Midwives Association of Slovenia. To je članek z odprtim dostopom z licenco CC BY-NC-ND 4.0./This is an open access article under the CC BY-NC-ND 4.0 license.

Uvod

Neizvedena zdravstvena nega je koncept, ki se pojavlja v zdravstveni negi po vsem svetu (Kalisch, Landstrom, & Hinshaw, 2009; Kalisch & Xie, 2014; Jones, Hamilton, & Murry, 2015; Srulovici & Drach-Zahavy, 2017; Park, Hanchet, & Ma, 2018). Dejavniki v delovnem okolju, ki pripeljejo do neizvedene zdravstvene nege, kot na primer število pacientov na medicinsko sestro in zahtevnost njihove oskrbe, notranja organizacija dela medicinskih sester in timsko delo so dobro raziskani, saj rezultati neposredno vplivajo na varnost pacientov ter vodijo v neželene izide zdravstvene oskrbe (Ausserhofer et al., 2014; Aiken et al., 2017; Recio-Saucedo et al., 2018; Zeleníková et al., 2019; Mandal, Seethalakshmi, & Rajendrababu, 2019; Bahun & Skela Savič, 2021). Manj je raziskano, kako medicinske sestre to doživljajo in kakšne posledice ima neizvedena zdravstvena nega pri medicinskih sestrah.

Začetki koncepta neizvedene zdravstvene nege izhajajo iz leta 2006, ko je avtorica Kalisch (2006) začela raziskovati to tematiko, najprej s kvalitativno raziskavo med medicinskimi sestrami. Je prva, ki je opisala povezavo med neizvedeno zdravstveno nego in moralno stisko medicinskih sester, ki so izrazile visoko stopnjo obžalovanja, krivde in razočaranja, ker niso mogle dokončati celotne oskrbe svojih pacientov. Leta 2007 je Schubert et al. (2007) v svojem konceptualnem modelu opisala različne izide pri medicinskih sestrah, ki jih opredeli kot izide pri njihovem zdravju, zadovoljstvu in pripadnosti organizaciji. Kasneje pa v modelih neizvedene zdravstvene nege drugi avtorji natančneje opredelijo še: nezadovoljstvo z delom, fluktuacijo, namero po odhodu, izgorelost in stres. Glede na vrsto, trajanje in intenzivnost dražljaja, lahko stres na telo deluje različno, od sprememb v homeostazi do življenjsko nevarnih učinkov, zato imajo osebe, ki delajo ali živijo v stresnem okolju, večjo verjetnost številnih zdravstvenih težav in motenj (Yaribeygi, Panahi, Sahraei, Johnston, & Sahebkar, 2017). Stres, kot pomembno posledico nezmožnosti izvedbe zdravstvene oskrbe zaradi organizacijskih omejitev, sta že dolgo nazaj opredelila Orrock & Lawler (2008), ki sta pojav imenovala »zlomljen jaz« zaradi spopada med moralnim vidikom zdravstvene nege kot skrbstvenega poklica in ideologije zahodnih zdravstvenih sistemov. McCarthy & Deady (2008) sta trdila, da medicinske sestre doživljajo moralno stisko in izgorelost, kar vodi do tega, da jim ni več mar za neizvedeno zdravstveno nego, ker nimajo več čustvene zmožnosti za to. Ugotavljala sta tudi, da medicinske sestre, ki doživljajo moralno stisko, sprejemajo osebne odločitve za to, da spremenijo okoliščine in zmanjšajo svojo moralno stisko, bodisi z odpovedjo, skrajšanim delovnim časom ali zamenjavo oddelka.

Že McDaid (2008) opozarja, da je stres na delovnem mestu eden največjih zdravstvenih in varnostnih izzivov v Evropi in je med drugim posledica neskladja

med visokimi zahtevami na delovnem mestu ter posameznikovo nezmožnostjo izpolnjevanja teh zahtev. Delovna okolja z velikimi delovnimi obremenitvami vplivajo na duševno in fizično zdravje medicinskih sester zaradi stresa, ki ga povzroča preobremenjenost z delom, nizek poklicni status, slabi odnosi na delovnem mestu in težave s profesionalno vlogo (Park et al., 2018). Večinoma se raziskuje zdravstvene izide pri pacientih in organizacijske izide, ki so posledica neizvedene zdravstvene nege, pri medicinskih sestrah pa predvsem raziskujejo nezadovoljstvo, namero po odhodu in izgorelost, ter vidik neizvedene zdravstvene nege kot posledice stresa na delovnem mestu. Precej manj je raziskav, ki bi raziskovale, kako stresna je za medicinske sestre neizvedena zdravstvena nega in kakšne posledice ima pri medicinskih sestrah, ki so v tako vedenje primorane.

Namen in cilji

Namen integrativnega pregleda literature je bil pregledati raziskave s področja neizvedene zdravstvene nege in ugotoviti in opisati doživljanje medicinskih sester, ko zaradi različnih razlogov ne morejo izvesti zdravstvene nege oziroma je izvesti v celoti. Cilj je identificirati posledice neizvedene zdravstvene nege pri medicinskih sestrah. S tem namenom smo razvili raziskovalno vprašanje: Kako se neizvedena zdravstvena nega izraža na duševnem počutju medicinskih sester?

Metode

Izveden je bil integrativni pregled znanstvene literature z uporabo tematske analize vsebine (Aveyard, 2018).

Metode pregleda

Integrativni pregled literature smo izvedli v obdobju od sredine februarja do začetka maja 2021. Iskali smo v podatkovnih bazah CINAHL, PubMed in Wiley, ter pregledali prvih 10 strani zadetkov v Google učenjaku. Po osmih straneh zadetkov se je povezanost zadetkov z izbrano temo začela oddaljevati, pregledali smo zadetke do desete strani, kjer ni bilo več zadetkov povezanih s tematiko, zato smo s pregledom končali. Uporabili smo Boolov logični operator OR za kombinacijo besednih zvez, ki v tuji literaturi opredeljujejo neizvedeno zdravstveno nego »*missed nursing care*«, »*unfinished nursing care*«, »*implicit rationing*«, »*care left undone*« ter Boolov logični operator AND za »*stress*« in »*nurse outcomes*«. Slovensko literaturo smo iskali v podatkovni bazi Cobiss s ključnima besednima zvezama: »neizvedena zdravstvena nega« in »nedokončana zdravstvena nega«. Uporabili smo vključitvene kriterije: kvalitativna ali mešana raziskovalna metoda, članki objavljeni v zadnjih 10. letih, angleški in slovenski jezik, dostopno celotno

besedilo in recenzirane publikacije. Pregled zadetkov je potekalo v treh krogih. V prvem krogu smo izločili zadetke po branju naslova, v drugem je sledilo branje izvlečka, v zadnjem krogu pa smo brali celotno vsebino člankov, ter tako oblikovali končni izbor.

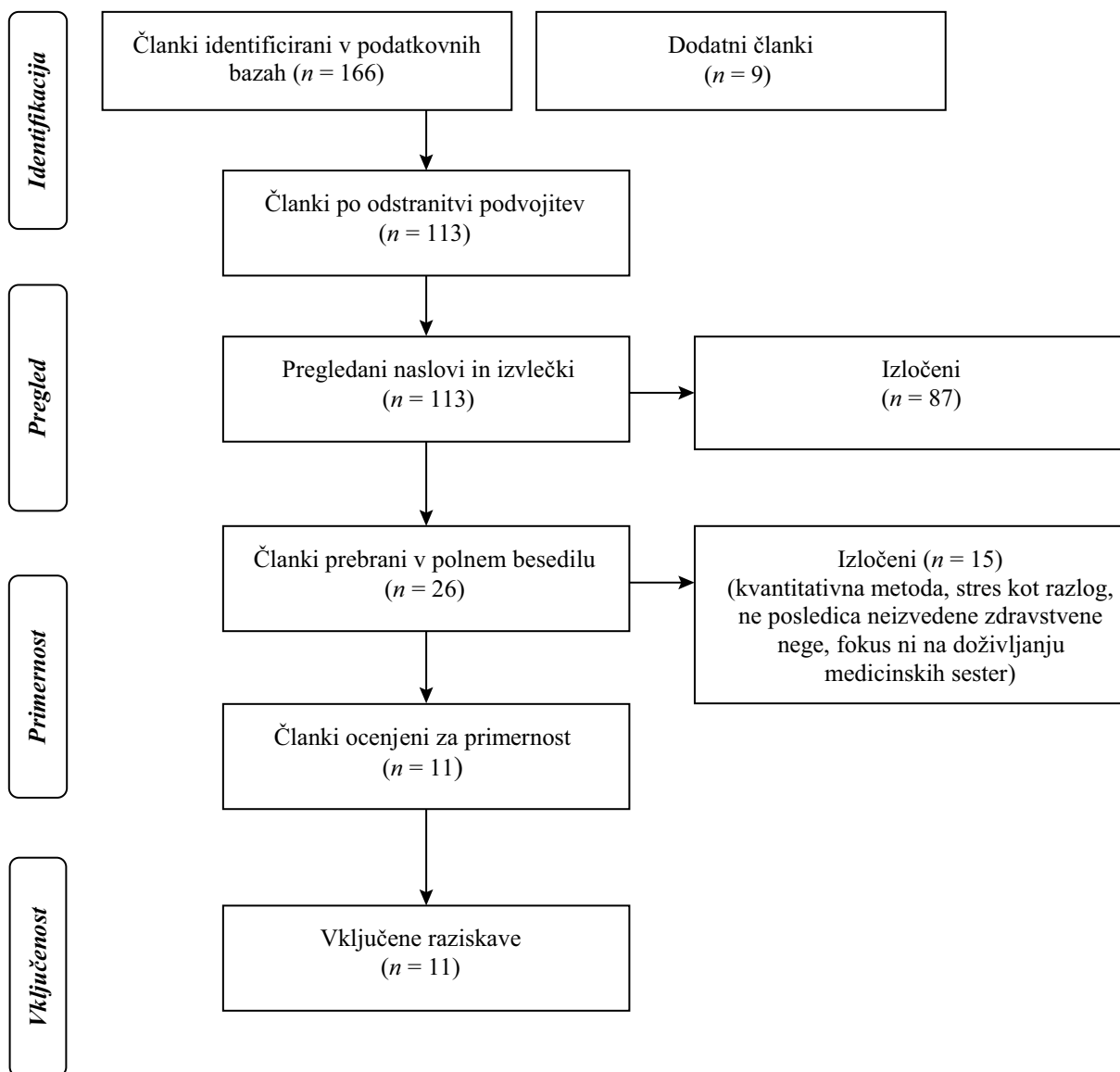
Rezultati pregleda

Skupno smo identificirali 175 zadetkov, od tega smo jih 166 našli z iskanjem po bazah podatkov, dodatnih devet zadetkov pa smo našli na Google učenjaku in preko pregleda literature primarnih virov. Izbor kvalitativnih raziskav smo izvedli ročno v prvem

pregledu med pregledom naslovov in izvlečkov. Proces izbire člankov je prikazan s pomočjo PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta Analysis*) (Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman, & The PRISMA Group, 2009) diagrama (Slika 1).

Ocena kakovosti pregleda in opis obdelave podatkov

Izbrani članki so po avtorjih Polit & Beck (2018) razdeljeni glede na hierarhijo dokazov (Tabela 1). Vključili smo osem raziskav na nivoju posamičnih poglobljenih kvalitativnih raziskav ter tri preglede literature na nivoju sistematičnih pregledov dokazov.



Slika 1: Rezultati pregleda literature po metodologiji PRISMA
Figure 1: Results of the literature review based on the PRISMA method

Tabela 1: Hierarhija dokazov
Table 1: Hierarchy of evidence

<i>Izbrani članki razdeljeni po hierarhiji dokazov/Selected articles listed according to hierarchy of evidence</i>
Nivo 1 - SISTEMATIČNI PREGLED DOKAZOV ($n = 3$)
Nivo 2 - POSAMIČNE RANDOMIZIRANE KONTROLIRANE RAZISKAVE ($n = 0$)
Nivo 3 - POSAMIČNE NERANDOMIZIRANE RAZISKAVE ($n = 0$)
Nivo 4 - POSAMIČNE PROSPEKTIVNE/KOHORTNE RAZISKAVE ($n = 0$)
Nivo 5 - POSAMIČNE »PRIMER- KONTROLA« RAZISKAVE ($n = 0$)
Nivo 6 - POSAMEZNE PRESEČNE RAZISKAVE ($n = 0$)
Nivo 7 - POSAMIČNE POGLOBLJENE KVALITATIVNE RAZISKAVE ($n = 8$)
Nivo 8 - MNENJE STROKOVNJAKOV, POROČILA PRIMEROV ($n = 0$)

Rezultati

Tabela 2 prikazuje raziskave, ki smo jih identificirali, s podatki o avtorjih, raziskovalnem dizajnu, cilju raziskave, vzorcu in ključnih ugotovitvah o doživljanju medicinskih sester ob soočanju z neizvedeno zdravstveno nego.

Identificirali smo 96 kod, ki smo jih združili v štiri vsebinske kategorije, in sicer: (1) Telesno, duševno in čustveno počutje (2) Moralno etične dileme, (3) Sprejemanje odločitev pri delu, (4) Poklicne in osebne vrednote (Tabela 3).

Diskusija

Z integrativnim pregledom literature smo želeli raziskati, kako se neizvedena zdravstvena nega izraža na duševnem počutju medicinskih sester. Ena od štirih posledic neizvedene zdravstvene nege, ki jo izpostavljajo Harvey et al., (2018) je poleg pacienta, ki je izpostavljen tveganju za klinično poslabšanje; delovne organizacije, ki se zanaša na kakovost izvajanja oskrbe; pravnih posledic za poklicno prakso medicinskih sester; tudi čustveni stres, ki ga medicinska sestra občuti zaradi nedoseganja zelenega standarda oskrbe. Z našim pregledom literature smo osvetlili doživljanje stresa, čustveno počutje, kognitivne in vedenjske vidike doživljanja neizvedene zdravstvene nege. Malo je kakovostnih raziskav, ki bi raziskovale občutke medicinskih sester, ki so povezane z njihovo profesionalno vlogo in nezmožnostjo izvesti aktivnosti, kot od njih zahtevajo profesionalni standardi ter pričakujejo pacienti. Ugotavljamo, da se medicinske sestre soočajo s stresom na različnih ravneh in z njegovimi negativnimi posledicami, kajti vsakodnevno sprejemajo odločitve pri delu o tem, katere aktivnosti bodo opustile, zato prihajajo v neskladje s svojimi osebnimi in poklicnimi vrednotami, kar pušča posledice na telesnem, duševnem in čustvenem počutju, razmišljanju in nenazadnje vedenju.

Dolgotrajen oziroma kronični stres brez rešitev

ima različne negativne učinke na zaposlene. Učinki se lahko kažejo na telesnem in duševnem zdravju, kogniciji ter vedenju. Kratkotrajni stres sam po sebi ne predstavlja nujno škode za zdravje, vendar, pa dolgotrajni stres vodi do škodljivih fizičnih in čustvenih posledic (International Labour Organization 2016; Saleh, Eltahlawy, & Amer, 2016). Stresni hormoni na primer privedejo do motenj v pozornosti, spominu in obdelavi čustev (Lupien, Juster, Raymond, & Marin, 2018), v kognitivnih procesih (Domes & Frings, 2020) in pripomorejo k razvoju telesnih bolezni in duševnih motenj (McEwen, 2000). Simptomi stresa so običajno opredeljeni na štirih generalnih ravneh (telesno, čustveno, vedenjsko, kognitivno) in kategorije, ki smo jih mi identificirali se s tem skladajo, pri čemer prihaja do prekrivanja oziroma kombinacij več ravni.

Kategorija Sprejemanje odločitev pri delu opisuje prilagajanje vedenja kot odziv na vsakodnevno doživljanje medicinskih sester. Raziskave omenjajo zavedno oziroma nezavedno postavljanje prioritet v delu, vsakodnevne odločitve o tem, katero delo se bo opustilo ali racionaliziralo, ter celo razmišljanje o postavitvi minimalnih standardov namesto stremljenja k doseganju standardov odlične zdravstvene nege (Bentzen et al., 2013; Sundin et al., 2014; Papastavrou, Andreou, & Vryonides, 2014; Harvey et al., 2018; Harvey et al., 2020a).

Medicinske sestre se soočajo z dvomi o vrednotah, ki jih vodijo v vsakodnevem poklicnem delu (Bentzen et al., 2013), soočajo se s konflikti v razumevanju svoje profesionalne vloge (Jones et al., 2015), razmišljajo o svojih dejanjih, dvomijo v svoje odločitve in imajo občutek, da niso zveste svojim profesionalnim idealom in pričakovanjem (Sundin et al., 2014; Vryonides et al., 2014; Suhonen et al., 2018). Tu se v kategoriji Poklicne in osebne vrednote prepletajo kognitivne, čustvene in vedenjske komponente.

Kategorija Telesno, duševno in čustveno počutje naslavlja telesno in čustveno komponento simptomov stresa. Zaradi obremenitev na delovnem mestu medicinske sestre preganjajo občutki strahu, da so kaj pozabile narediti ali da so delo opravile površno

Tabela 2: Avtorji, raziskovalni dizajn, cilj raziskave, vzorec in ključne ugotovitve vključenih raziskav
Table 2: Authors, research design, research objective, sample and key findings of included research

<i>Avtor, država/ Author, Country</i>	<i>Raziskovalni dizajn/Research design</i>	<i>Cilj raziskave/ Research objective</i>	<i>Vzorec/ Sample</i>	<i>Ključne ugotovitve/ Key findings</i>
Bentzen, Harsvik, & Brinchmann, 2013 Norveška	Kvalitativna raziskava s fokusnimi skupinami	Raziskati kako medicinske sestre doživljajo etične vrednote izražene v vsakodnevni praksi v bolnišnici.	20 medicinskih sester	Medicinske sestre so pripovedovale o visokem delovnem pritisku, prioritetah, nihajoči kakovosti in včasih o pomanjkanju varnosti. Doživele so, da so vrednote »izginile«, oziroma postale nepomembne zaradi postavljanja prioritete pri osnovnih potrebah pacientov. Kot rezultat njihove delovne situacije so se počutile frustrirane, izčrpane in v skrbeh, da bi postale površne. Opisujejo stalno slabo vest in občutek nezadostnosti. Prilagoditi so se morale resničnosti, kar v njih ustvari stanje, ki se ga lahko razume kot moralno stisko.
Harvey et al., 2018 Nova Zelandija	Mešane metode s kritično analizo diskurza, vzorec nerandomiziran	Raziskati kako se medicinske sestre odločajo, da bodo ZN racionalizirale ali opustile v stroškovno naravnanim kliničnem okolju.	400 medicinskih sester	Medicinske sestre svojih odgovornosti pri odločanju, katero oskrbo naj opustijo ali odložijo, oskrbe ne opuščajo zlahka, temveč se njihove prednostne naloge osredotočajo na pacienta in organizacijo, zato rezultate pogosto dosežejo z dokončanjem dela po zaključku izmene. Počutijo se, da slabo opravljajo delo, se obremenjujejo in so v stresu, ker je delo težko izvesti pravilno glede na vse obremenitve, dan se konča s strahom, da so kaj pozabile narediti. Obstaja napetost med željo da izvedejo ZN in omejitvami, s katerimi se srečujejo.
Harvey et al., 2020a Nova Zelandija	Mešane metode	Raziskati odločanje medicinskih sester o tem, kdaj ZN odložiti, predati kolegam ali pustiti neizvedeno in kako te odločitve vplivajo na njih.	45 medicinskih sester v kvalitativnem delu	Medicinske sestre so opisale kratkoročni in dolgoročni vpliv, ki ga ima nanje racionaliziranje ZN zaradi velikih delovnih obremenitev. Opisujejo težave in s tem povezano krivdo zaradi odsotnosti ali bolniške odsotnosti, kadar na oddelkih primanjkuje osebja. Konzistentno so poročale o stresu, ker niso mogle dokončati oskrbe pacientov.
Harvey et al., 2020b Avstralija	Kvalitativna raziskava s poglobljenimi intervjuji	Raziskati kako medicinske sestre, ki opustijo ZN pacientov, to usklajujejo s svojim občutkom za profesionalnost.	4 medicinske sestre	Opisana je neskladnost, ki jo doživljajo medicinske sestre, ker ne morejo opraviti dela, za katerega so zaposlene, izobražene in licencirane, ter zaradi pomanjkanje avtonomije in moči, da bi kar koli spremenile. Izpostavljena je tesnoba, ki so jo imele pri sprejemanju odločitev, da bodo prednostno izpolnile zahtevane organizacijske cilje pred kliničnimi in poklicnimi odgovornostmi za zagotavljanje ustrezne oskrbe pacientov. Izpostavljene so bile štiri ključne teme, ki opisujejo izkušnje medicinskih sester, ki usklajujejo svoje delo: ogrožena oskrba pacienta; neskladje med poklicnimi standardi in organizacijskimi viri; čustvena izčrpanost in depersonalizacija.
Jones et al., 2015 /	Pregled literature	Raziskati kako je neizvedena ZN povezana z izidi pri medicinskih sestrah.	54 raziskav	Medicinske sestre so poročale o tem, da je neizvedena ZN povzročila moralno stisko, konflikt v razumevanju svoje vloge in obremenitev.

Se nadaljuje/Continues

<i>Avtor, država/ Author, Country</i>	<i>Raziskovalni dizajn/Research design</i>	<i>Cilj raziskave/ Research objective</i>	<i>Vzorec/ Sample</i>	<i>Ključne ugotovitve/ Key findings</i>
Papastavrou, Andreou, & Vryonides, 2014 Ciper	Kvalitativna raziskava	Raziskati izkušnje in zaznave medicinskih sester o prioritetah, opustitvah in razporejanju zdravstvene nege.	23 medicinskih sester	Medicinske sestre so izrazile nezadovoljstvo s pritiski zaradi naraščajočih zahtev v poklicu, pričakovanih pacientov in omejene moči za pogajanja o delovnih nalogah z drugimi strokovnjaki. Razlika med tem, kaj one želijo početi, v nasprotju s tem, kar dejansko počnejo, je vzbulila močna čustva kot so jeza, stres in nezadovoljstvo. Večkrat so se opisale kot »roboti« ali »mojstri za vse«. Nekatero so v prizadevanjih, da bi zadovoljile vse potrebe svojih pacientov, poročale o težnji k razvoju minimalističnih standardov, namesto da bi si prizadevali za dobro ali odlično prakso. V več primerih so priznale, da zaradi praktičnih okoliščin, časovnih omejitev, pravil, rutin ali pričakovanih drugih niso mogle ravnati po lastnih poklicnih standardih. Ta neskladnost med tem, kaj so želele početi, in tem, kar so dejansko lahko ponudile pacientom, je ustvarila veliko negativnih občutkov, ki bi lahko povzročili etično obremenitev in moralno stisko.
Rooddeghhan, Yekta, & Nasrabadi, 2018 Iran	Kvalitativna raziskava	Raziskati dojemanje racionalizacije ZN s strani medicinskih sester.	18 medicinskih sester	Ugotavljajo tako razloge kot posledice racionalizacije v ZN. Ena od treh posledic je občutek krivde pri medicinskih sestrah. Pomanjkanje kadra jih postavlja v stisko zaradi odločanja o tem, kako razporediti ZN med vse paciente. Medicinske sestre se soočajo z etično dilemo, ali so se pravilno odločile glede prioritete in zaradi tega se počutijo krive.
Suhonen et al. 2018 /	Pregled literature	Raziskati in prikazati ključne vidike etičnih elementov postavljanja prioritete v ZN in posledic za medicinske sestre.	25 raziskav	Medicinske sestre, ki so morale določiti prednostne naloge, so poročale o moralni stiski in opisale etične izzive pri izpolnjevanju primarnih potreb pacientov. Poročale so o občutkih neprimernosti, frustraciji in nemoči kot posledici določanja prednostnih nalog. Poročale so o občutku krivde zaradi pomanjkanja časa za čustveno oskrbo pacientov. Poročale so tudi o dveh ob dajanju prednosti aktivnim ZN pred ohranjanjem človekovega dostojanstva, ko so poskušale uravnotežiti neposredno in posredno ZN.
Sundin, Fahlen, Lundgren, & Jacobsson, 2014 Švedska	Kvalitativna raziskava s fenomenološko hermenevitičnim pristopom	Raziskati izkušnje medicinskih sester s postavljanjem prednostnih nalog v ZN na kirurškem področju.	10 medicinskih sester	Postavljanje prioritete v ZN je pogosto prikrito, neizrečeno in včasih celo nezavedno, vendar je v glavnem vključeno v vsakodnevno oskrbo. Prioritete v ZN se pojavljajo vsak dan in se jemalejše kot samoumevne. Medicinske sestre pogosto dajo prednost zdravljenju pred intervencijami ZN. Toda zaradi etičnih težav pogosto razmišljajo o svojih dejanjih in prioritetah, ker želijo delati "dobro". Prizadevajo si ustvariti prostor za najinnejše zadeve. Izkušajo občutke neustreznosti in se počutijo slabo, ko nimajo časa, da bi zadovoljile potrebe svojih pacientov ali pa kadar morajo zanikati lastno intuicijo ali morajo zaradi časovnega pritiska izvesti le najbolj očitne naloge.
Vryonides, Papastavrou, Charalambous, Andreou, & Merikouris, 2014 /	Pregled literature	Povezati racionalizacijo ZN z etičnimi perspektivam v ZN in najti globlji, moralni pomen tega pojava.	9 raziskav	Udeleženci nekaterih raziskav so menili, da so nezvesti poklicnim idealom in pričakovanjem, če niso mogli izpolniti svoje poklicne vloge. Izražen je boj med tem kar želijo in verjamejo, da bi morali početi, in tistim kar dejansko počnejo. To privede do notranjega konflikta, kar se izraža v krivdi in frustraciji, ali v občutku moralne obremenjenosti in moralne stiske.
Winters & Neville, 2012 Nova Zelandija	Kvalitativna raziskava	Raziskati občutke medicinskih sester, ki so posledica odložene ali neizvedene ZN.	5 medicinskih sester	Ena od treh glavnih kategorij, ki se izpostavlja je moralna stiska. Ta je povezana z občutki krivde in frustracije, ki so jo medicinske sestre izkusile zaradi prepozno izvedene ali neizvedene ZN.

Legend/ Legend: ZN – zdravstvena nega/nursing care

Tabela 3: Vsebinske kategorije pregleda literature**Table 3:** Content categories of literature review

<i>Kategorije / Categories</i>	<i>Kode / Codes</i>	<i>Avtorji/ Authors</i>
Telesno, duševno in čustveno počutje	stres - telesna izčrpanost - čustvena izčrpanost - tesnoba - depersonalizacija - jeza - nezadovoljstvo - negativni občutki - slab občutek - občutek nemoči - občutek nezadostnosti	Bentzen et al., 2013; Sundin et al., 2014; Harvey et al., 2018; Harvey et al., 2020a; Harvey et al., 2020b; Papastavrou et al., 2014; Suhonen et al., 2018
Moralno etične dileme	moralna stiska - občutek krivde - etične obremenitve - etični izzivi - frustracije - slaba vest - konflikt med željo dobro opraviti delo in omejitvami	Winters & Neville, 2012; Bentzen et al., 2013; Papastavrou et al., 2014; Vryonides et al., 2014; Jones et al., 2015; Rooddehghan et al., 2016; Suhonen et al., 2018; Harvey et al., 2018; Harvey et al., 2020a
Sprejemanje odločitev pri delu - prilagajanje	zavedno oziroma nezavedno postavljanje prioritete pri delu - vsakodnevne odločitve o opustitvi dela - postavljanje minimalnih standardov oskrbe namesto doseganja odličnosti - razmišljanje o svojih dejanjih	Bentzen et al., 2013; Sundin et al., 2014; Papastavrou et al., 2014; Harvey et al., 2018; Harvey et al., 2020a
Poklicne in osebne vrednote	dvomi o lastnih vrednotah - konflikti v razumevanju svojega profesionalne vloge - dvom v svoje odločitve - občutek nezvestobe svojim profesionalnim idealom in pričakovanjem drugih	Bentzen et al., 2013; Sundin et al., 2014; Vryonides et al., 2014; Jones et al., 2015; Suhonen et al., 2018

(Bentzen et al., 2013; Harvey et al., 2018), zaradi neizvedenih aktivnosti zdravstvene nege pa jih bremenijo občutki slabo opravljenega dela in slaba vest, ter občutki nezadostnosti in krivde (Bentzen et al., 2013; Papastavrou et al., 2014; Vryonides et al., 2014; Sundin et al., 2014; Winters & Neville, 2012; Rooddehghan et al., 2016; Harvey et al., 2018; Suhonen et al., 2018). Poročajo tudi o telesni in čustveni izčrpanosti, tesnobi, celo depersonalizaciji (Bentzen et al., 2013; Harvey et al., 2020b), ter stresu (Harvey et al., 2018; Harvey et al., 2020b; Papastavrou et al., 2014).

Medicinske sestre ob neizvedeni zdravstveni negi občutijo stisko, ker ne morejo ustrezno izpolniti svoje celostne vloge. To kategorijo smo poimenovali Moralno etične dileme, kjer se prepletajo kognitivni in vedenjski simptomi stresa. Tako večina raziskav pri medicinskih sestrah izpostavlja moralno stisko (Winters & Neville, 2012; Bentzen et al., 2013; Papastavrou et al., 2014; Vryonides et al., 2014; Jones et al., 2015; Rooddehghan et al., 2016; Suhonen et al., 2018) ter etične obremenitve in frustracije (Winters & Neville, 2012; Bentzen et al., 2013; Papastavrou et al., 2014; Vryonides et al., 2014; Jones et al., 2015; Harvey et al., 2018; Suhonen et al., 2018; Harvey et al., 2020a).

Medicinske sestre kot posledico vsega zgoraj naštetega navajajo občutke, ki jih ne prepoznamo le kot indikatorje poklicnega (ne)zadovoljstva, temveč tudi kot slabo vplivajoče na njihovo telesno in duševno zdravje. Pri medicinskih sestrah se to kaže v nezadovoljstvu, saj so stres in izgorelost na delovnem mestu ter izmensko delo že dolgo časa poznani, ter statistično značilno negativno povezani z indikatorji zadovoljstva medicinskih sester (Kawada & Otsuka, 2011). Opisano dogajanje vodi v začaran krog stresa

zaradi neizvedene zdravstvene nege in neizvedene zdravstvene nege zaradi stresa, poglobljajo se telesne in duševne težave medicinskih sester, prihaja do večje fluktuacije, oziroma vedno bolj tudi do namere zapuščanja poklica.

Rešitve niso preproste. Cheng, Yang, Ding, & Wang (2020) so raziskovali vpliv zahtev na delovnem mestu na duševno zdravje kitajskih medicinskih sester in dokazali povezavo med zahtevami, izgorelostjo in izidi na duševnem zdravju. Predlagali so tako individualne kot organizacijske intervencije, ki bi lahko zmanjšale izgorelost pri medicinskih sestrah, npr. čuječnost, obvladovanje stresa in skupinske terapije. Rezultati raziskave Melnyk et al. (2020) so ravno tako potrdili, da so v zdravstvu čuječnost in intervencije na podlagi kognitivno-vedenjske terapije učinkovite pri zmanjševanju stresa, tesnobe in depresije, Masanotti, Paolucci, Abbafati, Serratore, & Caricato (2020) pa ugotavljajo, da bi del promocije zdravja v zdravstveni negi lahko bilo tudi spodbujanje občutka koherence. Nobena od opisanih metod ne bo učinkovita, če ne bo na najvišji organizacijski ravni prišlo do rešitev, ki bi naslovile glavni razlog, to je pomanjkanje medicinskih sester in iz tega izhajajoče nadobremenitve tistih, ki v poklicu ostajajo.

Omejitve raziskovalnega dela so predvsem v tem, da je število tovrstnih raziskav majhno, po kakovosti pa so kvalitativne raziskave nizko na hierarhiji dokazov. Pregledane raziskave imajo relativno majhne vzorce, z majhnim številom vključenih medicinskih sester. Poleg tega gre za subjektivno ocenjevanje oziroma poročanje medicinskih sester in ne za objektivne meritve.

Ugotavljamo potrebo po nadaljnjih bolj kompleksnih raziskavah, ki bi bolje opredelile tri ključne vidike, kako

neizvedena zdravstvena nega vpliva na čustveno počutje medicinskih sester (stres in izgorelost), zadovoljstvo pri delu in dejansko fluktuacijo, ter nakazala katere rešitve so v trenutni situaciji v zdravstveni negi mogoče in bi medicinske sestre razbremenile. Pozitivna delovna okolja, z dobro delovno klimo, dobrimi medosebnimi odnosi, močnim timskih sodelovanjem lahko deloma izboljšajo situacijo, predvsem pa je potrebno zagotoviti ugodno število pacientov na medicinsko sestro glede na njihovo zahtevnost in medicinske sestre razbremeniti del, ki sicer ne spadajo v njihov delokrog. Ohranjanje zdravja medicinskih sester, vzdrževanje zadovoljstva, s tem pa zadržanje medicinskih sester na delovnih mestih in v poklicu je prioritarna naloga managementa v zdravstveni negi pri nas in v tujini.

Zaključek

Pomanjkanje medicinskih sester na svetovni ravni International Council of Nurses trenutno ocenjuje na 6 milijonov, dodatni štirje milijoni medicinskih sester pa se bodo upokojili do leta 2030. Situacija v zdravstveni negi tudi v Sloveniji ne bo v kratkem doživela izboljšanja, torej se bodo medicinske sestre na svojih delovnih mestih še vedno soočale z izzivi, kako zadovoljiti vse pacientove potrebe, izvesti vse aktivnosti in doseči organizacijske cilje in ob tem delati na visoko strokovni ravni. Še vedno se bodo soočale z vsakodnevnimi odločitvami, kaj izvesti in kaj lahko izpustijo z minimalnimi posledicami, se ob tem spraševale o osebnih in profesionalnih vrednotah ter doživljale stiske, frustracije in stres. Stiske, ki jih medicinske sestre doživljajo so pogosto spregledane. Potrebno je razumeti, da so v racionalizacijo aktivnosti zdravstvene nege »prisiljene« zaradi kadrovskih in organizacijskih primanjkljajev in razumeti, kaj to pomeni za njihovo počutje pri vsakodnevem delu. Da delo ni izvedeno, ni izvedeno v pravem obsegu ali pravem času je težko priznati, sploh v obtoževalno naravnem okolju.

Naš pregled literature dodaja vsebinski kontekst in razumevanje posledic koncepta neizvedene zdravstvene nege, kot se odraža na doživljanju medicinskih sester. Če želimo zadržati medicinske sestre v poklicu in pritegniti mlade kadre, je potrebno razumeti in nasloviti njihovo doživljanje in dati veljavo njihovim moralno etičnih dilemam, razumeti kaj je v ozadju sprejemanja težkih vsakodnevni odločitev o tem, kaj bo narejeno in kaj ne, kako to vpliva na vrednote, predvsem pa kako to vpliva na njihovo počutje. Zato bi bile potrebne nadaljnje bolj poglobljene in kompleksne raziskave s tega področja in hkrati tudi zagotavljanje bolj optimalnih pogojev za izvajanje zdravstvene nege.

Nasprotje interesov/Conflict of interest

Avtorici izjavljata, da ni nasprotja interesov./The authors declare that no conflicts of interest exist.

Financiranje/Funding

Raziskava ni bila finančno podprta./The study received no funding.

Etika raziskovanja/Ethical approval

Za izvedbo raziskave glede na izbrano metodologijo raziskovanja dovoljenje ali soglasje Komisije za medicinsko etiko ni bilo potrebno./No approval by the National Medical Ethics Committee was necessary to conduct the study due to the selected research methodology.

Prispevek avtorjev/Author contributions

Prva avtorica je izvedla iskanje in pregled literature, oceno kakovosti in izbor vključenih virov ter pisala članek. Druga avtorica je v vseh fazah raziskovalnega procesa sodelovala kot oseba, odgovorna za metodološko ustreznost; sodelovala je tudi pri pisanju članka./The first author conducted literature search, review, performed quality assesment, selected sources and wrote the article. The second author participated in all the stages of the research process and was responsible for methodologically appropriate research process and participated in the writing of the article.

Literatura

Aiken, L. H., Sloane, D., Griffiths, P., Rafferty, A. M., Bruyneel, L., McHugh, M. ... Sermeus, W. (2017). Nursing skill mix in European hospitals: Cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *BMJ Quality & Safety*, 26(7), 559–568.

<https://doi.org/10.1136/bmjqs-2016-005567>

PMid:28626086; PMCID:PMC5477662

Ausserhofer, D., Zander, B., Busse, R., Schubert, M., De Geest, S., Rafferty, A. M. ... Schwendimann, R. (2014). Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: Results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. *BMJ Quality & Safety*, 23(2), 126–135.

<https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002318>

PMid:24214796

Aveyard, H. (2018). *Doing a literature review in health and social care: A practical guide*. London: McGraw-Hill Education.

Bahun, M., & Skela-Savič, B. (2021). Dejavniki neizvedene zdravstvene nege: sistematični pregled literature. *Obzornik zdravstvene nege*, 55(1), 42–51.

<https://doi.org/10.14528/snr.2021.55.1.3061>

Bentzen, G., Harsvik, A., & Brinchmann, B. S. (2013). "Values that vanish into thin air": Nurses' experience of ethical values in their daily work. *Nursing Research and Practice*, 2013, Article 939153.

<https://doi.org/10.1155/2013/939153>

- Cheng, H., Yang, H., Ding, Y., & Wang, B. (2020). Nurses' mental health and patient safety: An extension of the Job Demands–Resources model. *Journal of Nursing Management*, 28(3), 653–663.
<https://doi.org/10.1111/jonm.12971>
- Domes, G., & Frings, C. (2020). Stress and Cognition in Humans. *Editorial Experimental Psychology*, 67(2), 73–76.
<https://doi.org/10.1027/1618-3169/a000476>
- Harvey, C. L., Thompson, S., Willis, E., Meyer, A., & Pearson, M. (2018). Understanding how nurses ration care. *Journal of Health Organization and Management*, 32(3), 494–510.
<https://doi.org/10.1108/JHOM-09-2017-0248>
- Harvey, C., Baldwin, A., Thompson, S., Willis, E., Meyer, A., Pearson, M., & Otis, E. (2020a). Balancing the scales: Nurses' attempts at meeting family and employer needs in a work-intensified environment. *Journal of Nursing Management*, 28(8), 1873–1880.
<https://doi.org/10.1111/jonm.12913>
- Harvey, C., Thompson, S., Otis, E., & Willis, E. (2020b). Nurses' views on workload, care rationing and work environments. *Journal of Nursing Management*, 28(4), 912–918.
<https://doi.org/10.1111/jonm.13019>
- International Labour Organization. (2016). *Workplace stress: A collective challenge*. Retrieved August 16, 2021 from https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_466547.pdf
- Jones, T. L., Hamilton, P., & Murry, N. (2015). Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review. *International Journal of Nursing Studies*, 52(6), 1121–1137.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.02.012>
- Kalisch, B. J. (2006). Missed nursing care: A qualitative study. *Journal of Nursing Care Quality*, 21(4), 306–313.
<https://doi.org/10.1097/00001786-200610000-00006>
PMid: NLM16985399
- Kalisch, B. J., Landstrom, G. L., & Hinshaw, A. S. (2009). Missed nursing care: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 65(7), 1509–1517.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05027.x>
- Kalisch, B. J., & Xie, B. (2014). Errors of omission: Missed nursing care. *Western Journal of Nursing Research*, 36(7), 875–890.
<https://doi.org/10.1177/0193945914531859>
PMid:24782432
- Kawada, T., & Otsuka, T. (2011). Relationship between job stress, occupational position and job satisfaction using a brief job stress questionnaire (BJSQ). *Work*, 40(4), 393–399.
<https://doi.org/10.3233/WOR-2011-1251>
- Lupien, S. J., Juster, R. P., Raymond, C., & Marin, M. F. (2018). The effects of chronic stress on the human brain: From neurotoxicity, to vulnerability, to opportunity. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 49, 91–105.
<https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2018.02.001>
- Mandal, L., Seethalakshmi, A., & Rajendrababu, A. (2019). Rationing of nursing care, a deviation from holistic nursing: A systematic review. *Nursing Philosophy*, 21(1), Article e12288.
<https://doi.org/10.1111/nup.12257>
PMid:31429179
- Masanotti, G. M., Paolucci, S., Abbafati, E., Serratore, C., & Caricato, M. (2020). Sense of coherence in nurses: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(6), Article 1861.
<https://doi.org/10.3390/ijerph17061861>
- McCarthy, J., & Deady, R. (2008). Moral distress reconsidered. *Nursing Ethics*, 15(2), 254–262.
<https://doi.org/10.1177/0969733007086023>
- McDaid, D. (2008). Consensus Paper: Mental health in workplace settings. Luxembourg: European Communities.
- McEwen, B. S. (2000). The neurobiology of stress: From serendipity to clinical relevance. *Brain Research*, 886(1/2), 172–189.
[https://doi.org/10.1016/s0006-8993\(00\)02950-4](https://doi.org/10.1016/s0006-8993(00)02950-4)
- Melnyk, B. M., Kelly, S. A., Stephens, J., Dhakal, K., McGovern, C., Tucker, S. ... & Bird, S. B. (2020). Interventions to improve mental health, well-being, physical health, and lifestyle behaviors in physicians and nurses: A systematic review. *American Journal of Health Promotion*, 34(8), 929–941.
<https://doi.org/10.1177/0890117120920451>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & The PRISMA Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *PLoS Medicine*, 6(7), Article e1000097.
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
PMid:19621072; PMCID:PMC2707599
- Orrock, M., & Lawler, J. (2008). "The Fractured self: Deconstruction of role identity as a consequence of health care reform." *The International Journal of Interdisciplinary Social Sciences: Annual Review*, 3(7), 25–30.
<https://doi.org/10.18848/1833-1882/CGP/v03i07/52678>
- Papastavrou, E., Andreou, P., & Vryonides, S. (2014). The hidden ethical element of nursing care rationing. *Nursing Ethics*, 21(5), 583–593.
<https://doi.org/10.1177/0969733013513210>
- Park, S. H., Hanchett, M., & Ma, C. (2018). Practice environment characteristics associated with missed nursing care. *Journal of Nursing Scholarship*, 50(6), 722–730.
<https://doi.org/10.1002/hpm.2160>
PMid:23296644

- Polit, D. F., & Beck, C.T. (2018). *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice* (9th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Recio-Saucedo, A., Dall'Ora, C., Maruotti, A., Ball, J., Briggs, J., Meredith, P. ... Griffiths, P. (2018). What impact does nursing care left undone have on patient outcomes: Review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 27(11/12), 2248–2259. <https://doi.org/10.1111/jocn.14058>
PMid:28859254; PMCID:PMC6001747
- Rooddehghan, Z., Yekta, Z. P., & Nasrabadi, A. N. (2018). Ethics of rationing of nursing care. *Nursing Ethics*, 25(5), 591–600. <https://doi.org/10.1177/0969733016664973>
- Saleh, M. S., Eltahlawy, E., & Amer, N. (2016). Job satisfaction and prevalence of stress signs. *International journal of Research in Environmental Sciences*, 2, 28–35. <http://dx.doi.org/10.20431/2454-9444.0205004>
- Schubert, M., Glass, T. R., Clarke, S. P., Schaffert-Witvliet, B., & De Geest, S. (2007). Validation of the Basel extent of rationing of nursing care instrument. *Nursing research*, 56(6), 416–424. <https://doi.org/10.1097/01.NNR.0000299853.52429.62>
- Srulovici, E., & Drach-Zahavy, A. (2017). Nurses' personal and ward accountability and missed nursing care: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 75, 163–171. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.08.003>
PMid:28829974
- Suhonen, R., Stolt, M., Habermann, M., Hjaltadottir, I., Vryonides, S., Tonnessen, S. ... Scott, P. A. (2018). Ethical elements in priority setting in nursing care: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies*, 88, 25–42. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.08.006>
- Sundin, K., Fahlen, U., Lundgren, M., & Jacobsson, C. (2014). Registered nurses' experiences of priorities in surgery care. *Clinical nursing research*, 23(2), 153–170. <https://doi.org/10.1177/1054773812474298>
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349–357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
- Vryonides, S., Papastavrou, E., Charalambous, A., Andreou, P., & Merkouris, A. (2014). The ethical dimension of nursing care rationing. *Nursing Ethics*, 22(8), 881–900. <https://doi.org/10.1177/0969733014551377>
- Winters, R., & Neville, S. (2012). Registered nurse perspectives on delayed or missed nursing cares in a New Zealand Hospital. *Nursing Praxis in New Zealand*, 28(1), 19–28. PMid: 23421016
- Yaribeygi, H., Panahi, Y., Sahraei, H., Johnston, T. P., & Sahebkar, A. (2017). The impact of stress on body function: A review. *EXCLI Journal*, 16, Article 1057. <https://doi.org/10.17179/excli2017-480>
- Zeleníková, R., Gurková, E., Friganovic, A., Uchmanowicz, I., Jarošová, D., Žiaková, K. ... Papastavrou, E. (2019). Unfinished nursing care in four central European countries. *Journal of Nursing Management*, 28(8), 1888–1900. <https://doi.org/10.1111/jonm.12896>
PMid:31680373; PMCID:PMC7754486

Citirajte kot/Cite as:

Bahun, M., & Jeriček Klanšček, H. (2023). Doživljanje neizvedene zdravstvene nege pri medicinskih sestrah: integrativni pregled literature. *Obzornik zdravstvene nege*, 57(1), 43–52. <https://doi.org/10.14528/snr.2023.57.1.3173>

4.

Kakovost in varnost v zdravstvu - PRIROČNIK (76strani)

.....
..... **PRILOGA 4**

Kakovost in varnost v zdravstvu / Zdenka Kramar. - Ljubljana :
Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev
medicinskih sester, bobic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2022



ZBORNICA ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE -
ZVEZA STROKOVNIH DRUŠTEV MEDICINSKIH SESTER, BABIC
IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV SLOVENIJE



ZDENKA KRAMAR

Kakovost in varnost v zdravstvu

PRIROČNIK

Založnik:

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

Ob železnici 30a, 1000 Ljubljana

Glavna in odgovorna urednica:

Monika Ažman

Lektorica:

Jelica Žalig Grce

Oblikovanje:

Barbara Kralj, Prelom d.o.o.

Leto izdaje: 2022

Naklada: 300 izvodov

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

614.2:005.336.3(035)

KRAMAR, Zdenka, 1959-

Kakovost in varnost v zdravstvu / Zdenka Kramar. -
Ljubljana : Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije
- Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in
zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2022

ISBN 978-961-273-235-6

COBISS.SI-ID 99160579



The ultimate goal is to
manage quality.

But you cannot
manage it until
you have a way to
measure it,
and you cannot
measure it until you
can monitor it.

Florence Nightingale

PRIROČNIKU NA POT ...

Ni naključje, da je avtorica publikacije, ki je pred vami, prva profesionalno zaposlena medicinska sestra za področje kakovosti in varnosti v skupnih službah Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveze strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije (Zbornica – Zveza) in prva profesionalno zaposlena strokovnjakinja na področju strokovnih nadzorov s svetovanjem v zdravstveni in babiški negi v sklopu javnih pooblastil Zbornice – Zveze. Avtorica je vse svoje profesionalno delovanje v stroki zdravstvene nege posvečala kakovosti in varnosti tako z vidika uporabnika zdravstvenih storitev kot izvajalcev zdravstvene in babiške nege.

Kakovost je skorajda nemogoče enoznačno opredeliti, zato je še toliko bolj pomembno razumeti različne deležnike, ki vplivajo na proces kakovosti na posameznem področju. Slovenija se je z vstopom v Evropsko unijo zavezala kot eni izmed prednostnih aktivnosti v zdravstvenem varstvu prav nenehnemu zagotavljanju in izboljševanju kakovosti in varnosti zdravstvene oskrbe. V Nacionalni strategiji kakovosti in varnosti v zdravstvu (Ministrstvo za zdravje, 2010) je zapisano, da si bomo prizadevali upoštevati mednarodno in evropsko sprejeta načela kakovosti ter širše cilje, ki imajo večji vpliv na celotno družbo. Ta so: uspešnost, varnost, pravočasnost, učinkovitost, enakopravnost in osredotočenje na pacienta.

V središče zdravstvenega varstva mora biti postavljen pacient z vsemi svojimi potrebami in pričakovanji. Le te se vsak dan zvišujejo in na drugi strani k proaktivnosti spodbujajo mnoge vpletene deležnike. Od zdravstvenih organizacij, zaposlenih, izobraževalnih ustanov, regulatorjev, plačnika storitev in še številnih drugih. Zaposleni v zdravstveni in babiški negi smo tisti segment zdravstvenega varstva, ki ima s pacientom najobsežnejši neposreden stik. Prav zato sta kakovost in varnost izvedbe vseh aktivnosti, ki jih je deležen pacient in jih izvajajo medicinske sestre in babice, vitalnega pomena.

Ena glavnih nalog strokovne organizacije Zbornice – Zveze je skrb za profesionalni in osebni razvoj posameznika, strokovnjaka s področja zdravstvene oz. babiške nege ter skrb za razvoj in delovanje stroke zdravstvene in babiške nege ter oskrbe. V ta namen organizira, usklajuje in usmerja strokovna in druga izobraževanja kot del vseživljenjskega učenja posameznika ter izdaja strokovna in učna gradiva ter publikacije tudi z namenom

razvoja obeh strokovnih področij, zdravstvene nege in babištva. V okviru javnega pooblastila Ministrstva za zdravje izvaja Zbornica – Zveza strokovne nadzore s svetovanjem v zdravstveni in babiški negi, katerih namen je med drugim tudi preverjanje zagotavljanja kakovosti in varnosti na strokovnem področju – preverjanje stalnega sledenja razvoja stroke, preverjanje in upoštevanje doktrin, standardov, protokolov, smernic, navodil in drugih dokumentov na področju dela, preverjanje opravljanja dejavnosti v skladu z etičnim kodeksom, preverjanje ustrezne kadrovske zasedenosti in kot pomemben segment tudi namen svetovanja na podlagi ugotovitev strokovnega nadzora.

Vsemu zgoraj opisanemu je priložen, ki je pred vami, tudi namenjen. Čas, v katerem je priložen nastajal, je poseben covidni čas. Pandemija koronavirusne bolezni je zdravstvo postavila v ospredje bolj kot vse druge dejavnosti. Vsi zdravstveni delavci so bili priča velikim in hitrim spremembam, prilagajanju, preoblikovanju procesov, novim posegom in postopkom in novim pristopom obravnave. Kako uspešni so bili, bo pokazal čas. Mnogi menijo, da bo po covidu vse drugače kot pred njim. Zagotovo pa se ne bo spremenilo vodilo vseh, ki izvajate in boste izvajali zdravstveno ali babiško nego – delati strokovno, varno in kakovostno za pacienta in vas same.

Hvala avtorici, ki je oblikovala ravno prav obsežen priložen v razumljivem jeziku. Hvala vsem vam, ki boste po priložniku posegli morda le enkrat ali pa tudi večkrat, ko boste želeli izboljšati svoje delovne procese ali pa vpeljati povsem novo kulturo kakovosti in varnosti v zdravstveni oz. babiški negi. Hvala tudi vsem tistim, ki boste priložen umestili v seznam literature v študijske namene.

Monika Ažman, predsednica

Kiauta M., Poldrugovac M., Rems M., Robida A., Simčič B., (2010). Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010–2015). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.

O AVTORICI ...



Zdenka Kramar, rojena 13. 9. 1959 v Celju, je magistrica zdravstvene nege. Po 43 letih dela v zdravstvu se je v letu 2020 upokojila. Svojo poklicno pot je začela v Splošni bolnišnici Jesenice, kjer je bila štirinajst let pomočnica direktorja za področje zdravstvene nege in oskrbe. Pred prevzemom te funkcije je delala na različnih oddelkih in enotah kot glavna medicinska sestra. V letu 2014 je uspešno zagovarjala magistrsko nalogo na Fakulteti za zdravstvene vede v Mariboru, z naslovom Spremembe zaznavanja kulture varnosti pacientov v Splošni bolnišnici Jesenice.

V letu 2015 se je zaposlila v UKC Ljubljana na Pediatrični kliniki, kjer opravljal delo koordinatorice vodenja sistema kakovosti. Njeno najpomembnejše delo je bilo nenehno uvajanje kakovosti in varnosti v vsakodnevno delo s pacientom. V letu 2019 je sprejela nov izziv in se zaposlila na Zbornici zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zvezi strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Njeno področje dela so bili strokovni nadzori s svetovanjem in sistematično uvajanje kakovosti ter pridobitev ISO certifikata na Zbornici – Zvezi.

V letu 1999 je končala podiplomski študij Medicinske fakultete v Ljubljani – smer bolnišnična higiena in pridobila specializacijo s področja preprečevanja in obvladovanja bolnišničnih okužb. Od 2009 do 2013 je bila predsednica Razširjenega strokovnega kolegija za zdravstveno nego pri Ministrstvu za zdravje. V letu 2000 je prejela zlati znak Zbornice zdravstvene nege Slovenije. V vseh letih svojega profesionalne dela je sodelovala na Ministrstvu za zdravje v različnih projektih, tako na področju uvajanja kakovosti in varnosti v slovenske bolnišnice, razvijanju kliničnih poti, kazalnikov kakovosti, pripravi predloga zakona za področje kakovosti in varnosti, pripravi metodologije za delovanje urgentnih centrov, na področju preprečevanja okužb povezanih z zdravstvom. Tudi v času epidemije je kot koordinatorica za obvladovanje prenosa virusa SARS CoV-2 delovala v številnih socialno varstvenih ustanovah.

Področja njenega profesionalnega dela je tako vključevalo uvajanje standardov kakovosti na področju celotne zdravstvene obravnave pacientov. Svoje znanje je stalno dopolnjevala na področju stroke zdravstvene nege, kakovosti in varnosti, preprečevanje bolnišničnih okužb, oskrbe kroničnih ran, področje intenzivne terapije in vodenje v zdravstvu. Prav tako je bila mentorica velikemu številu medicinskih sester. Na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin sodeluje kot predavateljica.

NAGOVOR RECENZENTOV

Kakovost v zdravstvu prizadene vse. Paciente, njihove svojce in nas zdravstvene delavce. Ne glede na to, ali gre za slab ali dober izid oskrbe. Pri slabem smo nejevoljni, zaskrbljeni in previdni pri ocenah, zakaj in kako se je zgodilo. In pri dobrem zadovoljni, ponosni in napolnjeni z novo energijo in voljo za nadaljnje delo. Tistega vmesnega je največ. Ko rutina postane železna srajca in ko ne vidimo več potrebe po spreminjanju. Ko pustimo, da nas vsakodnevno delo odnese v lažno udobno lagodje. Če s tem vzdržujemo standarde, ki smo si jih pred tem postavili, se naše kolo sprememb vrti na mestu. A se vendarle vrti.

Slabše je, če kolesa sprememb ne poganjamo, če vsaj v idejah ne vidimo potrebe po spremembah, če nam zmanjka energije za spreminjanje. Kajti brez sprememb ne more biti bolje. Brez dodatka inzulina ne moremo znižati ravni krvnega sladkorja. To je zelo znano in uporabno dejstvo. Isto preprosto pravilo, da brez spremembe ne moremo pričakovati izboljšanja, uporabljamo vsakodnevno in učinkovito pri svojem delu, manj pa to pravilo o vzroku in posledici uporabljamo pri upravljanju s kakovostjo. Kajti kot je zapisala Florence Nightingale, kakovosti ne moremo upravljati, če je ne merimo. In merjenje se je že močno zasidrilo v naših logih. Merimo veliko, verjetno kje tudi preveč. Vendar samo merjenje še ne daje boljše kakovosti. Zaradi ponavljanja daje občutek, da s tem kontroliramo kakovost, da jo spremljamo. A cilj ni spremljanje kakovost z merjenjem. Cilj je, da z rezultati merjenja, z objektivnimi podatki pripravimo podlago za spremembe. Le tako lahko pridemo v zeleno polje uspeha pri dvigu kakovosti, ki ga je že pred stoletji zagovarjala utemeljiteljica zdravstvene nege. Torej merimo, zato da spreminjamo. To naj bo naš cilj.

Spreminjanje ja eno najtežjih del v življenju. Raje hodimo po uhojenih poteh, raje se vozimo po isti poti v službo. Pogosto sledimo izkušnjam iz mladosti pri kuhanju, družinskih odnosih, tudi v delovnih okoljih. Običajno so vodje starejši in izkušenejši in marsikdo bo potrdil, da je že slišal iz njihovih ust trditve, da če smo delali tako dvajset let, lahko delamo še naprej tako. Velika želja po nobenem spreminjanju (tudi v vodenju ne) je v bistvu eden od močnih korakov v stagnacijo. V takem okolju se nam lahko zgodijo negativne izkušnje ob oskrbi svojcev. Poznana je trditev, da se pri domačih vedno kaj zaplete. Le zakaj se nam to dogaja? Saj smo se potrudili bolj. Ali nismo s tem, ko smo spreminjali vsakodnevne rutine, ko smo hoteli bolje, stopili v novo okolje, ki ga ne obvladamo rutinsko. Okolje, kjer nismo tako suvereni in nam v bistvu ponuja več negotovosti kot gotovosti v končnem cilju. Ki nam ponuja več možnosti slabšega izida. Bolje je delati stalno, kot da je vsak pacient moj svojec. In tako bomo ponudili vsem največ, tudi svojcem.

Udejanjanje takšnega okolja ni preprosto. Seveda, brez spreminjanja ne gre. In brez izkušenj ravno tako ne. In, žal tudi brez napak ne. Zmotljivi smo, nismo ne bogovi ne božji. Smo ljudje s svojimi slabimi in dobrimi lastnostmi in napakami. Povezava med napako in kakovostjo je zelo tesna. Žal včasih pretesna. In brez zavedanja, da se moramo za odlično močno spreminjati, tudi ne. Vsaka napaka, ki se nam zgodi, mora postati vzrok za spremembo, mora postati izkušnja. Če napake ne izkoristimo, da postane izkušnja, potem bo kakovost ostala pred vrati. Utruženo čakala, da jih nekdo odpre. Da nekdo naredi spremembo.

To smo mi, to moramo za paciente narediti mi.

prim. mag. Miran Rems, dr. med.

Kakovost zdravstvenega sistema je znanost in hkrati umetnost, ki se v zadnjih letih zelo razvija. Njena pomembnost je močno povezana z zagotavljanjem zahtev in pravic pacientov do kakovostne, varne in enakopravne zdravstvene obravnave.

Medicinske sestre so v sistemu zagotavljanja kakovosti in varnosti že v preteklosti prevzele ključno vlogo v postopkih merjenja, spremljanja in izboljševanja kakovosti. V zdravstveni negi so med prvimi začele procese standardizirati, spremljati kazalnike kakovosti in uvajati potrebne izboljšave. Pomembno je postalo prepoznavanje priložnosti za izboljšanje svojega dela.

Prav tako je postala ena od prioritet v zdravstvenem sistemu zagotavljanje varnosti. Razlog tiči v ugotovitvah več raziskav, ki so v poznih 90. letih prejšnjega stoletja pokazale, da se je številnim pacientom poslabšano zdravstveno stanje ali pa so umrli zaradi neželenih dogodkov, da je bilo njihovo število večje, kot je bilo znano do takrat.

Za obvladovanje sistema kakovosti in varnosti in uporabo ustreznih orodij je ključno znanje. Zato je treba vse napore usmeriti v izobraževanje. Pričujoča publikacija je dober, zgoščen pripomoček v pomoč zdravstvenim delavcem in študentom, ki se s področjem srečujejo, preden vstopijo v delovni proces. Težko je zgoščeno opisati celotno področje kakovosti zdravstvenega sistema in varnosti, vendar je avtorici to uspelo. Na enem mestu je zbrana veliko informacij, kar nudi dober pregled bistvenih načel kakovosti in varnosti, strategije uvajanja varnosti ter vodenja kakovosti in obvladovanja tveganj v zdravstvu.

Avtorica nas v publikaciji opozarja na pomembne postavke sistema kakovosti in varnosti: praksa, ki jo medicinska sestra izvaja, mora temeljiti na dokazih in se usmerjati na pacienta. Spodbuja nas k standardizaciji, merjenju in nenehnemu izboljševanju kakovosti in varnosti. Posebej poudarja, da kakovost lahko izboljšamo le v varnih, nekaznovalnih pogojih in v kulturi varnosti; poudarja, da sta merjenje kakovosti in nadzor delo vsakega zaposlenega; treba se je usmerjati na procese in težave, ne na ljudi; standardizacija procesov je ključnega pomena za obvladovanje procesov in ljudi; sistem spremljanja kakovosti in varnosti je načrtovani del organizacijske kulture za nenehno izboljševanje storitev, ki temeljijo na stalnih povratnih informacijah uporabnikov in merjenju procesov.

doc. dr. Saša Kadivec, prof. zdr. vzg.

KAZALO

1	UVOD	13
2	KAKOVOST ZDRAVSTVENE OSKRBE	14
2.1	Definicije kakovosti v zdravstvu	14
2.2	Načela kakovosti	15
2.3	Zakonske podlage kakovosti v zdravstvenem sistemu	18
3	NENEHNO IZBOLJŠEVANJE KAKOVOSTI	19
3.1	Vodenje kakovosti zdravstvene oskrbe	21
3.2	Vodenje sistema kakovosti v zdravstveni ustanovi	22
3.3	Struktura vodenja sistema kakovosti v zdravstveni ustanovi	23
4	PROCESNI PRISTOP	24
4.1	Standardi vodenja kakovosti	26
4.2	Certificiranje	26
4.3	Akreditacija	26
5	ORODJA ZAGOTAVLJANJA KAKOVOSTI V ZDRAVSTVENI DEJAVNOSTI ..	28
5.1	Presoja zdravstvene prakse	28
5.2	Merila za ocenjevanje kakovosti zdravstvenega varstva/storitev	30
6	ORODJA ZA DOSEGANJE CELOVITEGA INTEGRIRANEGA, NA DOKAZIH TEMELJEČEGA PRISTOPA K ZDRAVSTVENI OBRAVNAVI PACIENTA	31
6.1	Klinične smernice	31
6.2	Klinična pot	31
6.3	Integralna klinična pot	32
7	SISTEM OBVLADOVANJA DOKUMENTOV	32
7.1	Tipi dokumentov in njihova vsebina	33
8	KAZALNIKI KAKOVOSTI V ZDRAVSTVU	35
8.1	Razdelitev kazalnikov kakovosti	36
9	OBVLADOVANJE TVEGANJ	39
9.1	Register tveganj	40
9.2	Tabela tveganj	40

10	ZADOVOLJSTVO PACIENTOV	41
11	KOMUNIKACIJA V ZDRAVSTVU	43
11.1	Pomen timskega dela	45
12	VARNOST ZDRAVSTVENE OBRAVNAVE PACIENTOV	46
12.1	Priporočila Sveta Evrope	47
12.2	Definicija kulture varnosti	48
12.3	Uvajanje in vzpostavitve kulture varnosti pacientov	48
12.4	Razvojne stopnje kulture varnosti	49
12.5	Kultura obtoževanja	50
12.6	Pravična kultura	51
12.7	Kultura poročanja	51
12.8	Kultura učenja iz napak	52
13	NAPAKE PRI ZDRAVSTVENI OSKRBI PACIENTA	52
13.1	Napake v zdravstvenem sistemu	53
13.2	Koraki obvladovanja varnostnih odklonov	55
14	ORODJE ZA ZAGOTAVLJANJE VARNOSTI V ZDRAVSTVENIH USTANOVAH	56
14.1	Varnostna vizita vodstva	56
14.2	Varnostni pogovor	57
14.3	Vzročno-posledična analiza	58
14.4	Morbiditetna in mortalitetna konferenca	58
14.5	Preventivni in korektivni ukrepi ter varnostna priporočila	59
14.6	Analiza osnovnih vzrokov najpogostejših prispevajajočih dejavnikov	59
14.7	Strokovni nadzor s svetovanjem	60
14.8	Notranji strokovni nadzori v zdravstveni ustanovi	62
15	PRILOŽNOSTI NA PODROČJU NAJPOGOSTEJŠIH PROCESOV ZA IZBOLJŠANJE KAKOVOSTI IN VARNOSTI	63
15.1	Opolnomočenje pacientov in zaposlenih	63
15.2	Predaja pacienta	63
15.3	Obvladovanje tveganj na področju ravnanja z zdravili	64
16	LITERATURA IN VIRI	68

KAZALO SLIK

Slika 1: Povezovanje šestih načel kakovosti v zdravstvu	16
Slika 2: Demingov krog	20
Slika 3: Model sistema vodenja kakovosti, osnovan na podlagi procesov	24
Slika 4: Piramidna struktura dokumentacije sistema vodenja kakovosti	34
Slika 5: Priročnik o kazalnikih kakovosti	37
Slika 6: Kazalniki kakovosti v zdravstveni negi	38
Slika 7: Obvladovanje tveganj, ISO 31000	40
Slika 8: Model Kano	42
Slika 9: Model varnostne kulture	50
Slika 10: Prikaz preprečevanja napak s pomočjo sistema švicarskega sira	53
Slika 11: Potek nastanka varnostnega odklona	54

KAZALO TABEL

Tabela 1: Potek izboljšanja kakovosti v zdravstvu	21
Tabela 2: Struktura vodenja sistema kakovosti v zdravstveni ustanovi	23
Tabela 3: Tabela o kazalnikih kakovosti - RZP	37
Tabela 4: Tabela o kazalnikih kakovosti - padci	37
Tabela 5: Matrika tveganj, Obvladovanje tveganj, ISO 31000	41
Tabela 6: Politika ukrepanja	41
Tabela 7: Kultura obtoževanja	51
Tabela 8: Koraki obvladovanja varnostnih odlokov	55

1 Uvod

Zdravstveno varstvo je zelo kompleksna, storitvena dejavnost, ki deluje kontinuirano in je dostopna 24 ur dnevno vse dni v letu. Zdravstveno varstvo deluje v okolju, ki se nenehno spreminja, posledično se spreminjajo tudi način dela in zdravstvena oskrba posameznika in skupnosti. Vsekakor se s spreminjanjem zdravstvene oskrbe in razvojem zdravstvene stroke spreminjata in razvijata tudi kakovost in varnost zdravstvene prakse.

Obvladovanje kakovosti v zdravstvenem varstvu pomeni upoštevanje zakonskih predpisov, smernic, standardov kakovosti, načel kakovosti in številnih drugih aktivnosti, ki zagotavljajo varno zdravstveno oskrbo in zadovoljstvo pacientov. Temeljni dokumenti za oblikovanje sistema kakovosti v zdravstvu izhajajo iz mednarodnih in nacionalnih dokumentov, ki obvladujejo sistem kakovosti in varnosti.

Dostop do kakovostne zdravstvene oskrbe je osnovna človekova pravica, ki jo priznavajo in spoštujejo Evropska unija, vse njene institucije in njeni državljani. V skladu s tem dejstvom imajo pacienti pravico pričakovati, da bo v zagotavljanje njihove varnosti kot uporabnika vseh zdravstvenih storitev vložen ves trud (Luksemburška deklaracija o varnosti bolnikov, 2005). Luksemburško deklaracijo o varnosti pacientov, ki je bila sprejeta 5. aprila 2005, so sprejele vse članice Evropske unije, vključno s Slovenijo. Zahteve po zagotavljanju in nenehnem izboljševanju kakovosti ter varnosti zdravstvene oskrbe se od sprejetja dokumenta v Evropski uniji obravnavajo kot prednostni cilji in naloge.

Prednostna naloga in zahteva Evropske unije in ministrov za zdravje vseh evropskih držav je doseganje celovitega vodenja in nenehnega izboljševanja kakovosti. Najpomembnejši cilj je vzpostavitev sistema varnosti pacientov, saj se le tako lahko zmanjša škoda za pacienta, zmanjšajo stroški njegovega zdravljenja ter zveča učinkovitost zdravljenja. Prav tako morajo biti cilji osredotočeni na posameznika, na njegovo varnost, zadovoljstvo, stroške, ki nastanejo pri zdravljenju, enakost pri dostopu do zdravstvenih storitev in skrajševanju čakalnih dob. Izvajalci zdravstvene dejavnosti morajo biti zavezani vzpostaviti sisteme vodenja kakovosti in varnosti na vseh ravneh zdravstvene dejavnosti (Luksemburška deklaracija o varnosti bolnikov, 2005).

Tudi Slovenija je med letoma 2004 in 2006 začela sistematično uvajati in nenehno izboljševati kakovost v zdravstvu. Tako lahko ugotovimo, da v naši državi na področju kakovosti v zdravstvu že nekaj časa potekajo različne aktivnosti in številne iniciative za uvajanje kakovosti v neposredno delo s pacienti. Na državni ravni imamo nekaj pomembnih dokumentov in različnih navodil kot npr. Strategijo razvoja kakovosti in varnosti v Republiki Sloveniji. V letu 2006 so bile objavljene Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu. Dokument je bil vsem izvajalcem zdravstvene dejavnosti podlaga za razvoj kakovosti v zdravstvenih ustanovah. Pomemben dokument za razvoj kakovosti in varnosti v slovenskem zdravstvu je bila Nacionalna strategija za kakovost in varnost v zdravstvu, ki je izšla 2010.

Iz vseh imenovanih dokumentov lahko povzamemo, da je pri vodenju kakovosti v zdravstvu najpomembnejše dobro definiranje in organiziranost procesa zdravstvene obravnave pacientov, izboljševanje delovnega okolja in učinkovitega ter uspešnega vodenja. Pomemben gradnik pri uvajanju kakovosti in varnosti v sistemu zdravstvene oskrbe je stalno

izboljševanje znanja izvajalcev zdravstvene dejavnosti s področja kakovosti in varnosti. Vsi ti elementi prispevajo k dvigu uspešnosti in učinkovitosti zdravljenja, dostopnosti do zdravljenja in boljših delovnih pogojev, najpomembnejši vpliv pa je večja varnost pacientov.

Kakovost in varnost morata biti rezultat skrbnega načrtovanja, izvajanja postopkov in stalnega nadzora, zato je kakovost in varnost treba vključiti v enovit sistem vodenja zdravstvene ustanove (Košnik & Blažun, 2012).

2 Kakovost zdravstvene oskrbe

Sistem vodenja kakovosti v zdravstveni ustanovi preživi samo tako, da je vzpostavljen na učinkovit in uspešen način. Sistem, ki ne živi v praksi, lahko postane neučinkovit in ob tem predstavlja breme tako zaposlenim kot tudi delovanju ustanove. Standardi kakovosti lahko predstavljajo izhodišča za učinkovito vodenje organizacije, lahko pa so tudi izhodišče za še večjo zapletenost pri izvajanju različnih aktivnosti in še večjo zmedo pri vodenju na različnih ravneh. Če res želimo imeti visokokakovostno in varno zdravstveno obravnavo, moramo zgraditi zmožnosti za sodelovanje pri izboljšavah v celotni zdravstveni organizaciji. Graditev zmožnosti za izboljšave pomeni, da zgradimo okolje, kjer lahko osebe v prvi vrsti ugotavlja pomanjkljivosti in sodeluje pri izboljšavah, ki so potrebne.

2.1 DEFINICIJE KAKOVOSTI V ZDRAVSTVU

Kakovost v zdravstvu razumemo kot lastnost zdravstvene oskrbe, s katero presojamo, ali je določena oskrba dosegla cilj ali ne. V izrazu kakovost zdravstvene oskrbe moramo razumeti pogoje, v katerih se nudi oskrba, način nudenja storitev, sporazumevanja s pacientom, izvajanje diagnostično-terapevtskih posegov, zdravljenja, zdravstvene nege, zdravstveno vzgojnega dela, poučevanje pacienta o postopkih in zdravem načinu življenja, ki vsebuje zmožnost, da preko njih v postopku oskrbe dosežemo zastavljeni cilj (Kersnik, 2010).

Kakovost v zdravstvu je dosledno zagotavljanje izidov zdravljenja, ki so primerljivi s standardi ali najboljšimi praksami. Izhajajoč iz definicij kakovosti lahko trdimo, da je kakovost način dela in da je to odnos do lastnega dela ter neprestano uvajanje sprememb in izboljšav.

Kakovost zdravstvene obravnave je nenehno prizadevanje vsakega zdravstvenega strokovnjaka, pacienta in njihovih svojcev, raziskovalcev, plačnikov, načrtovalcev in izobraževalcev, da naredijo spremembe, ki bodo privedle do boljših zdravstvenih izidov za paciente, večje uspešnosti delovanja sistema in boljšega razvoja strokovnjakov (Batalden & Davidoff, 2007).

Kakovost v zdravstvu se je začela pojavljati že pred več desetletji. Grönroos (1984) pravi, da imamo v kakovosti dve komponenti: prva je funkcionalna, kjer pacient sprejema zdravstveno oskrbo kot »servis« in druga, ki jo opredeljuje kot tehnično kakovost zagotavljanja zdravstvene oskrbe.

Kakovost zdravstvene oskrbe lahko opredelimo kot soglasje med dejansko izvajano zdravstveno oskrbo in predhodno postavljenimi kriteriji (Donabedian, 1980).

Ameriški Institute of Medicine of the National Academies od leta 1990 uporablja naslednjo opredelitev kakovosti zdravstvene oskrbe: Kakovost je stopnja, do katere zdravstvene storitve, namenjene posamezniku in prebivalstvu, povečujejo želene zdravstvene izide v skladu s trenutnimi strokovnimi znanji. Kakovost v vsakodnevnem življenju presojava s pomočjo individualnih kazalnikov kakovosti, ki jih oblikujemo na osnovi lastnih vrednot in norm, vrednot in norm okolja, v katerem živimo, na osnovi svojih potreb in motivov, znanj in stališč, preteklih izkušenj in podobno.

Definicijo kakovosti, temelječo na šestih načelih kakovosti v zdravstvu, so 2001 predlagali ameriški strokovnjaki zdravniškega združenja po zgledu NHS Scotland (Štandeker, 2012). Svetovna zdravstvena organizacija je 2006 izdala strateški dokument, v katerem je kakovost zdravstvenega sistema ponovno opredelila z upoštevanjem šestih načel oziroma dimenzij kakovosti. Po omenjeni definiciji mora kakovostna zdravstvena oskrba zagotavljati učinkovito, uspešno, dostopno, sprejemljivo, pravično in varno zdravstveno obravnavo.

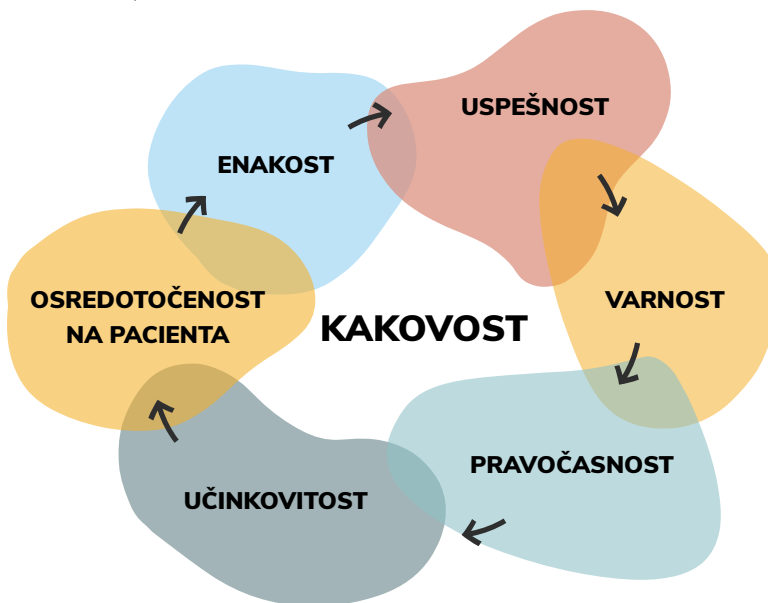
2.2 NAČELA KAKOVOSTI

Ministrstvo za zdravje je definicijo Svetovne zdravstvene organizacije, ki temelji na šestih načelih kakovosti v zdravstvu, sprejelo in objavilo v Nacionalnih usmeritvah za razvoj kakovosti (2006). V tem dokumentu je kakovost v zdravstvu opredeljena na način doslednega ustvarjanja izidov zdravljenja, ki so primerljivi s standardi ali najboljšimi praksami in temelji na upoštevanju šestih načel kakovosti. Povezovanje vseh šestih načel kakovosti je prikazano v sliki 1.

Načela kakovosti in varnosti:

- **USPEŠNOST** – pomembno izhodišče je, na kakšen način izvajamo vse aktivnosti pri pacientu in ali s tem izboljšamo njegovo zdravstveno stanje. Uspešnost dokazujemo z meritvami rezultatov in njihovo objavo ter zadovoljstvom pacientov. Uspešnost je razmerje med rezultati dela ter smotri in cilji organizacije. Z izvajanjem zdravstvenih programov je treba čim boljše reševati zdravstvene probleme in doseči čim boljše zdravstvene izide glede na vložene vire in ustvarjeni obseg zdravstvenih storitev.
- **VARNOST** – je preprečevanje varnostnih zapletov v procesu zdravstvene obravnave pacienta. Varno obravnavo zagotavljamo z zmanjševanjem varnostnih
- zapletov pri pacientih v času zdravstvene obravnave in ugotavljanjem tveganj ter izvajanjem potrebnih ukrepov za preprečevanje in popravilo varnostnih zapletov. Pomembno je uvajanje kulture varnosti in vzpostavitev sporočanja ter analiza varnostnih napak in drugih zapletov, ki mora biti osredotočena na sistem ter na osnovi podatkov spreminjanje in izboljševanje procesov dela. Pomemben element pri zagotavljanju varnosti pacientov in kulture varnosti je vzpostavitev kulture, ki ne obtožuje.
- **PRAVOČASNOST** – zagotoviti primeren čas zdravstvene obravnave pacienta glede na njegove potrebe.

- **UČINKOVITOST** – izbira optimalnega razmerja med izidi zdravljenja in uporabljenimi viri. Stalno tehtamo, ali lahko storitev izvedemo ceneje z enakim izidom? Običajno je rezultat prizadevanj vrhnjega menedžmenta in zaposlenih v zdravstveni organizaciji za čim manjšo porabo virov pri izvajanju danega programa zdravstvenih storitev.
- **ENAKOST** – zagotavlja nediskriminatorno in enako obravnavo pacienta. Ali prihaja do razlik na podlagi spola, starosti, socialnega statusa ...?
- **OSREDOTOČANJE NA PACIENTA** – zagotavlja spoštovanje pacientovih vrednot in njegovih pravic, potreb, želja po izbiri, obveščeniosti, primerno okolje, prisotnost tretjih oseb. Vprašamo se, ali zdravimo paciente tako, kot bi zdravili lastne starše ali otroke (Robida, 2006 a).



Slika 1: Povezovanje šestih načel kakovosti v zdravstvu

Osem načel, ki jih upoštevamo pri osredotočenju na pacienta in njegove svojce:

- dostojanstvo in spoštovanje,
- partnerstvo s pacientom z upoštevanjem njegovih vrednot in izbire,
- čustvena podpora,
- fizično udobje,
- dvosmerna odprtost informacij med zdravstvenim osebjem in pacientom ter izobraževanje pacienta,
- neprekinjena in koordinirana zdravstvena obravnava,
- sodelovanje pacienta in svojcev pri zdravstveni obravnavi,
- dostopnost zdravstvene obravnave (Robida et al., 2015).

Ministrstvo za zdravje je 2010 objavilo petletno Nacionalno strategijo kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010–2015). To je bil najpomembnejši dokument za zagotavljanje kakovosti in varnosti v zdravstvu v Sloveniji. Najpomembnejši cilji so bili usmerjeni v učinkovitost razvijanja sistematičnosti in strokovnosti aktivnosti nenehnega izboljševanja zdravstvene obravnave ter varnosti pacientov ob upoštevanju šestih načel kakovosti v zdravstvu, načel vodenja kakovosti po uveljavljenih standardih in certifikatih kakovosti (Kiauta, et al., 2010).

V dokumentu so bili opredeljeni najpomembnejši strateški cilji:

- Razvoj sistematičnega vodenja kakovosti in varnosti, namen katerega je s procesnim pristopom vzpostaviti, razvijati in vzdrževati celovito vodenje kakovosti na vseh ravneh v sistemu zdravstvenega varstva.
- Razvoj kulture varnosti in kakovosti.
- Vzpostavitev sistema izobraževanja in usposabljanja s področja kakovosti ter varnosti.
- Razvoj sistemov za izboljšanje uspešnosti in učinkovitosti zdravstvene oskrbe – skrajšanje čakalnih dob in vpeljava kliničnih poti (Nacionalna strategija, 2010).

V Nacionalni strategiji o kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010–2015) je bila opredeljena tudi akreditacija zdravstvenih ustanov kot eno izmed orodij, s katero se lahko doseže višja raven kakovosti zdravstvene obravnave. Prav tako je bila opredeljena nujnost vodenja kazalnikov, s pomočjo katerih lahko prepoznamo področja, kjer so prednostno potrebne izboljšave in učinki sprejetih ukrepov za izboljšave (Simčič, et al., 2011).

Vzpostavitev sistema vodenja kakovosti in varnosti mora biti osredotočena k pacientu, omogočati mora podporo strokovnemu razvoju zaposlenih in spodbujati učinkovito komunikacijo med posameznimi člani zdravstvenega tima ter širše. Pomemben element pri vzpostavitvi kakovosti je tudi stalno vključevanje, motiviranje in angažiranje vseh zaposlenih k uvajanju in izboljševanju kakovosti in varnosti pri zdravstveni oskrbi pacientov ter učinkovita raba vseh razpoložljivih virov, ki so na voljo v posamezni ustanovi za doseganje vizije in poslanstva (Robida, 2009).

Strateški cilji izvajalcev zdravstvene dejavnosti morajo biti usmerjeni k zagotavljanju kakovostne in varne zdravstvene obravnave in morajo temeljiti na sistematično urejenih in usklajenih procesih, z ustreznimi standardi, protokoli, navodili in kazalniki kakovosti, ki morajo biti usklajeni z usmeritvami znotraj ustanove, resornega ministrstva oziroma ustanovitelja in vzpostavitvi sistemov vodenja kakovosti po merilih mednarodno priznanih sistemov kakovosti in varnosti v zdravstveni dejavnosti. Kakovost in varnost lahko razumemo kot aktivnosti, ki jih zdravstvena ustanova izvaja za zmanjševanje odklonov med trenutnimi izidi izvajanja zdravstvene oskrbe in standarde ter najboljšimi praksami. Pri tem potrebujemo različna orodja, ki nas privedejo do izboljšanje prakse. Največji oviri pri nenehnem izboljševanju kakovosti in varnosti zdravstvene oskrbe sta profesionalna in organizacijska kultura ter osredotočenje samo na dnevno delo, kar pomeni, da je organizacija brez strategije in ciljev na področju kakovosti in varnosti. Pri profesionalni kulturi gre največkrat za nepravilno razumljeno avtonomijo posameznikov in poklicnih skupin (Robida, 2009).

2.3 ZAKONSKE PODLAGE KAKOVOSTI V ZDRAVSTVENEM SISTEMU

Pravica pacientov do enakopravne, kakovostne in varne obravnave izhaja iz Ustave Republike Slovenije, ki določa, da so v državi vsakomur zagotovljene enake človekove pravice in svoboščine (Ustava RS, 14. člen), ter iz Zakona o pacientovih pravicah (ZPacP, 7. člen). ZPacP opredeljuje varno zdravstveno oskrbo, ki preprečuje škodo za pacienta v zvezi z zdravljenjem ter z okoliščinami fizične varnosti bivanja pri izvajalcu zdravstvenih storitev (ZPacP, 11. člen, 4. odstavek). Najpomembnejše izhodišče tega zakona je pomen preprečevanja napak in škode, ki lahko nastanejo v okviru zdravstvene obravnave pacientov z vgrajenim sistemom varovalnih mehanizmov, ki so opredeljeni na podlagi predvidenih tveganj posameznih procesov, v določenih okoljih in situacijah dela (Balažič, et al., 2009). V ZPacP je tudi navedeno, da je kakovostna zdravstvena oskrba tista, ki dosledno dosega izide zdravljenja, ki so primerljivi s standardi ali najboljšimi praksami, ob upoštevanju temeljnih načel kakovosti (ZPacP, 2017, 11. člen, 3. odstavek).

Balažič s sodelavci (2009) pojasnjuje standarde ali najboljšo prakso kot izide zdravljenja, ki temeljijo na znanstvenih dokazih zdravstvene ali druge stroke, lahko pa so tudi rezultat soglasja strokovnjakov. Pri vzpostavitvi kakovosti pri zdravstveni oskrbi pacientov je pomemben tudi Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstveni dejavnosti (ZZDej-K), ki zaposlenim v zdravstveni negi nalaga dolžnost opravljanja zdravstvene dejavnosti v skladu s strokovnimi in etičnimi kodeksi, obravnavanja vseh ljudi pod enakimi pogoji na enak način in spoštovanja njihove ustavne in zakonske pravice. Edino merilo prednosti je nujnost zdravstvenega posega (ZZDej-K, 45. člen).

Državni zbor je leta 2016 sprejel Resolucijo o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 »Skupaj za družbo zdravja«. Dokument je pomemben gradnik in izhodišče za strateško načrtovanje razvoja zdravstvenega varstva, kar vsekakor pomeni upoštevanje ustavne in zakonske obveze Republike Slovenije, da bo vsem prebivalcem Republike Slovenije zagotovljen dostop do primerne, kakovostnega in varnega javnega zdravstvenega varstva po načelih univerzalnosti, solidarnosti, enakosti in pravičnosti financiranja (Ministrstvo za zdravje, 2016b).

Treba je tudi poudariti, da je konec leta 2016 Ministrstvo za zdravje podalo v javno razpravo okvirna izhodišča za Zakon o kakovosti in varnosti v zdravstvu, vendar postopek priprave in sprejema še vedno ni končan. Vsebina predloga zakona opredeljuje povečanje uspešnosti zdravstvene dejavnosti kot sistema kakovosti zdravstvenega varstva, izboljšanje organizacijske kulture, prenos dobrih praks, vzpostavitev sistema za zmanjševanje nesprejemljive ravni odklonov izidov zdravljenja ter neenakega dostopa do zdravstvenih storitev, uvajanje pravične kulture, kjer je jasno opredeljena odgovornost posameznika in vodstev izvajalcev zdravstvenega varstva, usmerjenost v kontinuirano in integrirano zdravstveno obravnavo pacienta, krepitev interdisciplinarne oskrbe pacienta, nenehno izboljševanje kakovosti in varnosti na podlagi meritev za optimizacijo sistemov in procesov, obveščanje splošne in strokovne javnosti o ravni kakovosti zdravstvene oskrbe ter uvedba strategij in neobtožujočih sistemov za kulturo varnosti pacientov (Ministrstvo za zdravje, 2016a).

3 Nenehno izboljševanje kakovosti

Koncept obvladovanja kakovosti zahteva nov pristop in spremembo naravnosti ter miselnosti vsakega posameznika v organizaciji. Obvladovanje kakovosti pomeni razvijati, načrtovati, proizvajati in servisirati kakovostno zdravstveno storitev, ki se izvaja v okviru možnih virov in je usmerjena k pacientu in njegovemu zadovoljstvu.

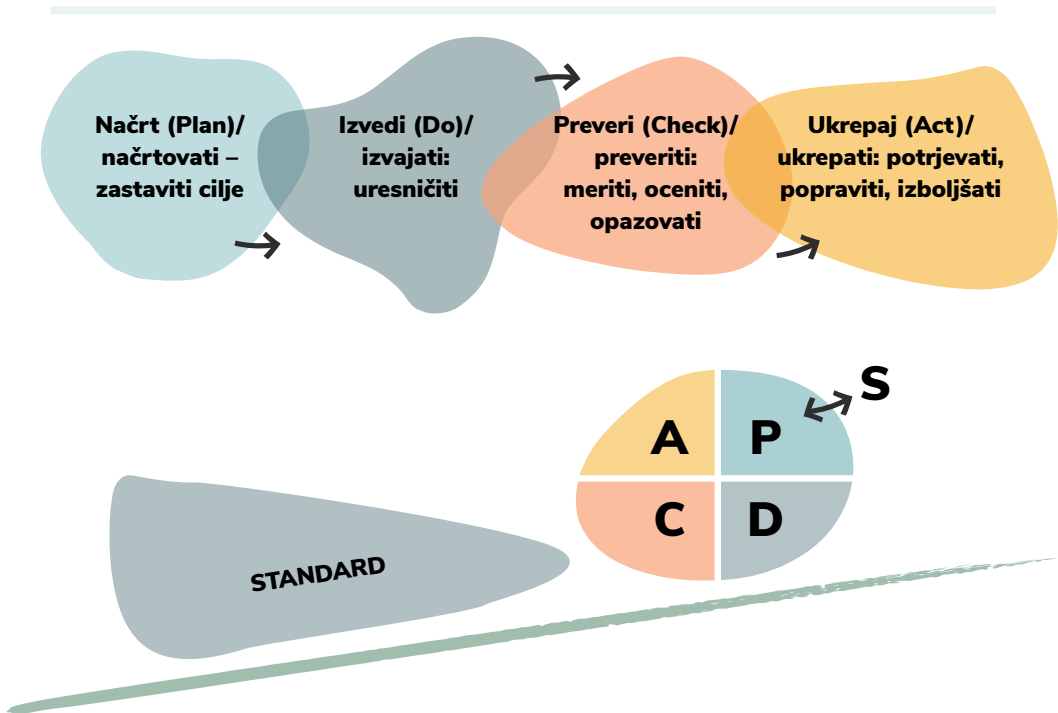
Nenehno izboljševanje kakovosti je proces, ki se nikoli ne zaključi. Cilje nenehnega izboljševanja vseh strokovnih in poslovnih procesov v zdravstvenih ustanovah bomo dosegli le, če bodo aktivnosti usmerjene v izboljševanje procesa načrtovanja in izvajanja zdravstvene oskrbe.

Demingovo načelo poudarja, da je najpomembnejše za izboljševanje kakovosti nenehno izboljševanje vseh procesov, vključno z izobraževanjem zaposlenih. Bistvo načela je, da je malo verjetno, da bi pri ljudeh prišlo do spremembe miselnosti naenkrat, v zelo kratkem času, zato je bil prepričan, da je treba spremeniti pristop, s skrbno načrtovanimi in premišljenimi koraki (Piskar & Dolinšek, 2006).

Zato je oblikoval nepretrgan krog stalnih izboljšav, ki ga danes imenujemo Demingov krog (Slika 2), ki je sestavljen iz štirih nenehno ponavljajočih se dejavnosti, ki so podlaga standardom kakovosti. Demingov krog je najpogosteje uporabljen model in je učinkovito orodje za doseganje izboljšanja kakovosti, ki vsebuje načrtovanje, realizacijo, pregled in izboljšave procesov ter ukrepov, ki jih posamezni izvajalec zdravstvene dejavnosti uporablja za doseganje zastavljenih ciljev. Demingov krog, ki kroži v smeri urnega kazalca, izhaja iz trditve, da se vsak potek, pa naj gre za izdelek ali storitev, šteje za proces, ki ga je mogoče po korakih stalno izboljševati.

Krog nenehnih izboljšav vsebuje naslednje korake:

- načrtuj (plan): vključuje prepoznavo tveganj, vključno s prepoznavanjem nevarnosti in zastavljanjem ciljev;
- izvedi: pomeni učinkovito realizacijo, ki vključuje tudi usposabljanje in realizacijo drugih potrebnih aktivnosti in nalog;
- preveri: preverjanje vključuje nadzor in opredelitev vseh korekcijskih in korektivnih ukrepov;
- ukrepaj: revizija, vključno s procesom inovacij in sprememb v sistemu vodenja (DNV standard za bolnišnice, 2011, str. 8).



Slika 2: Demingov krog

Krog PDCA ni samo orodje, je zasnova stalnega izboljševanja postopkov, ki je vgrajena v kulturo organizacije. Proces nenehnega izboljševanja kakovosti je vedno treba začeti z načrtovanjem lastne dejavnosti z opredelitvijo zelenih ciljev, ki bodo realni, merljivi in bodo lahko jasno prikazani opisno ali številčno. Če želimo, da bo v zdravstvenem sistemu ali posamezni zdravstveni ustanovi prišlo do izboljševanja kakovosti zdravstvene prakse, je treba vključiti vse zaposlene. Prav tako je treba zagotoviti potrebne materialne in finančne vire ter primerno podporno okolje. Za doseganje opisanega načina uvajanja izboljšav v zdravstvu je treba načrtovati in izvesti usposabljanje vseh zaposlenih, ki morajo biti ustrezno izobraženi, kompetentni in usposobljeni z ustreznimi veščinami. Pomembno je, da po vzpostavitvi sistemov, le-te stalno preverjamo in spremljamo rezultate izboljšav in na ta način odkrivamo izjeme, ki odstopajo od ciljev ter pri tem skrbimo, da procesi ne postanejo zgolj rutina. Z dobljenimi rezultati je treba seznanjati zaposlene. Posledično na osnovi dobljenih rezultatov sledi ustrezno ukrepanje. V primeru, da so dobljeni rezultati dobri oziroma da dosegamo zastavljene cilje, je treba predpise standardizirati in spremembe vpeljati v neposredno delo in ponovno določiti nove cilje za nov krog izboljševanja. V primeru, da nismo dosegli zastavljenih ciljev oziroma da rezultati niso dobri, moramo preveriti cilje, načrte, program usposabljanja zaposlenih ter ponoviti vse korake za izboljševanje in se vrniti v prvo fazo (Kreže, 2008). Za izboljšanje kakovosti v zdravstvu potrebujemo predvsem zavzete in motivirane zaposlene, ki bodo s podporo vodstva prepričani, da lahko izboljšajo klinično prakso, da so pripravljeni na spremembe in opustitev starih navad in praks (Tabela 1).

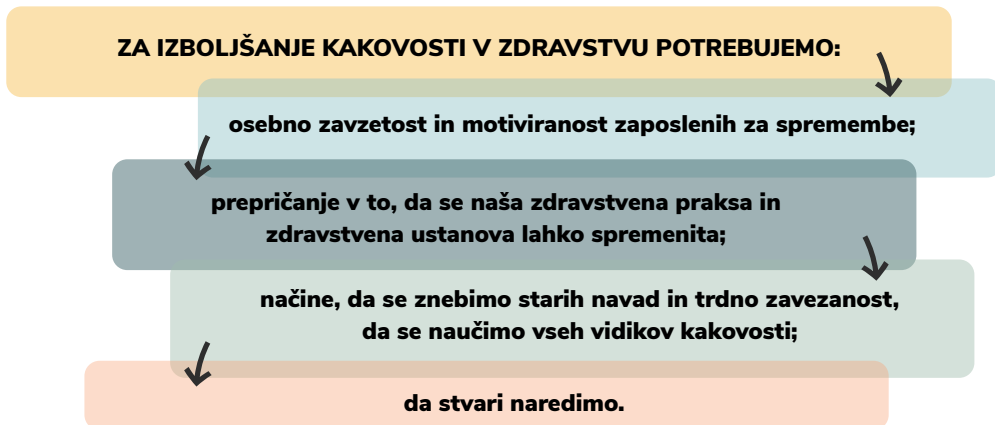


Tabela 1: Potek izboljšanja kakovosti v zdravstvu

3.1 VODENJE KAKOVOSTI ZDRAVSTVENE OSKRBE

Zagotavljanje kakovosti in varnosti v zdravstvu mora biti prednostna naloga vseh deležnikov v okviru zdravstvenega varstva. Prav tako mora biti strateška odločitev vodstev posameznih izvajalcev zdravstvene dejavnosti (bolnišnice, zdravstveni domovi, socialno-varstvene ustanove ...). Celovita kakovost zdravstvene oskrbe mora temeljiti na podlagi celovite kakovosti sistema zdravstvenega varstva, zadovoljstvu pacientov z zdravstveno obravnavo in izidov zdravljenja. Temeljiti mora tudi na učinkovitosti in kakovosti celotnega poslovanja (Robida, et al., 2020).

Celovito upravljanje in nenehno izboljševanje kakovosti pomeni holističen pristop h kakovosti v zdravstveni organizaciji, tako da vsak del zdravstvene organizacije deluje po načelih kakovosti in varnosti. Pomembno je, da pristopamo strateško, izhajajoč iz treh načel: izboljševanje izidov za paciente, stalen razvoj zdravstvenih delavcev in boljša uspešnost sistema, pri tem sledimo šestim ciljem kakovosti, kot so varnost, uspešnost, učinkovitost, osredotočenje na pacienta, pravočasnost in enakost.

V okviru celovite kakovosti in varnosti deluje tudi zdravstvena nega, ki je pomemben podsistem celotnega zdravstvenega varstva in pomembno vpliva na kakovost in varnost zdravstvene oskrbe pacientov. Izvajalci zdravstvene nege imajo tudi zelo velik vpliv na zadovoljstvo pacientov.

Pomembno vodilo pri izvajanju kakovostne in varne zdravstvene obravnave pacientov je osredotočenost na pacienta, ki jo zagotavljamo s spoštovanjem pacientove integritete, njegove posebnosti, celovitosti in njegovih vrednot. V celostno oskrbo pacienta vključujemo tudi pacientovo družino in zagotavljamo doslednost v poteku celovite oskrbe (Institut for Healthcare Improvement, 2009).

V ospredju kakovostne zdravstvene oskrbe mora biti zagotavljanje varnosti pacientov, profesionalno in strokovno izvajanje vseh aktivnosti in intervencij, dobra komunikacija in obvladovanje bolečine. Pri zagotavljanju in nenehnem izboljševanju kakovosti je treba

izvajalcem zdravstvene oskrbe pacientov zagotoviti potrebna znanja s področja kakovosti, varnosti in strokovno znanje. Zelo pomembno, da dosežemo takšno raven kakovosti pri zdravstveni obravnavi, ki je izvedena v skladu s pričakovanji pacientov.

Pomen kakovostne in varne zdravstvene oskrbe pacientov je nesporen, Donabedian (1998) meni, da je kakovostna zdravstvena oskrba pravica pacientov in odgovornost vseh zaposlenih v zdravstvu. Meni, da je kakovost v zdravstvu skladnost med cilji in dejansko opravljeno zdravstveno oskrbo. Njegov model kakovosti se osredotoča na izvajanje zdravstvene oskrbe, pri tem pa morajo biti zagotovljeni trije pogoji: struktura dela, procesi in rezultati. Struktura se osredotoča na značilnosti objekta, ki mora biti taka, da je primerna za zagotavljanje varnosti pacientov (Hajdinjak & Meglič, 2001).

Sistem vodenja kakovosti lahko v zdravstveni ustanovi preživi samo tako, da je vzpostavljen na način, da je učinkovit in uspešen. Sistem, ki živi samo na papirju, lahko postane neučinkovit in ob tem predstavlja breme tako zaposlenim kot tudi delovanju ustanove. Standardi kakovosti lahko predstavljajo izhodišča za učinkovito vodenje organizacije, lahko pa so tudi izhodišče za še večjo zapletenost pri izvajanju različnih aktivnosti in še večjo zmedo pri vodenju na različnih ravneh. Če res želimo imeti visokokakovostno in varno zdravstveno obravnavo, moramo zgraditi možnosti za sodelovanje pri izboljšavah v celotni zdravstveni organizaciji (Kramar, 2016).

Temeljni cilj delovanja vseh izvajalcev zdravstvene oskrbe je, da svojim uporabnikom/pacientom ponudijo in zagotovijo kakovostno in varno zdravstveno oskrbo, ki temelji na urejenih procesih in aktivnostih, z ustreznimi standardi in dobro opredeljenimi kazalniki kakovosti v skladu z lastnimi usmeritvami ter priporočili ustanovitelja ter vzpostavitev sistemov vodenja kakovosti po merilih mednarodno priznanih sistemov za priznanje kakovosti (akreditacija).

Orodje za nenehno izboljševanje kakovosti in varnosti pacientov je tudi proces akreditiranja zdravstvene ustanove. Akreditacija je postopek, kjer zunanja akreditacijska agencija pregleda delovanje celotnega zdravstvenega zavoda. Pri tem se ne ocenjuje samo skladnost s standardi, ampak je tudi analitični in svetovalni proces nenehnega izboljševanja kakovosti in varnosti. Predmet presoje ni posameznik, ampak zdravstvena ustanova. S pomočjo akreditacijskih postopkov zdravstveni zavod bolje spozna kompleksnost svojega delovanja in procese. Na osnovi pridobljenih informacij načrtuje postopke za nenehno izboljševanje kakovosti in varnosti.

Tudi vzpostavitev sistema kakovosti po standardih iz družine ISO 9001 predstavlja za vsako zdravstveno ustanovo pomemben in dolgoročen projekt ter pomeni nenehne spremembe in prilagajanja, kar vpliva na nenehno izboljševanje kakovosti in varnosti.

3.2 VODENJE SISTEMA KAKOVOSTI V ZDRAVSTVENI USTANOV

Nova spoznanja o pomenu človeškega faktorja za uspešnost organizacije so spremenila tudi pojmovanje kakovosti. Da bi dosegli kakovost, ki jo pričakuje uporabnik/pacient v zdravstvu, ni dovolj, da se teži k stalnemu nadzoru izvedenih storitev, ampak se mora kakovost vgraditi v proces razvoja in izvajanja kot preventivne aktivnosti, ki zadevajo vse zaposlene in so zanjo tudi vsi odgovorni, vsak glede na svoj položaj v strukturi organizacije. Višji je njegov položaj, večja je njegova odgovornost (Tomšič, et al., 2015).

Kakovost v zdravstvu ne sme biti naključna, pri tem je pomembno prizadevanje in sodelovanje vseh zaposlenih v zdravstveni ustanovi. Pomemben vidik kakovosti je stalno zagotavljanje in izboljševanje kakovosti in ne več sama kontrola kakovosti. Pri zagotavljanju in izboljševanju kakovosti najpomembnejšo vlogo odigra vodstvo zavoda. Vsekakor je treba poudariti, da vsak zaposleni opravi svoje delo kakovostno, ne glede na svojo starost ali delovno dobo v zavodu. Zaposleni se morajo čutiti in se zavedati, da so najvplivnejši člen pri vsakodnevem prizadevanju za izboljšanje svojega dela in da lahko z medsebojnim spodbujanjem dosežejo še višjo raven kakovostne obravnave pacientov. Prav v tem delu je izredno pomemben pristop vodstva do zaposlenih, saj so oni tisti, ki zaposlene vodijo, jih motivirajo, usmerjajo in tudi nagrajujejo (Tomšič, et al., 2015).

Kakovost v zdravstvu mora biti rezultat skrbnega načrtovanja, skladne izvedbe, stalnega nadzora in izvajanja ukrepov, s katerimi odpravljamo napake ali celo preprečujemo njihov nastanek.

Za izvajanje poslovne politike in ciljev organizacije zavoda je vzpostavitev sistema kakovosti, ki zajema tudi odgovornosti in pooblastila, kompetence zaposlenih in druge pomembne segmente za učinkovito in uspešno poslovanje ter večanje zadovoljstva pacientov in zaposlenih ter ugleda organizacije (Tomšič, et al., 2015).

3.3 STRUKTURA VODENJA SISTEMA KAKOVOSTI V ZDRAVSTVENI USTANOVİ

Odbor za kakovost sestavljajo direktor, strokovni direktor, pomočnica direktorja za zdravstveno nego in vodja kakovosti. Njihova naloga je pospeševanje aktivnosti za kakovost, ustvarjanje kulture kakovosti in zagotavljanje virov. Za organiziranje in delovanje skladno z načeli kakovosti in varnosti je odgovoren direktor. Vodja kakovosti je odgovoren direktorju.

Komisija za kakovost je izvršno telo na ravni zavoda, v kateri sodelujejo predstojniki oddelkov in koordinatorji za kakovost na oddelkih/dejavnostih, ki so izvršno telo na oddelkih/dejavnostih. Na oddelku/dejavnosti je za kakovost in varnost pacientov odgovoren predstojnik. Vodi jo vodja kakovosti. V komisiji za kakovost sodelujejo še vodje različnih komisij (komisija za obvladovanje z zdravstvom povezanih okužb, komisija za zdravila, transfuzijski odbor in druge imenovane komisije).

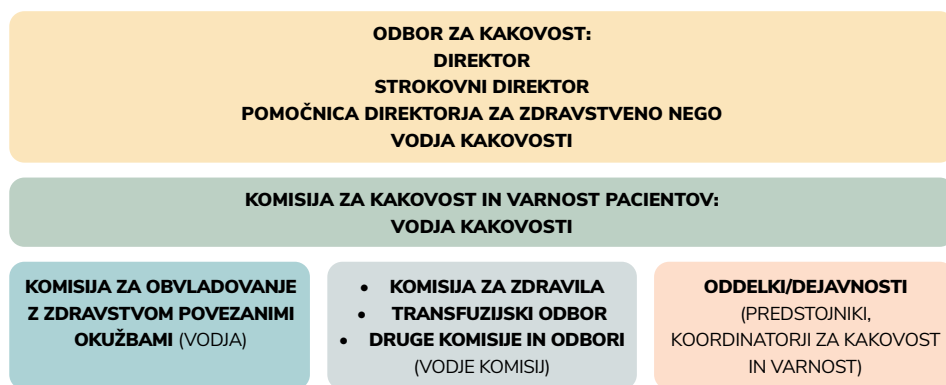
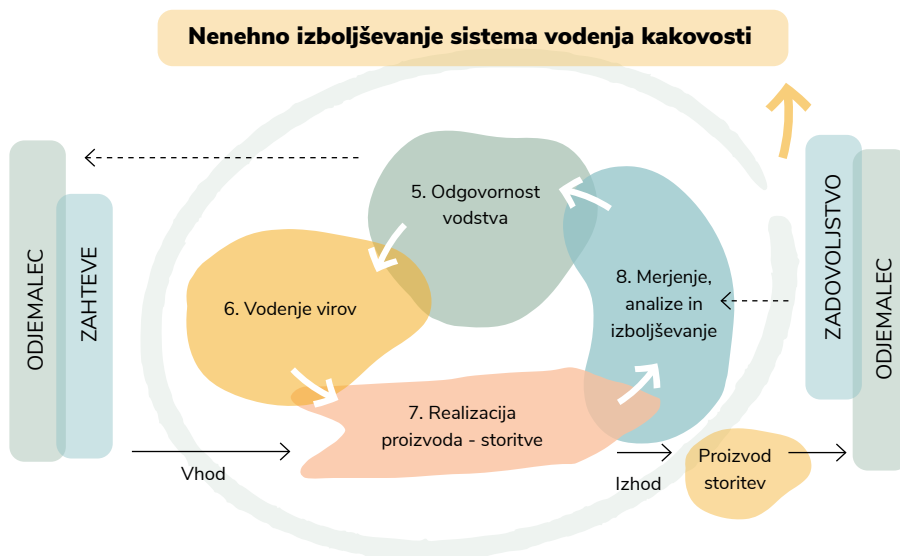


Tabela 2: Struktura vodenje sistema kakovosti v zdravstveni ustanovi

Slika 3 prikazuje model sistema vodenja kakovosti, ki je osnovan na procesih. Model pona-
zarja posamezne procesne povezave posamezne ustanove. V nadaljevanju slika prikazuje,
da imajo odjemalci, v našem primeru pacienti, pomembno vlogo pri določanju vhodnih
zahtev. Spremljanje zadovoljstva odjemalca/pacienta zahteva ocenjevanje njegovega za-
znavanja, ali je organizacija izpolnila njegove zahteve.



Slika 3: Model sistema vodenja kakovosti, osnovan na podlagi procesov (Vir: SIST EN ISO 9001)

4 Procesni pristop

Sistemske pristop predstavlja prepoznavo in opredelitev lastnih procesov, kjer so znane zahteve pacientov, zaposlenih in drugih subjektov, ki se vključujejo v zdravstveni sistem. Pri opredelitvi in popisu procesov lahko uvedemo spremembe, ki bodo izboljšale kakovosti in varnost pacientov in zaposlenih. Procesni pristop jasno definira proces in zagotavlja kakovostno in varno zdravstveno obravnavo pacientov, bolj učinkovito delo ter jasno definirane naloge zaposlenih. Končni rezultat se odraža v večji stopnji zadovoljstva pacientov s celotno obravnavo. Uporaba procesnega pristopa pri razvoju, uporabi in izboljševanju obvladovanja kakovosti vpliva na samo organiziranost in urejenost celotnega delovanja organizacije in vpeljuje ocenjevanje tveganj v vse procese in njihovo spremljanje ter ukrepanje v procesu merjenja, analiziranja in izboljševanja.

Zdravstvene organizacije se morajo procesno organizirati, tako da jasno in nedvoumno opredelijo svoje procese, določijo njihove skrbnike, analizirajo procese, da bi z ustreznimi ukrepi zagotovile njihovo stalno izboljševanje in na ta način tudi pričakovano kakovost poslovanja in delovanja nasploh.

Najpogostejši procesi predstavljajo vodenje medsebojno povezanih procesov s ciljem povečanja učinkovitosti in uspešnosti organizacije in doseganja ciljev kakovosti oziroma poslovnih ciljev in vsebujejo vse ključne oziroma sistemske procese (skupine procesov), ki so medsebojno povezani:

- procesi vodstva,
- glavni procesi,
- podporni procesi,
- zunanji procesi.

Standardi ISO (International Standardisation Organization) so zasnovani na osmih načelih vodenja kakovosti, in sicer:

- 1. Osredotočenost na odjemalce, v primeru zdravstva na paciente** – organizacija je odvisna od svojih odjemalcev, zato mora razumeti njihove sedanje in prihodnje potrebe, izpolnjevati njihove zahteve in si prizadevati, da zadovolji njihova pričakovanja.
- 2. Vodenje z jasno opredeljenimi cilji in strategijo** – vodstvo organizacije je tisto, ki odločilno vpliva na ustvarjanje in ohranjanje notranjih odnosov, v katerih se zaposleni čutijo polno vključeni v aktivnosti za doseganje ciljev organizacije.
- 3. Sodelovanje zaposlenih** – uspehi zaposlenih dokazujejo, da se njihove sposobnosti lahko kar najbolje uporabijo tudi v korist organizacije.
- 4. Procesni pristop** – da bi organizacija delovala učinkovito, mora identificirati in voditi številne povezane aktivnosti. Aktivnosti, ki uporabljajo vire in ki se vodijo z namenom, da omogočijo spremembo vhodov v izhode, se lahko obravnavajo kot procesi.
- 5. Sistemsko urejeno vodenje** – prepoznavanje, razumevanje in vodenje medsebojno povezanih procesov kot sistem omogoča večjo učinkovitost in uspešnost organizacije pri doseganju zastavljenih ciljev.
- 6. Stalno izboljševanje procesov** – mora biti stalen cilj organizacije oziroma njihovih predstavnikov (skrbnikov/lastnikov procesov).
- 7. Odločanje na podlagi zbiranja in analiziranja podatkov (dejstev)** – vzpostaviti je treba učinkovit, celovit in računalniško podprt informacijski sistem, ki omogoča učinkovito beleženje poslovnih in ostalih dogodkov v organizaciji in odločanje na osnovi obdelanih podatkov (informacij) in ustreznih analiz.
- 8. Sodelovanje z dobavitelji** – vzpostavljanje partnerskih odnosov z dobavitelji, dobavitelji so namreč del poslovnega procesa oziroma sistema vodenja poslovanja, za katere morajo veljati enaka načela kot za organizacijo, npr. dosledno izvajanje zapisanih oz. dogovorjenih zahtev na eni in drugi strani (Tomšič, et al., 2015).

Za razumevanje kakovosti je treba poznati pomembne opredelitve glede na to, ali govorimo o kakovosti proizvoda ali storitve oziroma zdravstvene obravnave, ki ima v zdravstveni oskrbi svoje posebnosti. Zagotavljanje in obvladovanje kakovosti v sodobnem

času pomeni obvladovanje celovite kakovosti na vseh področjih in ravneh organizacije, ki pomeni spremembo v miselnosti in delovanju zaposlenih. Ker sprememb pri ljudeh ni mogoče narediti naenkrat, je ključnega pomena stalno izobraževanje in usposabljanje vseh zaposlenih, skozi katerega si pridobijo, obnovijo in bogatijo znanje, postajajo ustvarjalni, hkrati pa se spreminja tudi njihov odnos do sprememb in kakovosti ter varnosti.

ISO 9001 opredeljuje sistem obvladovanja kakovosti skozi sistem obvladovanja tveganj, kjer se elementi obvladovanja tveganj kažejo v nenehnem izboljševanju, vzpostavitvi preventivnih ukrepov za izognitev potencialnih nevarnosti spremljanju zadovoljstva kupcev/pacientov kot enega izmed pomembnih podlag za poslovno odločanje in odločanje na podlagi dejstev (ISO 9001).

Če hočemo učinkovito voditi kakovost, je treba procese meriti, analizirati, izboljševati in to na ravni izdelkov/storitev, procesov, delovnega okolja in vodenja.

V ustanovi, ki ima jasne cilje kakovosti, poteka spreminjanje na vseh področjih in v vseh procesih. Pri tem gre za akreditacijo ali certifikacijo, kjer se z notranjo in zunanjo presojo potrjuje ritem in potek sprememb.

4.1 STANDARDI VODENJA KAKOVOSTI

Standardi vodenja kakovosti so krovni standardi v vsakem podjetju, organizaciji, industriji, zavodu, državni instituciji, kar pomeni, da morajo imeti dobro pokritost svoje dejavnosti tudi z drugimi standardi, ki se nanašajo na njihovo dejavnost. Strokovnjaki za standardizacijo radi prikazujejo, da je vsaka organizacija, zdravstveni zavod kot nekakšna hiša, ki ima v temelje vgrajene temeljne standarde, surovine, materiale, energetske vode, zidove, konstrukcije, instalacije, opremo, informacijske sisteme itd. Zgoraj je streha iz **standardov vodenja kakovosti**, ki omogočajo vodstvenemu osebju organizacije, institucije vpogled, presojo o dejanskem stanju in delovanju v njih.

4.2 CERTIFICIRANJE

Certificiranje je postopek, s katerim neodvisna institucija poda pisno zagotovilo, da je obravnava, proces ali storitev v skladu s specifičnimi zahtevami in da ustreza standardom kakovosti. Pomeni pridobivanje certifikata za sisteme vodenja po standardu ISO 9001 oziroma drugega standarda ISO in ne zajema standardov klinične kakovosti.

4.3 AKREDITACIJA

Akreditacija izvajalcev zdravstvenih storitev (bolnišnic, zdravstvenih zavodov, hospicov, zdravnikov zasebnikov ipd.) je dejavnost, ki je namenjena standardizaciji izvajalcev zdravstvene dejavnosti, katere cilj je zagotavljati varnost in kakovost zdravstvenih storitev ter njuno nenehno izboljševanje. Namen akreditacije je tudi vzpostavitev odgovornosti akreditiranih izvajalcev zdravstvenih storitev javnosti, regulatorjem in plačnikom. S tem je povezano tudi zmanjševanje stroškov in racionalno trošenje javnega in zasebnega denarja.

Začetki akreditacije izvajalcev zdravstvene dejavnosti segajo v leto 1917, ko je ameriški kirurg Ernst Amory Codman američkemu kolegiju kirurgov (American College of Surgeons), dal pobudo za program standardizacije ameriških bolnišnic. Želeli so zagotoviti varno, kakovostno in celostno oskrbo pacientov. Pobuda je bila sprejeta in s tem se je v razvitem svetu, najprej v ZDA, začela akreditacija zdravstvenih ustanov (Rems, 2013).

V 20. stoletju je v ZDA nastalo nacionalno in nevladno telo za akreditacijo bolnišnic – Skupna komisija za akreditacijo zdravstvenih ustanov (angl. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations). Komisija je hitro prerasla nacionalne okvire – iz Skupne komisije za akreditacijo zdravstvenih ustanov je nastala Mednarodna komisija za akreditacijo – t. i. Joint Commission International (v nadaljevanju: JCI). V Evropski uniji (EU) so, zlasti za bolnišnice v velikih državah, nastali nacionalni akreditacijski programi, ki jih izvajajo nacionalna akreditacijska telesa (Ministrstvo za zdravje, 2017b).

Trenutno je v večini evropskih držav akreditacija izvajalcev zdravstvenih storitev zahtevana in urejena z zakonskimi predpisi. Akreditacijske programe in telesa regulirajo oz. nadzirajo ministrstva za zdravje in vladne agencije.

Nekatere države, predvsem večje, so se odločile, da bodo akreditacijo bolnišnic postavile na raven države in jo zahtevajo kot obvezno. S tem želijo na institucionalni ravni dvigniti raven kakovosti. Namen je dober in je težko sprejemljiv za manjše države, ker zahteva dodatne kadrovske in finančne vire za definiranje in vzdrževanje akreditacijskega telesa. V Veliki Britaniji je tako telo NICE, v Franciji La Haute Autorite de Sante (HAS), v Avstraliji je Australian Council on Healthcare Standards (ACHS), na Poljskem Program Akredytacji (NCQA), v Kanadi Accreditation Canada International CCHSA in še mnogo drugih (Rems, 2013).

V Republiki Sloveniji posebnega zakona, ki bi izrecno in posebej urejal akreditacijo izvajalcev zdravstvenih storitev, še nimamo, zato je v Sloveniji izvajanje akreditacije prepuščeno priznanim mednarodnim akreditacijskim agencijam. Samo izbiro o konkretni mednarodni akreditacijski agenciji je Ministrstvo za zdravje prepustilo vodstvom bolnišnic oz. izvajalcev zdravstvene dejavnosti. Na področju mednarodne akreditacije izvajalcev zdravstvene dejavnosti sta se v razvitem svetu najbolj uveljavila standard DNV-GL (Det Norske Veritas - Germanischer Lloyd) in JCI (Joint Commission International).

Najpomembnejše orodje akreditacije je zunanja in neodvisna presoja izvajalcev zdravstvenih storitev. Ena izmed najpogosteje citiranih definicij akreditacije se glasi: »Akreditacija je formalni postopek, v katerem priznано akreditacijsko telo, po navadi je to nevladna organizacija, ugotavlja in ugotovi, da zdravstvena organizacija zadostuje določenim vnaprej definiranim in objavljenim standardom« (Rooney & van Ostenberg, 1999).

Evropska organizacija za akreditacijo (angl. European Accreditation, 2017), ki je najpomembnejše telo za akreditacijo v EU, akreditacijo opredeljuje kot zunanjo presojo in dokaz usposobljenosti. Gre za oceno neodvisnosti, objektivnosti in usposobljenosti neke entitete za opravljanje dejavnosti, ki so predmet presoje.

Ministrstvo za zdravje akreditacijo opredeljuje kot »formalno zunanjo presojo zdravstvenih zavodov in drugih izvajalcev zdravstvene dejavnosti, ki niso organizirani kot zdravstveni zavod, s katero se presodi, ali zavod ali drugi izvajalci zdravstvene dejavnosti izpolnjujejo vnaprej pripravljene in objavljene standarde kakovosti« (Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, 2017a). Z Uredbo Evropskega sveta št. 765/2008 in z njo skladnim slovenskim Zakonom o akreditaciji je akreditiranje na splošno opredeljeno kot strokovni postopek,

s katerim nacionalna akreditacijska služba s podeljeno akreditacijsko listino formalno potrdi usposobljenost za izvajanje opredeljenih nalog pri ugotavljanju skladnosti (Zakon o akreditaciji; Uredba (ES) št. 765/2008; Ivanc, 2013).

5 Orodja zagotavljanja kakovosti v zdravstveni dejavnosti

5.1 PRESOJA ZDRAVSTVENE PRAKSE

Presoja je učinkovito orodje, s katerim ugotavljamo skladnost, ali je vsakodnevna praksa skladna s standardi, ki temeljijo na dokazih. Namen presoje zdravstvene prakse je njena izboljšava, ki vodi do boljših izidov zdravljenja. Presoja zdravstvene prakse lahko poteka na ravni posameznika, zdravstvenega tima, oddelka, dejavnosti, bolnišnice ali druge zdravstvene ustanove na primarni, sekundarni in terciarni ravni, lahko poteka regionalno ali nacionalno (Robida et al, 2020).

Značilnosti presoje (Robida, et al, 2020):

- je pregledovanje, ocenjevanje in poročanje ter pregled uporabljenih virov;
- je primerjava trenutne prakse z najboljšo mogočo urejenostjo (standardom, najboljšo prakso);
- priprava in presoja zahtevata čas in skrbno načrtovanje;
- sistematično sledenje procesu;
- zagotoviti sodelovanje in izboljšati multidisciplinarno sodelovanje in komunikacijo;
- če je mogoče vključitev pacienta;
- posledično izboljšanje oskrbe pacientov, ki je osnovana na dokazih.

Značilnost uspešne presoje zdravstvene prakse je:

- da jo vodijo strokovnjaki;
- proces učenja;
- del vsakdanjega dela;
- timsko delo;
- da uporablja dokaze, izsledki se uporabljajo za izboljšave;
- ciklična in sistematična.

Presoja zdravstvene prakse ni:

- vizita, ne glede na pogostost in ne glede na to, kdo jo izvaja;
- štetje operacij, osebja, uvedbe novih metod, poročil ...;
- organizacija dela posamezne dejavnosti, oddelka, enote ...;
- ugotavljanje, ali se uporabljajo klinične smernice, klinične poti, protokoli ..., če to ni povezano z ugotavljanjem, ali se praksa izvaja v skladu s standardi;
- izvajanje strokovnih navodil;
- organiziranje in presoja novih dejavnosti in opuščanje starih;
- prikazovanje podatkov o strokovnem izpopolnjevanju;
- spremljanje kazalnikov izidov in drugih kazalnikov kakovosti;
- presoja kolegov v stroki (Zdravniška zbornica, Zbornica zdravstvene in babiške nege, mortalitetne in morbitetne konference);
- splošne ankete o izkušnjah pacientov (so orodje za izboljšanje kakovosti s strani pacientov).

Prednosti in slabosti presoj:

- pred prihodom presojevalcev se težave in aktivnosti hitreje rešijo;
- sistemski pregled posameznih procesov;
- urejenost dokumentacije;
- ugotovitve, neskladnosti in priporočila po presoji motivirajo izvajalce, da jih izvedejo;
- ugotovitve presojevalcev po akreditacijskih standardih (DIAS, JC, ACCI...) so usmerjene tudi v podporo in razvoj klinične farmacije;
- standard ISO 9001 spodbuja procesni pristop in timsko delo večpoklicnih timov.

Najpogostejše ovire pri presojah zdravstvene dejavnosti:

- nerazumevanje in mnenje zaposlenih, da presoje niso v korist pacientov (ampak za razvrščanje timov, odd., zdravstvenih enot v lestvice);
- da vodstva ne uvedejo izboljšave na podlagi pridobljenih rezultatov;
- stihijsko izpolnjevanje obrazcev;
- lažna odličnost (da nismo tako dobri, kot se nam zdi);
- veliko porabljenega časa in povečan obseg dela;
- pomanjkanje veščin in znanja za presojo;
- občutek nadzora;
- slaba organizacija presoje;
- pomanjkanje strategije in svetovanja za presojo na oddelkih;
- problemi v večpoklicnih timih (Robida, et al., 2020).

5.2 MERILA ZA OCENJEVANJE KAKOVOSTI ZDRAVSTVENEGA VARSTVA/STORITEV

Za merjenje kakovosti in varnosti imamo različne tehnike:

- samoocenjevanje lastnega dela,
- z načrtnim ciljanim zbiranjem različnih podatkov (statistični podatki),
- z načrtnim ciljanim sporočanjem podatkov (kazalniki kakovosti),
- z usmerjenim pogovorom z različnimi deležniki,
- z vprašalniki (kontinuirano ali obdobjno anketiranje),
- z raziskavo na različnih področjih (pregled dokumentacije, individualni intervjuji, fokusne skupine, refleksije, kombiniranje različnih metod).

Sistem vodenja kakovosti v zdravstvu je spremljanje skladnosti, kar pomeni zagotavljanje kakovosti in varnosti, sledenje procesom in zagotovitev maksimalne zdravstvene oskrbe pacientom. Merila za presojanje kakovosti imajo specifične lastnosti. Usmerjene so v meritve pri presoji, ki so povezane s standardom, ki ga ocenjujemo. Merila, standardi in kazalniki kakovosti so med seboj povezani. Kadar nekaj merimo in izboljšujemo, je pomembno, da to resnično služi izboljšavam procesov in izidov. Vrednotenje mora biti objektivno ne glede na to, ali primerjamo podatke, ki so pridobljeni za posamezni kazalnik s strani različnih deležnikov ali na različne načine. Ni dovolj le zbiranje podatkov, treba je tudi ustrezno ukrepati na podlagi zbranih podatkov (Robida, 2009).

6 Orodja za doseganje celovitega integriranega, na dokazih temelječega pristopa k zdravstveni obravnavi pacienta

Za nenehno izboljševanje zdravstvene obravnave so klinične smernice in klinične poti pomembni elementi. Njihova naloga je usmerjanje zdravstvenega osebja v enotno izvajanje storitev, uspešno diagnostiko, terapijo, zdravstveno nego in rehabilitacijo. Z njihovo uporabo se izboljša komunikacija znotraj tima, člani tima pa usmerjajo k uspešnemu zdravljenju in rehabilitaciji bolnih in poškodovanih (Ministrstvo za zdravje, 2003).

6.1 KLINIČNE SMERNICE

Klinične smernice predstavljajo strokovno besedilo, ki je zasnovano na ugotovitvah znanstvenoraziskovalnega dela, ki na zgoščen način povzema navodila za obravnavo določene zdravstvene težave. Gre za sistematično oblikovana stališča, ki zdravstvenemu osebju, pa tudi bolnikom, pomagajo pri odločitvah glede primerne zdravstvene varstva v specifičnih kliničnih okoliščinah. Osnovane so le na temeljčih dokazih v medicini in drugih zdravstvenih strokah (Geršak, et al., 2016).

Svet Evrope jih opisuje kot sredstvo za bolj racionalno odločanje v zdravstveni obravnavi in predvsem kot podporo za izboljšanje kakovosti zdravstvene oskrbe. Zdravstvenemu osebju in javnosti pomagajo pri privzemanju, ocenjevanju in optimalni uporabi nenehno naraščajočega obsega novih znanstvenih dokazov in sistematično izoblikovanih mnenj strokovnjakov o kakovostni oskrbi bolnikov (Geršak, et al., 2016).

6.2 KLINIČNA POT

Klinična pot je orodje, ki zdravstvenemu timu omogoča racionalno in na znanstvenih dokazih utemeljeno obravnavo pacienta, spremljanje opravljenega dela ter kazalnikov kakovosti, natančnejše dokumentiranje in lažjo notranjo presojo zdravstvene prakse. Pomaga pri seznanjanju pacienta s predvidenim potekom njegove zdravstvene obravnave in je dober

pripomoček za izračun stroškov obravnave. Evropsko združenje za klinične poti (European Pathway Association) opredeljuje klinično pot kot metodologijo za skupno odločanje in organizacijo zdravstvene obravnave za določeno skupino pacientov v vnaprej opredeljenem časovnem obdobju (Berginc, et al., 2005).

V klinični poti so jasno opredeljeni cilji in elementi zdravstvene obravnave na podlagi dokazov, dobre prakse ter pacientovih pričakovanj. Tako je klinična pot orodje, ki pripomore k boljšemu komuniciranju, koordinaciji različnih vlog in določanju zaporedja aktivnosti večdisciplinarnega zdravstvenega tima, pacientov ter njihovih svojcev. Poleg tega omogoča dokumentiranje, spremljanje in ocenjevanje različnih odklonov ali izidov. Na podlagi kliničnih poti se lahko identificirajo potrebni viri (človeški, finančni, časovni itd.) (Berginc, et al., 2005).

6.3 INTEGRALNA KLINIČNA POT

Integralna klinična pot opredeljuje proces obravnave tako v zdravstveni kot drugih dejavnostih, ki prispevajo h kakovostni, učinkoviti in uspešni obravnavi pacienta. Pacient je tako v središču procesa in postopek obravnave njegove zdravstvene težave ne upošteva tradicionalno ločenih zdravstvenih ravni. Integralna klinična pot opiše proces posameznih elementov obravnave pacienta od pregleda pri osebнем zdravniku, preko sprejema v bolnišnico in akutne obravnave do same rehabilitacije. Posamezni deli klinične poti skupaj tvorijo celoto, ki temelji na potrebi pacienta, temelječi na strokovni presoji zdravstvenega tima (Hajnrh, et al., 2009).

Cilji integralne KP so namreč, da pacienta obravnavajo pravi strokovnjaki, v pravilnem vrstnem redu, na pravem mestu, ob pravem času, s primernimi sredstvi, s pravim izidom obravnave in da vsi postopki upoštevajo potrebe in zadovoljstvo pacienta (Hajnrh, et al., 2009).

Poleg dokumentacije, ki je sestavni del popisa bolezni ali zdravstvenega kartona pacienta, so za pregledno delovanje zdravstvenega zavoda potrebni dokumenti sistema vodenja. To so dokumenti, ki opredeljujejo sistem organizacije in delovanja zdravstvenega zavoda in dokumenti, ki opisujejo posamezne procese in postopke obravnave in oskrbe pacientov.

7 Sistem obvladovanja dokumentov

Upravljanje in vodenje kakovosti in s tem povezanega upravljanja varnosti dokumentov, preglednosti sprememb ter odgovornosti pri izdelavi dokumentov je eden pomembnejših izzivov v organizacijah, ki stremijo k stalnim procesnim izboljšavam, predvsem pri obvladovanju sprememb. Tam, kjer so dokumenti v mapah, lahko na različnih elektronskih medijih in v organizaciji nimajo učinkovitega nadzora nad spremembami v izvajanju, kakor tudi ne nad zgodovino sprememb in odgovornostjo zaposlenih. Med letom pride do

številnih sprememb, ki se zaradi komunikacije prek elektronske pošte in papirnih dokumentov lahko hitro izgubijo oziroma se ne zapišejo v dokumentacijo sistema vodenja. Tako skrbniki sistemov vodenja kakovosti nimajo celovitega pregleda nad celotnim postopkom, od predlogov in obravnave sprememb do njihove realizacije in dokumentiranja. Vsa dokumentacija, ki se uporablja v sistemu vodenja, mora biti obvladovana v skladu z vnaprej določenimi elementi. Vedno mora biti vzpostavljen sistem dokumentacije, ki omogoča dostopnost in zagotavlja, da so izdaje ustreznih dokumentov na voljo na mestih uporabe ali hrambe. Sistem vodenja kakovosti v skladu s standardom ISO 9001:2015 zahteva, da mora organizacija imeti v dokumentiranih informacijah poleg procesov zajete tudi številne dokumente in zapise (Slika 3). Sprejem dokumentov se izpolni s podpisom odgovorne osebe. V primeru sprememb je treba dokument razveljaviti in/ali pripraviti novo različico oziroma pripraviti spremembe dokumenta ter prečiščeno besedilo. Omogočeno mora biti sledljivo obveščanje zaposlenih o vseh dokumentih. Objavljene morajo biti vedno samo zadnje veljavne različice. Predhodne različice dokumentov so zaradi sledljivosti sprememb dostopne samo pooblaščenim osebam in se hranijo v skladu z roki, določenimi v klasifikacijskih načrtih:

- **Dokumentacija** je po standardu ISO 9001:2015 dokumentirana informacija, ki jo sestavljajo dokumenti in zapisi.
- **Dokumenti** so vse zahteve, zapisane na kateremkoli nosilnem mediju (papir, fotografija, magnetni ali elektronski medij ...). Po standardu ISO 9001:2015 pomeni vsa vzdrževana dokumentirana informacija.
- **Zapisi** so tista vrsta dokumentacije, v katerih se navajajo doseženi rezultati ali podajajo dokazi o izvedenih aktivnostih, ki jih določajo zahteve, zapisane na kateremkoli mediju. Po standardu ISO 9001:2015 je hranjena dokumentirana informacija.

7.1 TIPI DOKUMENTOV IN NJIHOVA VSEBINA

- Poslovnik sistema vodenja je dokument, ki predstavi organiziranost zavoda, podaja strukturo procesov in medsebojnih povezav ter sklice (reference) na dokumente nižje ravni.
- Strateški dokument je dokument, ki opredeljuje postopke in načine za doseganje ciljev, sprejetih na strateški ravni zavoda, ali predpisuje pravila ravnanja na posameznem področju. Sem spadajo strategije, plani, politike.
- Pravilnik je dokument splošnega pomena, ki ureja posamezne dele poslovnega oziroma delovnega procesa in/ali je povezan z zakonskimi določili.
- Organizacijski predpis je dokument, ki opredeljuje izvajanje posameznih ali delov glavnih, podpornih in vodstvenih procesov v zavodu.
- Standardi so sprejete in veljavne norme, ki opredeljujejo aktivnosti stroke in stopnjo njene kakovosti. Standardi so orodje za merjenje kakovosti, zato morajo biti dinamični, da jih je možno prilagajati, dopolnjevati in spreminjati. S pomočjo standardov se skušamo približati optimalnemu izvajanju aktivnosti zdravstvene oskrbe. Standardi sledijo najnovejšim smernicam in kriterijem za izvajanje zdravstvene stroke (Hajdinjak & Meglič, 2017).

- Navodilo za delo je dokument, ki daje navodila za neposredno izvedbo posamezne aktivnosti na osnovi organizacijskih predpisov. Uporablja se, kadar vsebine navodila ni možno uvrstiti v druge oblike dokumentov: protokol, standard, standardni operativni postopek.
- Navodila pacientu je dokument z navodili za pacienta ali skrbnika. Zdravstveno osebje dokument posreduje pacientu pred ali po zdravstveni obravnavi z namenom priprave pacienta na obravnavo ali pravilnega ravnanja po obravnavi (navodilo pred sprejemom v bolnišnico, navodilo po odpustu po operativnem posegu ...).
- Protokol opredeljuje način ukrepanja, odločanja in izvajanja (algoritem) postopkov (npr. protokol ukrepanja ob padcu pacienta, protokol ukrepanja ob incidentu ...).
- Nacionalni protokoli so sprejete in veljavne norme, ki opredeljujejo aktivnosti stroke in njihovo stopnjo kakovosti. Morajo biti dinamični, da jih je možno prilagajati in spreminjati. Nacionalni protokoli morajo odražati najnovejše ugotovitve raziskovalnega dela, podprte s praktičnimi izkušnjami, strokovno usposobljenosti in pristojnosti članov zdravstvenega tima. Obenem pa morajo odražati tudi specifičnost posameznega področja stroke. Nacionalni protokoli opredeljujejo tudi pogoje za izvajanje stroke in pričakovane rezultate. Ravno zaradi tega so nacionalni protokoli »živ dokument«, ki se spreminja v skladu z napredovanjem in razvojem stroke.
- Obrazec vsebuje besedilo in rubrike za vpisovanje ustreznih podatkov. Obrazec ne more obstajati samostojno, ampak ga opredeljuje dokument višje ravni ali zunanji predpis. Pri izpolnjevanju obrazca je pomembno, da so izpolnjene vse predvidene rubrike (npr. obrazec za predajo pacienta v intenzivno nego, temperaturni list, beleženje izmerjene temperature ...).



Slika 4: Piramidna struktura dokumentacije sistema vodenja kakovosti

8 Kazalniki kakovosti v zdravstvu

Ker je pri nenehnem izboljševanju zdravstvene prakse merjenje nepogrešljivo, moramo, preden se lahko resno lotimo izboljševanja, svoje delo izmeriti. Meritve so pomemben del modela izboljševanja kakovosti. Model sestavljajo tri vprašanja: kaj želimo doseči; kako bomo vedeli, da je sprememba pripeljala do izboljšave; ali spremembo uvesti v proces, ali jo zavreči, ali pa prirediti. Ta vprašanja povežemo s krogom PDCA – Načrtuj-Izvedi-Preveri-Ukrepaj.

Kazalniki kakovosti so pomemben del zagotavljanja kakovosti zdravstvene oskrbe in so nepogrešljivo orodje, s katerimi merimo stopnjo kakovosti zdravstvene oskrbe. Tako s kazalniki kakovosti izboljšujemo zdravstveno oskrbo pacientov, merimo odstopanja od pričakovanih rezultatov glede na zastavljene standarde in cilje (Robida, 2009). Kazalniki kakovosti kažejo na izide zdravstvene obravnave pacientov in drugih uporabnikov in so vodilo za spremljanje, ocenjevanje in izboljševanje kakovosti obravnave pacientov, kliničnih storitev, podpornih dejavnosti in delovanje zavoda (Rems, 2008).

S kazalniki kakovosti uporabnikom zdravstvenih storitev podamo informacijo, v katerih zdravstvenih ustanovah določene zdravstvene storitve izvajajo najbolj kakovostno in varno. Zato morajo biti kazalniki kakovosti vnaprej definirani in merljivi, prikazani morajo biti z absolutnimi vrednostmi (Kiauta, et al., 2010). Ministrstvo za zdravje je opredelilo: »V središču dogajanja so pacienti in drugi uporabniki. Za paciente je najpomembnejši dober izid zdravljenja, o čemer govorijo kazalniki izidov in drugi kazalniki kakovosti. Kazalnike izidov in kakovosti prikazujemo za posamezne specifične bolezni, stanja, postopke in podobno. Da bi dosegli dobre izide zdravljenja, moramo imeti urejene sisteme s strukturami in procesi, ki jih tudi merimo s kazalniki – kazalniki struktur in kazalniki procesov. Metode in orodja kakovosti se uporabljajo za doseganje dobrih kazalnikov izidov in drugih kazalnikov kakovosti.« Ministrstvo za zdravje je pripravilo priročnik o kazalnikih kakovosti (Slika 4) in opredelilo tabele za zbiranje podatkov za posamezne kazalnike kakovosti (Slika 5 in Slika 6) (Ministrstvo za zdravje, 2006). V letu 2011 je Ameriško združenje medicinskih sester (American Nurses Association, 2011) opredelilo in predstavilo kazalnike kakovosti za področje zdravstvene nege (Slika 7).

Izbor kazalnikov temelji na treh izhodiščih, kaj naj se meri, znanstveni presoji merjenja in zmožnosti oziroma ceni merjenja. S povečanjem zahtev po spremljanju kazalnikov kakovosti se večja tudi zahteva po teoretično znanstveni opredelitvi. Zadnja desetletja se pri merjenju kakovosti uporablja taksonomija, ki jo je predlagal Donabedian. Razdelil je kazalnike v strukturne, procesne in mere izida.

8.1 RAZDELITEV KAZALNIKOV KAKOVOSTI

Kazalniki kakovosti so lahko splošni, klinični, kazalniki procesov ali kazalniki izidov:

- **Splošni** kazalniki kakovosti zdravstvene oskrbe so za posameznega uporabnika za
- katerokoli zdravstveno stanje (na primer nacionalni splošni standardi zdravstvene oskrbe v bolnišnici).
- **Klinični** specifični kazalniki kakovosti so kazalniki, vezani na specifično klinično stanje ali funkcijo.
- **Kazalniki procesov** kažejo, ali delujemo skladno z določenim procesom – v procesu
- določimo kritične kontrolne točke, kjer bomo izvedli meritev ali zbrali podatke.
- **Kazalniki izidov** pomenijo spremembo bolnikovega sedanjega in prihodnjega zdravstvenega stanja, ki ga lahko pripišemo zdravstveni oskrbi, ki jo je prejel (Rems, 2013).

Leta 2010 je bil pripravljen dokument Kazalniki kakovosti pod okriljem Ministrstva za zdravje. Kazalniki kakovosti nudijo pacientom informacije o varnosti in kakovosti obravnave po posameznih ustanovah. V dokumentu je predstavljen nabor 73 kazalnikov, ki jih izvajalci spremljajo glede na specialnost področja (vsi kazalniki pri vseh izvajalcih niso aktualni, dokument o kazalnikih kakovosti pa je dostopen na spletni strani Ministrstva za zdravje, 2010).

Kazalniki kakovosti so namenjeni predvsem izboljševanju procesa, rezultatov in primerjavi s samim seboj. Namenjeni so izboljševanju procesov v sami ustanovi. Zdravstvene ustanove, glede na svojo specifiko, spremljajo kazalnike kakovosti in vsako četrletje poročajo Ministrstvu za zdravje ter objavljajo rezultate spremljanja obveznih kazalnikov kakovosti:

Delež pacientov z razjedo zaradi pritiska (RZP)

Merimo uspešnost in učinkovitost izvedenih aktivnosti na področju preprečevanja in oskrbe RZP. Z doslednim izvajanjem preventivnega programa preprečevanja RZP dosežemo kakovostno in varno obravnavo vseh pacientov, ki imajo dejavnike tveganja za nastanek RZP (Pribaković Brinovec, et al., 2010).

Število padcev pacientov v bolnišnici

Padec je definiran kot nenameren, nepričakovan pristanek na tleh oziroma na nižji ravni s poškodbami ali brez njih, pomeni tudi zdrs s postelje, zdrs s stola na tla, padec brez priča ali primer »najden na tleh« (to je padec, ko niti pacient niti kdo drug ne ve, kako je pacient padel), spotik, zdrs, padec pri hoji. Zato je pomembno, da čim hitreje prepoznamo paciente, ki so ogroženi za padec (Pribaković Brinovec, et al., 2010).

Spremljanje kazalnika temelji na:

- oceni pacienta s statistično značilnimi dejavniki tveganja,
- pravočasnim prepoznavanjem ogroženih pacientov,
- ciljanim delovanjem na dejavnike tveganja,
- uspešnemu predvidevanju možnosti padca,
- ustvarjanju varnega okolja za pacienta,
- vključitvi vseh strokovnih skupin, timskem delu, motiviranju osebja,
- vključitvi družine, svojcev in vzpostavitvi dobre komunikacije med njimi in zdravstvenimi strokovnjaki,
- verodostojnemu dokumentiranju, računalniškem evidentiranju,
- izobraževanju zdravstvenih strokovnjakov in svojcev (Pribaković Brinovec, et al., 2010).

Preprečevanje prenosa bolnišničnih okužb, ki je v povezavi s kazalnikom higiene rok.

Število/delež pacientov, koloniziranih s proti meticilinu odpornim *Staphylococcus aureus* (MRSA) v bolnišnici

Namen kazalnika je spremljanje kolonizacije in okužb z MRSA in je merilo uspešnosti izvajanja programa preprečevanja širjenja MRSA, uspešnosti/ustreznosti izvajanja higiene rok z alkoholnimi razkužili, s tem pa tudi kakovosti obravnave pacientov. Poleg programa preprečevanja širjenja MRSA je v bolnišnici predpisan standard umivanja in razkuževanja rok, ki je ključnega pomena za preprečevanje širjenja okužbe z MRSA.



Slika 5: Priručnik o kazalnikih kakovosti

KAZALNIK 21 RAZJEDE ZARADI PRITISKA						
	Število v g. kazalnik	Kazalnik	Opis kazalnika	Skupaj	Opis kazalnika	Skupaj
1. Kazalnik - Število razjed zaradi pritiska na RZP	Število razjed zaradi pritiska na RZP (vsi ali samo na RZP) (vse ali samo na RZP) (vse ali samo na RZP)	0	Število razjed zaradi pritiska na RZP (vsi ali samo na RZP) (vse ali samo na RZP) (vse ali samo na RZP)		Število razjed zaradi pritiska na RZP (vsi ali samo na RZP) (vse ali samo na RZP) (vse ali samo na RZP)	
2. Kazalnik - Število pacientov s razjedami zaradi pritiska na RZP (vsi ali samo na RZP)	Število pacientov s razjedami zaradi pritiska na RZP (vsi ali samo na RZP) (vse ali samo na RZP)	0	Število pacientov s razjedami zaradi pritiska na RZP (vsi ali samo na RZP) (vse ali samo na RZP) (vse ali samo na RZP)		Število pacientov s razjedami zaradi pritiska na RZP (vsi ali samo na RZP) (vse ali samo na RZP) (vse ali samo na RZP)	
3. Kazalnik - Število pacientov s razjedami zaradi pritiska na RZP (vsi ali samo na RZP) (vse ali samo na RZP)	Število pacientov s razjedami zaradi pritiska na RZP (vsi ali samo na RZP) (vse ali samo na RZP)	0	Število pacientov s razjedami zaradi pritiska na RZP (vsi ali samo na RZP) (vse ali samo na RZP) (vse ali samo na RZP)		Število pacientov s razjedami zaradi pritiska na RZP (vsi ali samo na RZP) (vse ali samo na RZP) (vse ali samo na RZP)	

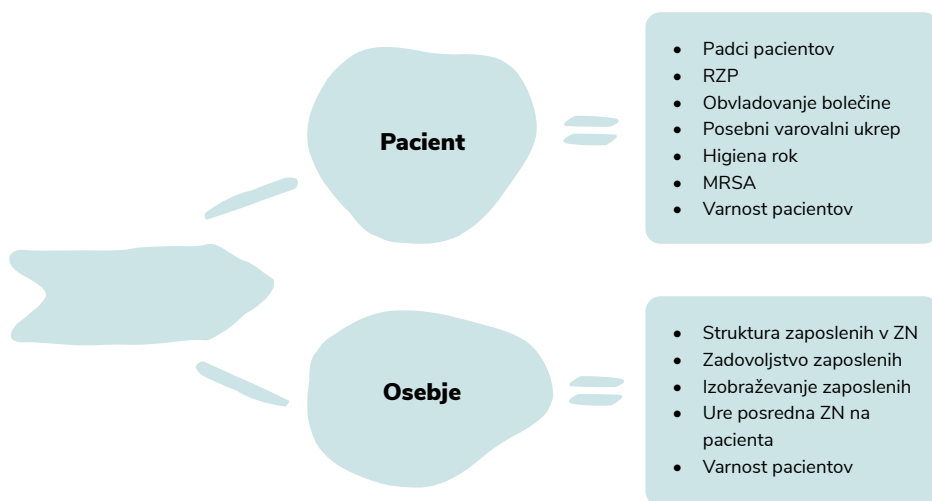
Tabela 3: Tabela o kazalnikih kakovosti - RZP

KAZALNIK PADCI PACIENTOV						
	Število v g. kazalnik	Kazalnik	Opis kazalnika	Skupaj	Opis kazalnika	Skupaj
1. Kazalnik - Povprečno število padcev na bolnišnici	Število padcev na bolnišnici (vsi ali samo na RZP) (vse ali samo na RZP) (vse ali samo na RZP)	0	Število padcev na bolnišnici (vsi ali samo na RZP) (vse ali samo na RZP) (vse ali samo na RZP)		Število padcev na bolnišnici (vsi ali samo na RZP) (vse ali samo na RZP) (vse ali samo na RZP)	
2. Kazalnik - Število pacientov s padci na RZP (vsi ali samo na RZP)	Število pacientov s padci na RZP (vsi ali samo na RZP) (vse ali samo na RZP)	0	Število pacientov s padci na RZP (vsi ali samo na RZP) (vse ali samo na RZP) (vse ali samo na RZP)		Število pacientov s padci na RZP (vsi ali samo na RZP) (vse ali samo na RZP) (vse ali samo na RZP)	
3. Kazalnik - Padci pacientov s padci na RZP (vsi ali samo na RZP)	Število padcev na RZP (vsi ali samo na RZP) (vse ali samo na RZP)	0	Število padcev na RZP (vsi ali samo na RZP) (vse ali samo na RZP) (vse ali samo na RZP)		Število padcev na RZP (vsi ali samo na RZP) (vse ali samo na RZP) (vse ali samo na RZP)	

Tabela 4: Tabela o kazalnikih kakovosti - padci

Izide zdravstvene oskrbe je treba določiti glede na pacientovo osnovno stanje in oskrbo, ki jo je pacient deležen, zavedati se moramo, da ni mogoče preprečiti vseh slabih rezultatov, velikokrat pride tudi do neželenih učinkov zdravljenja (Kymre, 2012). Nekateri definirani kazalniki izidov zdravljenja so lahko precej nejasen odraz varnosti in kakovosti zagotovljene zdravstvene oskrbe, npr. okužbe ran (Vincent, 2010). Pri vodenju in izboljševanju s pomočjo kazalnikov kakovosti je pomembno, da se le ti ne obravnavajo ločeno od delovnih sistemov in procesov zdravstvene oskrbe, kjer nastajajo (Rožman & Robida, 2014).

Pri definiranju kazalnikov je pomembno, da so izbrani, tako da pri zbiranju podatkov dodatno ne obremenjujejo zaposlenih, ampak da podatki nastajajo skorajda sami od sebe ob rednem delu in vnašanju podatkov. Računalniško spremljanje je danes nuja, ki mu je mogoče slediti in ga upoštevati. Tako nastajajo podatki tudi najbolj objektivno. Brez predanih in ozaveščenih sodelavcev je takšen pristop pomanjkljiv. Kazalnik lahko tudi opustimo, če v zadnjem obdobju ne kaže več spreminjanja. Ko je določen cilj dosežen in stalno spremljanje kaže, da ne gre več za spreminjanje, postane ta kazalnik odveč. Proces je popolnoma zajel in prepričal vse udeležene in kazalnik več ne kaže sprememb in kot tak postane neuporaben. Merilo, ki nam več ne meri razlike, ni vredno upoštevanja. Kazalnik, ki ne kaže neke aktivnosti, ni več primeren za spremljanje. Proces je takrat verjetno v fazi platoja, ko vsi sodelujoči razumejo svojo vlogo in jo izpeljejo dobro v korist bolniku. Ni mogoče izključiti dejstva, da je bil kazalnik postavljen napačno, ali da meri dogajanje v procesu na napačnem mestu ali napačnem času. Zamenjava oziroma opustitev kazalnika je zato smiselna in logična. Nadomestiti pa se mora z drugim, ki je bolj spremenljiv, občutljiv in pokaže na možne pomanjkljivosti v sistemu (Rems, 2013).



Slika 6: Kazalniki kakovosti v zdravstveni negi (Povzeto po American Nurses Association, 2011)

9 Obvladovanje tveganj

Tveganja so sestavni deli našega vsakdana. V vsakem trenutku smo jim izpostavljeni, ne glede na to, ali želimo na nekatere stvari oz. dejavnike vplivati. Vsekakor se pa lahko tveganjem izognemo in nanje vplivamo. Tveganja opredelimo z opisom dogodka, spremembami okoliščin in posledicami. Slovar slovenskega knjižnega jezika pojem tveganja opisuje z nevarnostjo oziroma možnostjo, da se bo zgodilo nekaj slabega, nezaželenega. Poleg tega v nadaljevanju opisuje tveganje kot enačenje pojma z lastnostmi poguma in drznosti. Velikokrat je tveganje opredeljeno kot nekaj negativnega, vendar ni vedno tako. Tveganje lahko pomeni tudi priložnost za doseganje želenih rezultatov. Definicija Instituta of Risk Management opredeljuje tveganje kot kombinacijo verjetnosti nastanka nekega dogodka in njegovih posledic, lahko odstopajo od pričakovanih rezultatov, lahko v negativni, lahko pa tudi v pozitivni smeri (Hopkins, 2010). Tveganje je največkrat opredeljeno kot kombinacija verjetnosti dogodka in njegovih posledic (ISO 31001 in EN 15224). Verjetnost razumemo kot obstojanje možnosti, da se bo nekaj zgodilo (po ISO 31000). Posledica pa je izid nekega dogodka, ki vpliva na doseganje ciljev (ISO 31000).

Obvladovanje tveganja Instituta of Risk Management opredeljuje kot proces, kako v organizaciji razumeti, oceniti in ukrepati proti tveganjem, ki smo jim izpostavljeni in na ta način povečati možnost uspeha ali zmanjšanja verjetnosti neuspeha. Cilj organizacije je sistemski pristop k obvladovanju tveganj. Pristop pri obvladovanju tveganj mora biti sistematičen, aktivnosti za zmanjšanje tveganja morajo biti usklajene v celotni organizaciji, kar privede do celovitega obvladovanja tveganj (Hopkins, 2010) (Slika 8).

Upravljanje s tveganji se lahko opredeli kot zmanjševanje vplivov tveganj, ki jim je izpostavljena zdravstvena ustanova.

Tveganje lahko povzroči negativne posledice in negativni vpliv na samo delovanje procesa, lahko pa pomeni premik v pozitivno smer.

Kriteriji verjetnosti za ocenjevanje tveganja, glede na verjetnost in/ali pogostnost nastanka, so običajno v zdravstvu razdeljeni v 5-stopenjski lestvici (5 – pogosto, 4 – možno, 3 – redko, 2 – zelo redko, 1 – skoraj nemogoče).

Kriteriji posledice, ki lahko nastanejo, so v zdravstvu običajno opredeljeni tudi s 5-stopenjsko lestvico (5 – katastrofalna škoda, 4 – kritična škoda, 3 – občutna škoda, 2 – mala škoda, 1 – zanemarljiva škoda).

Pri oceni tveganja vedno ločimo dve komponenti, in sicer verjetnost, da do nekega dogodka ali okoliščine pride, in vpliv (resnost/posledica), če do tega dogodka oziroma okoliščine pride.

Priložnost je vsak trenutek, vsaka situacija, ki omogoča izvedbo aktivnosti za doseg višjega cilja/izboljšave.

9.1 REGISTER TVEGANJ

Register tveganj predstavlja seznam prepoznanih tveganj in njihovo spremljanje ter obvladovanje. Prav tako je register tveganj lahko zelo pomemben proces, ki temelji na presoji in ki ne zahteva posebnih strokovnih spretnosti ali zapletenih tehnik. Register tveganj je eno izmed osnovnih orodij na področju nenehnega izboljševanja kakovosti in varnosti. Prav z dobro pripravljenim registrom tveganj lahko načrtujemo izboljšave in zmanjšujemo vpliv tveganj na nastanek napak. Tveganja vedno opredelijo in ovrednotijo strokovnjaki s področja obravnave, le tako opredeljena tveganja nam bodo v pomoč pri vseh nadaljnjih aktivnostih in ukrepih.

9.2 TABELA TVEGANJ

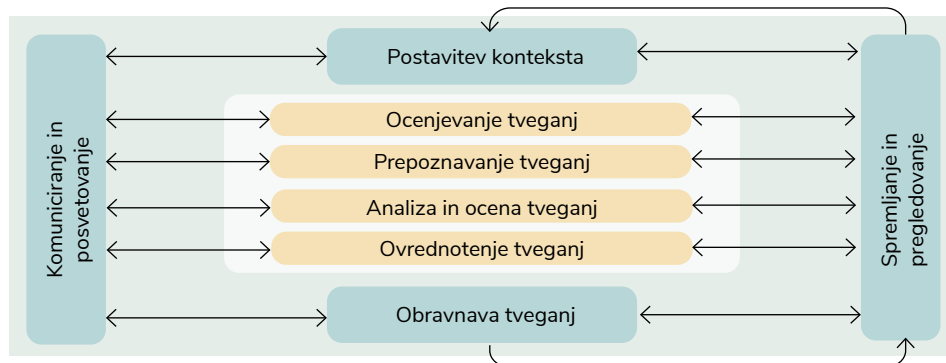
Tabela tveganj predstavlja vsa opredeljena in zapisana tveganja iz registra tveganj. Vsa opredeljena tveganja v tabeli tveganj vodimo pod zaporednimi številkami, ki nam da hiter vpogled o ravni tveganja (visoko, srednje, nizko ...). Tabela glede na opredeljeno časovnico in glede na izvedene ukrepe stalno posodabljam in imamo takojšnjo primerjavo s preteklimi tabelami in pri tem vpogled tudi v učinkovitost in uspešnost izvedenih korektivnih ukrepov.

Pri vzpostavitvi tveganj, oblikovanju registra tveganj morajo sodelovati strokovnjaki s področja, za katero se tveganja opredeljujejo. S posameznimi spremembami in posodobitvami ter učinkovitostjo izvedenih ukrepov je treba seznaniti zaposlene.

Uspešno in učinkovito obvladovanje tveganj temelji na prepoznavi in opisu tveganja, ki vsebuje vzroke za nastanek, posledice in raven tveganja. Pri vsakem tveganju moramo opredeliti korektivne ukrepe, časovnico in odgovorno osebo, določiti moramo tudi način preverjanja ustreznosti in učinkovitosti ukrepov.

Preverjanje učinkovitosti in ustreznosti korektivnih ukrepov lahko izvajamo na več načinov, lahko s pomočjo različnih usmerjenih pregledov določenega področja, rednih kontrolnih pregledov, s pomočjo notranjih in zunanjih presoj, preko spremljanja kazalnikov kakovosti. Preverjanja učinkovitosti in ustreznosti tveganj lahko preverja tudi za to usposobljena oseba, ki mora imeti na področju tveganj ustrezna znanja (Tabela 3 in Tabela 4).

Najpogostejše orodje za preverjanje učinkovitosti in ustreznosti korektivnih ukrepov in posameznih tveganj je krog PDCA. Vedno ga moramo uporabiti pri ponovni oceni tveganja in opredelitvi dodatnih oz. spremenjenih ukrepov (Načrtuj, Izvedi, Preveri, Ukrepaj).



Slika 7: Obvladovanje tveganj, ISO 31000

OCENA		VERJETNOSTI	MATRIKA ZA IZRAČUN STOPNJE TVEGANJA				
1 x DAN - 1 x TEDEEN	ZELO POGOSTO	5	5	10	15	20	25
1 x TEDEEN - 1 x MESEC	POGOSTO	4	4	8	12	16	20
1 x MESEC - 1 x 6 MESECEV	REDKO	3	3	6	9	12	15
1 x 6 MESECEV - 1 x LETO	ZELO REDKO	2	2	4	6	8	10
>1 x 1 LETO - (5 LET, ...)	SKORAJ NEMOGOČE	1	1	2	3	4	5
		OCENA	1	2	3	4	5
		POSLEDICE	ZANEMARLJIVA ŠKODA	MALA ŠKODA	OBČUTNA ŠKODA	KRITIČNA ŠKODA	KATASTROFALNA ŠKODA

Tabela 5: Matrika tveganj, Obvladovanje tveganj, ISO 31000 (Vir: ISO/IEC 31010, ON Regel 49000-49003, Risikomanagement; Risk management standard AS/NZS 4360:1999)

Glede na oceno tveganja mora skrbnik ukrepati v skladu s spodnjo tabelo.

Ocena tveganja	Stopnja tveganja in ukrepanje	Potrebost ukrepa
1–4	Tveganje sprejemljivo.	NE
5–12	Tveganje srednje.	DA
15–25	Tveganje kritično	DA, prioriteten

Tabela 6: Politika ukrepanja

10 Zadovoljstvo pacientov

Pri nenehnem izboljševanju kakovostne zdravstvene obravnave je pomemben element ugotavljanje zaznav pacientov ter vpliv teh zaznav na njihovo zadovoljstvo. Prav stopnja zadovoljstva pacientov vpliva na ocenjevanje in merjenje kakovostne oskrbe. Ena izmed metod za doseganje kakovosti in zadovoljstva z zdravstveno storitvijo ter v naprej opredeljenimi zahtevami pacientov je Kanov model, ki ga prikazuje slika 9.

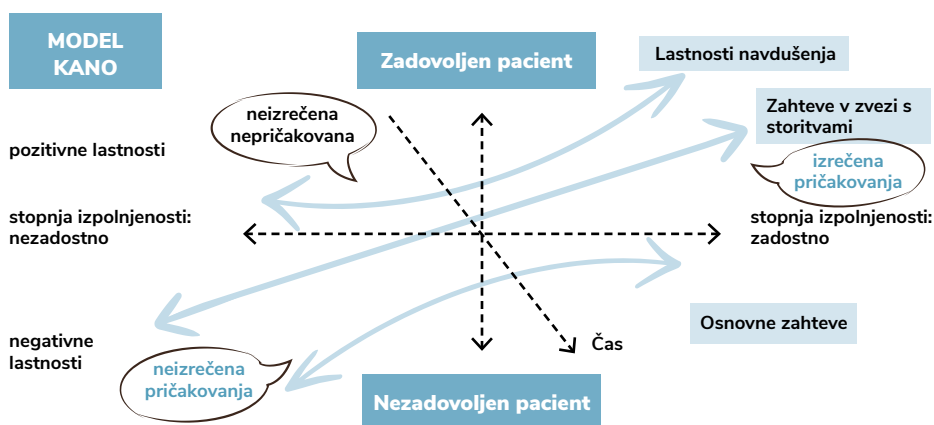
Kanov model zajema nezadovoljive, zadovoljive značilnosti in značilnosti in značilnosti, ki pacienta navdušijo:

- Neizpolnjive značilnosti so pričakovane in obvezne ter morajo biti zagotovljene. Pacienti jih jemljejo kot samoumevne in jih mora zdravstvena ustanova izvajati. V primeru slabe izvedbe ali neizvedbe la to vodi v izredno nezadovoljstvo pacientov.
- Zadovoljive značilnosti so tiste, ki si jih pacienti želijo in zadovoljujejo njihova pričakovanja in jih lahko zdravstvena ustanova v naprej ponudi. S takim načinom dela povečujemo zadovoljstvo pacientov in prepoznavnost ustanove.
- Značilnosti, ki paciente navdušujejo in so za njih zanimive so tiste aktivnosti oz. storitve, ki paciente pozitivno presenetijo in presegajo njihova pričakovanja in povečajo njihovo zadovoljstvo z izvedeno storitvijo oz. zdravstveno obravnavo.



REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE

Kakovost zdravstvene obravnave



25. 12. 2018

Vir: SZKO, 2018

Slika 8: Model Kano (Vir: SZKO, 2018)

Zadovoljstvo pacientov je eno izmed pomembnih meril kakovosti zdravstvene organizacije in predstavlja pomemben kazalnik kakovosti zdravstvene oskrbe in pomemben vir informacij za izboljšanje zdravstvenih storitev. Donabedian (1992) je zadovoljstvo opredelil kot uporabnikovo dojetje lastne izkušnje z zdravstveno oskrbo, s posameznimi postopki, s posameznimi izvajalci, zdravstveno ustanovo v celoti ali s posameznimi enotami in s celotnim zdravstvenim sistemom. Izkušnje pacientov vključujejo vrsto interakcij, ki jih imajo pacienti z zdravstveno oskrbo in z osebjem v bolnišnicah in drugih zdravstvenih ustanovah. Izkušnje pacientov so sestavni del kakovostne zdravstvene oskrbe, ki vključuje več vidikov zagotavljanja zdravstvene oskrbe, in to tiste, ki jo pacienti želijo in zelo cenijo, ko potrebujejo zdravstveno obravnavo. Pacienti najbolj poudarjajo pomembnost dostopa do informacij, zmanjšanje čakalnega časa na obravnavo in dobro komunikacijo z izvajalci zdravstvenih storitev. Razumevanje izkušenj pacientov je ključni korak k osredotočenosti na pacienta. Če pogledamo različne vidike pacientovih izkušenj, lahko ocenimo, v kolikšni meri so pacienti deležni takšne oskrbe, ki spoštuje posamezne pacientove želje, potrebe in vrednote ter se nanje tudi odzivajo. Ocenjevanje izkušenj pacientov skupaj z drugimi komponentami, kot sta učinkovitost in varna obravnavo, je bistvenega pomena za popolno sliko kakovosti zdravstvene oskrbe v zdravstveni ustanovi (Agency for Healthcare Research and Quality, 2021).

Zadovoljstvo pacientov predstavlja ravnovesje med dojemanjem posameznika s posameznimi storitvami in njegovimi pričakovanji. Najpomembnejši elementi zadovoljstva pacientov so posledica kakovosti zdravstvenih storitev, procesa oskrbe in zdravstveni izidi. Vsekakor zadovoljstvo pacienta odraža njegovo subjektivno doživetje s celotno zdravstveno oskrbo. Oceno zadovoljstva pacientov lahko izvedemo in ovrednotimo z vprašalniki zadovoljstva, ki jih pacienti izpolnijo ob odpustu iz bolnišnice ali ga pošljejo po pošti. Za vrednotenje zadovoljstva lahko zdravstvena ustanova vzpostavi knjigo pohval in pritožb. Preverjamo lahko pogoje dela, ki se navezuje na opremo in samo fizično okolje, čakalni čas in odnos zaposlenih, kjer se ocenjuje dostopnost, prijaznost, komunikacija tako verbalna kot tudi neverbalna. Na samo zadovoljstvo pacientov vpliva tudi informiranost zdravnika ali drugega zdravstvenega kadra. Pacient potrebuje dovolj informacij o bolezni, da lahko aktivno sodeluje pri svojem zdravljenju.

Z merjenjem zadovoljstva pacientov želimo pridobiti mnenja in subjektivno doživljanje pacientov, rezultate anket uporabimo za ukrepanje in izboljševanje kakovosti v zdravstveni oskrbi pacienta.

Izkušnje pacientov se razlikujejo od zadovoljstva pacientov in se pogosto uporabljajo v enak namen, čeprav ni tako. Za oceno izkušenj pacientov je treba ugotoviti, ali je pacient dobil tisto, kar bi se moralo zgoditi v okviru zdravstvene oskrbe v zdravstvenem okolju (na primer jasna komunikacija z zdravnikom, medicinsko sestro ...), dejansko tudi zgodilo in kako pogosto se je to zgodilo. Zadovoljstvo pacientov pa je povezano s tem, ali so bila pacientova pričakovanja glede zdravstvene oskrbe izpolnjena. Dve osebi, ki sta deležni popolnoma enake zdravstvene oskrbe, vendar imata različna pričakovanja glede tega, kako naj bi bila ta oskrba zagotovljena, lahko zaradi svojih različnih pričakovanj ocenita to oskrbo različno (Agency for Healthcare Research and Quality, 2021).

Čeprav obstajajo različni načini zbiranja informacij o izkušnjah pacientov, se moramo zavedati, da so to ključna orodja za izboljšanje kakovosti zdravstvene oskrbe in osredotočenosti na pacienta. Na osnovi podatkov lahko določimo področja za izboljšanje. Treba je spremeniti način pridobivanja informacij od pacientov. Pacienta naj ne bi spraševali o zadovoljstvu z zdravstveno oskrbo, ampak bi jih prosili, da poročajo o svojih izkušnjah, ki so zanje pomembne in so najboljši in včasih edini vir informacij (Cleary, 2016).

Pozitivna izkušnja pacientov je pomemben cilj že sam po sebi. Vse več študij ugotavlja, da na pozitivno povezavo med različnimi vidiki izkušenj pacientov pomembno vpliva dobra komunikacija med zdravstvenim osebjem in pacienti ter številnimi pomembnimi procesi zdravljenja in rezultati zdravljenja. Vse to vodi, da pacienti bolj upoštevajo zdravnikove nasvete, privede do boljših kliničnih izidov, vpliva na večjo varnost pacientov in zmanjša število nepotrebnih zdravstvenih storitev. Nekatere študije pa ne kažejo povezave med izkušnjami pacientov in kliničnimi procesi ter rezultati, vendar to ni presenetljivo. Na procese in izide lahko vplivajo tudi številni drugi dejavniki. Ključnega pomena za nenehno izboljševanje kakovostne zdravstvene oskrbe je povezava pacientovih izkušenj z drugimi merili kakovosti, kjer povezujemo ukrepe, ki jih določimo na podlagi pacientovih izkušenj z drugimi merili kakovosti (Rockville 2021).

11 Komunikacija v zdravstvu

Zdravstveni delavci se moramo zavedati, da le s svojim znanjem, spretnostjo in z dobrimi komunikacijskimi veščinami lahko vzpostavimo zaupanja vreden odnos s pacienti. Razi-skave, pa tudi vsakdanje življenje, dokazujejo, da kritike in nezadovoljstvo pacientov običajno niso usmerjeni k neprimerni uporabi medicinskih postopkov, ampak k neprimernemu komuniciranju z njimi. Potreba po ustreznem komuniciranju in informiranju se pri pacientih v današnjem času povečuje, kot se povečuje potreba po pacienti participaciji pri odločitvah o lastnem telesu in zdravljenju.

Kljub naraščajoči uporabi tehnologije je zdravstvo izrazito delovno intenzivna panoga in temelji na sodelovanju strokovnjakov različnih poklicev. Brez medsebojnega usklajevanja zdravljenje ni mogoče, in to velja tako za odnose med pacienti in zdravstvenimi delavci kot za odnose med zdravstvenimi delavci (Pahor, 2006).

Uspešna in učinkovita komunikacija je več kot samo sporočanje in poslušanje, je kakovosten dialog dveh ali več enakovrednih posameznikov, ki si odprto izmenjujejo svoje misli, poglede, čustva, občutke in svojo energijo. Ob tem spoštujemo svoj čas in čas drugega, zato izbiramo jasna in razumljiva sporočila. Spoštujemo sebe in druge, zato bodimo iskreni, potrpežljivi in tolerantni. Dialog naj bo dvosmeren (Čelofiga & Koprivšek, 2018).

Kakovost posredovanih informacij znotraj timov in posredovanje informacij pacientu in svojcem sta odvisna na eni strani od interesa in predanosti zdravnikov in medicinskih sester ter na drugi strani od interesa svojcev ter želje po sodelovanju pacientov. Pacient mora biti pripravljen sodelovati v samem procesu zdravljenju, saj so raziskave pokazale, da imata odnos in način komuniciranja med pacientom in zdravstvenim osebjem opraviti z nezaupanjem, odporom do načina zdravljenja in zavestnega odklanjanja nekaterega ose-bja (Rakovec Felser, 2014).

Komunikacija v zdravstvu je osnova za sodelovanje med zdravstvenimi delavci in pomeni širjenje informacij, ki so bistvene za aktivno zdravljenje pacienta. Spodbujanje in informiranje pacientov, da se vključijo v proces zdravstvene obravnave, jim daje občutek obvladovanja dane situacije, pripadnosti in vključenosti. Varna zdravstvena oskrba je odvisna od komunikacije zdravstvenih delavcev. Komunikacijski proces začne medicinska sestra in skrbi, da nemočno in kakovostno teče ter gradi odnos, v katerem se mora pacient počutiti varnega in strokovno obravnavanega. Pomembno je, da zdravstveni delavci pomagajo s poslušanjem pacienta, sprejemanjem, razumevanjem in vključevanjem v proces zdravljenja (Krešič, 2013).

Komunikacija v zdravstvu je pomembna, ker je osnova medosebnega odnosa. Dobra komunikacija dviga stopnjo zaupanja v zdravstvene delavce, z njo odkrivamo osebne značilnosti pacienta, dviga se učinkovitost zdravstvenega tima in pomaga pri razreševanju konfliktov, rezultati dela so boljši, dviga se stopnja osebne rasti, poveča se kakovost odnosov med zaposlenimi, dviga se stopnja osebnega zadovoljstva glede na delovno nalogo (Krešič, 2013).

V slovenski raziskavi »Medpoklicno sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki« se je na ravni posameznika izpostavila tudi potreba po spoštovanju. Prav pri opredeljevanju uspešnega zdravstvenega tima se ob bok strokovnemu delu v dobro pacientov izpostavi tudi medsebojno spoštovanje (Domajnko, et al., 2006). Potreba po spoštovanju je močno prisotna pri vseh ljudeh, ne le v domačem okolju, ampak tudi na delovnem mestu.

Na področju komunikacije je treba izhajati iz temeljnih pravic in dolžnosti, ki jih imamo kot človeška bitja prav vsi ljudje, ne glede na socialni ali hierarhični položaj. Pri komuniciranju imamo tako pravice kot dolžnosti. Vsak ima pravico, da z njim pri komunikaciji ravnajo spoštljivo, da lahko izrazijo svoja čustva in mnenja ter svoje potrebe in prioritete. Pri pogovoru imamo pravico, da nas poslušajo in jemljejo resno, da lahko prosimo za tisto, kar želimo. Pravico imamo, da rečemo ne, ne da bi pri tem občutili krivdo in da povemo, če ne razumemo (Možina, et al., 2004).

Ule (2005) navaja, da se je v komunikaciji treba držati vrednot, kot so empatičnost, zaupnost, spoštovanje, usmerjenost k pacientu in skupnemu cilju. Pomemben element komunikacije je tudi poslušanje, ker nam omogoči, da izvemo za pacientove težave, občutke, želje in potrebe.

11.1 POMEN TIMSKEGA DELA

Timsko delo se je v zdravstvu razvilo v drugi polovici 20. stoletja, ko je področje medicine in zdravstvene nege zahtevalo vedno več različnih poklicnih skupin zdravstvenih delavcev, njihovo tesnejše sodelovanje in vključitev drugih poklicnih strokovnjakov pri reševanju zdravstvenih težav. Zdravstveni delavci delujemo v negovalnem in zdravstvenem timu, ki se morata stalno dopolnjevati, usklajevati, saj lahko le tako kakovostno opravljamo delovne naloge ter sodelujemo v interdisciplinarnem timu, pri katerem so poleg zdravstvenih delavcev prisotni še zdravstveni sodelavci drugih strok, kot so klinični psihologi, socialni delavci, laboranti in drugi (Leva & Pahor 2013).

Za obstoj tima je bistvenega pomena dobra medsebojna komunikacija na vseh področjih življenja, še posebno pa na področju zdravstvene nege. Pomemben element pri komunikaciji je poslušanje sogovornika, spretnost komuniciranja, razumevanje čustev in govoroico telesa. Uspešno delo tima je odvisno od vloge posameznega člana, ki se kaže tudi od ravnih odnosov znotraj tima (Dobnik & Lorber, 2011).

V procesu medosebnega komuniciranja imajo odnosi med udeleženci pomembno vlogo. Odnosi so povezani s količino in kakovostjo informacij, ki jih imajo zaposleni. Čim bolj so zaposleni informirani, tem manj je dvoma in več medsebojnega zaupanja. Takšne razmere omogočajo tekoče širjenje informacij kakor tudi medsebojno zaupanje in s tem večje zadovoljstvo ter zavzetost zaposlenih. Za dobro medsebojno razumevanje pa je treba zagotoviti odkritost, medsebojno pomoč, varnost pri delu, prijetno vzdušje v ožji delovni skupini, disciplino na delovnem mestu, možnost posvetovanja in spoštovanje med sodelavci (Mumel, 2008).

Timsko delo je pomembno povsod, kjer delujejo zdravstveni delavci s skupnimi cilji glede skrbi za paciente in skupnosti. Timsko delo vključuje koordinirano sodelovanje pri oskrbi pacientov, tako da ne pride do prekrivanj, prekinitev ali napak, vključuje tudi skupno reševanje problemov in skupno odločanje, zlasti kadar gre za negotove situacije.

Ti procesi kažejo na naraščajočo stopnjo medsebojne odvisnosti članov tima tako znotraj posameznih organizacijskih enot kot med njimi, pa tudi v odnosu do zunanjih dejavnikov skupnosti in družbe (Pahor, 2014).

Na boljše sodelovanje v timu in doseganje boljši rezultatov vpliva deljenje strokovnosti in odrekanje delu svoje strokovne avtonomije. Skupna odgovornost in reševanje težav ter sprejemanje odločitev so tipični za sodelovalno timsko delo; če ga želimo doseči, moramo ceniti delo z drugimi, si biti na jasnem z lastno ter drugo strokovno vlogo in zavestno izboljševati timsko komunikacijo (Pahor, 2014).

Ljudje smo si različni in prav je tako. Pomembno pa je, da znamo ljudi poslušati in slišati. Ni treba, da smo tesni prijatelji, sposobni pa moramo biti korektni in spoštljivi, odprti do vseh ljudi. Opustiti stereotipe in prisluhniti, kaj nam hočejo sporočiti. Argument moči nadomestiti z močjo argumenta. Kar nikoli ni bilo lahko. Se učiti iz napak. Se o njih pogovoriti, brez obtoževanja, kdo je kriv, ampak kaj storiti, da se to ne bo ponovilo (Ovijač, 2012).

12 Varnost zdravstvene obravnave pacientov

Področje kulture varnosti pacientov je ključni in sestavni del sistema kakovosti in je osnova zdravstvene politike stalnega izboljševanja kakovosti. Varnost pacientov je prvi pogoj za kakovost zdravstvene obravnave in oskrbe (Kramar, 2016). Vincent (2010) opredeljuje kulturo varnosti kot izogibanje, preprečevanje in izboljšanje škodljivih izidov ali poškodb, ki izhajajo iz procesa zdravstvene obravnave in oskrbe. Robida (2013) opredeljuje kulturo varnosti ustanove kot proizvod vrednot, stališč, zaznav, usposobljenosti in vzorcev vedenja ter stila posameznikov in skupin. Na obvladovanje varnosti vplivata še zavzetost in strokovnost vseh, ki sodelujejo pri obravnavi pacientov. Varnost pacientov je kritična komponenta kakovosti zdravstvene oskrbe, ki je v zdravstveni ustanovi najbolj odvisna od kulture varnosti. Gre za skupno obnašanje in odnos vodstva ter osebja do varnosti, varnostnih sistemov in postopkov, ki jih ima organizacija.

Spodbujanje kulture varnosti je mogoče razumeti kot postavitve intervencij, ki temeljijo na načelih vodenja, timskega dela in sprememb vedenja, ne pa na posebnih procesih in tehnologiji (Weaver, et al., 2013).

V današnjem času še vedno primanjkuje preventivnih ukrepov in prepoznava tveganj pred neželenimi dogodki v zdravstvu. Po podatkih British Medical Journala so zdravniške napake na 3. mestu najpogostejših vzrokov smrti v ZDA. Raziskave kažejo, da je vzrok za neželene dogodke predvsem izgorelost zdravstvenega osebja zaradi prevelikega števila birokratskih nalog. Preprečevanje neželenih dogodkov bi moralo postati del kulture razmišljanja v zdravstvu, saj le s pomočjo prepoznavanja potencialnih tveganj in z evidentiranjem dejanskih napak lahko stvari predvidimo in preprečimo ter tako zmanjšamo škodo za pacienta in znižamo stroške v zdravstvu (Dotan, & Koski, 2017).

Varnost pacientov mora biti prioriteta vsakega zdravstvenega strokovnjaka, ki izvaja zdravstveno oskrbo pacientov ne glede na položaj ali poklicno skupino ali okolje, v katerem deluje. Uvajanje in izboljševanje kulture varnosti pacientov mora biti pomemben strateški cilj vsake zdravstvene ustanove. Zaposleni v zdravstvu morajo spoznati in čutiti, da pri svojem vsakodnevnem delu sodelujejo pri izboljševanju kakovosti in povečevanju varnosti pacientov. To je zagotovilo, da zaradi napak ne bo prihajalo do nepotrebnih smrti in škode za zdravje (Robida, 2010).

Odbor ministrov (Svet Evrope) je leta 2006 sprejel Priporočila glede varnosti pacientov in preprečevanja neželenih dogodkov v zdravstvu. V tem dokumentu vladam držav članic priporoča, da področje varnosti pacientov postane osnova vseh zdravstvenih politik, še posebno politik stalnega izboljševanja kakovosti in varnosti. V dokumentu so zapisali, da je dostop do varne zdravstvene oskrbe temeljna pravica vsakega državljana v vseh državah članicah. Čeprav napake nastajajo pri vsakem človeškem delovanju, se je mogoče iz njih učiti in preprečevati njihovo ponavljanje. Izvajalci zdravstvene dejavnosti, ki so dosegli visoko raven varnosti, so sposobni priznati napake in se iz njih učiti (Svet Evrope, 2006).

12.1 PRIPOROČILA SVETA EVROPE

Najpomembnejša priporočila Sveta Evropa so:

- vzpostavitev ali okrepitev sistemov poročanja in učenja na podlagi izkušenj, vključevanje varnosti pacientov v programe izobraževanja in usposabljanja zdravstvenih delavcev;
- vključevanje pacientov v oblikovanje varnostnih ukrepov;
- obveščanje pacientov o zdravstvenih tveganjih in varnostnih vprašanjih;
- izmenjava strokovnega znanja med državami članicami in z ustreznimi mednarodnimi telesi (Svet Evrope, 2006).

V nacionalni strategiji kakovosti in varnosti v zdravstvu v obdobju 2010–2015 je opisan celosten pristop na področju kakovosti in varnosti v zdravstvu. Bistvo strategije in vodenja kakovosti je sistematično izboljšanje znanja izvajalcev, organiziranosti procesa zdravstvene obravnave, delovnega okolja in vodenja. Zapisano je še, da se morajo vsi partnerji v sistemu povezati pri doseganju istega cilja, to je vodenja kakovosti z ustvarjanjem kulture kakovosti ter varnosti (Nacionalna strategija kakovosti in varnosti, 2010–2015). Tudi v Strategiji razvoja zdravstvene nege in oskrbe v zdravstvenem varstvu v RS za obdobje 2011–2020 je opredeljeno, da je uvajanje kakovosti in varnosti v zdravstveni negi in oskrbi integralni del vzpostavitve celovitega sistema upravljanja na področju kakovosti in varnosti celotnega zavoda. Kot pristop k izboljšanju kakovosti in varnosti se mora tudi v zdravstveni negi uporabljati sistem nenehnih izboljšav, ki vključujejo standardizacijo delovnih procesov in zdravstvenih storitev, redno merjenje kazalnikov kakovosti, identifikacijo vzrokov odstopanja, sistemsko in sistematično odpravljanje vzrokov ter upravljanje s tveganji (Strategija razvoja zdravstvene nege in oskrbe v zdravstvenem varstvu v RS za obdobje 2011–2020, 2011).

12.2 DEFINICIJA KULTURE VARNOSTI

Kultura varnosti pacientov je kultura, pri kateri se vsak posameznik neprestano in aktivno zaveda svojega prispevka k delovanju institucije z možnostjo, da gredo stvari lahko narobe. Je kultura, kjer je možen dialog in vlada pravica, da ljudje izvedo, kaj je šlo narobe in so seznanjeni z izvedbo ukrepov. Na ta način se nenehno izboljšujejo procesi in sistemi, zmanjšuje se možnost ponovitve napak (Institute of Medicine [IOM], 2001).

Kultura varnosti ustanove je kot proizvod vrednot, stališč, zaznav, usposobljenosti in vzorcev vedenja ter sloga posameznikov in skupin. Na obvladovanje varnosti vplivata še zavzetost in strokovnost vseh, ki sodelujejo pri obravnavi pacientov. Varnost pacientov je kritična komponenta kakovosti zdravstvene oskrbe, ki je v zdravstveni ustanovi najbolj odvisna od kulture varnosti. Gre za način skupnega obnašanja in odnos vodstva ter osebja do varnosti, varnostnih sistemov in postopkov, ki jih ima organizacija (Robida, 2013).

12.3 UVAJANJE IN VZPOSTAVITEV KULTURE VARNOSTI PACIENTOV

Že 1998 je Leape s sodelavci trdil, da je zdravstveno varstvo pacientov visoko kompleksna dejavnost, ki že sama po sebi dosega visoko tveganje. Tako je zdravstveno oskrbo pacientov uvrstil med dejavnosti, kot so letalska in jedrska industrija ter druge visoke zanesljive organizacije. Ugotovljeno je bilo, da je vzpostavitev kulture varnosti ključni element pri visoki zanesljivosti organizacije.

Varnost pacientov mora biti prednostna usmeritev zdravstvenih ustanov in eden najpomembnejših strateških ciljev. Različne strategije in cilji ne bodo pripeljali do večje varnosti pri obravnavi pacientov, če v zdravstveni ustanovi zaposleni za to niso motivirani in če uvajanje kulture varnosti ne podpre vodstvo ustanove (Robida, 2010).

Uvajanje kulture varnosti je proces, ki lahko prispeva k pozitivnim spremembam in izboljšavam na področju varnosti pacientov.

Pri uvajanju kulture varnosti ne smemo pozabiti na aktivno vključevanje pacientov in njihovih svojcev. Partnerstvo med pacienti in njihovimi svojci ter osebjem, ki skrbi zanje, je eden najvažnejših delov uspešnega zdravstvenega sistema (Robida, 2013b). Z uvajanjem kulture varnosti v ustanovi se oblikujejo procesi, ki bistveno zmanjšajo nastanek sistemskih napak in delujejo preventivno, tako da vnaprej preprečijo morebitno škodo za paciente. Zato je treba ustvariti kulturo, ki bo bistveno zmanjšala sistemske nepravilnosti in povečala učinkovito delovanje, ko do napake pride. To zahteva temeljne spremembe v načinu vodenja, delovanju zdravnikov in vseh ostalih zdravstvenih strokovnjakov (Agency for Healthcare Research and Quality [AHRQ], 2009).

Pomemben element, ki zavira vzpostavitev sistema kulture varnosti pacientov, je sindrom ranljivega sistema. Ta obsega troje patoloških izhodišč: obtoževanje, zanikanje in lažno odličnost (Robida, 2013).

Zdravstveno oskrbo lahko izboljšujemo le, če se zavedamo, da njena kakovost in varnost ne slonita samo na ramenih zdravstvenih strokovnjakov. V veliki meri je odvisna od tega, kako so stvari v zdravstveni ustanovi urejene oziroma neurejene, in od poznavanja načinov, kako uspešno reševati vsakdanje težave.

Tako je uspeh zdravljenja pacientov odvisen od več prvin:

- pacienta samega,
- zdravstvenih in nezdravstvenih strokovnjakov, ki delajo v zdravstvu,
- nalog, ki jih je treba opraviti,
- delovnega okolja,
- orodij in tehnologij, ki jih uporabljamo,
- zunanjih dejavnikov in povezanosti med temi prvini (Robida, 2013).

Iskanje in kaznovanje krivca je v naši kulturi in v družbi močno zakoreninjeno. To je podzavestni odziv zaposlenih v primeru, ko se napaka zgodi. Zgolj z določitvijo napak kot priložnostjo za učenje lahko poročanje o zapletih postane del vsakdanje prakse. Pri tem moramo izhajati iz sistemskega pristopa in ne individualne odgovornosti posameznika (Vincent, 2010). V ustanovah, kjer je v ospredju zanikanje napak in škodljivih dogodkov, govorimo o ustanovi s patološko kulturo. V takem okolju pomen napak zmanjšujejo in obtožijo poročevalca, da tožari kolege, napake pa zakrijejo in ni možnosti za posredovanje idej na področju varnosti pacientov ter ne prevzemajo odgovornosti za varnost. O lažni odličnosti govorimo takrat, ko so v ustanovi pomembni samo rezultati kazalnikov in ne varnost pacientov (Robida, 2012b).

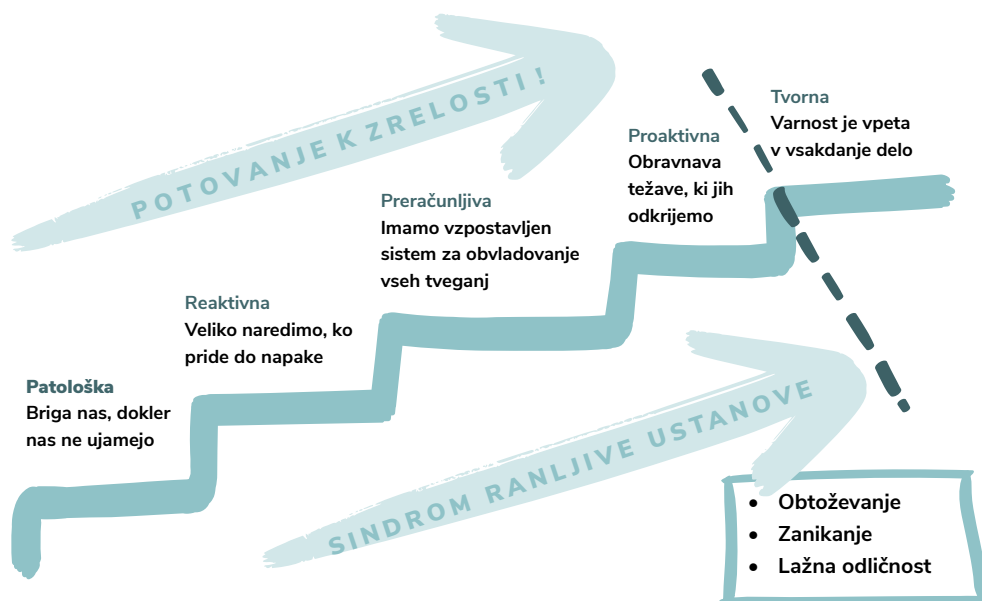
V slovenskih zdravstvenih ustanovah bomo imeli ranljiv sistem, dokler bo prisoten odgovor na napake predvsem v smeri obtoževanja in prikrivanja dejstev, ki so do napake privedli. Napake največkrat niso posledica delovanja zdravstvenih strokovnjakov, ampak do njih prihaja zaradi sistemskih nepravilnosti. Poleg tega je pomembno začeti s poročanjem in z obvladovanjem napak, predvsem v smeri analiziranja in sistematičnega iskanja vzrokov. Pozitivna in močna kultura varnosti je bistvenega pomena za izboljšanje in zagotavljanje varnosti pacientov. Izgradnjo kulture varnosti je zato treba nenehno spodbujati na vseh ravneh zdravstvenega sistema in v samih zdravstvenih institucijah. Kultura varnosti je in mora biti merljiva. Na osnovi rezultatov je treba razviti smernice in oblikovati strategijo ter cilje (Robida, 2012a).

Kultura varnosti pomeni, da vsi zaposleni v celotni zdravstveni ustanovi v vsakem trenutku delujejo tako, da zagotavljajo varno zdravstveno obravnavo pacientov. Prav tako se moramo zavedati, da ko govorimo o varnosti, govorimo o vrednotah. Če želimo zagotoviti dovolj učinkovito stopnjo varnosti, potrebujemo sistemski pristop, usposobljene zaposlene, ustrezno razvito varnostno kulturo in dober menedžment zdravstvenih ustanov, kjer je varnost pacientov med glavnimi strateškimi usmeritvami, ki jim sledijo vsi zaposleni (Kramar, 2010c).

12.4 RAZVOJNE STOPNJE KULTURE VARNOSTI

Pojem kulture varnosti se vse bolj obravnava kot pomemben element za razumevanje varnosti pacientov v zdravstvenih ustanovah. Razvoj kulture varnosti pacientov se nanaša na razumevanje vrednot, norm in prepričanja, kaj je pomembno pri organizaciji zdravstvene ustanove, katera obnašanja in vedenja se pričakujejo od zaposlenih v ustanovi,

katera dejanja so primerna oz. neprimerna ter kakšni so procesi in postopki, povezani z varnostjo pacientov (Pronovost, et al., 2006). Kultura varnosti pacientov je v tesni povezavi s kulturo organizacije in je plod evolucijskega razvoja, ki poteka od stopnje nevarnega do stopnje varnega. Za posamezno organizacijo lahko trdimo, da ima vpeljana kultura varnosti, ko prestopi določeno točko na razvojni poti. Parker, Mathew, & Hudson (2006) so opredelili razvoj kulture varnosti in jo opisuje v petih razvojnih fazah, ki si sledijo od patološke, reaktivne, preračunljive, proaktivne do tvorne faze (Slika 10).



Slika 9: Model varnostne kulture (Vir: Parker, Mathew, & Hudson, 2006 cited Kramar, 2014)

12.5 KULTURA OBTOŽEVANJA

V Sloveniji še vedno velja, da ljudi, ki so naredili napako, kazensko obravnavamo. V drugih razvitih državah ni tako. Metoda obtoževanja in sramotjenja posameznikov, ki se tradicionalno in trdovratno uporablja v zdravstveni stroki za zmanjševanje škodljivih dogodkov zaradi napak, predstavlja najmanj uspešen možen način njihovega preprečevanja. Naš sistem obravnavanja napak je preveč kaznovalno naravnana na posameznega zdravstvenega strokovnjaka, ne pa na zdravstvene ustanove in druge institucije v zdravstvu z neurejenimi sistemi in procesi z veliko latentnimi napakami, v katerih ti posamezniki delajo. Tako je učenje prekinjeno, zdravstvene strokovnjake je strah zaradi kulture obtoževanja, ki preprečuje razvoj kulture varnosti. Napake se ne sporočajo in če se, jih ne znamo analizirati, pacienti težko pridejo do upravičenih odškodnin in zdravstvene strokovnjake preganjamo zaradi tega, ker imajo človeške možgane. Kultura obtoževanja je največja napaka, ki preprečuje izboljševanje varnosti pacientov. Nadomestiti bi jo morala pravična kultura, kar pa ne pomeni, da je za vse slabe izide ali škodljive dogodke kriv sistem, v katerem delamo (Robida, 2012b) (Tabela 5).

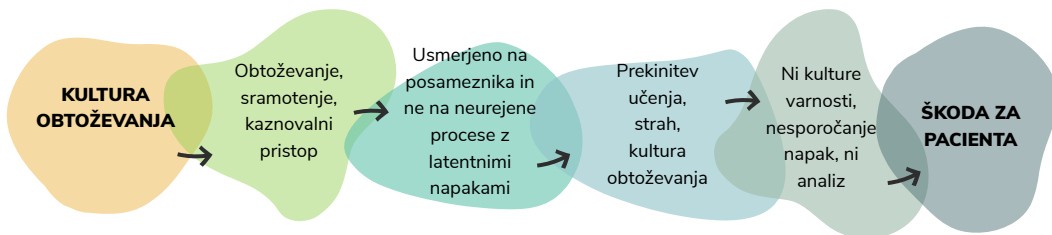


Tabela 7: Kultura obtoževanja

12.6 PRAVIČNA KULTURA

Pravična kultura je kultura, kjer ljudje lahko sporočajo napake, ne da bi se bali posledic. Zelo je odvisna od tega, kako zdravstvena ustanova ravna, ko pride do napake: ali obtoži posameznika ali išče sistemske vzroke za napako. To se lahko zgodi le, če je ustvarjeno ozračje zaupanja. Pravična kultura je odvisna tako od vodstva organizacije kot od ljudi, ki delajo s pacienti. To ne pomeni, da posameznik ni odgovoren za svoja dejanja, ampak ni odgovoren za nepopolne sisteme, v katerih dela. Pravična kultura spodbuja poročanje o napakah, razkritje napak znotraj organizacije z namenom učenja in opravičilo tistim, ki so utrpeli škodo zaradi napake. Zdravstvena ustanova se mora učiti iz preteklih dogodkov. Če ni sporočanja, se iz napak ničesar ne naučimo in tako se nam bo enaka ali podobna napaka zgodila v prihodnje (Robida, 2013).

Poročanje o napakah in težavah mora biti zaveza vsakogar, ki dela v ustanovi. Ustanova mora zagotoviti zaupnost poročanja, analizo napak z iskanjem osnovnih vzrokov in seznanjanje vseh s poročilom analize (brez imen, vpletenih v dogodek), če želi spodbuditi učenje in tako zmanjšati napake s škodo za pacienta. Zaščititi mora sporočevalce in vpletene v dogodek. Z ustvarjanjem pravične kulture ustvarimo tudi sistem odgovornosti za nesprejemljivo vedenje in se zavemo, da je zaželeno preverjanje kompetenc ter notranje in zunanje presoje in da bomo vedeli, da po končanju sistematične analize globljih vzrokov za napako, lahkomišelnost in neprofesionalno vedenje in določene kršitve spadajo pod disciplinsko presojo (Robida, 2013).

12.7 KULTURA POROČANJA

Pomembno je vzpostaviti sistem poročanja napak, ki temelji na nekaznovanju. Potreben je odmik od tradicionalnega razmišljanja, da je za napako odgovoren posameznik; da je tista, ki je naredil napako, treba kaznovati in da so analize napak usmerjene na posameznika in ne na sistem (Reason, 1997).

Pri dejanskem izvajanju procesa poročanja in obvladovanja napak v zdravstvenih in socialnovarstvenih organizacijah še vedno pogosto naletimo na številne ovire. Najpogostejše ovire so strah pred povračilnimi ukrepi, pomanjkanje povratnih informacij o izvedbi ukrepov glede na napako, posredovanje celotnega poročila o napakah in občutka zaposlenih, da ni vidnih sistemskih sprememb (Kramar, 2014).

Osnovno orodje za sistem poročanja o zapletih je lahko poseben obrazec ali uporaba informacijskega sistema. Sistem poročanja in dobro organizacijsko vzdušje, ki temeljita na

zaupnosti in nekaznovanju, kjer napaka šteje kot priložnost za učenje, pomenita temelj kulture varnosti. Tako kulturo mora sprejeti celotna organizacija; tako najvišje vodstvo kot vsi zaposleni.

Pri razumevanju kulture varnosti je pomembno tudi razumevanje narave človekovih napak in poznavanje metod za njihovo preprečevanje, vključno z nekaznovalnim pristopom. Le tako je mogoče vzpostaviti proces poročanja o napakah in identifikacijo sistemskih nepravilnosti in pomanjkljivosti (Institute of Medicine [IOM], 1999). Človeške napake so neizogibne, saj ljudje delamo napake ne glede na izkušnje, inteligentnost, motivacijo in pozornost. Sprejmimo dejstvo o človekovi zmotljivosti in se osredotočimo na spremembo in preoblikovanje sistema zdravstvene oskrbe, ki bo sprejel pacienta/uporabnika kot partnerja in njegovo pravico do varne zdravstvene oskrbe kot svojo veliko obvezo. Gradimo kulturo varnosti in prenehajmo s kulturo obtoževanja. Predsednik svetovne zveze za varnost pacientov Liam Donaldson je rekel: »Ljudje se motimo. Da napake skrivamo, je nedopustno. Da se iz napak nič ne naučimo, je neopravičljivo.« (Donaldson, 2004, cited in Tušar, 2010).

12.8 KULTURA UČENJA IZ NAPAK

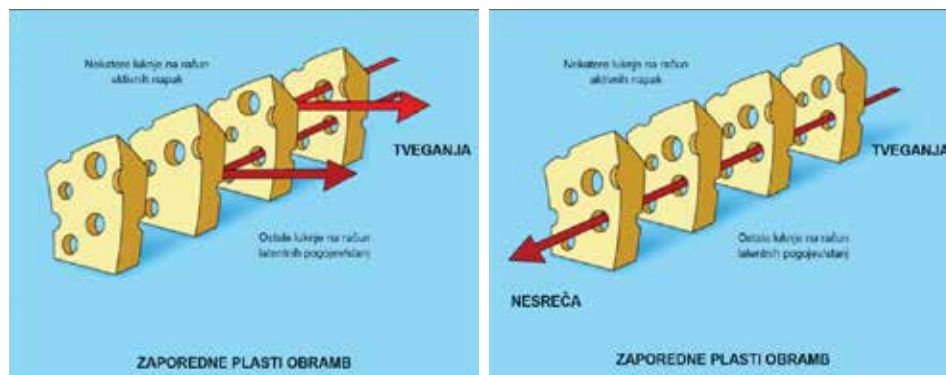
Pri zmanjšanju tveganja za napake ima pomembno vlogo izobraževanje in usposabljanje zaposlenih. Zaposlene tako opolnomočimo in motiviramo za sodelovanje pri kulturnih in sistemskih spremembah. Najpomembnejši namen vzpostavitve sistema poročanja o zapletih je povečanje varnosti pacientov z učenjem na napakah in neželenih dogodkih. Poročanje in zbiranje podatkov o zapletih je smiselno samo takrat, kadar jih analiziramo, ocenimo in damo povratno informacijo tako osebju, ki je bilo udeleženo pri zapletu, kot vsem drugim, ki bi se lahko kaj naučili iz tega. O varnostnih zapletih lahko poroča zdravstveno osebje, pacienti, svojci in drugi. Sistem poročanja mora biti usmerjen in obvladovan. Namen poročanja ni in ne sme biti kaznovanje udeleženih v varnostni zaplet. Sistem poročanja mora biti prostovoljen, anonimen, zaupen, nekaznovalen do poročevalcev in udeleženih, objektivni, spodbuden, neodvisen od regulacijskih in akreditacijskih procesov (Tušar, 2010).

13 Napake pri zdravstveni oskrbi pacienta

Po mnenju Ameriškega inštituta za medicino je največji izziv spreminjanje sistema, kjer je krivda za nastanek napake pri posamezniku, v sistem, kjer se napake ne obravnavajo kot osebni neuspeh, temveč kot priložnost za izboljšanje sistema in preprečevanje škode (IOM, 2001).

Reason (2005) možnost tveganj za napake opisuje kot sistem »švicarskega sira« (Slika 11), kjer vsako luknjo v rezini sira primerja s prikrito, še neaktivno sistemsko napako,

rezine pa predstavljajo zaščitni dejavnik, nekatere so znane, druge so ljudem, ki delajo v nekem sistemu, neznane. Pri varnostnem incidentu največkrat pride do več manjših napak oziroma nepravilnosti, če se v takem primeru luknje ne pokrijejo, pride do nesrečnega dogodka. Reason (2005) svoje razmišljanje še pogloblja ter razkriva napake, temelječe na znanju, standardih in neustreznih spretnostih, torej da imajo napake različna izhodišča glede na strokovno področje, povzročeno škodo in posledice za pacienta.



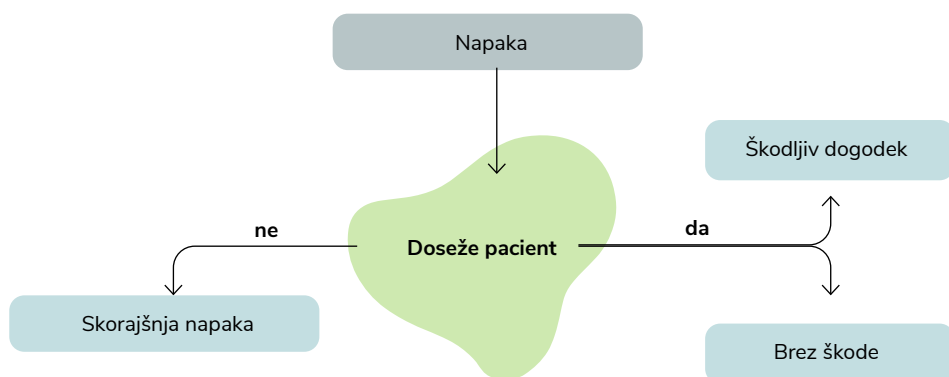
Slika 10: Prikaz preprečevanja napak s pomočjo sistema švicarskega sira (Vir: Reason, 1990)

13.1 NAPAKE V ZDRAVSTVENEM SISTEMU

- **Aktivne napake** so dejanja, ki niso varna in jih storijo tisti, ki so v neposrednem stiku s sistemom ali procesom, ki ustvari slabosti ali nima varoval. V 80 do 90 % gre za napake v procesih ali sistemih.
- **Latentne napake** so vrzeli v varovalih (slabosti ali odsotnosti), ki so ustvarjene nezavedno in so rezultat predhodnih odločitev načrtovalcev, regulacijskih teles in menedžerjev v sistemu.
- **Varnostni odklon** pri pacientu je dogodek, ki nastane nenamerno in nepričakovano, je že ali bo lahko povzročil škodo pacientu v okviru zdravstvene oskrbe in največkrat ni posledica bolezenskega stanja. Storjen je lahko s storitvijo ali opustitvijo (npr. padec pacienta, okužba v času zdravstvene obravnave, zamenjava zdravil, izguba zdravstvene dokumentacije, neustrezna obravnava, uničenje vzorca krvi zaradi poškodbe epruvete pri padcu na tla itd.). To moramo razlikovati od komplikacije, ki pomeni nenamern in neželen izid zdravljenja že prisotne bolezni. V določenih okoliščinah se ga ne da preprečiti.
- **Opozorilni nevarni dogodek** je katerikoli dogodek, ki privede ali bi lahko privedel do nepričakovane smrti ali večje stalne izgube telesne ali duševne funkcije, je dogodek, ki ni povezan z naravnim potekom pacientove bolezni. Sporočanje o varnostnih odklonih v zdravstveni obravnavi je pomemben del varnostnega programa, ki temelji na internih in nacionalnem sistemu sporočanja, spremljanja in učenja iz odklonov in tveganj v zdravstvu (Robida, 2013).

Ministrstvo za zdravje opredeljuje naslednje opozorilne nevarne dogodke:

1. nepričakovana smrt,
 2. večja stalna izguba telesne funkcije,
 3. samomor bolnika v zdravstveni ustanovi,
 4. zamenjava novorojenčka,
 5. hemolitično transfuzijska reakcija po transfuziji krvi ali krvnih produktov zaradi neskladja glavnih krvnih skupin,
 6. kirurški poseg na napačnem bolniku ali napačnem delu telesa.
- **Skorajšnja napaka** je varnostni incident, ki bi lahko pripeljal do zdravstvene škode za pacienta/uporabnika, a do nje ne pride zaradi pravočasne ugotovitve napake in preprečitve možnih posledic za pacienta (Robida, 2013). Ta definicija je izjemno pomembna, ker v takem primeru ne pride do škode za pacienta in ni nobenega strahu vpletenih, da jih bo kdo neupravičeno obtoževal. S pomočjo skorajšnjih napak se lahko učimo in na tak način preprečimo nastanek napak ali preprečimo ponovitev dogodka. Ne smemo pa dopustiti, da se iz tega ničesar ne naučimo in na ta način izgubimo priložnost za spremembe, učenje in nenehno povečanje varnosti pacientov/uporabnikov (Kramar, 2014).



Slika 11: Potek nastanka varnostnega odklona

Kultura varnosti pacientov se nanaša na vodenje, upravljanje in na zdravstveno osebje. Lahko rečemo, da je skupek vrednot, prepričanj in norm o tem, kaj je pomembno za varnost pacientov pri procesu zdravstvenega varstva, kaj pričakujejo zaposleni, kakšna so stališča, katera dejanja so primerna ali neprimerna in ali je prisoten nekaznovalni pristop. Večjo varnost pacientov bo zdravstvena organizacija dosegla le, če bo osebje motivirano, da bo cilje varnosti uresničevalo in ne bodo samo zapisani v strategiji in programih o varnosti pacientov. Osebje, ki zaznava, da ga zdravstvena ustanova ceni in spoštuje, kjer so odnosi profesionalni, bolje skrbi za svoje paciente ali svoje delo (Robida, 2011).

V primeru varnostnega zapleta pacienti in njihovi svojci pričakujejo, da bo vodstvo ustanove:

- razložilo, kaj se je zgodilo,
- se bodo opravičili,
- povedali, kaj bodo storili za pacienta,
- pri tem se pričakuje empatija in pristop, ki bo zagotovil, da jim ni vseeno in da bodo poskrbeli za pacienta,
- priznanje, da je prišlo do varnostnega zapleta, pacientom lahko zelo pomaga (strah, zaupanje ...) (Robida, 2011).

Za klasifikacijo varnostnih odklonov se uporablja prilagojen klasifikacijski okvir Svetovne zdravstvene organizacije (ICPS-SL, 2010), ki opredeljuje naslednje varnostne odklone:

- poslovno administrativni postopek/proces dela in dokumentacija,
- zdravljenje in oskrba
- invazivni posegi in postopki v anesteziji,
- obravnava bolečine,
- vedenje, odnos in komunikacija,
- okužbe, povezane z zdravstvom,
- zdravila in infuzijske tekočine,
- kri in krvni proizvodi, transplantacija,
- zrak/plini/hlapi,
- medicinska oprema/pripomočki, material/dezinfekcija, sterilizacija,
- nesreče/poškodbe, avtoagresija pri pacientih,
- dejavnosti skupnega pomena: prehrana, transport, pranje, čiščenje, tehnično vzdrževanje in druge,
- infrastruktura, prostor, napeljave,
- viri, menedžment/voditeljstvo/razvoj, raziskovanje in izobraževanje,
- drugo.

13.2 KORAKI OBVLADOVANJA VARNOSTNIH ODKLONOV

Sporočanje	<ul style="list-style-type: none">• Ukrepi za zmanjševanje posledic in sporočilo v interni sistem
Obravnava	<ul style="list-style-type: none">• Vzročno posledična analiza: iskanje sistemskih vzrokov
Načrtovanje ukrepov	<ul style="list-style-type: none">• Preprečevanje ponovitve
Uvedba ukrepov	<ul style="list-style-type: none">• Vodenje realizacije ukrepov in poročanje
Vodenje registra ukrepov	<ul style="list-style-type: none">• Učenje iz napak
Preventivno delovanje, opredelitev tveganja	<ul style="list-style-type: none">• Na vseh ravneh dela

Tabela 8: Koraki obvladovanja varnostnih odklonov

14 Orodje za zagotavljanje varnosti v zdravstvenih ustanovah

Ko vodstvo sprejme strateško odločitev, da je varnost pacientov visoka prioriteta ustanove in pri tem postavi jasna pričakovanja ter jih sporoči vsem zaposlenim, svojo zavzetost za varnost pacientov vidno pokaže zaposlenim z varnostnimi vizitami, varnostnimi pogovori in dodelitvijo primernih človeških, finančnih in tehnoloških virov za varnost pacientov/uporabnikov, zgradi infrastrukturo za odkrivanje, sporočanje in analiziranje napak in stanj, ki niso varna, zagotovi zaščito tistim, ki napake sporočajo in/ali so vanje vpleteni, spremlja napredek varnosti pacientov/uporabnikov z rednim pregledom rezultatov kazalnikov varnosti in kakovosti, poskrbi za izgradnjo znanja in veščin varnosti pacientov za vse zaposlene, povabi k sodelovanju pri aktivnostih za kakovost in varnost pacientov vse zaposlene. Ne glede na to, kakšne vzvode za povečanje varnosti pacientov vpeljuje v zavod, lahko je to klinično usposabljanje, uvajanje smernic, informacijska tehnologija, spreminjanje organizacijske strukture, uvajanje različnih predpisov, ki lahko vplivajo na izboljšanje varnosti pacientov, to lahko vodi samo v prepričanje, da se povečuje sposobnost ustanove, da bi se izognili škodi. Varnost se bo izboljšala le, če je zdravstvena ali socialnovarstvena ustanova sposobna ustvariti kulturo varnosti pri svojih zaposlenih (Kramar, 2014).

Da orodja lahko učinkovito uporabimo, pa je potreben pozitiven odnos do dela vseh zaposlenih. Predvsem je naloga vodij, da vzpostavijo delovno okolje, v katerem se zaposleni ne bojijo sporočati varnostnih odklonov. Potrebno je zavedanje, da se neuspehi in napake pojavljajo pri vsakem delu. Na napake se ne smemo odzivati panično, predvsem pa jih ne smemo kaznovati. K uspehu in rasti pelje, tako ob uspehih kot neuspehih, pravi odmerek zdravega razmisleka, ki ne odpove v krizah, niti ne zaspi na uspehih (Škrabec, 2009).

14.1 VARNOSTNA VIZITA VODSTVA

Varnostna vizita (v nadaljevanju VV) je proces, v katerem vodstvo obišče oddelek ali enoto in se pogovarja z zdravstvenimi delavci, ki neposredno delajo s pacienti. Sprašujejo o odklonih (varnostnih zapletih), ki so **pripeljali** do škode za pacienta, zaposlene ali

obiskovalce, o odklonih, **ki bi lahko pripeljali** do škode, o potencialnih tveganjih in skupaj iščejo možne rešitve za zmanjšanje tveganja.

Namen varnostnih vizit je spodbujanje kulture varnosti v zdravstveni ustanovi. Vodstveni delavci zaposlene spodbujajo, da prosto in brez strahu poročajo o odklonih, ki jih prepoznajo. Poudarijo pomen prepoznavanja odklonov in poročanje o njih, saj z obravnavo odklonov in posledično s sprejetjem korektivnih ukrepov preprečujejo ponavljanje podobnih odklonov. Popravljajo sistem in zagotavljajo varnejšo obravnavo pacientov.

VV je način za vzpostavljanje komunikacijske poti med vodilnimi in zaposlenimi v obe smeri (vertikalno in horizontalno). Vpogled v varnost pacientov, zaposlenih in drugih dobijo vodilni – od spodaj navzgor. Zaposleni dobijo informacije od vodstva – od zgoraj navzdol. (Kramar, 2010a).

14.2 VARNOSTNI POGOVOR

Varnostni pogovor (v nadaljevanju VP) je opredeljen kot priložnost za učenje, saj udeleženci pogovora razpravljajo o varnostnih težavah in iščejo rešitve zanje. VP so priporočila, ki jih uporablja osebje, da se vsakodnevno pogovarja o potencialnih težavah varnosti. Zdravstveni zavod naj uporablja VP z namenom, da poveča zavedanje osebja o možnih tveganjih za pacienta, da ustvari pogoje, v katerih se osebje pogovarja o varnostnih problemih brez strahu za posledice (Ministrstvo za zdravje, 2006).

VP lahko izvedemo v obliki kratkega pogovora neposredno po neželenem dogodku v skupini, kjer se je zgodil varnostni zaplet. O poteku pogovora in priporočilih za izboljšave se napiše kratek povzetek, skupaj z izjavami prič.

V štiriindvajsetih do oseminštiridesetih urah mora odgovorna oseba opraviti VP s skupino, ki je bila udeležena v dogodku. K sodelovanju pooblaščenec za varnost lahko povabi tudi predstavnike vodstva oddelka/enote in druge strokovnjake, ki jih vključimo glede na vrsto odklona. Koristno je, da ga razširi tudi na druge sodelavce v kolektivu. Ugotovitve in priporočila, ki sledijo iz VP, se obvezno zapišejo na ustreznih obrazec. Varnostni pogovor je orodje, s katerim izboljšujejo kulturo varnosti in je izhodišče za nadaljnjo obravnavo varnostnega zapleta (Kramar, 2008; Kramar, 2010a).

Namen in cilji VV/VP:

- prikaz zavzetosti za varnost in spodbujanje kulture varnosti;
- vpeljati kulturo varnosti v vsa delovna okolja;
- seznanjanje zaposlenih o varnostnih zapletih in pregled uvedenih korektivnih ukrepov;
- spodbujanje sporočanja varnostnih zapletov;
- učenje in iskanje priložnosti za izboljševanje varnosti pacientov;
- vzpostavitev poti komuniciranja o varnosti za paciente med vodstvom in zaposlenimi;
- vsaka skupina na podlagi ugotovitev na VV/VP pripravi ukrepe za izboljšanje varnosti pacientov/uporabnikov.

Pred začetkom izvajanja VV in VP je treba zaposlene na oddelčnih sestankih informirati o pomenu in poteku VV/VP, s poudarkom na kulturi neobtoževanja. Glavne medicinske sestre oddelkov/enot skupaj s timom izpolnijo anketo o varnosti na oddelku/enoti. VV je vedno vnaprej napovedan in poteka s celotnim timom v delovni izmeni. VP so kratki, potekajo ob določenem času (prilagoditev časa glede na potek dela na oddelku/enoti). Po končanih VV in VP je treba predlagane in dogovorjene ukrepe zabeležiti, določiti termin za morebitno izboljšanje in določiti odgovorno osebo (Kramar, 2008; Kramar, 2010a).

14.3 VZROČNO-POSLEDIČNA ANALIZA

Vzročno-posledično analizo izvedemo, ko je varnostni incident prepoznan kot opozorilni nevarni dogodek. Vzročno-posledična analiza je analiza osnovnih vzrokov in spremljajočih dejavnikov neželenega dogodka, njegovih posledic in predlaganje ukrepov, ki v prihodnje podobne dogodke preprečujejo. Namenjena je izboljšanju varnosti pacientov in učenju zaposlenih. Vzročno-posledično analizo opravi skupina strokovnjakov, ki ni bila udeležena v dogodku. Skupino imenuje odgovorna oseba za varnost v ustanovi in o tem obvesti odgovorne osebe organizacijske enote. Vodja skupine zapiše ugotovitve in predloge v ustrezni obrazec. Vsebina zapisa je anonimizirana. Zapis na obrazcu pošlje vodstvu ustanove, vodstvu oddelka/službe, kjer se je opozorilni nevarni dogodek zgodil, skrbniku sklopa ter Ministrstvu za zdravje (Mlakar & Pleterski Rigler, 2011).

Za izvedbo vzročno-posledične analize se ne odločimo v primeru:

- kadar obstaja možnost, da gre za kaznivo dejanje;
- dejanje z namenom povzročene škode za pacienta;
- dejanje pod vplivom alkohola, opojnih snovi;
- napad na pacienta.

14.4 MORBIDITETNA IN MORTALITETNA KONFERENCA

Morbidity in mortality konferenca (MM konferenca) je orodje, ki ga uporabimo za obravnavo zdravstvenih obravnav pacientov, ki imajo za posledico nepojasnjeno, nenadno smrt pacienta, nenavaden potek zdravljenja ali bolezni, razne zaplete pri zdravljenju ali zdravstveni negi.

MM konferenca je vnaprej pripravljena in jo vodi strokovnjak. Sodelujejo vsi člani multidisciplinarnega tima, ki so pacienta obravnavali (zdravniki, patologi, medicinske sestre, fizioterapevti, farmacevti ...). Je učinkovita metoda za analizo poteka zdravstvene obravnave, za prepoznavo odklonov v poteku obravnave, za predlaganje korektivnih ukrepov in sistemskih rešitev. Posledica je vpeljava sprememb v vsakdanje delo, če se spremembe pokažejo kot izboljšave. Ugotovitve in predlagani korektivni ukrepi morajo biti zapisani na posebnem obrazcu, ki je predpisan v ustanovi.

MM konferenca mora potekati v ozračju zaupanja, obravnava in zapisi so zaupne narave in niso del pacientove dokumentacije. Informacije in predlagani ukrepi so dostopni pooblaščenecem za varnost in vodstvu ustanove, da lahko z ukrepi seznanijo druge oddelke in s tem zagotovi prenos informacij za izboljševanje sistema (Ministrstvo za zdravje, 2006).

14.5 PREVENTIVNI IN KOREKTIVNI UKREPI TER VARNOSTNA PRIPOROČILA

Cilj je odpravljanje ugotovljenih nepravilnosti ali okoliščin, ki so privedle do zapleta. Sistem mora omogočati sledljivost vsakega opozorilno nevarnega dogodka. Preventivne in korektivne ukrepe izdela in predlaga skupina, ki je opravila analizo varnostnega zapleta, VV/VP ali izrednega strokovnega nadzora. Ti se kot seznam predlogov posredujejo odgovornim osebam. Odgovorna oseba odloči, ali bo predlog ukrepov uvedla v prakso in določi časovnico. Odgovorna oseba mora nadzorovati izvajanje terminskega plana (Kramar, 2010b). Odpraviti je treba ugotovljene nepravilnosti – korektivni ukrepi – z roki in odgovornimi osebami ter spremljati realizacijo ukrepov in seznanjati ostale oddelke, da se podobni primeri ne ponovijo.

14.6 ANALIZA OSNOVNIH VZROKOV NAJPOGOSTEJŠIH PRISPEVAJOČIH DEJAVNIKOV

Analiza osnovnih vzrokov je proces za ugotavljanje osnovnih vzrokov in vseh prispevajajočih dejavnikov, ki vplivajo na spremembe uspešnosti delovanja v povezavi z varnostnimi odkloni v zdravstvu. V procesu analiziranja in iskanja osnovnih vzrokov je pomemben multidisciplinarno sodelovanje vseh tistih strokovnjakov, ki najbolje poznajo situacijo. Osnovni vzrok je tisti vzrok, ki bo odstranil ali zmanjšal možnost ponovitve napake, če ga razrešimo. Člani tima, ki bodo izvedli analizo osnovnih vzrokov in prispevajajočih dejavnikov, morajo biti pri svojem delovanju osredotočeni na preprečevanje, na pa na obtoževanje ali kaznovanje. Osredotočati se morajo na sistemske nepravilnosti ali pomanjkljivosti in ne na delovanje posameznika.

Člani tima pregledajo celotni proces, vse vidike, ki bi lahko vplivali na nastanek varnostnega odklona:

- organizacijski dejavniki (pomanjkljivosti pri upravljanju človeških virov in virov opreme, neustrezna navodila itd.),
- komunikacijski dejavniki,
- dejavniki opreme (napaka v opremi, pomanjkanje materialov ...),
- dejavniki okolja (neustrezna svetloba, hrup, neustrezna razporeditev prostorov ...),
- človeški dejavni (utrujenost, informacijska preobremenjenost ...),
- dejavniki pacienta,
- drugo.

Zelo pomembno je, da po končani analizi člani komisije oblikujejo ugotovitve o osnovnih vzrokih in prispevajajočih dejavnikih, pripravijo načrt ukrepanja, oblikujejo merila za spremljanje in ugotavljanja izidov ter sodelujejo pri poročanju vodstvu (Robida, 2009).

14.7 STROKOVNI NADZOR S SVETOVANJEM

Strokovni nadzor je sistematični proces, pri katerem določamo raven uspešnosti doseganja vnaprej zastavljenih ciljev. Je proces za izboljševanje zdravstvene obravnave pacientov in izidov s pomočjo sistematičnega pregleda in primerjave trenutne zdravstvene prakse s standardi ali najboljšimi praksami. Strokovni nadzor obsega nadzor nad strokovnostjo, kakovostjo in varnostjo dela pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti (78/1. člen ZZDej).

V dejavnosti zdravstvene in babiške nege se izvajata strokovni nadzor s svetovanjem v dejavnosti zdravstvene in babiške nege in strokovni nadzor s svetovanjem izvajalcev zdravstvene in babiške nege:

- Strokovni nadzor dejavnosti zdravstvene in babiške nege pomeni formalen postopek, kjer izvajalec nadzora (Zbornica – Zveza) oceni in presodi sistem zdravstvene in babiške nege glede izpolnjevanja vnaprej pripravljenih in objavljenih strokovnih smernic, standardov, protokolov kakovosti in varnosti ter drugih strokovnih in zakonskih zahtev z namenom nenehnega izboljševanja kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave. Poudarek je na nenehnem izboljševanju kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave pacientov. Ne gre samo za oceno skladnosti s standardi, pač pa tudi za analitični in svetovalni proces nenehnega izboljševanja kakovosti in varnosti pacientov (Priporočila in vodila, 2018).

- Strokovni nadzor s svetovanjem izvajalcev zdravstvene in babiške nege

Nadzor izvajalcev v stroki je ocena strokovne uspešnosti delovanja posameznega izvajalca zdravstvene in babiške nege in svetovanje za izboljševanje kakovosti in varnosti prakse zdravstvene in babiške nege. Je proces, kjer izvajalci zdravstvene in babiške nege sistematično izmerijo in ocenijo kakovost izvajanja zdravstvene in babiške nege posameznika z uporabo z dokazi podprtih strokovnih standardov in smernic svoje stroke in ponudijo posameznemu izvajalcu povratno informacijo za izboljševanje lastnega dela in profesionalno rast (prirejeno po American Nurses' Association, 1988).

Strokovni nadzor s svetovanjem je pomembno orodje, s katerim ugotavljamo priložnosti za spremembo sedanjega načina dela in izboljševanje kakovosti zdravstvene obravnave (Kramar et. al., 2018).

Pravne podlage za izvajanje strokovnih nadzorov s svetovanjem:

- Zakon o zdravstveni dejavnosti – ZZDej,
- Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstveni dejavnosti, ZZDej- K,
- Zakon o pacientovih pravicah,
- Pravilnik o izvajanju strokovnih nadzorov s svetovanjem v dejavnosti zdravstvene in babiške nege.

Namen strokovnega nadzora s svetovanjem je:

- nadzor nad opravljanjem strokovne in poklicne dejavnosti,
- ocena strokovne usposobljenosti izvajalcev zdravstvene in babiške nege za delovno mesto,
- preverjanje zagotavljanja kakovosti in varnosti na strokovnem področju,
- preverjanje stalnega sledenja razvoja stroke,
- preverjanje in upoštevanje doktrin, standardov, protokolov, smernic, navodil in drugih dokumentov,
- preverjanje opravljanja dejavnosti v skladu z etičnim kodeksom,
- svetovanje na podlagi ugotovitev strokovnega nadzora.

Namen nadzora vsekakor ni ustvarjanje občutka nesposobnosti pri nadzorovancih, ustvarjanju strahu pred kaznovanjem, obsojanjem in poniževanjem (Priporočila in vodila, 2018).

Cilji strokovnega nadzora s svetovanjem v zdravstveni in babiški negi so:

- izboljševanje kakovosti dela dejavnosti in posameznega izvajalca ZBN z delovanjem po sprejetih standardih in s tem izboljševanje izidov za paciente in za varnost pacientov ter zaposlenih;
- ugotavljanje ustrezne strokovne usposobljenosti izvajalcev ZBN, spremljanje uspešnosti delovanja dejavnosti in izvajalcev ZBN, ugotavljanje priložnosti za izboljšave;
- ugotavljanje sistemskih/procesnih/organizacijskih pomanjkljivosti (Priporočila in vodila, 2018).

Strokovni nadzor s svetovanjem je lahko:

- redni strokovni nadzor – v skladu z vnaprej sprejetim in objavljenim letnim programom strokovnih nadzorov, ki jih predlaga Zbornica – Zveza, potrdi pa minister za zdravje;
- izredni strokovni nadzor – zunaj sprejeta programa, na predlog ministra, pacienta ali njegovih svojcev, varuha pacientovih pravic ... (Priporočila in vodila, 2018).
- Strokovni nadzor s svetovanjem lahko zajema:
 - nadzor izvajalca zdravstvene dejavnosti v celoti ali samo njegove posamezne notranje organizacijske enote,
 - nadzor posameznega zdravstvenega delavca ali zdravstvenega sodelavca ali
 - nadzor zdravstvene obravnave posameznega primera (Priporočila in vodila, 2018).

Odločbo o začetku nadzora izda predsednik/ca Zbornice – Zveze. S sklepom imenuje najmanj tričlansko komisijo, ki opravi nadzor v določenem zavodu. Nadzor se opravi nad opravljanjem dejavnost zdravstvene ali babiške nege v ustanovi ali v delu ustanove (sistemski nadzor) in nad izbranimi posameznimi izvajalci zdravstvene ali babiške nege, ki so zaposleni pri nadzorovanem izvajalcu zdravstvene dejavnosti (Priporočila in vodila, 2018).

Nadzorna komisija po opravljenih nadzornih dejanjih napiše ugotovitveni zapisnik, s predlaganimi ukrepi za izboljšave oziroma za odpravo ugotovljenih nepravilnosti. Zapisnik posreduje predsedniku/ci Zbornice – Zveze, ki zapisnik pošlje nadzorovanemu zdravstvenemu zavodu. Zdravstveni zavod je dolžan posredovati odzivno poročilo, kjer poroča o uvedenih izboljšavah in po potrebi pošlje ustrezna dokazila za odpravo ugotovljenih odstopanj (Priporočila in vodila, 2018).

Priporočila za odpravo pomanjkljivosti, ki jih izreče komisija, temeljijo večinoma na pravilih stroke zdravstvene in babiške nege, standardih, smernicah, priporočilih, kategorizaciji ZN, kadrovskih normativih plačnikov (Kramar, et al., 2018).

Zakon o zdravstveni dejavnosti – ZZDej 76/1. člen opredeljuje, da se pri izvajalcih zdravstvene dejavnosti za zagotavljanje zakonitosti, strokovnosti, kakovosti in varnosti dela opravljajo naslednje vrste nadzora:

1. notranji nadzor – izvajajo ga zdravstveni zavodi sami;
2. strokovni nadzor s svetovanjem – izvajajo področne zbornice po prenosu javnih pooblastil s strani ministrstva (121. člen Ustave Republike Slovenije). Za področje zdravstvene in babiške nege nadzor izvaja Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije;
3. upravni nadzor – nadzor izvaja Ministrstvo za zdravje, preverja zakonitost delovanja;
4. sistemski nadzor – sočasna izvedba upravnega in strokovnega nadzora s svetovanjem;
5. nadzor Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije nad izpolnjevanjem pogodb z izvajalci zdravstvene dejavnosti;
6. inšpekcijski nadzor – razne inšpekcije (zdravstvena, sanitarna, za zdravila ...) (Priporočila in vodila, 2018).

14.8 NOTRANJI STROKOVNI NADZORI V ZDRAVSTVENI USTANOVİ

- **Redni** – vnaprej pripravljen program in načrt, predlaga ga strokovni direktor, glavna medicinska sestra, potrdi ga strokovni svet.
- **Izredni** – uvede se na zahtevo strokovnega sveta, generalnega direktorja, strokovnega direktorja, glavne medicinske sestre.

Strokovni nadzor izvede minimalno **3-članska ekipa**, ki bo izvedla nadzor. Vsaj en član komisije mora biti strokovnjak s področja, ki se nadzoruje. Po opravljenih nadzornih dejanjih nadzorna komisija napiše ugotovitveni zapisnik in na podlagi ugotovljenih neskladij ali nepravilnosti predlaga ukrepe za odpravo nepravilnosti (Priporočila in vodila, 2018).

15 Priložnosti na področju najpogostejših procesov za izboljšanje kakovosti in varnosti

15.1 OPOLNOMOČENJE PACIENTOV IN ZAPOSLENIH

Opolnomočenje pacientov in zaposlenih je naloga, ki vključuje in spodbuja interakcije različnih skupnosti, zdravstvenih delavcev, oblikovalce politik in vseh ljudi, ki na različne načine vplivajo na družbo ter posledično na zdravje in dobro počutje posameznika (European Network on Patient Empowerment, 2012). Izraz opolnomočenje pacienta opredeljuje paciente, ki imajo nadzor nad svojim zdravstvenim stanjem ter možnost sodelovanja v procesu zdravljenja (Koščak Tivadar & Filej, 2015). Definicija opolnomočenja se v večini nanaša na pacienta kot na aktivnega udeleženca, ki ima določeno mero nadzora nad lastnim zdravjem in ne kot na pasivnega prejemnika zdravstvenih storitev.

15.2 PREDAJA PACIENTA

Predaja pacientov se pojavlja v okviru celotne zdravstvene obravnave pacienta in v vseh oblikah obravnave pacienta in je prednostno področje izboljšanja varnosti pacientov. Obstajajo različne vrste prenosov od enega do drugega izvajalca zdravstvenih storitev, na primer pri prenosu pacientov z ene lokacije na drugo, znotraj bolnišnice ali med dvema zdravstvenima ustanovama ali pri prenosu informacij in odgovornosti med premiki v isti enoti. Predaja pacienta poteka na vseh ravneh zdravstvene oskrbe v bolnišnici.

Pomembne so tudi interdisciplinarne predaje, ki se največkrat pojavljajo med medicinskimi sestrami in zdravniki. Največkrat je to v obliki petminutnega posveta po viziti ali pred njo, lahko pa se predaja zgodi tudi med medicinsko sestro in osebjem v diagnostičnih enotah. Ti posveti so standardizirani, opredeljena pa je tudi vsebina. Predaje med ustanovami se pojavljajo med bolnišnicami in drugimi zdravstvenimi zavodi, organizacijami ali socialno-varstvenimi ustanovami. Predaje na tej ravni potekajo preko posebnih dokumentov (list kontinuirane zdravstvene oskrbe, odpustnica ali klinične poti). V določeni situaciji lahko ključne informacije povemo tudi telefonsko, drugo pa dokumentiramo. Predaja pacienta lahko poteka tudi ustno, z obiskom medicinske sestre, ki bo po odpustu prevzela pacienta (Kramar, 2009). V procesu predaje med izvajalci zdravstvene nege ima ustna oblika pomembno vlogo in je močno zasidrana v bolnišnični kulturi. Medicinske sestre med seboj komunicirajo ob rednih predajah pacienta in pri tem uporabljajo pacientovo dokumentacijo. Seznanjene so z njegovim trenutnim stanjem, potekom zdravljenja, načrtom zdravstvene nege in prioriteta pri negovalnih intervencijah. Ob zaključku vsake delovne izmene je pomemben natančen prenos informacij o pacientu, ki je bistven za zagotavljanje kontinuirane zdravstvene nege in kakovosti obravnave (Entwistle, 2011). Predaja službe zdravstvene nege je natančna in zanesljiva komunikacija o opravljenih nalogah ter pomembnih informacijah, ki so se zgodile med eno izmeno. Je ključnega pomena za pospeševanje visokokakovostne zdravstvene oskrbe. Dolžnost članov zdravstvenega tima je nuditi učinkovito in kakovostno ter varno zdravstveno nego, za kar morajo člani prevzeti tudi odgovornost. Cilj predaje pacienta je posredovati natančne informacije o zdravljenju pacienta, njegovem trenutnem stanju ter pričakovanih in pred kratkim nastalih problemih (Kramar, 2009). Za učinkovito predajo pacienta lahko uporabljamo različna orodja, posebej za kritične paciente, tiste, ki zahtevajo takojšnje pozornost in ukrepanje zdravnika ali medicinske sestre. Eno izmed orodij je strukturirana predaja pacienta s pomočjo SBAR, ki jo po slovensko razlagamo kot: stanje (Situation) – kaj se dogaja v tem trenutku, ozadje (Background) – okoliščine, ki so pripeljale do tega položaja, ocena (Assessment) – kaj mislimo, da je problem, priporočilo (Recommendation) – kaj naj storimo, da odpravimo težavo. To orodje je sestavljeno iz standardiziranih takojšnjih vprašanj, ki zagotovijo, da osebje dobi osredotočene in jedrnatne informacije. Zaposlenim omogoča natančno, določeno in učinkovito komunikacijo in zmanjša potrebo po ponavljanju. Kontinuiteta informacij je ključnega pomena za varnost pacientov, pomembne pa so tudi zadostne in ustrezne informacije, ki si jih je treba izmenjati (Parry, 2011). Predaja pacienta ob pacientovi postelji je interaktiven proces in zagotavlja priložnost, da je pacient vključen v proces predaje. Nudi veliko možnosti vključevanja osebja zdravstvene nege, ki zaključujejo ali šele prevzemajo izmeno. Opisana predaja pacienta postavi v središče dogajanja (NHS Institute for Innovation and Improvement, 2013).

15.3 OBVLADOVANJE TVEGANJ NA PODROČJU RAVNANJA Z ZDRAVILI

Aplikacija zdravil je temeljna naloga medicinske sestre, ki zahteva kompleksno interakcijo in vključuje več odločitev in aktivnosti, ki se običajno izvajajo v dinamičnem kliničnem okolju.

Strategija varnosti na področju ravnanja z zdravili obsega kreiranje varnega okolja, brez strahu za poročanje o neželenih dogodkih, obravnava dogodkov na pogovorih o varnosti, sistemsko iskanje rešitev in merjenje učinkov uvedenih rešitev. Za kakovostno in varno ravnanje z zdravili zdravstvena organizacija potrebuje kompetentno zdravstveno osebje, jasna pravila in navodila zdravnikov in kliničnih farmacevtov, strokovne nadzore, ustrezno delovno okolje in drugo.

Napake pri zdravljenju z zdravili so definirane kot napake, ki se pojavijo v vsakem koraku procesa ravnanja z zdravili (Werner, et al., 2012). Ameriška National Patient Safety Agency (2009) pravi, da je napaka pri ravnanju z zdravili vsak dogodek, kjer bi skoraj prišlo ali je prišlo do odstopanja v postopku predpisovanja, izdajanja, priprave, nadzora, spremljanja in zagotavljanja zdravila. Pacientu lahko povzročijo resno škodo na zdravju in celo smrt. Ocenjujejo, da v ZDA napake na področju ravnanja z zdravili prizadenejo približno 1,3 milijona ljudi, kar letno stane skoraj odstotek celotnih izdatkov za zdravje na svetu (Santos, et al., 2019).

Ugotovitve študije, ki sta jo izvedla Karavasiliadou in Athanasakis (2014) kažejo, da so individualni in organizacijski dejavniki najpogosteje prisotni za možnost pojava neželenega dogodka pri ravnanju z zdravili, največkrat so to neustrezna pisna komunikacija, neustrezno shranjevanje zdravil ter previsoka delovna obremenitev. Prekinitve v procesu priprave in delitve zdravil in neustrezen prostor za pripravo zdravil prav tako pomembno vplivajo na pojav neželenih dogodkov (Johnson, et al., 2017).

Medicinske sestre so med ravnanjem z zdravili v 10 do 55 % prekinjane zaradi različnih vzrokov. Prekinitvev je začasna prekinitvev neke dejavnosti s predpostavko, da se bo kasneje nadaljevala in se največkrat konča z izgubo osredotočenosti na delo in/ali zamudo pri izvedbi naloge. Raziskava, ki so jo izvedle medicinske sestre, so ugotovile, da so medicinske sestre prekinjene 6,7-krat na uro med razdeljevanjem zdravil in 14-krat med pripravljavanjem zdravil. Po raziskavi so uvedli ukrepe za zmanjšanje nastanka napake pri razdeljevanju zdravil. Uvedli so začetno oceno pojava napak pri ravnanju z zdravili, označene cone za medicinsko sestro, ki pripravlja zdravila, posodobljen kontrolni seznam dajanja zdravil, navodila osebju, naj ne motijo tistih, ki pripravljajo zdravila, medicinske sestre so nosile označene brezrokavnike med razdeljevanjem zdravil. Po treh mesecih so beležili zelo dobre rezultate. Stopnja napak se je povečala z 1,68 na 2,88/1000 bolnišničnih dni, kar gre na račun povečane ozaveščenosti medicinskih sester pri javljanju napak (Forston & Tardiff, 2016; Yoder, 2012).

Kramar in Marinšek sta že 2010 raziskovali neskladnost pri razdeljevanju zdravil zaradi prekinitvev. Ugotovili sta, da se s prekinitvami med razdeljevanjem zdravil poveča možnost postopkovne napake za 12 do 13 %. Najpogostejši vzroki za prekinitvev medicinske sestre med razdeljevanjem zdravil so: motnje osebja (10,5 %), procesne nepravilnosti (26,5 %), nečitljiv predpis doze zdravil, iskanje dodatnih informacij (31,5 %), potrebe po neposredni zdravstveni negi pacientov (17,5 %) ter telefonski klici (14 %). Tudi v izbrani bolnišnici so takoj uvedli ukrepe za izboljšanje, kot so ureditev prostora za pripravo in razdeljevanje zdravil, ureditev ustreznih vozičkov, pripravili so kontrolne sezname, varnostni pogovori z vsem zdravstvenim timom, da naj ne motijo medicinskih sester, ki pripravljajo zdravila, prav tako so medicinske sestre med pripravljanjem in razdeljevanjem zdravil nosile označen brezrokavnik. V letu so po uvedbi vseh ukrepov zmanjšali motenje na manj kot 0,5 % (Kramar & Marinšek, 2010).

Eno pomembnih tveganj za nastanek napak je nečitljiv ali nepopoln predpis zdravila. V raziskavi so našli 51 % nečitljivih predpisov zdravila, med katerimi je bilo 71,6 % predpisov z manjkajočimi podatki. Podobna raziskava je pokazala, da so v 91,3 % uporabljali kratice in/ali okrajšave pri predpisovanju zdravil. Napake so se zgodile pri identifikaciji pacienta, npr. dva pacienta sta imela isto bolnišnično številko ali pa en pacient dve številki (Nute, 2014).

Vzroki za pojav odklonov pri ravnanju z zdravili so še:

- pomanjkanje znanja o zdravilih in veščin računanja doz zdravil,
- neupoštevanje standardov,
- preobremenjenost z delom,
- podobnost embalaž zdravil,
- utrujenost, stres, pomanjkanje koncentracije,
- pomanjkanje kadra,
- novo osebje in pomanjkanje nadzora nad njimi,
- zdravila ni na voljo.

Najpomembnejši ukrepi za zmanjšanje napak pri razdeljevanju zdravil so:

- ustna naročila za dajanje zdravil naj se ne izvajajo, če že pa le v nujnih situacijah;
- reorganizacija delovnih procesov in praks;
- razvoj orodij in tehnologij za podporo oblikovanju varnih sistemov;
- vključevanje vseh zainteresiranih strani (zdravniki, medicinske sestre, farmacevti);
- opolnomočenje pacientov in svojcev za aktivno sodelovanje pri odločitvah, povezanih z zdravljenjem z zdravili;
- sprejetje varnih praks, kot so ugotavljanje tveganja za nastanek alergij, ustrezna identifikacija z uporabo pacientove zapestnice, informatizacija dokumentacije, vključno s predpisom terapije;
- dvojno preverjanje pri zdravilih z visokim tveganjem, zdravstvena ustanova naj določi, za katera zdravila je potrebno dvojno preverjanje (Santos, et al., 2019).

Strategija obvladovanja tveganj na področju ravnanja z zdravili obsega prepoznavanje in poročanje neželenih dogodkov, analizo vzroka za dogodek ali skorajšnji dogodek ter ustrezno korektivno ukrepanje, ki vodi v preprečevanje nastanka podobnih dogodkov v prihodnje.

Praksa na tem področju pokaže, da je treba izboljšati poročanje neželenih dogodkov, ugotavljanje tveganj in sledenje uspešnosti korektivnim ukrepom.

Neželeni dogodki pri ravnanju z zdravili so grožnja, pred katero ni odporen sistem nobene bolnišnice. Aplikacija zdravil je ena najpomembnejših nalog izvajalcev zdravstvene in babiške nege, s katero se dnevno srečujejo. Zato je izrednega pomena, da imajo dovolj ustreznega znanja s tega področja. Poznati morajo delovanje, stranske učinke, način dajanja zdravil, znati morajo spremljati odziv pacienta na prejeta zdravila in mu pomagati pri njihovem jemanju.

Napaka pri predpisovanju zdravil ne osvobaja medicinske sestre odgovornosti za aplikacijo napačno predpisanega zdravila. Medicinska sestra ne sme »slepo« slediti tistemu, kar je predpisano. Če zdravnik naredi napako in predpiše toksično ali letalno dozo zdravila, medicinska sestra tega zdravila ne sme aplicirati, če je ugotovila napako.

Čeprav človeški dejavnik pri napakah ne more biti povsem eliminiran, pogoji, v katerih medicinske sestre delajo, se lahko spremenijo, se verjetnost, da pride do napak, zmanjša. Ključni elementi za preprečevanje napak pri aplikaciji zdravil so: pravilna komunikacija v multidisciplinarnem okolju, zavedanje napak, poročanje in pogovarjanje o napakah, pospeševanje raziskav o varnosti pacientov ter razvoj smernic in standardov za ravnanje z zdravili.

Zavedati se moramo, da morajo medicinske sestre prevzeti odgovornost za storjene napake, vendar moramo pri tem izhajati iz spoznanj, da so tudi sistemske napake in človeški dejavniki pomemben del teh napak. Še posebej, če izvajalec zdravstvene dejavnosti ne deluje v skladu z zagotavljanjem varnosti, strokovnimi smernicami in kompetencami, kjer je natančno opredeljeno, na kakšen način, kako, zakaj in kdo izvede posamezno fazo ravnanja z zdravili.

V raziskavah v slovenskih bolnišnicah je bilo ugotovljeno, da na dajanje zdravil vplivajo številni organizacijski in individualni dejavniki, predvsem kadrovski, slabi delovni procesi in slaba komunikacija ter znanje. Tudi poročanje o odklonih je pomanjkljivo, predvsem zaradi strahu pred posledicami, kar govori o šibki kulturi varnosti. Največji vpliv na izboljšanje varnosti pacientov ima kultura varnosti v zdravstvenih ustanovah.

Izvajanje varne in visokokakovostne zdravstvene in babiške nege vsem izvajalcem zagotovo predstavlja izziv in pomemben element profesionalnega zadovoljstva na delovnem mestu.

16 Literatura in viri:

American Accreditation Commission International, 2017. International Accreditation Standards for Healthcare Organizations, AACI, Version 4.3. Asheville: American Accreditation Commission.

American Nurses Association, 2011. National Database of Nursing Quality Indicators (NDNQI). (2011). National database of nursing quality indicators-NDNQI: Taking your quality improvement data to the national level [PowerPoint slides]. Dosegljivo na: <https://www.nursingquality.org/documents/public/NDNQI%20Info.pps>

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), 2009. Surveys on Patient Safety Culture (sops). User Network, pp. 1–6.

American Nurses Association. Peer Review Guidelines, 1988.

Balažič, J., Korošec, D., Novak, B. et al., 2009. Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP) s komentarjem, GV založba.

Batalden, P.B. & Davidoff, F., 2007. What is «quality improvement» and it transform healthcare? *Qual Ssaf Health Care*, 16, pp. 2–3.

Berginc Dolenšek, A., Hajnrih, B., Hindle, D., Kadivec, S., Kersnik, J., Kramar, Z. et al., 2005. Klinične poti – od oblikovanja do uvajanja: osnutek priročnika. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje; 2005.

Čelofiga, A. & Koprivšek, J., 2018. Osnove deeskalacijskih tehnik- priročnik za učenje in trening, Združenja psihiatrov pri SZD.

D'Amour, D., Goulet, L., Labadie, JF., San Martin-Rodriguez, L. & Pineault, R., 2008. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*.

Dobnik, M. in Lorber, M., 2011. Medsebojni odnosi in pripadnost v zdravstveni negi. V: Skela Savič, B., et al. (ur.). Na dokazih podprta zdravstvena obravnava - priložnosti za povezovanje zdravstvenih strok, potreb pacientov in znanj. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, str. 229-38.

Domajnko, B., Kvas, A., Štrancar, K., Bojc, N. & Pahor, M., 2006. Živeta interprofesionalna razmerja: kvalitativni pogled. Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu: priložnost za izboljševanje kakovosti. Kvas, A., Pahor, M., Klemenc, D. & Šmitek J., uredniki, Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, pp. 235-259.

Donabedian, A., 1980. *Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Volume 1. Definition of Quality and Approaches to its Assessment*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.

Donabedian, A., 1992. The Role of Outcomes in Quality Assessment and Assurance [https://doi.org/10.1016/S0097-5990\(16\)30560-7](https://doi.org/10.1016/S0097-5990(16)30560-7)

Donabedian, A. 1998. The Quality of Care How can it be assessed? *JAMA*, 260 (12), 1743-1748, pp. 1742-1748.

Dotan, D. B. & Koski, K. J., 2017. How Predictive Analytics Will Prevent the Cost of Harm: A Practical Approach for Hospital Management Systems. Pegwin, pp. 1-10.

DNV GL, 2012. DNV Standard, DNV-DS-HC401, Standard for Maniging Infection Risk, april 2012, Version 1.0. s.l.: DNV GL.

Entwistle, F., 2011. What makes a good handover? *Nursing Times*. Available at: <https://www.nursingtimes.net/students/what-makes-a-good-handover/5038664.article> (4. 1. 2021).

European Network on Patient Empowerment, 2012. Patient empowerment-living with chronic disease. Available at: <https://www.careum.ch/dokumente/20181/68311/Paper+patient+Empowerment+Enope+Congress+2012/13764448-46d3-442e-ad13-5b6f9e1ef8ca> (4.1.2021).

Forston, C. & Tardiff, M., 2016. Keep your distance! Preventing distractions to reduce medication errors. *Kentucky Nurse*, 64(1), p. 5.

Geršak, K., Fras, Z. & Rems, M., 2016. Ali vemo kaj je dobra klinična smernica? *Zdrav Vestn*, 85, pp. 6–14.

Gomboc, Z., 2012. Sistem vodenja kakovosti v Splošni bolnišnici Murska Sobota. Uvajanje novo zaposlenih (interni akt).

Grönroos, C., 1984. A Service Quality Model and its Marketing Implications. *European Journal of Marketing*, 18 (4), pp. 36–44.

Hajdinjak, A. & Meglič, R., 2017. *Sodobna zdravstvena nega*. 2. dopolnjena izd., ponatis. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta, 2017.

Hajdinjak, A. & Meglič, R., 2001. Pomen standardov v sodobni zdravstveni negi. *Obzor Zdr N*, 35, pp. 29-35.

Hajnrih, B., Kadivec, S., Kramar, Z., Marušič, D., Mate, T., Poldrugovac, M., Prevolnik Rupel, V., Simčič, B. & Yazbeck A.M., 2009. *Priročnik za oblikovanje kliničnih poti*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.

Hopkins, P., 2010. *Fundamentals of Risk Management: Understanding, evaluating and implementing effective Risk Management* – Second edition. London, Kogan Page Limited.

Institute for Healthcare Improvement. 2009. *Effective Interventions to Reduce Rehospitalizations: A Survey of the Published Evidence* Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement.

Institute of Medicine, 1999. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington, DC: National Academy Press.

Institute of Medicine, 2001, *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington, DC: National Academy Press.

International. DNV GL, 2017. DNV GL standard, DNV-DS-HC102, Standard, Interpretive Guidelines and Surveyor Guidance, Januar 2017, Version 4.0. s. l.: DNV GL.

ISO 31000 Risk Management; Institute of Risk Management, <http://www.best-practice.com/risk-management-best-practices/risk-management-standards/iso-31000-risk-management/>

ISO/IEC 31010, ON Regel 49000-49003, Risk management; Risk management standard AS/NZS 4360:1999.

Ivanc, B., 2013. Poredbenopravni vidici akreditiranja zdravstvenih ustanov = Comparative legal aspects of accreditation of the health care providers. In: Cerjan S (ed.). VI. kongres pravnika u zdravstvu s međunarodnim sudjelovanjem, Makarska, 03. - 05. listopada 2013. godine, (Aktualna pravna problematika u zdravstvu, ISSN1847-7739, 2013). Varaždin: Udruga pravnika u zdravstvu. 52–65. [COBISS.SI-ID 4612715].

Johnson, M., Sanchez, P., Langdon, R., Manias, E., Levett-Jones, T., Weidemann, G., et al., 2017. The impact of interruptions on medication errors in hospitals: an observational study of nurses (abstract). *Journal of nursing management*. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28544351> [1. 6. 2017].

Kadivec, S., Bregar, B., Buček Hajdarevič, I., Černivec, J., Horvat, M. & Klemenc, D. et al., 2011. Strategija razvoja zdravstvene nege in oskrbe v zdravstvenem varstvu v RS za obdobje 2011–2020. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.

Karavasiliadou, S. & Athanasakis, E., 2014. An inside look into the factors contributing to medication errors in the clinical nursing practice. *Health Science Journal*, 8(1), pp. 32-44.

Kersnik, J., 2010. Kakovost v zdravstvu. Dostopno na: <http://www.drmed.org/index.php?k=14&n=723>

Kiauta, M., Poldrugovac, M., Rems, M., Robida, A. & Simčič, B., 2010. Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010-2015). Ljubljana, Slovenija: Ministrstvo za zdravje.

Marusic, D., 2010. In: Kiauta, et al., *Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010-2015)*. Ljubljana, Slovenija: Ministrstvo za zdravje.

Ministrstvo za zdravje, 2010. Konceptualni okvir za mednarodno klasifikacijo za varnost pacientov., Ljubljana: Prosunt.

Košćak Tivadar, B. & Filej, B., 2015. Empowerment of the patient to increase healthcare treatment quality. In: H. Čolković, ed. *Prvi mednarodni kongres fizioterapevtov Bosne in Hercegovine: konferenčni zbornik*, Mostar, 5.-7. junij 2015. Mostar: Zbornica fizioterapevtov Bosne in Hercegovine, pp. 23–29.

Košćnik, M. & Blažun, A., 2012. NIAHO in ISO9001v bolnišnicah: predstavitev izkušenj v Kliniki Golnik, Standarda NIAHO in ISO 9001 kot orodji vodenja. Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, zbornik Predavanj. Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. pp. 1–4.

Kramar, Z., & Marinšek, N., 2008. Varnostne vizite in razgovori o varnosti pomemben element pri zagotavljanju varnosti bolnikov. In: Z. Kramar, & A. Kraigher, eds., *Dejstvo za kakovost: zbornik predavanj, 2. strokovni seminar Dnevi Angele Boškin, Bled, 10. in 11. april 2008*. Jesenice, Slovenija: Splošna bolnišnica, pp. 80–84.

Kramar, Z. & Marinšek, N., 2010. Neskladnost pri razdeljevanju zdravil zaradi prekinitve. In: B. Skela Savič, ed. *Trajnostni razvoj zdravstvene nege v sodobni družbi – na raziskovanju temelječi razvoj zdravstvene nege: 3. mednarodna znanstvena konferenca, 16.-17. september 2010*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, pp. 153–161.

Kramar, Z., 2009. Timska predaja pacienta in posvet po viziti sta pomembna elementa osredotočenja na pacienta. In: Z. Kramar, ed. *7 kongres zdravstvene in babiške nege »Medicinske sestre in babice – znanje je naša moč«*. Ljubljana, 11.–13. maj 2009. Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice.

Kramar, Z., 2010a. Varnostne vizite in pogovori o varnosti pomemben element pri zagotavljanju varnosti bolnikov. In :Z. Kramar, & A. Kraigher, eds., *Učimo se varnosti od najboljših: prikaz dobrih praks: strokovni seminar: zbornik predavanj / 3. dnevi Angele Boškin, Gozd Martuljek, 22. in 23. 4. 2010*. Jesenice, Slovenija: Splošna bolnišnica, Visoka šola za zdravstveno nego, pp. 121–127.

Kramar, Z., 2010b. Notranja presoja/hadzor - pomemben element izboljšanja kakovosti v zdravstveni negi. In: M. Pajnkhiher, et al., eds. *Gradimo učinkovito in zmogljivo zdravstveno nego: zbornik predavanj 1. mednarodne znanstvene konference društva medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Maribor, Maribor, 03. in 04. junij 2010* Maribor, Slovenija: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, Ljubljana, Slovenija: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 145-150.

Kramar, Z., 2010c. Varnostne vizite in pogovori o varnosti pomemben element pri zagotavljanju varnosti bolnikov. V Z. Kramar, & A. Kraigher (Ured.), *Učimo se varnosti od najboljših: prikaz dobrih praks: strokovni seminar: zbornik predavanj / 3. dnevi Angele Boškin, Gozd Martuljek, 22. in 23. 4. 2010.* (str. 121–127). Jesenice, Slovenija: Splošna bolnišnica, Visoka šola za zdravstveno nego.

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

Kramar, Z., 2016. Zagotavljanje varnosti in kakovosti v pediatrični zdravstveni negi. *Slov Pediatr*, 23: 103–112.

Kramar, Z., Ažman, M. & Vojnovič, A., 2018. Strokovni nadzori s svetovanjem kot del javnega pooblastila Zbornice – Zveze v procesu zagotavljanja kakovosti in varnosti zdravstvene in babiške nege. In B. Gunčar, G. Žargi, eds. *Skupaj rastemo s kakovostjo: zbornik referatov / 27. letna konferenca SZKO, 8. in 9. november 2018, Portorož, Slovenija: Slovensko združenje za kakovost in odličnost, 2018, pp. 208–214.*

Krešič, V., 2013. Komunikacija u sestrinstvu- medljudski odnosi zdravstvenih djelatnika. *Sestrinski glasnik*, 2013, pp.41-43

Kreže, T., 2008. *Standardizacija in kakovost.* Maribor: Fakulteta za strojništvo. p. 55.

Kymre, K., 2012. Validity of the patient safety climate items from the RN4CAST survey compared with the SAQ. Internal consistency, concurrent validity and inter-rater reliability. Master thesis. Oslo: The faculty of medicine, Department of health management and health economics. Dostopno na: <https://pdfs.semanticscholar.org/a6ca/d0279270be6f3fb97a5b371424bc1a609907.pdf> (13.10.2021).

Luksemburška deklaracija, 5. april 2005, Svet EU - odbor ministrov - Priporočilo Rec (2006) 7, Priporočila Sveta 9. junij 2009.

Leape, L. L., Woods, D. D., Hatlie, M. J., Kizer, K. W., Schoeder, S. A., & Lundberg, G. D., 1998. Promoting patient safety by preventing medical error. *JAMA: the Journal of American Medical Association*, 280, pp. 1444–1447.

Leva, K. & Pahor, M., 2013. Sodelovanje med poklicnimi skupinami v zdravstvenih timih radiološkega oddelka in kirurške ambulante pri obravnavi urgentnega pacienta. Izvirni znanstveni članek, 30(2), p. 20. Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, 2006. Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu. (1. izd.). Ljubljana. p. 39.

Ministrstvo za zdravje, 2016a. Okvirna izhodišča za Zakon o kakovosti in varnosti v zdravstvu – javna razprava.

Ministrstvo za zdravje, 2016b. Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016-2025 »Skupaj za družbo zdravja« (ReNPZV16-25), Ur L RS št. 25/2016. Dostopno na: <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/2016-01-0999?sop=2016-01-0999>. (13.10.2021).

Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, 2017a. Vodenje kakovosti in akreditacije. Dostopno na: http://www.mz.gov.si/si/delovna_podrocja_in_prioritete/zdravstveno_varstvo/kakovost_in_varnost/vodenje_kakovosti_in_akreditacije/ (12.12.2020).

Ministrstvo za zdravje Republike Slovenija, 2017b. Model vzpostavitve sistema akreditacije zdravstvenih ustanov v Sloveniji. Ljubljana, Ministrstvo za zdravje.

Mrakar, J., & Pleterski Rigler, D., 2011. Vpliv izobraževanja zaposlenih na razvoj varnostne kulture v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana. In: Z. Kramar, B. Skela Savič, et al., eds., *Varnost - rdeča nit celostne obravnave pacientov : strokovno srečanje : zbornik prispevkov / 4. dnevi Angele Boškin, Gozd Martuljek, 07. in 08. april, 2011.* Jesenice, Slovenija: Splošna bolnišnica, Visoka šola za zdravstveno nego, pp. 38–44.

Mumel, D., 2008. Komuniciranje v poslovnem okolju. Maribor: De Vesta.

Možina, S., et al., 2004. Poslovno komuniciranje evropske razsežnosti. 2.dopolnjena izdaja. Obzorja, Maribor.

Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010-2015). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, 2010. Dosegljivo na: Nacionalna_strategija_kakovosti_in_varnosti_v_zdravstvu_2010-2015.pdf (gov.si)[14.10.2021].

National Patient Safety Agency, 2009. Safety in doses. Improving the use of medicines in the NHS. Learning from national reporting 2007. London: NPSA.

NHS Institute for Innovation and Improvement, 2013. Quality and Service Improvement Tools. SBAR - Situation - Background - Assessment - Recommendation. NHS Institute for Innovation and Improvement, 2008. http://www.institute.nhs.uk/quality_and_service_improvement_tools/quality_and_service_improvement_tools/sbar_-_situation_-_background_-_assessment_-_recommendation.html (14.10.2021).

Nute, C., 2014. Reducing medication errors. *Nursing Standards*, 29(12), pp. 45–51.

Ovijač, D., 2007. Medpoklicno sodelovanje medicinskih sester, zdravstvenih tehnikov in zdravnikov, Magistrsko delo.

Ovijač, D., 2012. Medpoklicno sodelovanje in etika v zdravstvu. *Obzor Zdrav Neg*, 46(4), pp.297–301.

Pahor, M., 2006. Sodelovanje v zdravstvu kot predmet preišljevanja, pojasnjevanja in ukrepanja. In: Kvas A, Pahor M, Klemenc D, Šmitek J, eds. Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu: priložnost za izboljšanje kakovosti: zbornik z recenzijo. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana.

Pahor, M. 2014. medpoklicno sodelovanje v zdravstvenih timih. V Zavezniki za zdravje: medpoklicno sodelovanje v zdravstvenih timih, ur. Majda Pahor, Ljubljana: Zdravstvena fakulteta.

Parker, D., Mathew, L., & Hudson, P., 2006. A framework for understanding the development of organizational Safety Culture. *Safety Science*, 44, pp. 551–562.

Parry, J., 2011. Improving Clinical Communication Using SBAR. [pdf] 1000 Lives Plus Available at: <http://www.1000livesplus.wales.nhs.uk/sitesplus/documents/1011/T4%20%283%29%20SBAR.pdf> [4.1. 2021].

Piskar, F. & Dolinšek, S., 2006. Učinki standarda kakovosti ISO: od managementa kakovosti do poslovnega modela. Koper: Fakulteta za management, pp. 164–166.

Pribaković Brinovec, R., Masten-Cuznar, O., Ivanuša, M., Leskošek, B., Pajntar, M., Poldrugovac, M. et al., 2010. *Priročnik o kazalnikih kakovosti*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje. pp. 64–196.

Pravilnik o izvajanju strokovnega nadzora s svetovanjem v dejavnosti zdravstvene in babiške nege. Uradni list republike Slovenije št. 3/2016.

Pronovost, P. J., Berenholtz, S. M., Goeschel, C. A., Needham, D. M., Sexton, J. B., Thompson, D. A., & et al., 2006. Creating High Reliability in Health Care Organizations. *Health Services Research*, 41, pp. 1599–1617.

Priporočila in vodila za izvajanje strokovnih nadzorov s svetovanjem v zdravstveni in babiški negi Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Avgust 2018.

Rakovec Felser, Z., 2014. Bolnikovo sodelovanje med zdravljenjem. V: Kvas, A.,Sima, Đ., Požun,P., Lokajner,G., Kobentar, R. (ured.), Zbornik prispevkov 15.simpozija z mednarodno udeležbo: Prenos informacij v zdravstveni in babiški negi. Ljubljana, Slovenija: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, p. 55.

Reason, J., 1990. *Human Error*. Cambridge: University Press, Cambridge.

Reason, J., 1997. *Managing the Risk of Organizational Accidents*. Aldershot, Velika Britanija: Ashgate.

Reason, J., 2005. Safety in the operating theatre – Part 2: Human error and organisational failure. *Quality & safety in health care*, 14, pp. 56–61.

Rems, M., 2008. Kam nas usmerjajo kazalniki kakovosti?. In: Z. Kramar, & A. Kraigher (Ured.), *Dejstvo za kakovost: zbornik predavanj, 2. strokovni seminar Dnevi Angele Boškin, Bled, 10. in 11. april 2008*, (Jesenice, Slovenija: Splošna bolnišnica, pp. 29–34.

Rems, M., 2012. Motiti se, je človeško. Kje je mesto za kakovost? Višji standard v sterilizaciji - višja varnost: sterilizacija, srce bolnišnice .In: A. Žagar, zbornik predavanj, Ptuj, 12. in 13. april 2012 / Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v sterilizaciji, pp. 8–12.

Rems, M., 2013. Akreditacija: mit ali dejstvo? Dostopno na: <http://www.planetgv.si/clanki/akreditacija-mit-dejstvo> (14.10. 2021).

Robida, A., 2004. Opozorilni nevarni dogodki: kakovost v zdravstvu. *Zdravniški Vestnik*, 73(9), pp. 681–687.

Robida A., 2009. Pot do odlične zdravstvene prakse: vodnik za izboljšanje kakovosti in presoje lastne prakse. Ljubljana, Slovenija: GV Planet, pp. 24–51.

Robida, A., 2010. Varnostni zaplet pri pacientu - nova znanost, stara praksa. V J. Reberšek Gorišek & S. Kraljič, eds., *Odgovornost v zdravstvu – 19. posvetovanje - Medicina in pravo*, Maribor, 26. in 27. marec 2010. Maribor, Slovenija: Univerzitetni klinični center, pp. 18–25.

Robida, A., 2011. Kako priti do večje varnosti pacientov? V Z. Kramar, B. Skela Savič, & et al., eds, *Varnost – rdeča nit celostne obravnave pacientov – 4. dnevi Angele Boškin: strokovno srečanje*. Gozd Martuljek, 7. – 8. April 2011. Jesenice, Slovenija: Splošna bolnišnica, Visoka šola za zdravstveno nego, pp. 26-32.

Robida, A., 2012a. *Kriminalizacija človeških napak v zdravstvu - Rešitev ali poguba za paciente*. Ljubljana: Prosunt.

Robida, A., 2012b. Odkloni, napake, kultura obtoževanja in pravična kultura. V M. Bahun, Z. Kramar, B. Skela Savič (ured.). *Trajnostni razvoj na področju kakovosti in varnosti – povezava med akreditacijo in varno ter kakovostno obravnavo pacientov - 5. dnevi Angele Boškin: Strokovno srečanje*. Kranjska Gora, 20. in 21. september 2012, Jesenice, Slovenija: Splošna bolnišnica, Visoka šola za zdravstveno nego, pp. 40-46.

Robida, A., 2013. Napake pri zdravstveni obravnavi pacientov: sistematična analiza globljih vzrokov napak in njihovo preprečevanje: priročnik: Root cause analysis RCA / Andrej Robida. – 1. izd. Bled : Center za izboljševanje kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave, Prosunt, pp. 114. Robida, A., Poldrugovac, M., Kramar, Z., Senčar, M. & Simčič, B., 2015. Teze za zakon o kakovosti zdravstvene obravnave, varnosti pacientov in osredotočanju na paciente in njihove svojce. Nacionalna mreža NVO s področja javnega zdravja 25 x 25. Dostopno na: http://ss1.spletnik.si/4_4/000/000/45e/f63/Teze--za--zakon-o-kakovosti-zdravstvene-obravnave-Sprejeto-.pdf (14.10.2021).

Robida, A., Grabar, D. & Simčič, B., 2020. Osnove kakovosti in varnosti v zdravstvu. Ministrstvo za zdravje, Republika Slovenija.

Rockville, MD. 2021. What Is Patient Experience? Agency for Healthcare Research and Quality. Dosegljivo: <https://www.ahrq.gov/cahps/about-cahps/patient-experience/index.html>

encRooney, A., & van Ostenberg, PR., 1999. Definitions of licensure, accreditation, and certification. In: Quality assurance project: licensure, accreditation, and certification. Bethesda: Center for human services, p. 3.

Rožman, J., & Robida, A., 2014. Izboljšave procesov v zdravstvu na znanstvenih osnovah s statistično kontrolo procesov. *Zdrav Vest*, 83, pp 18-27. Dostopno na: <http://vestnik.szd.si/index.php/ZdravVest/article/view/1072/869> [08.10.2021]

Santos, P. R., Rossi Rocha, F. L. & Sampaio, C. S., 2019. Actions for safety in the prescription, use and administration of medications in emergency care units. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 40(esp), e20180347. Available at: http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v40nspe/en_1983-1447-rgenf-40-spe-e20180347.pdf [14.10.2021].

Slovenski inštitut za standardizacijo, 2008. SIST EN ISO 9001:2008. Quality management systems– Requirements; Sistemi vodenja kakovosti – Zahteve. Ljubljana: Slovenski inštitut za standardizacijo.

Slovenski inštitut za standardizacijo., 2015. Slovenski standard SIST EN ISO/IEC 17021-1.

Ministrstvo za zdravje, 2003. Slovenski priročnik za smernice. Ljubljana; 2003. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.

Svet Evrope, 2006. *Priporočilo Odbora ministrov državam članicam o ravnanju z varnostjo pacientov in preprečevanju neželenih dogodkov v zdravstvu*. Strasbourg, Francija: Svet Evrope.

Simčič, B., Poldrugovac, M. & Marušič, D. 2011. Kazalniki kakovosti in akreditacija kot orodja za vodenje. *Bilt – Ekon Organ Inform Zdrav*, ; 27(1), pp.29-49.

Škrabec, J., 2009. Odličnost vodenja kot naložba za prihodnost. In: Z. Lekič, G. Žargi, & A. Trebar, eds., *Kakovost ustvarja razliko: zbornik referatov / Slovensko združenje za kakovost in odličnost*, 18. letna konferenca, Bernardin, 12. in 13. november 2009. Ljubljana, Slovenija: Slovensko združenje za kakovost in odličnost.

Štandeker, N., 2012. *Certifikati kakovosti v bolnišnicah*. Kranj: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede. Magistrsko delo.

Štraus, P., 2017. Poškodba pri delu ali neprevidno delo. *Bolje*, 26, pp. 42–43.

Tomšič, B., Tomšič, J. & Tomšič, J., 2015. Sistem vodenja kakovosti v storitvenih organizacijah zdravstvenega varstva. *Revija za univerzalno odličnost*, 4(3), pp. A31–A46.

Tušar, S., 2010. Učenje skozi obravnavo opozorilnih nevarnih dogodkov. In: Z. Kramar, & A. Kraigher, eds., *Učimo se varnosti od najboljših: prikaz dobrih praks: strokovni seminar: zbornik predavanj / 3. dnevi Angele Boškin, Gozd Martuljek*, 22. in 23. 4. 2010. Jesenice, Slovenija: Splošna bolnišnica, Višoka šola za zdravstveno nego, pp. 121–127.

Ule, M. 2005. *Psihologija komuniciranja*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Ustava Republike Slovenije, Ur L RS, št. 33/91-I, 42/97 – UZS68, 66/00 – UZ80, 24/03 – UZ3a, 47, 68, 69/04 – UZ14, 69/04 – UZ43, 69/04 – UZ50, 68/06 – UZ121, 140, 143, 47/13 – UZ148, 47/13 – UZ90, 97, 99 in 75/16 – UZ70a

Vincent, C., 2010. *Patient Safety* (2. izd.). Chichester, Velika Britanija: Wiley-Blackwell.

Zaletel, M., 2014. Pomen kliničnih smernic v zdravstveni negi. Zaletel/ Rehabilitacija letnik XIII, supplement 1. Ljubljana: Univerza v Ljubljani: Zdravstvena fakulteta.

Zakon o varstvu in zdravju pri delu (ZVZD-1), 2011. Uradni list Republike Slovenije št. 43.

ZDR – Zakon o delovnih razmerjih, Ur L RS 21/13, 78/13 – popr. 47/15 – ZZSDT, 33/16 – PZ-F, 52/16, 15/17 – odl. US in 22/19 – ZposS.

ZPacP – Zakon o pacientovih pravicah, Ur L RS, št. 15/08 in 55/17.

ZZDej-K – Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstveni dejavnosti, Ur L RS, št. 64/17.

Weaver, SJ., Lubomski, LH., Wilson, RF., Pfoh, ER., Martinez, KA. & Sydney, M., 2013. Promoting a culture of safety as a patient safety strategy. *Ann Intern Med*, 158, pp. 369-374.

Werner, N.E., Nelson, E.T. & Boehm-Davis, D.A., 2012. Human factors methods to reduce medication error: using task analysis in a pediatric and adult pharmacy. *Work*, 4(1), S 5665– S5667.

Yoder, M., 2012. The effect of a safe zone on nurse distractions, interruptions and medication administration errors. *Western Journal of Nursing Research*, 34(8), pp. 1068–1069.



5.

Slaba vest in izgorelost medicinskih sester v enotah intenzivne nege in terapije (11 strani)

.....
..... **PRILOGA 5**

Izvirni znanstveni članek/Original scientific article
(2021. Obzornik zdravstvene nege, 55(3), pp. 169–179)

Izvirni znanstveni članek / Original scientific article

Slaba vest in izgorelost medicinskih sester v enotah intenzivne nege in terapije Stress of conscience and burnout of nurses in intensive care units

Saša Šajn Lekše^{1, *}, Rok Drnovšek², Alenka Žibert², Marija Milavec Kapun³

Ključne besede: stres na delovnem mestu; izgorevanje na delovnem mestu; intenzivna zdravstvena nega; duševno zdravje

Key words: workplace stress; workplace burnout; intensive care nursing; mental health

¹ Zdravstveni dom Ljubljana, Metelkova ulica 9, 1000 Ljubljana, Slovenija

² Univerzitetni klinični center Ljubljana, Zaloška cesta 7, 1000 Ljubljana, Slovenija

³ Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Zdravstvena pot 5, 1000 Ljubljana, Slovenija

Članek je nastal na osnovi prispevka predstavljenega na konferenci Fakultete za vede o zdravju, ki je potekala v Portorožu 22. septembra 2017.

IZVLEČEK

Uvod: Vest je večdimenzionalni koncept, zaradi katerega se medicinska sestra more zavedati manj kakovostne oskrbe bolnika in lastnih omejitev. Delovanje v nasprotju z lastno vestjo lahko vodi v izgorelost. Namen raziskave je bil prikazati povezanost bremena vesti in izgorelosti med zaposlenimi v intenzivni zdravstveni negi.

Metode: Izvedena je bila presečna raziskava na priložnostnem vzorcu 46 medicinskih sester. Uporabljen je bil vprašalnik *Stress of Conscience* (slovensko »Slaba vest«). Vprašalnik je pokazal visoko notranjo skladnost (Cronbach $\alpha = 0,875$). Podatki so bili zbrani v decembru 2017 in obdelani s programsko opremo IBM SPSS Statistics 23. Analizirani so bili z opisno in bivariatno statistiko. Uporabljeni so bili Fisherjev natančni test, T-test dveh neodvisnih vzorcev oziroma Mann-Whitneyev U-test ter enosmerna ANOVA.

Rezultati: Starost in spol statistično značilno vplivata na breme vesti ($p = 0,048$ za starost oziroma $p = 0,005$ za spol). Statistično značilnih vplivov spola, starosti, trajanja zaposlitve ali izobrazbe na prisotnost števila simptomov izgorelosti raziskava ni pokazala. Z izgorelostjo je najbolj povezan ($r = 0,503$, $p < 0,001$) vpliv delovnega okolja na zasebno življenje.

Diskusija in zaključek: Slaba vest je prisotna med medicinskimi sestrami v enotah intenzivne nege in terapije. Medicinskim sestram povzročajo slabo vest številni dejavniki. Raziskava je pokazala, da večje breme vesti povečuje število simptomov izgorelosti. Nadaljnje raziskovalno delo je smiselno usmeriti v zmanjševanje bremena vesti in izgorelosti.

ABSTRACT

Introduction: Conscience is a multidimensional concept allowing nurses to be aware of lower quality care of their patients as well as their own limitations. Acting against one's conscience can lead to burnout. The aim of the study was to investigate the link between the stress of conscience and burnout of nurses working in intensive care.

Methods: A cross-sectional survey was conducted on a convenience sample of 46 nurses. A Swedish questionnaire Stress of Conscience was used. The questionnaire showed high internal validity (Cronbach $\alpha = 0.875$). Data were collected in December 2017 and analysed with IBM SPSS Statistics 23. Descriptive and bivariate statistics were used in data analysis. Fisher exact test, T-test of two independent samples, Mann-Whitney U test and one-way ANOVA were used.

Results: Respondent's age and gender had a statistically significant effect on the overall stress of conscience ($p = 0.048$ for age, $p = 0.005$ for gender). The study showed no statistically significant effects on gender, age, duration of employment or education level on the presence of burnout symptoms. The effects of the work environment on private life showed most connection with burnout ($r = 0.503$, $p < 0.001$).

Discussion and conclusion: Stress of conscience is present among nurses working in intensive care units. Nurses are confronted with many stressors that cause stress of conscience. The study has showed that stress of conscience can increase the presence of burnout symptoms. Further research should focus on minimizing the stress of conscience and burnout.



Prejeto / Received: 11. 12. 2020
Sprejeto / Accepted: 30. 8. 2021

Uvod

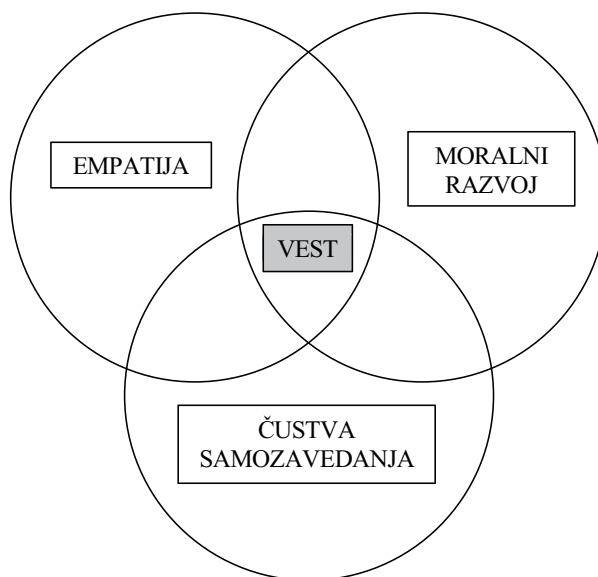
Medicinske sestre z zavestno odločitvijo za kariero v praksi zdravstvene nege vstopajo v fizično in socialno naporno delovno okolje, kjer se pogosto srečujejo s finančnimi, materialnimi in kadrovskimi omejitvami. Čeprav so poklicne vloge medicinske sestre raznovrstne, je zdravstvena nega najpogosteje razumljena kot pomoč bolniku pri zadovoljevanju njegovih potreb v zvezi z zdravjem. Pri svojem delu se morajo vsakodnevno odločati, kako ravnati v konkretni situaciji, pri čemer želijo biti čim bolj strokovne, humane in učinkovite (Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2013).

Pomembni vidiki v procesu odločanja so: odgovornost, zadostni človeški in materialni viri, izobrazba, profesionalni standardi, premišljenost in preudarnost. Medicinska sestra mora slediti etičnemu kodeksu, ki vključuje moralne principe, kot so: zvestoba, lojalnost, dobronamernost, verodostojnost ter spoštovanje dostojanstva, vrednosti in samostojnosti bolnikov. Tehnologija in pripomočki so le dodatek, ki ne more nadomestiti znanja in kompetenc medicinskih sester. Medicinska sestra mora torej odgovarjati za svoje odločitve tudi v primeru, ko tehnologija odpove (American Nurses Association, 2015).

Vest in občutek slabe vesti

Koncept vesti ima zapleteno večtisočletno zgodovino. Moderne filozofske smeri jo načeloma definirajo kot skupek treh dimenzij: moralne logike, moralnega občutka in moralne motivacije. Zaradi logične komponente vest ne more biti le moralna občutljivost osebe, temveč je nekaj, kar se lahko oblikuje in uporablja v moralnem dialogu, in je posledično poleg medicinske etike bistvena v profesionalnem in javnem življenju. Vest je ultimativna moralna avtoriteta za vsakega posameznika, saj ima vsak moralno odgovornost do ravnanja v skladu s svojimi moralnimi prepričanji (Kaldjian, 2019). Vest je večdimenzionalni koncept, ki se na začetku življenja prične oblikovati s pomočjo staršev in njihovih vrednot. V življenju jo oblikujejo kognitivni, afektivni, socialni, motivacijski in drugi dejavniki. Pri zgodnjem razvoju osebe je ključen temperament, ki ga sestavljajo občutek strahu, empatije in zavestnega nadzora (Thompson, 2014). Vest lahko po Schalkwijku (2018) konceptualiziramo tudi kot stičišče med empatijo, moralnim razvojem in čustvi samozavedanja (npr. občutkom krivde, sramu ipd.) (Slika 1).

Churchill (2019) meni, da je vest ravno tako zmotljiva kot naše logično sklepanje, prepoznavanje naših čustev, uporaba široke in empatične domišljije, moralni spomin ali katera koli druga kapaciteta, ki jo vključujemo v svojo etično presojo. Za medicinske



Slika 1: Delovanje vesti (Schalkwijk, 2018)

Figure 1: Functioning of conscience (Schalkwijk, 2018)

sestre je vest gonilna sila in vodilo za kakovostno in etično odgovorno izvajanje poklica. Zdravstvena nega temelji na visokih moralnih načelih, ki zahtevajo najvišjo stopnjo kakovosti opravljenega dela. Zaradi vesti se je medicinska sestra sposobna zavedati manj kakovostne oskrbe bolnika, si postavlja meje, preko katerih ne namerava iti, in upošteva omejitve zunanjega nadzora svojega dela (Cleary & Lees, 2019). Za medicinsko sestro je poleg znanja in izkušenj tudi vest lahko pomemben dejavnik sprejemanja odločitev na delovnem mestu. Medicinske sestre v kanadski raziskavi (Lamb, Evans, Babenko Mould, Wong, & Kirkwood, 2019) so vest opredelile kot nekaj, kar jim omogoča ločevanje med dobrim in slabim in jih nato vodi k ustreznim dejanjem. Če medicinska sestra deluje v nasprotju s svojo vestjo, to lahko povzroči neželen stres.

Stres in izgorelost na delovnem mestu

Stres je fiziološki, psihološki in vedenjski odziv posameznika, ki je izpostavljen stresorjem. Stresni odziv je adaptivna funkcija organizma (Engert, Linz, & Grant, 2019), ki se vzpostavi nenadno, vendar ob dlje časa trajajoči izpostavljenosti stresorju lahko preide v kronično stanje. Stres največkrat razumemo kot negativen pojav, čeprav je možno doživljati tudi pozitivni stres (evstres), kot je ugotavljal že Selye (1976). Dolgotrajni negativni stres (distres) je povezan s preobremenjenostjo ter se kaže v spremenjenem zdravju, mišljenju, čustvovanju in vedenju. V distresu je posameznik, ki ne more ustrezno vplivati na razmere, katerim je izpostavljen, oziroma se znajde v stiski, s katero se težko sooča (Hafner & Ihan, 2014). Nekateri

avtorji menijo, da je definicija evstresa sicer premalo jasna in da se evstres glede vpliva na učinkovito delovanje organizma ne razlikuje od distresa, zato bi bilo treba oba obravnavati enako in ju poimenovati z enotnim izrazom »stres« ter opustiti izraza »distres« in »evstres« (Bienertova-Vasku, Lenart, & Scheringer, 2020).

Izgorelost je končna posledica dlje časa trajajočega stresa na delovnem mestu (Hafner & Ihan, 2014), ki jo najpogosteje povezujemo s skrbstvenimi poklici, pa tudi z vojniki in vodilnimi kadri (Lubbadeh, 2020). Izgorelost se pojavi, kadar prihaja do neskladja med naravo dela in naravo človeka. Dejavniki neskladja so: preobremenjenost, pomanjkanje nadzora, nezadostno nagrajevanje, odsotnost trdne delovne skupnosti, pomanjkanje poštenosti in konflikti vrednot. Za odpravljanje neskladij je treba delovati na vse dejavnike (Maslach & Leitner, 2016).

Izgorelost v zdravstveni negi

O občutenju stresa na delovnem mestu poroča približno tretjina medicinskih sester. Na delovnem mestu medicinske sestre so najpogostejši stresorji preobilica dela, neudeležba v procesu sprejemanja odločitev, prenizko plačilo in slaba podpora nadrejenih (Conradie et al., 2017; Lee & Kim, 2020). Stalni stres lahko vodi do izgorelosti, ki negativno vpliva tako na medicinsko sestro kot tudi na bolnike. Izgorelost medicinskih sester vpliva tudi na vzdušje v timu in razmere v delovnem okolju (Kim et al., 2020). Med zaposlenimi se lahko zaradi izgorelosti pojavijo depresija, zmanjšana kognitivna sposobnost, absentizem, manjši profesionalizem, zloraba substanc in posledično večja verjetnost strokovnih napak (Maslach & Leitner, 2016; Garcia et al., 2019). Popolna izgorelost je stanje fizične, čustvene in psihične izčrpanosti. V enajsti izdaji mednarodne klasifikacije bolezni (ICD-11, cited in Woo, et al., 2020) je opredeljena kot poklicni fenomen in s tem prepoznana kot resen zdravstveni problem. Izgorela oseba, ki ne poišče pomoči, je bolj ogrožena za pojav depresije, anksioznih motenj, samomorilnega vedenja, možganske kapi in srčnega infarkta (Traunmüller et al., 2019).

V Sloveniji sta stres in izgorelost medicinskih sester že bila raziskovana na različnih področjih zdravstvene nege. Stres občuti velika večina medicinskih sester, ki so sodelovale v dosedanjih raziskavah. Najbolj jih prizadanejo tragični dogodki in pomanjkanje kadra, kar vodi tudi v pojav simptomov izgorelosti, kot so utrujenost, nespečnost, glavobol, bolečine v križu, občutki jeze (Šotirov & Železnik, 2011; Kugonič, 2013; Nemeč & Čuček Trifkovič, 2017; Starc, 2018). Varovalno lahko učinkujejo supervizije in zadovoljstvo na delovnem mestu. Pri medicinskih sestrah z višjo stopnjo zadovoljstva z delom je sodelovanje znotraj tima bolj učinkovito; boljši so tudi njihovi medosebni odnosi v timu. Tudi supervizije so možen način reševanja problematike, saj bi se bilo kar tri četrtine

vprašanih medicinskih sester pripravljenih udeležiti supervizijskih srečanj (Prosen, 2010).

Enota intenzivne nege in terapije (EINT) je specializiran oddelek v bolnišničnih ustanovah, kjer poteka oskrba najzahtevnejših in življenjsko ogroženih bolnikov. Slovenske EINT so razdeljene na tri stopnje: stopnjo I, II in III (Kodila, 2008). Naša raziskava je preučevala medicinske sestre, ki so zaposlene v najbolj kompleksnih enotah EINT – stopnja III. Dve najpomembnejši indikaciji za sprejem bolnika v EINT sta: nestabilno stanje z zmanjšanim delovanjem življenjsko pomembnega organa in/ali velika nevarnost za nastanek resnega zapleta. Obravnava teh bolnikov zahteva intenzivno in kompleksno zdravljenje ter nego, saj potrebujejo neprekinjen nadzor vitalnih funkcij in intenzivne terapevtske ukrepe. V EINT bolnike oskrbuje multidisciplinarno osebje, posebej usposobljeno na področju intenzivne medicine in zdravstvene nege (Mavsar-Najdenov, 2011). V EINT so medicinske sestre vsakodnevno izpostavljene zapletenim situacijam, ki delujejo kot stresorji. V času epidemije COVID-19 se jasno kaže, kako se že tako velike delovne obremenitve v EINT še dodatno povečajo (Lucchini et al., 2020).

Namen in cilji

Namen raziskave je bil raziskati povezanost vesti in izgorelosti med zaposlenimi v EINT. Cilj raziskave je bil ugotoviti vpliv občutenja slabe vesti na prisotnost simptomov izgorelosti na vzorcu medicinskih sester, zaposlenih v EINT tretje stopnje. Z našo raziskavo smo želeli preveriti sledeči hipotezi:

H1: Zaposleni v EINT na svojem delovnem mestu občutijo breme vesti.

H2: Pri medicinskih sestrah v EINT je občutek bremena vesti povezan z izgorelostjo.

Metode

Uporabljena je bila kvantitativna deskriptivna metoda raziskovanja. Izvedena je bila presečna raziskava med medicinskimi sestrami, zaposlenimi v dveh EINT. Podatki so bili zbrani z anketiranjem.

Opis instrumenta

Uporabljen je bil vprašalnik *Stress of Conscience Questionnaire* (SCQ), ki ga je v sklopu sestavljenega vprašalnika v slovenski jezik prevedlo Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana (Pahor & Peternelj, 2003). Demografska vprašanja so bila ravno tako povzeta po sestavljenem vprašalniku: zanimali so nas starost, spol, stopnja izobrazbe in delovna doba. SCQ je validiran in predhodno večkrat uporabljen merski instrument za merjenje bremena vesti (Glasberg et al., 2006). Slovenska različica je bila izvirno del širše raziskave in je merila slabo vest, zato

se tudi prevod v anketi, v kateri je vprašalnik prvič uporabljen v slovenskem jeziku, imenuje le »Slaba vest«. Zanesljivost slovenskega prevoda smo preverili s pomočjo Cronbach alfa testa, ki preverja korelacijo med trditvami znotraj posameznih sklopov vprašanj. Cronbach alfa koeficient je znašal 0,875, kar pove, da vprašalnik zanesljivo meri izbrane spremenljivke. Vrednost koeficienta naj bi naraščala glede na število spremenljivk v izbrani lestvici, na splošno naj bi bile zanesljive vrednosti koeficienta med 0,65 in 0,80, žal pa ni mogoče govoriti o absolutni zanesljivosti (Vaske et al., 2017).

Vprašalnik sestavlja deset domen o pogostosti srečevanja s stresnim dejavnikom. Vsaka domena je razdeljena na osnovno kategorijo A in podkategorijo B, ki je enaka pri vseh desetih vprašanjih. V kategoriji A anketiranec na šeststopenjski Likertovi lestvici oceni pogostost srečevanja s stresnim dejavnikom na delovnem mestu. V kategoriji B anketiranec na številskem traku označi moč občutka slabe vesti, ki ga doživlja povezano s stresnim dejavnikom. Breme vesti je nova spremenljivka, ki je zmnožek odgovorov iz kategorij A in B, torej zmnožek izbrane vrednosti na ordinalni lestvici pogostosti doživljanja stresnega dejavnika in izmerjena razdalja od ničte točke do oznake na traku, ki predstavlja moč občutka slabe vesti.

Najpogostejše simptome izgorelosti po posameznih stopnjah izgorelosti (Inštitut za razvoj človeških virov, 2018) smo zbrali v vprašanju izbirnega tipa,

kjer so anketiranci poročali o občutenju simptomov izgorelosti v zadnjih šestih mesecih, tako da so lahko izbirali med sledečimi možnimi odgovori: kronična utrujenost, motnje spanja, težave s prebavili, izčrpanost, glavoboli, bolečine, bes / jeza, depresivni občutki, tesnoba, odpor do dela, občutek odtujenosti, ne čutim simptomov izgorelosti in drugo.

Opis vzorca

Za namene raziskave smo uporabili priložnostno vzorčenje. V raziskavo smo želeli vključiti del populacije medicinskih sester, ki opravljajo delo v EINT na terciarni ravni zdravstvene dejavnosti v Sloveniji. K sodelovanju v raziskavi je privolil terciarni center v JV Sloveniji, kjer imajo dve EINT za najzahtevnejše bolnike: oddelek za anesteziologijo, intenzivno terapijo in terapijo bolečin in oddelek za intenzivno interno medicino. Vprašalnik smo posredovali odgovornima medicinskima sestrama na obeh oddelkih. Te so jih razdelile vsem medicinskim sestram, ki so v tistem času opravljale delo na oddelkih. Izpolnjen vprašalnik je vrnilo 46 anketirancev, od tega 33 zaposlenih na oddelku za anesteziologijo, intenzivno terapijo in terapijo bolečin ter 13 zaposlenih na oddelku za intenzivno interno medicino, s 54 % realizacijo vzorca.

Največ sodelujočih je bilo starih med 27 in 55 let ($n = 27$), pri čemer je bilo 4,4 odstotka starejših od 55 let in 6,7 odstotka mlajših od 26 let. Anketiranci so v večinskem deležu zaključili visokošolsko stopnjo

Tabela 1: Demografski podatki

Table 1: Demographic data

<i>Demografska spremenljivka / Demographic variable</i>	<i>Oddelek za anesteziologijo, intenzivno terapijo in terapijo bolečin / Department of anaesthesiology, intensive care and pain management</i> <i>n (%)</i>	<i>Oddelek za intenzivno interno medicino / Department of internal intensive medicine</i> <i>n (%)</i>
Spol		
Moški	9 (27,3)	2 (15,4)
Ženski	24 (72,7)	11 (84,6)
Starost		
18–26 let	3 (9,4)	0 (0,0)
27–41 let	23 (71,9)	4 (30,8)
42–55 let	4 (12,5)	9 (69,2)
Več kot 55 let	2 (6,3)	0 (0,0)
Trajanje zaposlitve		
0–6 mesecev	0 (0,0)	1 (7,7)
7–12 mesecev	6 (18,2)	1 (7,7)
1–3 leta	3 (9,1)	0 (0,0)
4–8 let	6 (18,2)	3 (23,1)
Več kot 9 let	18 (54,5)	8 (61,5)
Najvišja dosežena izobrazba		
Srednješolska	6 (18,2)	4 (30,8)
Visokošolska	26 (78,8)	8 (61,5)
Podiplomska	1 (3,0)	1 (7,7)

Legenda / Legend: n – število / number; % – odstotek / percentage

izobrazbe ($n = 34$), sledili so anketiranci z najvišjo doseženo srednješolsko izobrazbo ($n = 10$) in dva anketiranca, ki sta dokončala magisterij oziroma doktorat. Sodelujoči na oddelku za anesteziologijo, intenzivno terapijo in terapijo bolečin so bili statistično značilno mlajši od sodelujočih na oddelku za intenzivno interno medicino ($p = 0,002$), kjer je bilo največ sodelujočih v starostni skupini 42–55 let ($n = 9$). Statistično značilnih razlik med vključenima oddelkoma v spolu, trajanju zaposlitve in najvišji doseženi stopnji izobrazbe nismo zaznali. Frekvenčne porazdelitve opisnih spremenljivk anketirancev na obeh oddelkih so prikazane v Tabeli 1.

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Pred izvedbo raziskave smo pridobili pisno dovoljenje avtorjev (Glasberg et al., 2006) in slovenskih prevajalcev za uporabo merskega instrumenta. Vloga za dovoljenje izvajanja raziskave je bila pred zbiranjem podatkov posredovana predstojnikoma obeh oddelkov, ki sta podala soglasje za izvedbo. Raziskava je bila v naslednjem koraku odobrena s strani komisije za medicinsko etiko terciarnega centra, kjer je raziskava potekala. Raziskava je bila anonimna, prostovoljna in zaupna, s čemer so bili anketiranci seznanjeni v uvodnem nagovoru. Izpolnjen vprašalnik je veljal kot dana privolitev za sodelovanje v raziskavi. Zbiranje podatkov je potekalo od novembra do decembra 2017. Za razdeljevanje vprašalnikov sta poskrbeli vodilni medicinski sestri obeh oddelkov, ki sta ga ponudili v izpolnjevanje vsem zaposlenim medicinskim sestram. Vprašalnike smo na oddelke dostavili osebno, vodilni medicinski sestri pa sta poskrbeli za zbiranje izpolnjenih vprašalnikov. Po dveh opomnikih v času enega meseca smo zaključili zbiranje podatkov in prevzeli izpolnjene vprašalnike.

Za statistično analizo podatkov smo uporabili programsko opremo IBM SPSS Statistics 23 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Podatki so bili analizirani z opisno in bivariatno statistiko. Meja statistične značilnosti je bila postavljena pri $p < 0,05$. Za ugotavljanje razlik v neodvisnih spremenljivkah med anketiranimi zaposlenimi na obeh oddelkih smo uporabili Fisherjev eksaktni test. Za ugotavljanje razlik v doživljanju bremena vesti med anketiranimi zaposlenimi obeh oddelkov in anketiranci obeh spolov smo glede na porazdelitev podatkov uporabili test T dveh neodvisnih vzorcev oziroma Mann-Whitneyev U-test. Normalnost porazdelitve podatkov smo testirali s Shapiro Wilkovim testom. Za nesimetrično razporejene podatke smo v rezultatih navedli mediano (M) z interkvartilnim razponom ($Q_1 - Q_3$) in za simetrično razporejene podatke povprečje (\bar{x}) s standardnim odklonom (s_x). Vpliv neodvisnih spremenljivk na porazdelitev doživljanja bremena vesti smo testirali z enosmerno analizo variance – ANOVA.

Rezultati

Anketiranci so ob navedenih stresnih dejavnikih poročali, da se najpogosteje (vsak teden) soočajo s časovno stisko ($n = 23$), nasprotujočimi se zahtevami ($n = 17$) in negativnim vplivom dela na zasebno življenje ($n = 15$). Anketiranci so se nato opredelili, kako ta dejavnik vpliva na njihovo vest. Izračunane vrednosti poročanega bremena vesti so za oba oddelka predstavljene v Tabeli 2.

Celotno izračunano breme vesti na anketiranca je znašalo v povprečju 111,6 ($s_x = 49,5$, 95 % IZ = (96,7–126,5)). Z enosmerno analizo variance smo ugotovili, da starost anketiranca statistično značilno vpliva na breme vesti ($F = 2,870$, $p = 0,048$). Zato smo izvedli Tukeyev post-hoc test, ki je pokazal statistično značilno razliko izključno med najmlajšo (18–26 let) in najstarejšo starostno skupino (več kot 55 let). Ker smo v vzorcu zajeli samo dva anketiranca, starejša od 55 let, in samo tri anketirance, mlajše od 26 let, smo starostne kategorije smiselno združili, tako da smo primerjali anketirance, stare do vključno 41 let, in anketirance, starejše od 41 let. Ugotovili smo manjše navajanje bremena vesti med anketiranci, starejšimi od 41 let ($\bar{x} = 97,2$, $s_x = 51,7$), v primerjavi z anketiranci, starimi do vključno 41 let ($\bar{x} = 117,2$, $s_x = 47,6$), vendar brez statistično značilne razlike ($t = 1,284$, $p = 0,206$). Opazili smo statistično značilno razliko v celotnem bremenu vesti med oddelkoma ($t = 2,994$, $p = 0,005$). Zaposleni na oddelku za anesteziologijo, intenzivno terapijo in terapijo bolečin so poročali o močnejšem doživljanju bremena vesti ($\bar{x} = 124,6$, $s_x = 45,5$) v primerjavi z zaposlenimi na oddelku za intenzivno interno medicino ($\bar{x} = 79,2$, $s_x = 45,7$). Najvišja dosežena izobrazba in trajanje zaposlitve nista statistično značilno vplivala na občutenje bremena vesti.

Enako kot za doživljanje bremena vesti smo med obravnavanima oddelkoma ugotovili statistično značilne razlike v izgorelosti. Anketiranci oddelka za anesteziologijo, intenzivno terapijo in terapijo bolečin so navajali statistično značilno ($U = 125,000$, $p = 0,027$) več simptomov izgorelosti ($M(Q_1 - Q_2) = 4$ (3 – 7)) kot anketiranci oddelka za intenzivno interno medicino ($M(Q_1 - Q_2) = 3$ (2–4)). V analizi nismo ugotovili statistično značilnih vplivov spola, starosti, trajanja zaposlitve ali najvišje dosežene izobrazbe na izraženo izgorelost, ki smo jo merili kot seštevek poročanih simptomov izgorelosti. Anketiranci so kot občutene simptome izgorelosti v zadnjih šestih mesecih najpogosteje navajali glavobol ($n = 32$), kronično utrujenost ($n = 30$) in motnje spanja ($n = 28$). Noben anketiranec ni izbral odgovora, da ne čuti nobenega simptoma izgorelosti.

V analizi smo ugotovili tudi zmerno pozitivno korelacijo med občutenjem bremena vesti in izgorelostjo anketiranih ($r = 0,482$, $p < 0,001$). Izmed posameznih podkategorij doživljanja bremena vesti je z izgorelostjo najbolj povezano doživljanje bremena

Tabela 2: Breme vesti**Table 2: Stress of conscience**

SCQ	Kategorija A M (Q ₁ -Q ₃)	Kategorija B M (Q ₁ -Q ₃)	Breme vesti (A*B) M (Q ₁ -Q ₃)
Kako pogosto se zgodi, da nimate časa poskrbeti za bolnike tako, kot bi radi?	5,0 (4,0–5,0)	4,0 (3,3–4,9)	19,3 (1,4–25,0)
Kako pogosto se zgodi, da sodelujete pri (o)skrbi, s katero se ne strinjate?	4,0 (3,0–5,0)	3,6 (2,4–4,3)	15,2 (7,4–19,4)
Kako pogosto se zgodi, da ste pri delu soočeni z nasprotujočimi si zahtevami?	4,0 (3,0–5,0)	3,3 (2,3–4,1)	12,5 (8,7–17,1)
Kako pogosto se zgodi, da ste priča slabemu ravnanju z bolnikom (npr. žaljivo ali napačno ravnanje)?	3,0 (2,0–4,0)	4,0 (2,4–4,8)	13,5 (6,2–18,3)
Kako pogosto se zgodi, da se izognete bolniku ali njegovi družini, ki potrebuje pomoč?	1,0 (1,0–2,0)	2,5 (0,0–4,5)	4,0 (0,0–6,8)
Kako pogosto se zgodi, da vas zasebno življenje tako obremenjuje, da ne morete delati tako, kot bi si želeli?	2,0 (1,0–3,0)	2,0 (0,0–4,3)	4,6 (0,0–9,2)
Kako pogosto se zgodi, da vas vaše delo tako obremenjuje, da se ne morete posvečati vašim bližnjim tako, kot bi si želeli?	2,0 (4,0–5,0)	4,4 (2,6–4,9)	19,0 (6,5–24,0)
Kako pogosto se zgodi, da vaš trud pri delu ne ustreza pričakovanjem drugih?	3,0 (2,0–4,0)	3,3 (1,1–4,7)	10,0 (2,9–15,0)
Kako pogosto se zgodi, da zatrete željo, da bi dobro skrbeli za bolnika?	2,0 (1,0–4,0)	2,3 (0,0–4,8)	5,0 (0,0–16,8)
Kako pogosto se zgodi, da obremenjujete sodelavce zaradi vaše želje po dobri skrbi za bolnike?	4,0 (2,8–4,5)	2,9 (0,7–3,9)	8,4 (2,1–15,0)

Legenda / Legend: M – mediana / median; (Q₁-Q₃) – interkvartilni razpon / interquartile range; SCQ – vprašalnik bremena vesti / Stress of Conscience Questionnaire; kategorija A – pogostost srečevanja s stresnim dejavnikom na delovnem mestu / frequency of encountering stressors in the workplace; kategorija B – moč občutka slabe vesti, ki ga posameznik doživlja povezano s stresnim dejavnikom / levels of guilty conscience felt by an individual in relation to the stressor

vesti zaradi vpliva delovnega okolja na zasebno življenje anketirancev ($r = 0,503$, $p < 0,001$).

Diskusija

Anketiranci v naši raziskavi so pričakovano poročali, da se v okviru delovnih nalog večkrat srečujejo s stresnimi dogodki, ki v njih vzbujajo občutke slabe vesti. Stres je pričakovan vsakodnevni spremljevalec za zaposlene, ki ga lahko povečuje tudi občutek slabe vesti. Nenehen stres lahko vodi v izgorelost. Izgorelosti so najbolj podvrženi posamezniki, ki v svojem delu vidijo rešitve za svoje osebne probleme. Delovna uspešnost jim pomeni več kot drugim, zelo radi delajo in imajo visoka pričakovanja. Izgorelost nastopi kot kombinacija izoliranosti od družine, prijateljev in rekreacije ter hkratnega delovanja stresorjev delovnega mesta. Tisti, ki izgorevajo, so kronično utrujeni, izčrpani, občutijo ponavljajoče se glavobole, pojavijo se lahko nespečnost, bruhanje in spremembe v prehranjevalnih navadah. Počutijo se odtujeni od svojega dela, zdi se jim, da pri delu postajajo vedno manj učinkoviti in motivirani ter vedno bolj cinični (Hafner & Ihan, 2014).

Pričakovano smo v naši raziskavi zaznali povezanost med poročanim bremenom vesti in prisotnostjo simptomov izgorelosti. Potrdili smo našo prvo

hipotezo, da je breme vesti pomemben dejavnik tveganja za izgorelost, ki se kaže predvsem v čustveni izčrpanosti medicinskih sester. Svojo vest pogosto utišajo z namenom, da lahko nadaljujejo svoje delo v izbranem poklicu. Vest medicinski sestre pomaga aplicirati etična merila na konkretne situacije. Vest je tisti glas pred sprejemom vsake strokovne odločitve, ki služi kot zaščita interesov vseh vpletenih (Genuis & Lipp, 2013). Medicinske sestre pojav slabe vesti omenjajo, kadar se znajdejo v situacijah, v katerih niso zmožne nuditi dovolj kakovostne oskrbe bolnikom, čeprav hkrati verjamejo, da je kakovostna oskrba njihova dolžnost (Strandberg & Jansson, 2003).

V naši raziskavi so udeleženci najpogosteje poročali, da so na delovnem mestu soočeni s časovno stisko, ki jim onemogoča, da bi za bolnika poskrbeli tako, kot bi si želeli. Skladno s tem smo v analizi zaznali največjo stopnjo bremena vesti ravno v povezavi s časovno stisko zaposlenih, čemur je sledil vpliv razmer delovnega okolja na njihovo zasebno življenje.

Medsebojna prepletenost osebnega in poklicnega življenja je pomemben dejavnik kakovosti življenja (Kavšak & Prosen, 2021), pri čemer je prisotnost simptomov izgorelosti nezaželjena. Sodelujoči v naši raziskavi so kot simptome izgorelosti najpogosteje navajali glavobol, kronično utrujenost in motnje spanja, ki onemogočajo kakovostno opravljanje

delovnih nalog – tako je krog sklenjen. Tuje raziskave ravno tako kažejo, da vest medicinsko sestro najbolj bremeni ob pomanjkanju časa za dovolj kakovostno oskrbo bolnika, preveliki zahtevnosti delovnega mesta, ki ne omogoča dovolj kakovostnega časa za družino in prijatelje, in občutku, da se pri svojem delu sooča z nasprotujočimi si zahtevami (Glasberg et al., 2007; Glasberg, Eriksson, & Norberg, 2008; Juthberg, Eriksson, Norberg, & Sundin, 2010; Saarnio, Sarvimäki, Laukkala, & Isola, 2012).

Rezultati mednarodne primerjalne raziskave, v kateri je sodelovalo 485 medicinskih sester iz Slovenije, so pokazali, da slabo vest najpogosteje povzročita pomanjkanje časa za bolnike in vpliv delovnih obremenitev na zasebno življenje. Takratna najpogostejša simptoma izgorelosti sta bila utrujenost in izčrpanost (Pahor & Peternelj, 2003). Čustvena izčrpanost, depersonalizacija in pomanjkanje osebne izpolnjenosti na delovnem mestu so sicer pogosti tudi pri medicinskih sestrah na primarnem in sekundarnem nivoju (Turk, 2015).

Medicinske sestre, ki delajo v EINT, so med najbolj obremenjenimi (Hoogendoorn et al., 2020). V naši raziskavi smo ugotovili statistično značilne razlike v izgorelosti in doživljanju bremena vesti med dvema vključenima oddelkoma. To so pomembni rezultati, saj nakazujejo, da lahko delovno okolje vpliva na posameznikovo občutenje bremena vesti in pripomore k izgorelosti. Rezultati zaradi same zasnove raziskave ne morejo ponuditi morebitnih razlogov za zaznane razlike, temveč zgolj opozarjajo na potrebo po raziskovanju vpliva kadrovskega razmerja, prostorske ureditve, organizacijske strukture in drugih okoliščin delovnega mesta, povezanih s povečano ali zmanjšano pojavnostjo izgorelosti in doživljanja bremena vesti. Ameriško združenje medicinskih sester (American Nurses Association, 2012) svetuje zdravstvenim organizacijam, da redno preverjajo zdravstveno stanje svojih zaposlenih, s čimer med drugim lahko ugotavljajo tudi potrebe po dodatnem kadru.

Podatki za Slovenijo iz leta 2017 kažejo, da v povprečju na bolnišničnih oddelkih slovenskih bolnišnic manjka 2.075 ali skoraj 25 % zaposlenih v zdravstveni negi. Domnevamo lahko, da se stanje poslabšuje iz leta v leto. Trenutno imamo 3,1 diplomirane medicinske sestre na 1.000 prebivalcev, potrebovali bi jih 6,2 in 2,6 tehnika zdravstvene nege (Skela-Savič, 2018). Pomanjkanje medicinskih sester sicer predstavlja kratkoročno težko rešljiv problem, zato bi bilo smiselno, da se trenutno zaposlene na najtežjih deloviščih v največji možni meri opolnomoči, da bodo znali poskrbeti tudi zase in breme vesti zmanjšati do take stopnje, da jih ne bo več ogrožalo in vodilo v izgorelost. Edvardsson, Sandman, & Borell (2014) so statistično značilno znižali indeks bremena vesti, ko so medicinskim sestram omogočili dodatno izobraževanje s področja oskrbe oseb z demenco. Učinkovita bi bila verjetno tudi uvedba rednih razbremenjevalnih kliničnih supervizij, ki

medicinskim sestram pomagajo jasno ovrednotiti njihovo vlogo, zmanjšati stres in izgorelost na delovnem mestu ter povrniti občutek zadovoljstva ob delu (Trueland, 2013). Razbremenjevalne supervizije navadno vodi dodatno usposobljen klinični psiholog oziroma supervizor. Učinek takšnih srečanj lahko zmanjša stres za 59 % in izgorelost za 36 % (Wallbank & Hatton, 2011), zato bi jih bilo priporočljivo uvesti v vse zdravstvene organizacije v Sloveniji oziroma omogočiti medicinskim sestram, da se vključijo v supervizijski proces.

Rezultati naše raziskave kažejo tudi, da je višja starost zaposlenega lahko zaščitni dejavnik za doživljanje bremena vesti. Razlaga za zaznane razlike pri starosti so morda delovne izkušnje, ki medicinskim sestram z daljšim stažem omogočajo sprejemanje bolj preišljenih odločitev, saj tudi Tuvešson, Eklund, & Wann-Hansson (2012) ugotavljajo, da je večja izkušnost povezana z manjšim tveganjem za doživljanje bremena vesti. V naši analizi nismo zaznali statistično značilnih razlik med medicinskimi sestrami z daljšim ali krajšim stažem v zdravstveni negi, razlika se je pokazala le pri starosti. Moških je bilo v našem vzorcu le nekaj manj kot tretjina, zato ni mogoče trditi, da bi pri enakomerni porazdelitvi med spoloma moški občutili manjše ali večje breme vesti.

Med anketiranci smo na vseh domenah vprašalnika zaznali višji indeks bremena vesti kot denimo v finski raziskavi (Sarnio et al., 2012), kjer so enak vprašalnik uporabili pri anketiranju medicinskih sester, ki opravljajo delo s starostniki. Tudi pri delu s starostniki, ki imajo demenco, je bilo izmerjeno manjše breme vesti (Edvardsson et al., 2014) kot v naši raziskavi. Primerjava vseh treh raziskav bi bila bolj smiselna ob večjem vzorcu naše raziskave, omenjeni raziskavi sta bili narejeni na približno štirikrat oziroma osemkrat večjem vzorcu. V švedski raziskavi, ki je uporabila SCQ pri medicinskih sestrah, zaposlenih na področju institucionalne psihiatrije, je breme vesti ravno tako manjše, še dodatno pa so dokazali manjše breme vesti pri zdravstvenih delavcih z nižjo stopnjo izobrazbe (Tuvešson et al., 2012). Medicinske sestre, zaposlene na tako zahtevnih deloviščih, kot so EINT III, so populacija, ki zahteva več pozornosti in nadaljnje raziskovanje za odkrivanje in preprečevanje občutenja bremena vesti in pojavnosti izgorelosti.

Kot poročajo tuji avtorji (Tuvešson et al., 2012), na variabilnost rezultatov vprašalnika SCQ v veliki meri vpliva občutek moralnega bremena. Na osebe z višjo moralno občutljivostjo etične dileme močneje vplivajo, kar lahko hitreje vodi do občutenja slabe vesti. Doživljanje bremena vesti bi bilo torej lahko povezano tudi s samo osebnostno zrelostjo posameznika, ki mu daje sposobnost za ohranjanje in aktualizacijo lastne moralne drže.

Z rezultati smo pokazali, da se simptomi izgorelosti pri medicinskih sestrah pogosto pojavljajo, z njihovo prisotnostjo pa je močno povezan občutek slabe vesti,

ki je posledica vpliva stresorjev na delovnem mestu. Predstavljeni rezultati lahko zaradi majhnega vzorca in načina vzorčenja le nakazujejo situacijo, zato trdni zaključki niso možni. V raziskavo smo želeli vključiti oba slovenska terciarna centra, vendar so v enem sodelovanje odklonili. Posledično so naši zaključki omejeni le na eno zdravstveno organizacijo in jih ne moremo posplošiti na celotno Slovenijo. Za večjo zanesljivost in veljavnost zaključkov bi bilo treba raziskavo ponoviti na večjem vzorcu in vključiti tudi druge zdravstvene organizacije. Za boljše definiranje izgorelosti pri zaposlenih bi bilo smiselno uporabiti sestavljen merski instrument, ki bi natančneje opredelil, ali so prisotni simptomi dejansko posledica izgorelosti na delovnem mestu ali je vzrok za njihovo prisotnost morda kakšna druga zdravstvena težava.

Zaključek

Z raziskavo smo želeli prispevati k raziskovalni dejavnosti na še premalo raziskanem področju v slovenskem prostoru. Breme vesti se lahko pojavlja zaradi zahtev delovnega mesta in je pri medicinskih sestrah v EINT pogosto. Z raziskavo smo ugotovili, da so zaposleni v EINT ogroženi zaradi občutkov slabe vesti, kar vodi v izgorelost. Ker je pojav izgorelosti ponavadi povezan z daljšo bolniško odsotnostjo zaposlenega, lahko to vodi v še večjo kadrovsko stisko na najbolj izpostavljenih deloviščih in upadanje kakovosti zdravstvene oskrbe, zaradi česar se lahko poslabšajo tudi zdravstveni izidi bolnikov. Še večjo težavo morda predstavlja prezentizem, ki ima lahko enako resne posledice. Nadaljnje raziskovalno delo na tem področju je nujno potrebno za preprečevanje negativnih posledic.

Zahvala / Acknowledgements

Zahvaljujemo se doc. dr. Andreju Starcu za nasvete in podporo v času načrtovanja raziskave. Zahvaljujemo se vsem zaposlenim Univerzitetnega kliničnega centra Maribor, ki so omogočili dostop do zaposlenih na oddelku in pomagali pri pridobivanju podatkov. Posebej se zahvaljujemo tistim, ki so si vzeli čas za izpolnjevanje vprašalnika. / The authors wish to thank doc. dr. Andrej Starc for his advice and support during the planning stages. We also wish to thank the personnel of University Medical Centre Maribor who helped us to gain access to the staff and assisted in collecting the data, and specially the nurses who took the time to take the survey.

Nasprotje interesov / Conflict of Interest

Avtorji izjavljajo, da ni nasprotja interesov. / The authors confirm that there are no known conflicts of interest associated with this publication.

Financiranje / Funding

Raziskava ni bila finančno podprta. / The study received no funding.

Etika raziskovanja / Ethical Approval

Raziskava je bila odobrena s strani Komisije za medicinsko etiko UKC Maribor, številka dopisa: UKC-MB-KME 15/17. Raziskava je pripravljena v skladu z načeli Helsinško-tokijske deklaracije (World Medical Association, 2013) in v skladu s Kodeksom etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije. / The study was approved by the Ethics Committee UKC Maribor, number UKC-MB-KME 15/17. The study was conducted in accordance with the Helsinki-Tokyo Declaration (World Medical Association, 2013) and the Code of Ethics for Nurses and Nurse Assistants of Slovenia (2014).

Prispevek avtorjev / Author Contributions

Saša Šajn Lekše je sodelovala pri poglavjih Uvod, Metode, Rezultati in Diskusija, vključno z lektoriranjem, prevodom izvlečka in oblikovanjem. Njen prispevek je idejna zasnova raziskave, priprava teoretičnih izhodišč in pregleda literature, izbira raziskovalnega inštrumenta, zbiranje in začetna obdelava podatkov in njihova interpretacija ter koordinacija dela ostalih avtorjev. Rok Drnovšek je sodeloval pri poglavjih Metode, Rezultati in Diskusija. Alenka Žibert je sodelovala pri poglavjih Uvod in Metode. Marija Milavec Kapun je sodelovala pri poglavjih Uvod, Metode, Rezultati in Diskusija. / Saša Šajn Lekše cooperated in the writing of chapters Introduction, Methods, Results and Discussion, including the proofreading, translation, translation of the Abstract and design. Her contribution is the design of the study, preparation of technical starting points and review of literature, selection of the research instrument, data gathering and initial data analysis, as well as data interpretation and coordination with other authors. Rok Drnovšek cooperated in the writing of chapters Methods, Results and Discussion. Alenka Žibert cooperated in the writing of chapters Introduction and Methods. Marija Milavec Kapun cooperated in the writing of chapters Introduction, Methods, Results and Discussion.

Literatura

American Nurses Association. (2005). *Code of ethics for nurses with interpretive statements*. Silver Spring: American Nurses Association.

American Nurses Association. (2020). *Principles for nurse staffing*. Silver Spring: American Nurses Association.

- Bienertova-Vasku, J., Lenart, P., & Scheringer, M. (2020). Eustress and distress: Neither good nor bad, but rather the same. *BioEssays*, 42(7), Article 1900238. <https://doi.org/10.1002/bies.201900238> PMID:32302008
- Churchill, L. R. (2019). Conscience, moral reasoning, and skepticism. *Perspectives in Biology and Medicine*, 62(3), 519–526. <https://doi.org/10.1353/pbm.2019.0030> PMID:31495795
- Cleary, M., & Lees, D. (2019). The role of conscience in nursing practice. *Issues in Mental Health Nursing*, 40(3), 281–283. <https://doi.org/10.1080/01612840.2019.1548852> PMID:30633604
- Conradie, M., Erwee, D., Serfontein, I., Visser, M., Calitz, F. J., & Joubert, G. (2017). A profile of perceived stress factors among nursing staff working with intellectually disabled in-patients at the Free State Psychiatric Complex, South Africa. *Curationis*, 40(1), e1–e8. <https://doi.org/10.4102/curationis.v40i1.1578> PMID:28397510; PMCID:PMC6091609
- Čuk, V., & Klemen, J. (2010). Izgorevanje osebja v zdravstveni negi na psihiatričnem področju. *Obzornik zdravstvene nege*, 44(3), 179–187. Retrieved April 29, 2020 from <https://obzornik.zbornica-zveza.si/index.php/ObzorZdravNeg/article/view/2771>
- Edvardsson, D., Sandman, P. O., & Borell, L. (2014). Implementing national guidelines for person-centered care of people with dementia in residential aged care: Effect on perceived person-centeredness, staff strain, and stress of conscience. *International Psychogeriatrics*, 26(7), 1171–1179. <https://doi.org/10.1017/S1041610214000258> PMID:24576607
- Engert, V., Linz, R., & Grant, J. A. (2019). Embodied stress: the physiological resonance of psychosocial stress. *Psychoneuroendocrinology*, 105, 138–146. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2018.12.221> PMID:30594324
- Garcia, C. D. L., Abreu, L. C. D., Ramos, J. L. S., Castro, C. F. D. D., Smiderle, F. R. N., Santos, J. A. D., & Bezerra, I. M. P. (2019). Influence of burnout on patient safety: Systematic review and meta-analysis. *Medicina*, 55(9), 553. <https://doi.org/10.3390/medicina55090553> PMID:31480365 PMCID:PMC6780563
- Genuis, S. J., & Lipp, C. (2013). Ethical diversity and the role of conscience in clinical medicine. *International Journal of Family Medicine*, 2013, Article 587541. <https://doi.org/10.1155/2013/587541> PMID:24455248; PMCID:PMC3876678
- Glasberg, A.L., Eriksson, S., & Norberg, A. (2007). Burnout and 'stress of conscience' among healthcare personnel. *Journal of Advanced Nursing*, 57(4), 392–403. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04111.x> PMID:17291203
- Glasberg, A. L., Eriksson, S., & Norberg, A. (2008). Factors associated with 'stress of conscience' in healthcare. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(2), 249–258. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00522.x> PMID:18489696
- Glasberg, A. L., Eriksson, S., Dahlqvist, V., Lindahl, E., Strandberg, G., Söderberg, A. ... Norberg, A. (2006). Development and initial validation of the stress of conscience questionnaire. *Nursing Ethics*, 13(6), 633–648. <https://doi.org/10.1177/0969733006069698> PMID:17193804
- Hafner, M., & Ihan, A. (2014). *Prebujanje: Psiha v iskanju izgubljenega Erosa - psihonevroimunologija* (pp. 83–470). Ljubljana: Alpha center.
- Hoogendoorn, M. E., Margadant, C. C., Brinkman, S., Haringman, J. J., Spijkstra, J. J., & de Keizer, N. F. (2020). Workload scoring systems in the intensive care and their ability to quantify the need for nursing time: A systematic literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 101, Article 103408. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103408> PMID:31670169
- Inštitut za razvoj človeških virov. *Stopnje izgorelosti: Simptomi*. Retrieved April 14, 2019 from <https://www.burnout.si/izgorelost-sai/sindrom-adrenalne-izgorelosti/stopnje-izgorelosti-simptomi>
- Juthberg, C., Eriksson, S., Norberg, A., & Sundin, K. (2010). Perceptions of conscience, stress of conscience and burnout among nursing staff in residential elder care. *Journal of Advanced Nursing*, 66(8), pp. 1708–1718. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05288.x> PMID:20557396
- Kaldjian, L. C. (2019). Understanding conscience as integrity: Why some physicians will not refer patients for ethically controversial practices. *Perspectives in Biology and Medicine*, 62(3), 383–400. <https://doi.org/10.1353/pbm.2019.0022> PMID:31495787
- Kavšak, A., & Prosen, M. (2021). Vpliv zadovoljstva z delom na pojav izgorelosti med medicinskimi sestrami: Kvalitativna opisna raziskava. *Obzornik zdravstvene nege*, 55(1), 7–15. <https://doi.org/10.14528/snr.2021.55.1.3018>

- Kim, L. Y., Rose, D. E., Ganz, D. A., Giannitrapani, K. F., Yano, E. M., Rubenstein, L. V., & Stockdale, S. E. (2020). Elements of the healthy work environment associated with lower primary care nurse burnout. *Nursing Outlook*, 68(1), 14–25. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2019.06.018>
PMid:31477313
- Kodila, V., & Trobec, A. (2008). *Osnovni vodnik po kirurški enoti intenzivnega zdravljenja: Priročnik za medicinske sestre in zdravstvene tehnike*. Ljubljana: Univerzitetni klinični center, Kirurška klinika, Klinični oddelek za anesteziologijo in intenzivno terapijo operativnih strok.
- Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije in Kodeks etike za babice Slovenije*. (2014). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
- Kugonič, N. (2013). Sindrom izgorevanja pri zaposlenih v nujni medicinski pomoči. *Obzornik zdravstvene nege*, 47(3), 268–275. Retrieved August 16, 2021 from <https://obzornik.zbornica-zveza.si:8443/index.php/ObzorZdravNeg/article/view/2935>
- Lamb, C., Evans, M., Babenko Mould, Y., Wong, C., & Kirkwood, K. (2019). Nurses' use of conscientious objection and the implications for conscience. *Journal of Advanced Nursing*, 75(3), 594–602. <https://doi.org/10.1111/jan.13869>
PMid:30328136
- Lee, E. K., & Kim, J. S. (2020). Nursing stress factors affecting turnover intention among hospital nurses. *International Journal of Nursing Practice*, Article e12819. <https://doi.org/10.1111/ijn.12819>
- Lubbadeh, T. (2020). Job Burnout: A general literature review. *International Review of Management and Marketing*, 10(3), 7–15. <https://doi.org/10.32479/irmm.9398>
- Lucchini, A., Giani, M., Elli, S., Villa, S., Rona, R., & Foti, G. (2020). Nursing activities score is increased in COVID-19 patients. *Intensive & Critical Care Nursing*, 59, Article 102876. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102876>
PMid:32360493; PMCID:PMC7177066
- Maslach, C., & Leiter, M. (2016). Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2), 103–111. <https://doi.org/10.1002/wps.20311>
PMid:27265691; PMCID:PMC4911781
- Mavsar–Najdenov, B. (2011). Bolnik v enoti intenzivne terapije. *Farmacevtski vestnik*, 62(5), 249–250. Retrieved August 16, 2021 from <http://www.dlib.si/?URN=URN:NBN:SI:DOC-PQA2PLAD>
- Nemec, U., & Čuček Trifkovič, K. (2017). Stres med zaposlenimi na področju psihiatrične zdravstvene nege. *Obzornik zdravstvene nege*, 51(1), 9–23. <https://doi.org/10.14528/snr.2017.51.1.122>
- Pahor, M., & Peternej, K. (2003). Vest, slaba vest in izgorelost pri medicinskih sestrah. Preliminarni rezultati mednarodne raziskave. In D. Klemenc, A. Kvas, M. Pahor & J. Šmitek (Eds.), *Zdravstvena nega v luči etike* (pp. 368–369). Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.
- Prosen, M. (2010). Zadovoljstvo z delom v zdravstveni negi: indikatorji zadovoljstva medicinskih sester. *Obzornik zdravstvene nege*, 44(2), 71–80. Retrieved August 16, 2021 from <https://obzornik.zbornica-zveza.si/index.php/ObzorZdravNeg/article/view/2757>
- Saarnio, R., Sarvimäki, A., Laukkala, H., & Isola, A. (2012). Stress of conscience among staff caring for older persons in Finland. *Nursing ethics*, 19(1), 104–115. <https://doi.org/10.1177/0969733011410094>
PMid:22298646
- Schalkwijk, F. (2018). A new conceptualisation of the conscience. *Frontiers in Psychology*, 9, Article 1863. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01863>
PMid:30349496; PMCID:PMC6187870
- Selye, H. (1976). Stress without distress. In G. Serban (Ed.), *Psychopathology of human adaptation* (pp. 137–146). Boston: Springer
https://doi.org/10.1007/978-1-4684-2238-2_9
- Skela-Savič, B. (2018). Zdravstveni sistem se bo sesul sam vase zaradi pomanjkanja medicinskih sester in ne zdravnikov. *Utrip*, 26(9), 3–9. Retrieved January 1, 2020 from <https://www.zbornica-zveza.si/wpcontent/uploads/2019/09/UTRIP-DECEMBER-2018.pdf>
- Sotirov, D., & Železnik, D. (2011). Analiza stresa in poznavanje klinične supervizije med zaposlenimi v Zdravstvenem domu Novo mesto in Splošni bolnišnici Novo mesto. *Obzornik zdravstvene nege*, 45(1), 23–29. Retrieved October 25, 2020 from <https://obzornik.zbornica-zveza.si/index.php/ObzorZdravNeg/article/view/2803>
- Starc, J. (2018). Stress factors among nurses at the primary and secondary level of public sector health care: The case of Slovenia. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 6(2), 416. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2018.100>
PMid:29531616; PMCID:PMC5839460
- Strandberg, G., & Jansson, L. (2003). Meaning of dependency on care as narrated by nurses. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17(1), 84–91. <https://doi.org/10.1046/j.1471-6712.2003.00213.x>
PMid:12581300

- Thompson, R. A. (2014). Conscience development in early childhood. *Handbook of Moral Development*, 2, 73–92.
- Traumüller, C., Stefitz, R., Gaisbachgrabner, K., Hofmann, P., Roessler, A., & Schwerdtfeger, A. R. (2019). Psychophysiological concomitants of burnout: Evidence for different subtypes. *Journal of psychosomatic research*, 118, 41–48. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2019.01.009>
- Trueland, J. (2013). Breathe new life into your flagging career. *Nursing Standard*, 27(37), 20–22. <https://doi.org/10.7748/ns2013.05.27.37.20.s27>
- Turk, D. (2015). *Vest, slaba vest in izgorelost pri medicinskih sestrah (magistrsko delo)*. Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Ljubljana. Retrieved May 3, 2020 from <https://repozitorij.uni-lj.si/Dokument.php?id=72069&lang=slv>
- Tuvesson, H., Eklund, M., & Wann-Hansson, C. 2012. Stress of conscience among psychiatric nursing staff in relation to environmental and individual factors. *Nursing Ethics*, 19(2), 208–219. <https://doi.org/10.1177/0969733011419239> PMid:22457384
- Vaske, J. J., Beaman, J., & Sponarski, C. C. (2017). Rethinking internal consistency in Cronbach's alpha. *Leisure Sciences*, 39(2), 163–173. <https://doi.org/10.1080/01490400.2015.1127189>
- Wallbank, S., & Hatton, S. (2011). Reducing burnout and stress: The effectiveness of clinical supervision. *Community Practitioner*, 84(7), 31–36. Retrieved January 16, from https://www.researchgate.net/publication/51669025_Reducing_burnout_and_stress_the_effectiveness_of_clinical_supervision
- Woo, T., Ho, R., Tang, A., & Tam, W. (2020). Global prevalence of burnout symptoms among nurses: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 123, 9–20. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2019.12.015> PMid:32007680
- World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *Journal of the American Medical Association*, 310(20), 2191–2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053> PMid:24141714
- Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. (2013). *Zdravstvena nega*. Retrieved July 2019, from <https://www.zbornica-zveza.si/sl/o-zbornici-zvezi/o-poklicu/zdravstvena-nega>

Citirajte kot / Cite as:

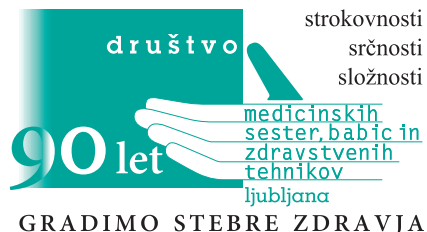
Šajn Lekše, S., Drnovšek, R., Žibert, A., & Milavec Kapun, M. (2021). Slaba vest in izgorelost medicinskih sester v enotah intenzivne nege in terapije. *Obzornik zdravstvene nege*, 55(3), 169–179. <https://doi.org/10.14528/snr.2021.55.3.3007>

6.

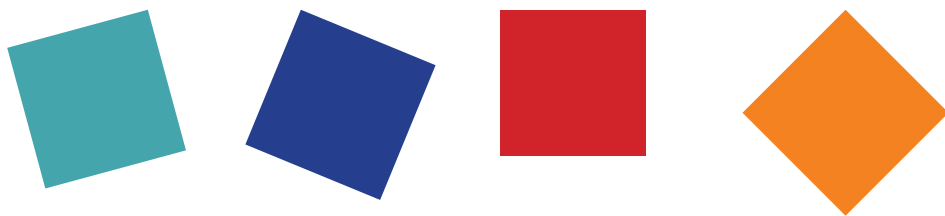
**IZPUŠČENA IN NEOPRAVLJENA ZDRAVSTVENA
NEGA - zbornik izvlečkov z recenzijo (32 strani)**

.....
..... **PRILOGA 6**

Zbornik izvlečkov z recenzijo, 2022



IZPUŠČENA IN NEOPRAVLJENA ZDRAVSTVENA NEGA



Zbornik izvlečkov z recenzijo

Ljubljana, 20. maj 2022

»IZPUŠČENA IN NEOPRAVLJENA ZDRAVSTVENA NEGA«

Zbornik izvlečkov z recenzijo

Urednik: Đurđa Sima, Gordana Lokajner, doc. dr. Radojka Kobentar

Recenzent prispevkov: Đurđa Sima, Gordana Lokajner,
doc. dr. Radojka Kobentar

Prevod in jezikovni pregled: Prevajalska agencija Julija

Izdalo in založilo: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov
Ljubljana

Za založnika: Đurđa Sima

Tehnično urejanje in računalniški prelom: Tiskarna Kalipso d.o.o.

Naklada: elektronsko gradivo

Kraj in leto izdaje: Ljubljana, maj 2022

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

616-083(082)(0.034.2)

»IZPUŠČENA in neopravljena zdravstvena nega [Elektronski vir] : zbornik izvlečkov z recenzijo / [uredniki Đurđa Sima, Gordana Lokajner, Radojka Kobentar ; prevod Prevajalska agencija Julija]. - Ljubljana : Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, 2022«

ISBN 978-961-94848-4-5
COBISS.SI-ID 106965507

KAZALO

Neizvedena zdravstvena nega – dejavniki nastanka	5
Mateja Bahun, prof. zdr. vzg., mag. zdr. neg., viš. pred. red. prof. dr. Brigita Skela-Savič, znanstvena svetnica	
Rationing of nursing care reported by Czech nurses: Results of multicenter study	9
PhD Renáta Zeleníková, PhDr, prof. PhDr Darja Jarošová, PhD	
Češke medicinske sestre poročajo o omejevanju zdravstvene nege: Rezultati multicentrične študije	11
prof. dr. Renata Zelenikova, RN, BsN, MsN, PhD, prof. dr. Darja Jarošova, RN, BsN, MsN, PhD	
<i>What have we learnt regarding the Missed Nursing Care in the last decades?</i>	13
PhD Alvisa Palese, RN, BsN, MsN, PhD	
<i>Česa smo se naučili v zadnjih desetletjih v zvezi z neizvedeno zdravstveno nego?</i>	15
prof. dr. Alvisa Palese, RN, BsN, MsN, PhD	
Burnout syndrome and its association with missed nursing care	17
Adriano Friganovic, RN, BsN, MsN, PhD	
<i>Sindrom izgorelosti in njegova povezava z neizvedeno zdravstveno nego</i>	19
Adriano Friganović, RN, BsN, MsN, PhD	
Neizvršene aktivnosti zdravstvene nege	21
Primož Potočnik, dipl. zn., doc. dr. Radojka Kobentar	

NEIZVEDENA ZDRAVSTVENA NEGA – DEJAVNIKI NASTANKA

Mateja Bahun, prof. zdr. vzg., mag. zdr. neg., viš. pred.

Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin

email: mbahun@fzab.si

red. prof. dr. Brigita Skela-Savič, znanstvena svetnica

Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin

email: bskelasavic@fzab.si

Uvod

Koncept neizvedene zdravstvene se pojavlja v zdravstveni oskrbi pacientov po vsem svetu (Kalisch, Landstrom, & Hinshaw, 2009; Kalisch & Xie, 2014; Jones, Hamilton, & Murry, 2015; Srulovici & Drach-zahavy, 2017; Park, Hanchet, & Ma, 2018). Za opis koncepta se v angleščini uporabljajo različni izrazi: missed nursing care, care left undone, rationed care ali omission of nursing care. Willis, Zelenikova, Bail & Papastavrou (2021) ugotavljajo enotnost v razumevanju tega koncepta v 26 državah vključenih v raziskavo, ne glede na jezikovne, kulturne in druge razlike. Neizvedena zdravstvena nega je tista, ki je odložena, samo delno zaključena ali neizvedena s kliničnega, čustvenega ali administrativnega vidika zaradi veliko možnih razlogov (Jones, et al., 2015). Neizvedena zdravstvena nega v zdravstvenih ustanovah obstaja in zmanjša kakovost zdravstvene nege, povzroči nevarne dogodke in zaplete in na koncu povzroči negativne rezultate pri pacientih, kot sta nezadovoljstvo pacientov in ponovne sprejeme ter vpliva na zdravje pacientov, ter poveča ponovno obolevnost in celo umrljivost pacientov (Aiken, et al., 2017; Bragadóttir & Kalisch, 2018; Blackman, et al., 2018; Griffiths, et al., 2018; Recio-Saucedo, et al., 2018; Zeleníková, et al., 2019; Mandal, Seethalakshmi & Rajendrababu, 2019; Campbell, et al., 2020; Lopes, et al., 2020).

Po drugi strani vpliva neizvedena zdravstvena nega tudi na medicinske sestre. Te se zavedajo, da pacienti aktivnosti zdravstvene nege potrebujejo, vendar jih zaradi različnih razlogov ne morejo izvesti ali jih izvedejo nepopolno, kar vodi do notranjega konflikta, etičnih dilem in spodbuja izgorevanje ter nezadovoljstvo pri delu. Stres, kot pomembno posledico nezmožnosti izvedbe zdravstvene oskrbe zaradi organizacijskih omejitev, sta že leta 2008 opredelila Orrock in Lawler (2008 cited in Harvey, Thompson, Pearson, Willis, & Toffoli, 2017). Pojav sta imenovala "zlomljen jaz" - zaradi spopada med moralnim vidikom zdravstvene nege kot skrbstvenega poklica in ideologije zahodnih zdravstvenih sistemov. Moralna stiska pri medicinskih sestrah lahko vodi v nezadovoljstvo, izgorelost ter namero zamenjati delovno mesto ali celo zapustiti poklic.

Namen sistematičnega pregleda literature bil opisati dejavnike neizvedene zdravstvene nege in povezanost koncepta z dejavniki v zdravstveni organizaciji in značilnostmi medicinskih sester. Cilj je bil preučiti, kateri so izstopajoči vzroki, da aktivnosti zdravstvene nege niso izvedene.

Metode

Uporabljen je bil sistematični pregled literature z integrativno tematsko analizo, izveden v podatkovnih bazah PubMed, CINAHL, Wiley library online, COBISS. SI, februarja in marca 2020. Iskalni pojmi so bili: neizvedena zdravstvena nega, zamujena oskrba in v angleškem jeziku unfinished nursing care, missed nursing care, implicit rationing, care left undone. Iskalna strategija je temeljila na vključitvenih kriterijih: znanstvena revija, recenzirana publikacija, dostopnost v polnem besedilu, slovenski ali angleški jezik, obdobje 2015–2020. Zadetke smo z ozirom na kriterije v prvem pregledu izločevali po ustreznosti naslova, v drugem pregledu po ustreznosti povzetka ter v tretjem pregledu po ustreznosti celotnega prispevka.

Rezultati

Skupaj je bilo identificiranih 1667 in v končno analizo vključenih 16 zadetkov. Od tega 2 sistematična pregleda literature, 12 presečnih raziskav in 2 opisni kvantitativni raziskavi, ki skupaj združujejo rezultate 88.294 zaposlenih v zdravstveni negi iz 21 držav. Rezultati so pokazali 3 skupine dejavnikov za neizvedeno zdravstveno nego: 1 - kadrovske značilnosti (številčnost kadra in razmerje pacientov na medicinsko sestro; nivo izobrazbe v zdravstveni negi in delovne izkušnje; sociodemografske značilnosti medicinskih sester), 2 - značilnosti delovnega okolja ter 3 - timsko delo s komunikacijo.

Diskusija in zaključek

Največkrat raziskan dejavnik je številčnost osebja v zdravstveni negi, kjer vse raziskave vključene v pregled potrjujejo, da manj kot je zaposlenih v zdravstveni negi, večkrat zdravstvena nega ostaja neizvedena. Ravno tako več raziskav ugotavlja, da za manj pacientov kot medicinska sestra skrbi, manj je neizvedene zdravstvene nege. Cho s sodelavci (2016) npr. ugotavlja, da en pacient več na medicinsko sestro pomeni za 3 % višjo verjetnost, da bo zdravstvena nega neizvedena zaradi pomanjkanja časa. V primerjavi z izmenami, ko medicinska sestra skrbi za deset pacientov ali več, se možnost, da se aktivnosti zdravstvene nege ne bodo izvedle, prepolovi, kadar medicinska sestra skrbi za šest pacientov ali manj (Ball, et al., 2016). Več raziskav omenja tudi značilnosti delovnega okolja, saj tam kjer je okolje ocenjeno ugodnejše, manj medicinskih sester poroča o neizvedeni zdravstveni negi. Tako npr. Park in sodelavci (2018) ugotavljajo, da na oddelkih z dobro oceno okolja obstaja 63,3 % nižja verjetnost za izpuščene aktivnosti zdravstvene nege. Raziskave nadalje ugotavljajo še, da boljše kot je timsko delo, manj je neizvedenih

aktivnosti. Nekateri sicer omenjajo napetosti znotraj zdravstvenega (Mandal, et al., 2019) drugi znotraj negovalnega tima (Palese, et al., 2015). Rezultati kažejo, da so vzroki za neizvedeno zdravstveno nego kompleksni ter se med državami razlikujejo, ter so povezani so z organizacijskimi dejavniki znotraj zdravstvenih organizacij in značilnostmi medicinskih sester.

Ključne besede: racionalizacija, medicinske sestre

Ta prispevek je nastal na podlagi: Bahun, M., & Skela-Savič, B. (2021). Dejavniki neizvedene zdravstvene nege: sistematični pregled literature. *Obzornik zdravstvene nege*, 55(1), 42–51. <https://doi.org/10.14528/snr.2021.55.1.3061>

Literatura

Aiken, L. H., Sloane, D., Griffiths, P., Rafferty, A.M., Bruyneel, L., McHugh, M. & Sermeus, W. (2017). Nursing skill mix in European hospitals: Cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *BMJ Quality & Safety*, 26(7), 559–568. . <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2016-005567> PMID:28626086; PMCID:PMC5477662

Ball, J. E., Griffiths, P., Rafferty, A. M., Lindqvist, R., Murrells, T. & Tishelman, C. (2016). A cross-sectional study of 'care left undone' on nursing shifts in hospitals. *Journal of Advanced Nursing*, 72(9), 2086–2097. <https://doi.org/10.1111/jan.12976> PMID:27095463

Blackman, I., Lye, C.Y., Darmawan, I. G. N., Henderson, J., Giles, T, Willis, E. & Verrall, C. (2018). Modeling missed care: Implications for evidence-based Practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 15(3), 1–11. <https://doi.org/10.1111/wvn.12285> PMID:29569380

Bragadóttir, H. & Kalisch, B. J. (2018). Comparison of reports of missed nursing care: Registered Nurses vs. practical nurses in hospitals. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 32(3), 1227–1236.

Campbell, C.M., Prapanjaroensin, A., Anusiewicz, C.V., Baernholdt, M., Jones, T. & Patrician, P.A. (2020). Variables associated with missed nursing care in Alabama: A cross-sectional analysis. *Journal of Nursing Management*, 28(8), 2174–2184. <https://doi.org/10.1111/scs.12570> PMID:29603312

Cho, E., Lee, N.-J., Kim, E.-Y., Kim, S., Lee, K., Park, K.-O. & Sung, Y. H. (2016). Nurse staffing level and overtime associated with patient safety, quality of care, and care left undone in hospitals: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 60, 263–271. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.05.009> PMID:27297386

Griffiths, P., Recio-Saucedo, A., Dall'Ora, C., Briggs, J., Maruotti A., Meredith, P. & Ball, J. (2018). The association between nurse staffing and omissions in nursing care: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 74(7), 1474–1487. <https://doi.org/10.1111/jan.13564> PMID:29517813; PMCID:PMC6033178

Harvey, C., Thompson, S., Pearson, M., Willis, E. & Toffoli, L. 2017. Missed nursing care as an "art form": The contradictions of nurses as carers. *Nursing Inquiry*, 24(3), e12180. doi:10.1111/nin.12180 PMID: 28101897

Jones, T. L., Hamilton, P. & Murry, N. (2015). Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review. *International Journal of Nursing Studies*, 52(6), 1121–1137. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.02.012> PMID:25794946

Kalisch, B. J., Landstrom, G. L. & Hinshaw, A. S. (2009). Missed nursing care: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 65(7), 1509–1517. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05027.x> PMID:19456994

Kalisch, B. J. & Xie, B. 2014. Errors of omission: Missed nursing care. *Western Journal of Nursing Research*, 36(7), 875–890. <https://doi.org/10.1177/0193945914531859> PMID:24782432

Lopes, V. C. A., Silva, D. R. A., Carvalho, H. D., Leite, S., Dos Santos, A. M. R., Batista, E. M. C. A. & Nogueira, L. T. (2020). Structural and Procedural Risk Factors Correlated to Missed Nursing Care in Hospitals. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 6(3), 27.

Mandal, L., Seethalakshmi, A. & Rajendrababu, A. (2019). Rationing of nursing care, a deviation from holistic nursing: A systematic review. *Nursing Philosophy*, 21(1), Article e12288. <https://doi.org/10.1111/nup.12257> PMID:31429179

Palese, A., Ambrosi, E., Proserpi, L., Guarnier, A., Barelli, P., Zambiasi, P. & Saiani, L. (2015). Missed nursing care and predicting factors in the Italian medical care setting. *Internal and Emergency Medicine*, 10(6), 693–702. <https://doi.org/10.1007/s11739-015-1232-6> PMID:25840678

Park, S. H., Hanchett, M. & Ma, C. (2018). Practice environment characteristics associated with missed nursing care. *Journal of Nursing Scholarship*, 50(6), 722–730. <https://doi.org/10.1002/hpm.2160> PMID:23296644

Recio-Saucedo, A., Dall’Ora, C., Maruotti, A., Ball, J., Briggs, J., Meredith, P. & Griffiths, P. (2018). What impact does nursing care left undone have on patient outcomes: Review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 27(11/12), 2248–2259. <https://doi.org/10.1111/jocn.14058> PMID:28859254; PMCID:PMC6001747

Srulovici, E. & Drach-Zahavy, A. (2017). Nurses’ personal and ward accountability and missed nursing care: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 75, 163–171. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.08.003> PMID:28829974

Willis, E., Zelenikova, R., Bail, K. & Papastavrou, E. (2021). The globalization of missed nursing care terminology. *International Journal of Nursing practice*, 27(1), e12859. <https://doi.org/10.1111/ijn.12859> PMID: 32656900.

Zeleníková, R., Gurková, E., Friganovic, A., Uchmanowicz, I., Jarošová, D., Žiaková, K. & Papstavrou, E. (2019). Unfinished nursing care in four central European countries. *Journal of Nursing Management*, 28(8), 1888–1900. <https://doi.org/10.1111/jonm.12896> PMID:31680373; PMCID:PMC7754486

RATIONING OF NURSING CARE REPORTED BY CZECH NURSES: RESULTS OF MULTICENTER STUDY

PhD Renáta Zeleníková, PhDr

prof. PhDr Darja Jarošová, PhD

*Department of Nursing and Midwifery, Faculty of Medicine, University of Ostrava,
Czech Republic*

email: renata.zelenikova@osu.cz

Introduction

Rationing of nursing care is a significant threat to patient safety and quality of care (Papastavrou, et al., 2014). Implicit rationing of nursing care is defined as “the withholding of or failure to carry out necessary nursing measures for patients due to a lack of nursing resources (staffing, skill mix, time)” (Schubert, et al., 2007). This study is based on the conceptual framework of implicit rationing of nursing care (Schubert, et al., 2007) and it is focused on a relationship between organizational factors and rationed nursing care. The main aim of the study was to find the differences in rating implicitly rationed nursing care by Czech nurses according to the type of unit and type of hospital.

Methods

Design: multicenter cross-sectional study. **Sample:** The sample included 8209 nurses providing direct care to medical and surgical patients in 14 acute care Czech hospitals. **Data collection:** Implicit rationing of nursing care was measured by Czech version of the Perceived Implicit Rationing of Nursing Care (PIRNCA) instrument (Jarošová & Zeleníková, 2019). The original PIRNCA was developed by Jones (2014) for the medical-surgical inpatient setting. Nurses were asked to indicate how often during the last seven shifts they were unable to complete each of 31 nursing activities due to a lack of resources (personnel or time). The response options reflect the frequency of occurrence as “never (0)”, “rarely (1)”, “sometimes (2)” or “often (3)”. Data collection was from September 2019 to October 2020.

Data analysis: The statistical software Stata, version 14.0 was used for data analysis. To assess differences in PIRNCA score according to the type of unit and hospital two-sample Wilcoxon rank-sum (Mann-Whitney U) test was used. **Ethical aspects:** The research protocol was approved by the institutional ethics committee (no. 603/2017 Ethics Committee, University Hospital Ostrava, Czech Republic and no. 19/2017 Ethics Committee, Faculty of Medicine, University of Ostrava, Czech Republic).

Results

The most frequently rationed nursing care activity was Timely response to patient or family request/need, followed by Emotional or psychological support and Adequate supervision of delegated tasks. More implicitly rationed nursing care was reported in medical units. Statistical differences were found in rating 25 items and the PIRNCA total score. Nurses from middle-sized hospitals reported implicitly rationed care more frequently than those from large hospitals.

Discussion

Nurses in hospitals could not always provide what they considered necessary care to all patients (Schubert et al., 2007). According to Jones et al. (2021), nurses are likely to miss those nursing activities that (1) are unlikely to have direct or immediate consequences for patients' health conditions, (2) are time-consuming and cannot be shortened, (3) the time required to complete them is unknown or difficult to estimate and (4) are less monitored in the unit.

Conclusion

More rationed care was reported by nurses from medical units and nurses from middle-sized hospitals. Organizational variables influence the implicit rationing of nursing care.

Funding

This study was supported by Ministry of Health of the Czech Republic, grant no. NV18-09-00420. All rights reserved.

References

- Jarošová, D. & Zeleníková R. (2019). Unfinished nursing care – the first pilot study in the Czech Republic. *Kontakt*, 21(4), 388-394. <https://doi.org/10.32725/kont.2019.048>
- Jones, T. L. (2014). Validation of the Perceived Implicit Rationing of Nursing Care (PIRNCA) Instrument. *Nursing Forum*, 49(2), 77-87. <https://doi.org/10.1111/nuf.12076>
- Jones, T., Drach-Zahavy, A., Sermeus, W., Willis, E., & Zelenikova, R. (2021). In: E. Papastavrou, & R. Suhonen (eds.). *Understanding missed care: definitions, measures, conceptualizations, evidence, prevalence, and measurement challenges. Impacts of Rationing and Missed Nursing Care: Challenges and Solutions*. RANCARE Action. 1st ed., 9–48. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-71073-6>
- Papastavrou, E., Andreou, P., Tsangari, H., Schubert, M., & De Geest, S. (2014). Rationing of nursing care within professional environmental constraints: a correlational study. *Clinical Nursing Research*, 23(3), 314–335. <https://doi.org/10.1177/1054773812469543>
- Schubert, M., Glass, T. R., Clarke, S. P., Schaffert-Witvliet, B., & De Geest, S. (2007). Validation of the Basel extent of rationing of nursing care instrument. *Nursing Research*, 56(6), 416–424. <https://doi.org/10.1097/01.NNR.0000299853.52429.62>

ČEŠKE MEDICINSKE SESTRE POROČAJO O OMEJEVANJU ZDRAVSTVENE NEGE: REZULTATI MULTICENTRIČNE ŠTUDIJE

prof. dr. Renata Zelenikova, RN, BsN, MsN, PhD

prof. dr. Darja Jarošova, RN, BsN, MsN, PhD

*Oddelek za zdravstveno nego in babištvo, Medicinska fakulteta, Univerza v Ostravi, Češka republika
email: renata.zelenikova@osu.cz*

Uvod

Omejevanje zdravstvene nege je velika grožnja varnosti pacientov in kakovosti oskrbe (Papastavrou et al., 2014). Implicitno omejevanje zdravstvene nege je opredeljeno kot »opustitev ali neizvajanje potrebnih ukrepov zdravstvene nege za paciente zaradi pomanjkanja virov zdravstvene nege (osebja, kombinacije veččin, časa)« (Schubert et al., 2007). Ta študija temelji na konceptualnem okviru implicitnega omejevanja zdravstvene nege (Schubert et al., 2007) in se osredotoča na odnos med organizacijskimi dejavniki in omejevanjem zdravstvene nege. Glavni cilj študije je bil ugotoviti razlike v ocenjevanju implicitno omejene zdravstvene nege s strani čeških medicinskih sester glede na vrsto enote in vrsto bolnišnice.

Metode

Zasnova: multicentrična presečna študija. Vzorec: Vzorec je vključeval 8209 medicinskih sester, ki so neposredno oskrbovale medicinske in kirurške paciente v 14 čeških bolnišnicah z akutno oskrbo. Zbiranje podatkov: Implicitno omejevanje zdravstvene nege smo merili s češko različico vprašalnika Perceived Implicit Rationing of Nursing Care (PIRNCA) (Jarošová & Zeleníková, 2019). Izvirni vprašalnik PIRNCA je razvil Jones (2014) za medicinsko-kirurško bolnišnično okolje. Medicinske sestre so morale navesti, kako pogosto v zadnjih sedmih izmenah zaradi pomanjkanja virov (osebja ali časa) niso mogle opraviti vsake od 31 aktivnosti zdravstvene nege. Možnosti odgovora izražajo pogostost pojavljanja kot »nikoli (0)«, »redko (1)«, »včasih (2)« ali »pogosto (3)«. Zbiranje podatkov je potekalo od septembra 2019 do oktobra 2020. Analiza podatkov: Za analizo podatkov je bila uporabljena statistična programska oprema Stata, različica 14.0. Za oceno razlik v oceni PIRNCA glede na vrsto enote in bolnišnice je bil uporabljen dvovrstični Wilcoxonov rank-sum test (Mann-Whitney U).

Etični vidiki: Protokol raziskave sta odobrili institucionalni etični komisiji (št. 603/2017 Etična komisija, Univerzitetna bolnišnica Ostrava, Češka, in št. 19/2017 Etična komisija, Medicinska fakulteta, Univerza v Ostravi, Češka).

Rezultati

Najpogosteje omejena dejavnost zdravstvene nege je bila pravočasen odziv na zahtevo/potrebo pacienta ali družine, sledila sta ji čustvena ali psihološka podpora in ustrezen nadzor nad prenesenimi nalogami. V zdravstvenih enotah so poročali o bolj prikrito omejeni zdravstveni negi. Statistične razlike so bile ugotovljene pri ocenjevanju 25 postavk in skupnega rezultata PIRNCA. Medicinske sestre iz srednje velikih bolnišnic so pogosteje poročale o implicitno omejeni oskrbi kot tiste iz velikih bolnišnic.

Razprava

Medicinske sestre v bolnišnicah vsem pacientom niso mogle vedno zagotoviti po njihovem mnenju potrebne oskrbe (Schubert et al., 2007). Po mnenju Jonesa in drugih (2021) medicinske sestre verjetno opustijo tiste aktivnosti zdravstvene nege, ki (1) verjetno nimajo neposrednih ali takojšnjih posledic za zdravstveno stanje pacientov, (2) so dolgotrajne in jih ni mogoče skrajšati, (3) čas, potreben za njihovo izvedbo, je neznan ali težko ocenljiv in (4) so v enoti manj nadzorovane.

Zaključek

O bolj omejeni oskrbi so poročale medicinske sestre iz zdravstvenih enot in medicinske sestre iz srednje velikih bolnišnic. Organizacijske spremenljivke vplivajo na implicitno omejevanje zdravstvene nege.

Financiranje

To študijo je podprlo Ministrstvo za zdravje Češke republike, dotacija št. NV18-09-00420. Vse pravice pridržane.

Literatura

- Czech Republic. Kontakt, 21(4), 388-394. <https://doi.org/10.32725/kont.2019.048>
- Jones, T. L. (2014). Validation of the Perceived Implicit Rationing of Nursing Care (PIRNCA) Instrument. *Nursing Forum*, 49(2), 77-87. <https://doi.org/10.1111/nuf.12076>
- Jones, T., Drach-Zahavy, A., Sermeus, W., Willis, E., & Zelenikova, R. (2021). In: E. Papastavrou, & R. Suhonen (eds.). *Understanding missed care: definitions, measures, conceptualizations, evidence, prevalence, and measurement challenges. Impacts of Rationing and Missed Nursing Care: Challenges and Solutions.* RANCARE Action. 1st ed., 9–48. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-71073-6>
- Papastavrou, E., Andreou, P., Tsangari, H., Schubert, M., & De Geest, S. (2014). Rationing of nursing care within professional environmental constraints: a correlational study. *Clinical Nursing Research*, 23(3), 314–335. <https://doi.org/10.1177/1054773812469543>
- Schubert, M., Glass, T. R., Clarke, S. P., Schaffert-Witvliet, B., & De Geest, S. (2007). Validation of the Basel extent of rationing of nursing care instrument. *Nursing Research*, 56(6), 416–424. <https://doi.org/10.1097/01.NNR.0000299853.52429.62>

WHAT HAVE WE LEARNT REGARDING THE MISSED NURSING CARE IN THE LAST DECADES?

PhD Alvisa Palese, RN, BsN, MsN, PhD

*Associate Professor in Nursing Science, Udine University
email: alvisa.palese@uniud.it*

Background

Missed Care is any nursing intervention necessary for the patient but omitted completely, partially or postponed to another time than planned. The aim of the lecture is to summarise the main aspects investigated to date regarding the phenomenon of Missed Nursing Care.

Methods

The main empirical and conceptual research published to date in form of primary and secondary studies, will be summarised.

Results

There are different traditions in this conceptual field of research. The first concept was defined in 2004, as Task left Undone; then, the Missed Nursing Care appeared in the US; at the same time, the Implicit Rationed of Nursing care has been established in Switzerland and more recently that of Unfinished Nursing Care as an overarching term. These different conceptual traditions have been also resulted in different reasons/causes triggering the poor care as the lack of human resources, the lack of materials, and issues in communication. More recently, underlining reasons triggering the Missed Care has been summarized in a systematic review, as well as the psychometric properties of instruments measuring its frequency and their relationship with the Fundamentals of Care.

Conclusions

During the lecture, the main issues still at merit of consideration in terms of research, management, educational priorities will be summarized, as well as the antecedents, the strategies aimed at preventing/minimizing the unfinished care and its potential outcomes.

References

- Palese, A., Longhini, J. & Danielis, M. 2021. To what extent Unfinished Nursing Care tools coincide with the discrete elements of The Fundamentals of Care Framework? A comparative analysis based on a systematic review. *J Clin Nurs.* 30(1-2), pp.239-265.
- Palese, A., Navone, E., Danielis, M., Vryonides, S., Sermeus, W. & Papastavrou, E. 2021. Measurement tools used to assess unfinished nursing care: A systematic review of psychometric properties. *J Adv Nurs.*;77(2), pp.565-582.

Schubert, M., Ausserhofer, D., Bragadóttir, H., Rochefort, CM., Bruyneel, L., Stemmer, R., Andreou, P., Leppée, M. & Palese, A. 2021. RANCARE Consortium COST Action - CA 15208. Interventions to prevent or reduce rationing or missed nursing care: A scoping review. *J Adv Nurs*, 77(2), pp. 550-564.

ČESA SMO SE NAUČILI V ZADNJIH DESETLETJIH V ZVEZI Z NEIZVEDENO ZDRAVSTVENO NEGO?

prof. dr. Alvisa Palese, RN, BsN, MsN, PhD

Associate Professor in Nursing Science, Udine University

email: alvisa.palese@uniud.it

Uvod

Neizvedena oskrba je vsak poseg v zdravstveni negi, ki je potreben za pacienta, vendar je v celoti, delno ali preložen na drug čas, kot je bilo načrtovano. Namen predavanja je povzeti glavne vidike, ki so bili doslej raziskani v zvezi s pojavom neizvedene zdravstvene nege.

Metode

Povzeli bomo glavne empirične in konceptualne raziskave, ki so bile doslej objavljene v obliki primarnih in sekundarnih študij.

Rezultati

Na tem konceptualnem raziskovalnem področju obstajajo različne tradicije. Prvi koncept je bil opredeljen leta 2004 kot »Task left Undone«, nato se je v ZDA pojavil »Missed Nursing Care«, v Švici je bil hkrati uveljavljen »Implicit Rationed of Nursing Care«, nedavno pa še »Unfinished Nursing Care« kot krovni pojem. Te različne konceptualne tradicije so povzročile tudi različne vzroke za slabo oskrbo, kot so pomanjkanje človeških virov, pomanjkanje materialov in težave v komunikaciji. Pred kratkim so bili v sistematičnem pregledu povzeti vzroki neizvedene oskrbe, psihometrične lastnosti instrumentov, ki merijo pogostost neizvedene oskrbe, in njihova povezava s temelji oskrbe.

Zaključki

Na predavanju bodo povzeta glavna vprašanja, ki jih je še vedno treba obravnavati v smislu raziskav, upravljanja in izobraževalnih prednostnih nalog, pa tudi predhodniki, strategije za preprečevanje in zmanjševanje nedokončane oskrbe ter njeni mogoči rezultati.

Literatura

Palese, A., Longhini, J. & Danielis, M. 2021. To what extent Unfinished Nursing Care tools coincide with the discrete elements of The Fundamentals of Care Framework? A comparative analysis based on a systematic review. *J Clin Nurs.* 30(1-2), pp.239-265.

Palese, A., Navone, E., Danielis, M., Vryonides, S., Sermeus, W. & Papastavrou, E. 2021. Measurement tools used to assess unfinished nursing care: A systematic review of psychometric properties. *J Adv Nurs.*;77(2), pp.565-582.

Schubert, M., Ausserhofer, D., Bragadóttir, H., Rochefort, CM., Bruyneel, L., Stemmer, R., Andreou, P., Leppée, M. & Palese, A. 2021. RANCARE Consortium COST Action - CA 15208. Interventions to prevent or reduce rationing or missed nursing care: A scoping review. *J Adv Nurs*, 77(2), pp. 550-564.

BURNOUT SYNDROME AND ITS ASSOCIATION WITH MISSED NURSING CARE

Adriano Friganovic, RN, BsN, MsN, PhD

*senior lecturer, president of WFCCN, president ESNO
University Hospital Centre Zagreb,
Clinic for Anaesthesiology, Reanimatology and Intensive Care
University of Applied Health Sciences, Department of Nursing
email: info@hnss.hr*

Introduction

Burnout syndrome usually occurs in population who are involved in frequent and intense contact with people. High dependency units such as critical care are very stressful environments, and this can lead to a greater incidence of burnout. Missed nursing care is a significant threat to patient safety and quality of care. Even though there is increasing number of studies regarding missed nursing care over the past period, in the countries of central Europe there is a lack of basic information on that issue.

Aims: Aim of this lecture is to show burnout syndrome results among Croatian critical care nurses and results of research of missed nursing care in Croatian hospitals. Other aim to present burnout association with missed nursing care.

Methods

To assess burnout a cross-sectional study with sample of 620 critical care nurses was conducted in 4 university hospitals. To assess missed nursing care a cross-sectional study was conducted at sample of 438 nurses in several university hospitals based on the Perceived Implicit Rationing of Nursing Care Questionnaire. Literature review was undertaken to explore association of burnout and missed nursing care.

Results

The results showed nursing staff expressed a high emotional exhaustion (EE) in 22.1%, a high depersonalisation (D) in 7.9% and a low personal accomplishment (PA) in 34.5%. Male nurses reported more depersonalisation ($p=0.045$), yet neither EE nor the PA dimensions differed by gender. Lower assessment of the quality of care in the unit is associated with a higher score on PIRNCA, $r=-0.379$, $p<0.001$. Lower satisfaction with the current working place is associated with a higher score on PIRNCA, $r=-0.432$, $p<0.001$.

Conclusion

Results of the studies showed that burnout syndrome and missed care represent major problem among critical care nurses. Association of burnout with missed nursing care should be further investigated.

Key Words: burnout syndrome, missed nursing care, critical care nursing

References

Friganović, A. & Selić, P. (2020). Levels of Burnout Syndrome in Croatian Critical Care Nurses: A Cross-Sectional Study. *Psychiatr Danub*, 32 (Suppl 4), 478-483.

Friganovic, A., Režić, S., Kurtović, B., Vidmanić, S., Zelenikova, R., Rotim, C., Konjevoda, V., Režek, B. & Piškori, S. (2020). Nurses' perception of implicit nursing care rationing in Croatia-A cross-sectional multicentre study. *J Nurs Manag*, 28(8), 2230-2239. doi: 10.1111/jonm.13002. Epub 2020 Apr 6. PMID: 32163651.

Zeleníková, R., Gurková, E., Friganovic, A., Uchmanowicz, I., Jarošová, D., Žiaková, K., Plevová, I. & Papastavrou, E. (2019). Unfinished nursing care in four central European countries. *J Nurs Manag*, 28(8), 1888-1900. doi: 10.1111/jonm.12896. Epub 26. PMID: 31680373; PMCID: PMC7754486.

Plevová, I., Zeleníková, R., Jarošová, D. & Janíková, E. (2021). The relationship between nurse's job satisfaction and missed nursing care. *Med Pr*. 30;72(3), 231-237. doi: 10.13075/mp.5893.01035. Epub 2021 Mar 18. PMID: 33783436.

White, E. M., Aiken, L. H. & McHugh, M. D. (2019). Registered Nurse Burnout, Job Dissatisfaction, and Missed Care in Nursing Homes. *J Am Geriatr Soc*, 67(10), 2065-2071. doi: 10.1111/jgs.16051. Epub 2019 Jul 23. PMID: 31334567; PMCID: PMC6800779.

SINDROM IZGORELOSTI IN NJEGOVA POVEZAVA Z NEIZVEDENO ZDRAVSTVENO NEGO

Adriano Friganović, RN, BsN, MsN, PhD

višji predavatelj, predsednik WFCCN, predsednik ESNO

Univerzitetni bolnišnični center Zagreb,

*Klinika za anesteziologijo, reanimatologijo in intenzivno terapijo
Univerza za uporabne zdravstvene vede, Oddelek za zdravstveno nego
email: info@hnss.hr*

Uvod

Sindrom izgorelosti se običajno pojavi pri ljudeh, ki so pogosto in intenzivno v stiku z ljudmi. Oddelki z visoko stopnjo odvisnosti, kot je intenzivna nega, so zelo stresno okolje, kar lahko vodi v pogostejšo izgorelost. Neizvedena zdravstvena nega je velika grožnja varnosti in kakovosti oskrbe pacientov. Čeprav je v preteklem obdobju vse več študij o neizvedeni zdravstveni negi, v državah srednje Evrope primanjkuje osnovnih informacij o tem vprašanju.

Cilji

Namen predavanja je prikazati rezultate sindroma izgorelosti med hrvaškimi medicinskimi sestrami v intenzivni negi in rezultate raziskave o neizvedeni zdravstveni negi v hrvaških bolnišnicah. Dodatni namen je predstaviti povezavo med izgorelostjo in neizvedeno zdravstveno nego.

Metode

Za oceno izgorelosti je bila v štirih univerzitetnih bolnišnicah izvedena presečna študija na vzorcu 620 medicinskih sester za intenzivno nego. Da bi ocenili neizvedeno zdravstveno nego, je bila izvedena presečna študija na vzorcu 438 medicinskih sester v več univerzitetnih bolnišnicah na podlagi Vprašalnika o zaznanem implicitnem omejevanju zdravstvene nege. Pregled literature je bil opravljen z namenom raziskati povezavo med izgorelostjo in neizvedeno zdravstveno nego.

Rezultati

Rezultati so pokazali, da so zaposleni v zdravstveni negi v 22,1 % izražali visoko čustveno izčrpanost (EE), v 7,9 % visoko depersonalizacijo (D) in v 34,5 % nizko osebno izpolnitev (PA). Moški medicinski tehniki so poročali o večji depersonalizaciji ($p = 0,045$), vendar se niti dimenzije EE niti PA niso razlikovale glede na spol. Nižja ocena kakovosti oskrbe v enoti je povezana z višjo oceno PIRNCA, $r = -0,379$, $p < 0,001$. Manjše zadovoljstvo s trenutnim delovnim mestom je povezano z višjo oceno PIRNCA, $r = -0,432$, $p < 0,001$.

Zaključek

Rezultati študij so pokazali, da sta sindrom izgorelosti in neizvedena oskrba glavna problema med medicinskimi sestrami v intenzivni negi. Povezanost izgorelosti z neizvedeno zdravstveno nego bi bilo treba dodatno raziskati.

Ključne besede: sindrom izgorelosti, neizvedena zdravstvena nega, zdravstvena nega v intenzivni terapiji

Literatura

Friganović, A. & Selič, P. (2020). Levels of Burnout Syndrome in Croatian Critical Care Nurses: A Cross-Sectional Study. *Psychiatr Danub*, 32 (Suppl 4), 478-483.

Friganovic, A., Režić, S., Kurtović, B., Vidmanić, S., Zelenikova, R., Rotim, C., Konjevoda, V., Režek, B. & Piškori, S. (2020). Nurses' perception of implicit nursing care rationing in Croatia-A cross-sectional multicentre study. *J Nurs Manag*, 28(8), 2230-2239. doi: 10.1111/jonm.13002. Epub 2020 Apr 6. PMID: 32163651.

Zeleníková, R., Gurková, E., Friganovic, A., Uchmanowicz, I., Jarošová, D., Žiaková, K., Plevová, I. & Papastavrou, E. (2019). Unfinished nursing care in four central European countries. *J Nurs Manag*, 28(8), 1888-1900. doi: 10.1111/jonm.12896. Epub 26. PMID: 31680373; PMCID: PMC7754486.

Plevová, I., Zeleníková, R., Jarošová, D. & Janíková, E. (2021). The relationship between nurse's job satisfaction and missed nursing care. *Med Pr*, 30;72(3), 231-237. doi: 10.13075/mp.5893.01035. Epub 2021 Mar 18. PMID: 33783436.

White, E. M., Aiken, L. H. & McHugh, M. D. (2019). Registered Nurse Burnout, Job Dissatisfaction, and Missed Care in Nursing Homes. *J Am Geriatr Soc*, 67(10), 2065-2071. doi: 10.1111/jgs.16051. Epub 2019 Jul 23. PMID: 31334567; PMCID: PMC6800779.

NEIZVRŠENE AKTIVNOSTI ZDRAVSTVENE NEGE

Primož Potočnik, dipl. zn.
Univerzitetna klinika Golnik
email: primozpotocnikk@gmail.com

doc. dr. Radojka Kobentar
Fakulteta za zdravstvo Angela Boškin, Jesenice
email: rkobentar@fzab.si

Uvod

Neizvršene aktivnosti zdravstvene nege predstavljajo del zdravstvene nege, ki je načrtno ali nenačrtno izpuščen, zamujen ali odložen, na vseh področjih, ki jih zdravstvena nega pokriva. Ugotavljali smo prisotnost pojava v institucionalnem varstvu starejših.

Metoda

Uporabljen je kvantitativni način raziskovanja. Anketiranje je potekalo v enem izmed institucionalnih zavodov v Sloveniji. Vprašalnik je bil sestavljen s pomočjo obstoječega vprašalnika MISSCARE, zanesljivost pa je bila ocenjena s pomočjo Cronbach alfa koeficienta zanesljivosti.

Rezultati

Statističnih razlik o izpuščenih aktivnostih zdravstvene nege in oskrbe glede na izobrazbo nismo zaznali ($p > 0,05$), prav tako jih ni bilo v povezavi s starostjo pri zaposlenih ter v povezavi z leti delovnih izkušenj. Ugotovili smo, da sta najpogosteje izpuščeni aktivnosti ustna nega (PV = 3,08; SO = 1,313) ter ocenjevanje učinka danega zdravila (PV = 3,28; SO = 1,109), najmanjkrat izpuščena aktivnost pa je priprava stanovalca na hranjenje (PV = 4,49; SO = 0,880).

Razprava

Rezultati prikazujejo, da v institucionalnem varstvu prihaja do neizvedenih aktivnosti zdravstvene nege in za to obstajajo pomembni razlogi, ki bi jih z organizacijskimi ukrepi lahko optimizirali. Menimo, da smo starostnikom dolžni zagotoviti najboljšo zdravstveno nego in oskrbo pri tem pa je opuščanje aktivnosti nedopustno.

Ključne besede: starejši, institucija, oskrba, neizvedene aktivnosti zdravstvene nege.

Uvod

Neizvršene aktivnosti zdravstvene nege se pojavljajo na vseh področjih kjer deluje zdravstvena nega, tako na primarni, sekundarni kot tudi na terciarni ravni. Zamujena, neizvedena ali spregledana zdravstvena nega in oskrba se tako pojavlja po vsem svetu in v vseh ustanovah, kjer so raziskovali to področje. Raziskovalci so kot enega izmed glavnih problemov prepoznali pomankanje kompetentnega kadra, kateremu sledita slabe delovne razmere ter varnost pacientov (Suhonen & Scott, 2018). Mednarodno veljavno orodje za ugotavljanje vrst in razlogov za zamujeno oziroma neizvedeno zdravstveno nego je MISSCARE (The Missed Nursing Care).

Izpuščene aktivnosti zdravstvene nege so najbolj prizadenejo najbolj ranljivo populacijo starostnikov, ki so zaradi svojih zdravstvenih in socialnih problemov nameščeni v institucionalno oskrbo, kjer je opaziti večje pomanjkanja kadra, časa, sredstev za delo kar dodatno poslabša njihovo zdravje (Suhonen & Scott, 2018; White, et al., 2019). Neželeni izidi neizvedenih aktivnosti zdravstvene nege se kažejo pri starostnikih s povečanim tveganjem za varnostne zaplete. Premajhno število kadra v socialnih in zdravstvenih zavodih pogosto prehitro nudi pomoč in s tem stanovalcem odvzamejo možnost samostojne oskrbe ter skrbi za urejeno okolje (Pap et. al., 2015).

Raziskovalci, ki so po svetu raziskovali ta problem, s pomočjo prej omenjene lestvice MISSCARE, so med najpogostejše neizvedene aktivnosti zdravstvene nege uvrstili obračanje pacienta na 2 uri, oskrba pacienta trikrat dnevno ali kot je odrejeno, aplikacija zdravil v 30 minutah pred ali po predpisanem času, ocenjevanje učinka danega zdravila, ustna nega in hranjene pacienta s hrano, ki je še vedno topla. Zraven pa sodijo tudi načrtovanje pacientovega odpusta, čustvena podpora, osebna higiena, poučevanje pacientov, dokumentacija o bilanci tekočin ter nadzor nad bilanco (Maloney et. al., 2015; Cleary-Holdforth, 2019; Zelenikova et. al., 2019).

Med razloge za neizvršene aktivnosti zdravstvene nege raziskovalci navajajo zadovoljstvo s poklicem, s timskim delom in s trenutnim položajem v ustanovi, pomankanje človeških virov, pomankanje časa in denarja, delo z zahtevnimi ljudmi, ki imajo različne zdravstvene težave. Razlog za pomankanje medicinskih sester glede na vedno bolj zapletene potrebe pacientov, storitve drugih strokovnjakov se zmanjšujejo, predčasno odpuščanje pacientov iz bolnišnic, v prizadevanju za sprostitev postelj. Možnosti za napredek v zdravstveni negi, na področju neizvršenih aktivnosti zdravstvene nege in oskrbe vidijo v izboljšanju delovnega okolja z zadostnim številom zaposlenih, kar obeta izboljšanje oskrbe v domovih za starejše in zmanjševanje fluktuacije medicinskih sester (Maloney, et al., 2015; Suhonen & Scott, 2018; Cleary-Holdforth, 2019; White, et al., 2019; Sworn & Booth, 2020).

Strokovnjaki opozarjajo, da se zaradi neizvršenih aktivnosti zdravstvene nege zvišuje število varnostnih zapletov in neželenih dogodkov, kar podaljšuje

zdravljenje, povečuje stopnjo invalidnosti in smrtnosti ob višjih stroških obravnave. Zato se koncept zamujene zdravstvene nege opisuje kot načrtovano zdravstveno nego, ki iz različnih razlogov ni končana pravočasno, je le delno izvedena ali sploh ni izvedena (Cleary-Holdforth, 2019).

Metode

Opis instrumenta

Vprašalnik, ki smo ga uporabili, smo sestavili s pomočjo že obstoječega vprašalnika MISSCARE ter drugih virov iz pregledane literature (Kalisch, et al., 2012; Bragadottir, et al., 2015; Hessels, et al., 2015; Maloney, et al., 2015; Zelenikova, et al., 2019). Zanesljivost vprašalnika z 18 aktivnostih zdravstvene nege smo preverili s Cronbach alfa, ki znaša 0,928 točk.

Opis vzorca

Vzorec je vključeval 63 zaposlenih na področju zdravstven nege in oskrbe, ki so se razlikovali glede na stopnjo izobrazbe, starost, zadovoljstvo z delom ter delovne izkušnje. Večino anketirancev je bilo ženskega spola (91,2 %), povprečna starost je bila 36,11 let, po stopnji izobrazbe so prevladovalе srednje medicinske sestre (41,3 %), največ pa jih je bilo zaposlenih v trenutni ustanovi več kot 10 let (31,7). Vključitveni kriterij so bili starost nad 18 let, podano informirano soglasje, razumevanje slovenskega jezika. Zgotovljena je bila popolna anonimnost in varovanje osebnih podatkov.

Tabela 1: Stopnja izobrazbe

	Stopnja izobrazbe	N	Delež (%)	Delež veljavnih (%)
Veljavni	Brez	4	6,3	7,0
	Bolničar – negovalec	23	36,5	40,4
	Srednja medicinska sestra	26	41,3	45,6
	Diplomirana medicinska sestra	4	6,3	7,0
	Skupaj	57	90,5	100,0
Manjkajoči odgovor		6	9,5	
Skupaj		63	100,0	

Legenda: N = število

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Raziskavo smo izvedli po prejemu soglasja in z dovoljenjem odgovornih za zdravstveno nego v instituciji. Zaposleni so bili seznanjeni z namenom raziskave in so s prostovoljno izpolnjeno anketo podali tudi soglasje k sodelovanju. Podatke smo zbrali s pomočjo vprašalnika, preko računalniško podprte ankete 1ka. Zbiranje podatkov je potekalo od 20. 4. 2021 do 20. 5. 2021. Anketirance

smo seznanili z možnostjo zavrnitve sodelovanja brez kakršnihkoli posledic in smo jim zagotovili popolno anonimnost. Zbrane podatke smo nato obdelali z metodami opisne statistike in neparametričnimi testi. Upoštevali smo statistično značilnost pri $p = 0,05$ točk. Uporabili smo programa Microsoft Excel in SPSS 22.

Rezultati

V nadaljevanju so prikazani so rezultati, ki smo jih analizirali na podlagi zbranih vprašalnikov.

Najprej smo se osredotočili na povezavo pojavnosti neizvedenih aktivnosti zdravstvene nege starostnika z demografskimi podatki anketirancev, glede na izobrazbo, starost ter delovno dobo. Zaradi boljšega prikaza smo oblikovali dve skupini glede na izobrazbo. Pri tem nismo ugotovili nobenih statistično značilnih razlik pri mnenju o izpuščenih aktivnosti glede na izobrazbo ($p > 0,05$). Medicinske sestre so ocenile, da sta izpuščeni aktivnosti pravočasna oskrba ran SR = 17,94 in aplikacija infuzije SR = 17,54 ter redko izpuščena aktivnost osebna higiena SR = 27,8. Bolničarji pa so ocenili, da je izpuščena aktivnost oskrba ran SR = 11,36 in nikoli ali redko izpuščena aktivnost odziv na zvonec v 5 minutah od klica SR = 30,11.

Tabela 2: Ocena izpuščenih aktivnosti ZNO glede na izobrazbo

Aktivnosti ZNO	Skupina izobrazbe	N	SR	Seštevek v razredu	p (dvostranski)
Osebna higiena, umivanje obraza in rok stanovalcem.	1	26	26,17	680,5	0,690
	2	27	27,80	750,5	
	Skupaj	53			
Ocenjevanje učinka danega zdravila.	1	12	17,96	215,5	0,821
	2	24	18,77	450,5	
	Skupaj	36			
Aplikacija zdravila v 15 minutah od prošnje.	1	11	17,27	190,0	0,767
	2	24	18,33	440,0	
	Skupaj	35			
Aplikacija zdravil 30 minut prej ali po določenem času.	1	10	17,75	177,5	0,921
	2	25	18,10	452,5	
	Skupaj	35			
Pomoč pri odvajanju in izločanju v 5 minutah od prošnje.	1	24	27,44	658,5	0,666
	2	28	25,70	719,5	
	Skupaj	52			
Odziv na zvonec v 5 minutah.	1	27	30,11	813,0	0,314
	2	28	25,96	727,0	
	Skupaj	55			
Psihična pomoč stanovalcu ali svojcem.	1	23	28,48	655,0	0,520
	2	30	25,87	776,0	
	Skupaj	53			
Obračanje ogroženega stanovalca na 2 uri.	1	26	28,73	747,0	0,557
	2	28	26,36	738,0	
	Skupaj	54			
Ustna nega in umivanje zob stanovalcem (ne umivanje zobne proteze).	1	22	27,84	612,5	0,298
	2	28	23,66	662,5	
	Skupaj	50			
Skrb za kožo in rane.	1	25	26,46	661,5	0,797
	2	28	27,48	769,5	
	Skupaj	53			
Poučevanje stanovalcev.	1	11	19,86	218,5	0,746
	2	26	18,63	484,5	
	Skupaj	37			

Legenda: N = število; SR = sredina razreda; p = statistična značilnost; skupini izobrazbe: 1 = brez izobrazbe in bolničar; 2 = medicinske sestre in diplomirane medicinske sestre

Aktivnosti ZNO	Skupina izobrazbe	N	SR	Seštevek v razredu	p (dvostranski)
Posedanje stanovalcev, ko je to naročeno.	1	27	29,35	792,5	0,505
	2	28	26,70	747,5	
	Skupaj	55			
Aktivnosti/intervencije pri akutno bolnih.	1	17	23,65	402,0	0,949
	2	29	23,41	679,0	
	Skupaj	46			
Ocena tveganja za padec.	1	17	22,26	378,5	0,753
	2	28	23,45	656,5	
	Skupaj	45			
Ocena tveganja za nastanek RZP.	1	16	23,38	374,0	0,400
	2	26	20,35	529,0	
	Skupaj	42			
Priprava stanovalca na hranjenje.	1	21	26,07	547,5	0,583
	2	28	24,20	677,5	
	Skupaj	49			
Pravočasna in redna oskrba ran, odvajalnih stom.	1	7	11,36	79,5	0,065
	2	25	17,94	448,5	
	Skupaj	32			
Aplikacija infuzije, menjava infuzijskega sistema, menjava kanile.	1	7	12,79	89,5	0,174
	2	25	17,54	438,5	
	Skupaj	32			

Legenda: N = število; SR = sredina razreda; p = statistična značilnost; skupini izobrazbe: 1 = brez izobrazbe in bolničar; 2 = medicinske sestre in diplomirane medicinske sestre

Demografski kazalniki v zvezi z izpuščenimi aktivnostmi zdravstvene nege niso imeli statistično pomembnih povezav.

Nadaljevali smo z iskanjem statistično značilnih povezav med opuščeni aktivnostmi zdravstvene nege in oskrbe ter trajanjem zaposlitve. Zaposleni, ki so zaposleni 6 mesecev ali manj, od 6 do 23 mesecev ter tisti, ki so zaposleni med 6 in 10 let, dajejo največji poudarek aktivnostim aplikacije infuzije, menjavi infuzijskega sistema, menjavi kanile (SR = 12,67; SR = 17,33; SR = 14,08) in jih označijo kot pogosto izpuščene aktivnosti zdravstven nege in oskrbe. Tisti, ki so zaposleni med 2 in 5 let, so slabše ocenili aktivnost ocene učinka danega zdravila (SR = 10,86), zaposleni, ki pa so v zdravstveni negi že dalj kot 11 let, pa dajejo največji poudarek pravočasni in redni oskrbi ran in odvajalnih stom (SR = 15,09). kot redko in nikoli izpuščeno aktivnost so ocenili zaposleni do 6 mesecev in sicer aktivnosti posedanja stanovalcev, ko je to naročeno (SR = 34,75),. Zaposleni med

6 in 23 meseci ter tisti, ki so zaposleni med 6 in 10 let, so višje ocenili odziv na zvonec v 5 minutah (SR = 37,28; 31,46). Najdlje zaposleni, ki so v skupini nad 11 let, so najboljše ocenili aktivnosti osebne higijene, umivanja obraza in rok stanovalcem (SR = 26,50) kot redko ali nikoli izpuščeno aktivnost.

Nato smo se osredotočili na aktivnosti zdravstvene nege, ki se po mnenju anketirancev najpogosteje pojavljajo kot neizvedene ali spregledane pri zdravstveni negi starostnika. Tu smo ugotovili, da sta bili v našem primeru najpogosteje izpuščeni aktivnosti zdravstvene nege in oskrbe ustna nega (PV = 3,08; SO = 1,313) in ocenjevanje učinka danega zdravila (PV = 3,28; SO = 1,109). Najmanjkrat izpuščeni aktivnosti pa sta po njihovem mnenju priprava stanovalca na hranjenje (PV = 4,49; SO = 0,880).

Sledili so razlogi za neizvedeno in spregledano zdravstveno nego starostnika ter kako so povezani z neizvedenimi aktivnostmi zdravstvene nege starostnika. Tu smo ugotovili, da so se naši anketiranci strinjali, da so razlogi za neizvedene aktivnosti zdravstvene nege in oskrbe neustrezno število ustreznega kadra, pogosto menjavanje zaposlenih v zdravstveni negi (PV = 1,42; SO = 0,787) in nepričakovane situacije (PV = 1,46; SO = 0,703).

Diskusija in zaključek

V raziskavi, ki smo jo izvedli v institucionalnem varstvu smo ugotavljali v kolikšni meri se dogaja, da aktivnosti zdravstvene nege ostanejo neizvršene. Raziskava je tako pokazala, da demografski podatki ne vplivajo na neizvršene aktivnosti ZNO, kar lahko predpisujemo temu, da delo poteka timsko. S tem lahko preprečimo morebitne varnostne zaplete, ki se dogajajo zaradi preobremenjenosti, saj se lahko zaposleni med seboj dopolnjujejo ter opozarjajo na določene aktivnosti ZNO, ki se pogosto spregledajo.

Nato smo se spraševali, katere aktivnosti ZNO se najpogosteje pojavljajo kot spregledane ali neizvršene pri zdravstveni negi in oskrbi starostnika ter ugotovili, da je bila v našem primeru ta aktivnost ustna nega. Izkušnje kažejo, da se pri starostniku, ki je brez stalnega zobovja, večkrat opusti skrb za ustno votlino, kar pa se tretira kot strokovna napaka (Kure, 2010). Kot drugo najpogosteje izpuščeno aktivnost zdravstvene nege in oskrbe, so naši anketiranci dejali ocenjevanje učinka danega zdravila. Eno od glavnih pravil pri dajanju zdravil je ocena učinka danega zdravila, to pa je še bolj pomembno pri starostniku, ker jemljejo več vrst zdravil, se lahko zaradi sinergije in slabše absorpcije poslabša terapevtski učinek, in se spregleda možnost tudi kopičenja zdravil v serumu (Kociper, 2019). S temi ugotovitvami pa se strinjajo tudi drugi raziskovalci, ki so že raziskovali ta področja, saj so do podobnih ugotovitev prišli Maloney, et al. (2015), Cleary-Holdforth (2019), Bragadottir in Kalisch (2018) in prav tako tudi Zelenikova, et al. (2019). V teh raziskavah so prišli do ugotovitev, da med najpogosteje izpuščene aktivnosti ZNO spada priprava pacienta na hranjenje in hranjenje pacienta s

hrano, ki je še vedno topla, s čimer pa se sodelujoči v naši anketi niso strinjali. Bili so mnenja, da so te aktivnosti najmanjkrat izpuščene izmed vseh. Iz tega lahko sklepamo, da je v institucionalnem varstvu za aktivnost prehranjevanja in pitja dobro poskrbljeno kot kar lahko predpisujemo temu, da ima večji delež kadra kompetence pri tej aktivnosti.

Iskali smo tudi razloge zakaj prihaja do neizvršenih aktivnosti zdravstven nege. Po mnenju naših anketirancev so glavni razlogi za neizvršene aktivnosti ZNO neustrezno število kadra, pogosto menjavanje zaposlenih v zdravstveni negi. Po naših izkušnjah do tega prihaja zaradi premajhnega števila kompetentnega kadra, torej diplomiranih medicinskih sester, zdravstvenih tehnikov in bolničarjev. Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti (2020) je leta 2019 objavilo poročilo, iz katerega je razvidno, da se je fluktuacija povečala, kar so predpisali slabšim pogojem za delo ter nizko plačo za delo v osnovni in socialni oskrbi. Temu razlogu so sledili nepričakovane situacije, ki so bile opredeljene kot epi napadi, zadušitve, zloraba alkohola in nenajavljeni obiski svojcev. Menimo, da do tega prihaja zaradi preobremenjenosti medicinskih sester. Velik vpliv na to imajo tudi svojci, ki za svoje sorodnike želijo le najboljše, se zanimajo za njihovo zdravstveno stanje ter želijo strokovne informacije v zvezi z zdravstvenim stanjem, napredovanjem bolezni in druge podatke, kar medicinskim sestram odvzema čas, ki ga sicer namenjajo aktivnostim v zdravstveni negi in oskrbi. S temi ugotovitvami se strinjajo tudi White, et al. (2019), ki so prav tako napake pri razdeljevanju terapije pripisali preobremenjenosti medicinskih sester in motnjami med razdeljevanju terapije. Poročajo, da delo s premalo kadra in nezadostnimi viri povzroča dodaten stres medicinskim sestram in po drugi strani boljši delovni pogoji, z zadostnimi viri podpirajo medicinske sestre v zagotavljanju kakovostnejše oskrbe. Zelnikova, et al. (2019) so menja, da je glavni razlogi za neizvršene aktivnosti zdravstvene nege pomanjkanje človeških virov. Cleary-Holdforth (2019) je v svojem pregledu literature ugotovila, da je z neizvedenimi aktivnostmi povezanih več dejavnikov in sicer pomanjkanje časa, denarja in kadra ter delo z zahtevnimi pacienti, s čimer se strinjajo tako Suhonen in Scott (2018), Maloney, et al. (2015), ter tudi Swornova in Booth (2020). Imperl (2013) navaja, da so kadrovske normativi prilagojeni stopnji oskrbe in nege, kar pa glede na sam koncept dela na koncu prinese, da je potrebnega kompetentnega osebja premalo.

Po naših ugotovitvah so anketiranci s svojim poklicem zadovoljni in posledično smo mnenja, da so zaradi tega rezultati naše ankete boljši kot so bili v nekaterih drugih raziskavah. Kljub temu je večina anketirancev menila, da so svojim delom obremenjeni, vendar pa so bili s timskim delom in svojim položajem v ustanovi nekoliko zadovoljnejši. Z mesečnim razporedom pa so bili delno zadovoljni, zato menimo, da bi s spremembo le tega lahko še bolj dvignili delovno uspešnost zaposlenih. Vendar pa je v naši raziskavi skoraj tretjina zaposlenih navedla, da

želi trenutno ustanovo zapustiti v roku enega leta, kar pa smo predpisali že prej navedenim razlogom za fluktuacijo, pod kar sodijo slabe plače, zahtevna delovna mesta, neusklajeni urniki in pa seveda močna gospodarska rast, kjer so na voljo boljša delovna mesta. Cleary-Holdforth (2019) navaja, da medicinske sestre nase prevzamejo večino krivde, saj delo v okolju, v katerem so medicinske sestre nezadovoljne, kjer je veliko bolniških odsotnosti in želja po menjavi delovnega mesta, prinaša povečano možnost za aktivnosti ZNO, ki ostajajo neizvršene. Prav tako je so v raziskavi White, et al. (2019) ugotovili, da prihaja do večjega števila napak, povezanih z aplikacijo terapije, pri medicinskih sestrah, ki so nezadovoljne in izgorele, kar pa so predpisali povečanemu številu oskrbovancev na eno medicinsko sestro. Tako smo ugotovili, da je zadovoljstvo medicinskih sester z delom, pomemben vidik opravljanja dela, saj tisti zaposleni, ki so zadovoljni z delom, opravljajo delo z veseljem in menijo, da je delo dobro opravljeno.

V tej raziskavi je bila glavna omejitev majhen vzorec anketiranih, ki je bil posledica raziskovanja med časom epidemije COVID 19 v Sloveniji. Zaradi tega smo raziskovali le v eni ustanovi, ki zagotavlja socialno varstvo. Menimo, da bi bilo tako raziskovanje smiselno in potrebno izvesti na večjem vzorcu zaposlenih, iz različnih institucij ter tako pridobili bolj realno sliko v kolikšni meri ostajajo neizvedene aktivnosti ZNO.

V tej raziskavi smo ob pomoči anketnega vprašalnika ugotavljali problematiko neizvršenih aktivnosti ZNO v institucionalni oskrbi ter prišli do ugotovitev, da se to dogaja tudi v slovenskem prostoru. Razlogov za to je seveda več, eden izmed glavnih pa je zastarel sistem vodenja javnih institucij za starejše, ki so kadrovske podhranjeni in potrebni sistemske preнове. Seveda se pojavljajo problemi tudi pri izobraževanju zaposlenih, saj se v ta namen vsako leto nameni manj denarja. Problematično je tudi, da se težave s pomankanjem kadra rešuje s pomočjo javnih delavcev, saj to ni primerno izobražen kader, so laiki, ki pridobijo le šibko osnovno znanje o skrbi starostnika in še tega jim predajo zaposleni v institucijah samih.

Pri aktivnostih ZNO prihaja do različnih problemov, ker ima veliko starostnikov oslabele sposobnosti. Nekateri starostniki po prihodu v institucionalni zavod izgubijo nekaj, kar so prej imeli, kot primer posedanje slabše pokretnih stanovalcev, ki tega niso možni opraviti sami, doma so jim pri tem pomagali svojci, ki so jih rutinsko posedali vsak dan, vendar ko pridejo v ustanovo, to kar na enkrat ni več mogoče, saj so zaposleni preobremenjeni že z drugim delom in časovno to ni mogoče.

Glede na rezultate smo mnenja, da bi bilo po institucijah potrebno povečati število kompetentnega kadra, saj bi s tem razbremenili druge zaposlene, kar pa bi posledično vodilo tudi v večje zadovoljstvo zaposlenih in pričakovano v manj neizvršenih aktivnosti ZNO. Seveda pa menimo, da bi bilo pozitivno vprašati za mnenje tudi zaposlene na različnih ravneh ZNO, saj se zavedajo, kje ter do katerih napak prihaja in kako bi lahko določeno problematiko rešili skupaj.

Menimo, da bi bilo potrebno dodatno izobraziti kader v institucijah za starejše in več virov nameniti zadovoljstvu medicinskih sester, ki že opravljajo to delo. Pri pridobivanju ustreznega kadra, bi bilo pozitivno, da bi več mladih navdušili za delo s starejšimi, saj jim bi to delo lahko prineslo veliko zadovoljstva in uspeha. Seveda pa bi oblikovanje specialističnega študija in dodatnih spodbud zaposlenih ob sistemski zakonski podpori na državni ravni prispevalo k boljši obravnavi starostnikov in višji kakovosti življenja v institucijah.

Članek je nastal na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin na podlagi diplomskega dela z naslovom: *Obravnava starostnikov v institucionalni oskrbi – neizvedene aktivnosti zdravstvene nege, 2021*, avtor Primož Potočnik, mentorica dr. Radojka Kobentar.

Literatura

Bragadottir, H. & Kalisch, J. B., (2018). Comparison of reports of missed nursing care: registered nurses vs. practical nurses in hospitals. *Scandinavian journal of caring sciences*, 32(3), 1227–1236.

Bragadottir, H., Kalisch, B. J., Smaradottir, S. B. & Jonsdottir, H. H. (2015). Translation and psychometric testing of the Icelandic version of the MISSCARE Survey. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(3), 563–572.

Cleary-Holdforth, J. (2019). Missed Nursing Care: A Symptom of Missing Evidence. *Worldviews on evidence-based nursing*, 16(2), 88–91.

Hessels, J. A., Flynn, L., Cimiotti, P. J., Camus, E. & Gershon, R. M. R. (2015). The impact of the nursing practice environment on missed nursing care. *Clinical nursing studies*, 3(4), 60–65.

Imperl, F. (2013). Javni domovi na razpotju. *Kakovostna starost, revija za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje*, 16(3), 3–18.

Kalisch, B. J., Terzioglu, F. & Duygulu, S. (2012). The MISSCARE Survey – Turkish: psychometric properties and findings. *Nursing Economics*, 30(1), 29–37.

Kure, K. (2010). *Odnos starostnikov do oralnega zdravja: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstveno vede.

Maloney, S., Fencl, L. J. & Hardin R. S. (2015). Is nursing care missed? A comparative study of three north carolina hospitals. *Medsurg nursing: official journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses*, 24(4), 229–235.

Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti, 2020. Inšpektorski nadzori v letu 2019 za storitve institucionalno varstvo, pomoč družini na domu kot socialna oskrba na domu, socialni servis, za naloge občin in za izvajanje socialno varstvenih storitev brez ustreznih podlag; podrobneje vsebinsko poročilo [online] Available at: <https://www.gov.si/assets/organi-v-sestavi/IRSD/Socialne-zadeve/Vsebinsko-porocilo-za-letu-2019.pdf> [Accessed 21. junij 2021].

Pap, Z., Habjanič, A. & Belović, B. (2015). *Kakovost življenja starostnikov z depresijo v domačem varstvu*. *Obzornik zdravstvene nege*, 49(1), 44–51.

Suhonen, R. & Scott, P. A. (2018). Missed care: a need for careful ethical discussion. *Nursing ethics*, 25(5), 549–551.

Sworn, K. & Booth, A. (2020). A systematic review of the impact of ‘missed care’ in primary, community and nursing home settings. [online] Available at: <https://baze.fzab.si:2080/10.1111/jonm.12969> [Accessed 23. januar 2021].

White, M.E., Aiken, H.L. & McHugh D.M. (2019). Registered nurse burnout, job dissatisfaction, and missed care in nursing homes. *Journal of the american geriatrics society*, 67(10), 2065–2071.

Zelenikova, R., Gurkova, E. & Jarošova, D. (2019). Missed nursing care measured by misscare survey-the first pilot study in the czech republic and slovakia. *Central european journal of nursing and midwifery*, 10(1), 958–966.



GRADIMO STEBRE ZDRAVJA

Poljanska cesta 14, SI-1000 Ljubljana

Telefon: + 386 (0)41 754 695

E-mail: tajnistvo@drustvo-med-sester-lj.si

www.drustvo-med-sester-lj.si

7.

Kako nasloviti pomanjkanje medicinskih sester v Evropi, da bi ljudem z nenalezljivimi boleznimi zagotovili boljšo zdravstveno oskrbo (23 strani)

.....

..... **PRILOGA 7**

ZZNS - 2023



The
**Health Policy
Partnership**

[research, people, action]

**Kako nasloviti pomanjkanje
medicinskih sester v Evropi,
da bi ljudem z nenalezljivimi
boleznimi zagotovili boljšo
zdravstveno oskrbo**

Julij 2023

O tem dokumentu

V tem dokumentu razmišljamo o perečem pomanjkanju medicinskih sester, ki pesti staro celino, v okviru vse večjih izzivov, povezanih z zagotavljanjem zdravstvenega varstva ljudi z nenalezljivimi boleznimi. Avtorice predlagajo nekaj konkretnih, pomembnih priporočil glede tega, kako lahko oblikovalci politik naslovijo pomanjkanje medicinskih sester in hkrati izboljšajo zdravstveno oskrbo ljudi z nenalezljivimi boleznimi.

Rezultati in priporočila so bili razviti na podlagi pregleda literature iz vse Evrope in intervjujev z vodilnimi strokovnjaki, člani evropskih združenj medicinskih sester.

Ta dokument so pripravile Monica Racovič, Jody Tate in Suzanne Wait iz britanske organizacije The Health Policy Partnership, ki se zavzema za spremembe v zdravstvu na podlagi rezultatov raziskav, ter Elizabeth Adams iz Evropske federacije združenj medicinskih sester (EFN).

Avtorice se zahvaljujejo naslednjim strokovnjakom, ki so prispevali dragocena stališča o položaju v Evropi in v državah, v katerih delujejo:

- Aristides Chorattas, podpredsednik Evropske federacije združenj medicinskih sester (EFN), član uprave Združenja medicinskih sester in babic Cipra (CYNMA) ter predsednik komisije za akreditacijo pri tem združenju;
- Charli Hadden, svetovalec za zdravstveno politiko, Royal College of Nursing, Združeno kraljestvo;
- Wolfgang Kuttner, član izvršnega odbora EFN in predsednik za regijo Zgornje Avstrije pri Združenju medicinskih sester Avstrije.

Založnik: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije

Ob železnici 30a, 1000 Ljubljana

Prevod v slovenski jezik: Julija Potrč Šavli

Lektorica: Jelica Žalig Grce

Ljubljana, 2023

Naslov originala: Overcoming the nursing workforce crisis in Europe to improve care for people with non-communicable disease

Kataložni zapis o publikaciji (CIP) pripravili v Narodni in univerzitetni knjižnici v Ljubljani

COBISS.SI-ID 167965955

ISBN 978-961-273-264-6 (PDF)

Kazalo

Povzetek	4
Nenalezljive bolezni in pomanjkanje medicinskih sester v Evropi	5
Tempirana bomba	5
Povečane delovne obremenitve in višja stopnja izgorelosti	6
Nizka plača	7
Delovni pogoji, ki ne zagotavljajo varnosti	7
Neenakost med spoloma in diskriminacija	8
Premalo priložnosti za izobraževanje in karierni razvoj	8
Medicinske sestre so ključnega pomena pri naslavljanju izzivov, povezanih z oskrbo bolnikov z nenalezljivimi boleznimi	10
Odprava zaostankov in presejalno testiranje za nenalezljive bolezni	10
Boljša preventivna obravnava nenalezljivih bolezni	11
Večja stalnost oskrbe	11
Odprava pomanjkanja medicinskih sester na nekaterih področjih, na primer na področju duševnega zdravja	11
Kako nasloviti pomanjkanje medicinskih sester in izboljšati zdravstveno varstvo za nenalezljive bolezni	12
Pošteno, primerno plačilo medicinskih sester	14
Skrb za duševno zdravje medicinskih sester	14
Omogočanje prožnega delovnega časa	14
Uveljavljanje naprednih oblik dela	15
Možnosti za razvoj spretnosti in znanja pri medicinskih sestrah	16
Opolnomočenje medicinskih sester	16
Uporaba tehnologije za večjo učinkovitost in nižje delovne obremenitve	17
Do boljše oskrbe bolnikov z nenalezljivimi boleznimi z vlaganjem v medicinske sestre	19
Viri	21

Povzetek

Zdravstveni sistemi v Evropi se spopadajo z veliko kadrovsko krizo – pomanjkanjem medicinskih sester. Slabi delovni pogoji, nizke plače, velike delovne obremenitve in pomanjkanje kariernih priložnosti vplivajo na dobro počutje in zadovoljstvo medicinskih sester po vsej Evropi. Zaradi pandemije covid-19 so se vse te težave še povečale, posledično je rekordno veliko medicinskih sester zapustilo svoj poklic ali o tem razmišljalo.

Hkrati pa se v Evropi srečujemo z vse večjim bremenom nenalezljivih bolezni, ki se hitro povečuje. Nenalezljive bolezni kot na primer srčno-žilne bolezni, kronične bolezni dihal, sladkorna bolezen in rak so že zdaj vodilni vzrok smrti v Evropi, strošek njihovega zdravljenja je za zdravstvene sisteme izredno visok. Glede na staranje prebivalstva v Evropi se bo ta težava najverjetneje še povečevala, saj bo vse več ljudi trpelo za več kot eno nenalezljivo boleznijo in bodo potrebovali vse bolj zahtevno oskrbo.

Nenalezljive bolezni so **vodilni vzrok** smrti v Evropi, poleg tega predstavljajo izredno velik strošek za zdravstvene sisteme.

Da bi lahko uspešno naslovili obe težavi – povečevanje pojavnosti nenalezljivih bolezni in pomanjkanje medicinskih sester –, morajo oblikovalci politik sprejeti spremembe na sistemski ravni ter medicinskim sestram zagotoviti ustrezne delovne pogoje.

Potrebne spremembe za spopadanje z obema težavama med drugim vključujejo zagotovitev višjih plač in boljših delovnih pogojev, priložnosti za učenje novih spretnosti in uveljavljanje naprednih oblik dela,

Oblikovalci politik morajo sprejeti sistemske spremembe, ki postavljajo dobro počutje **medicinskih sester na prvo mesto.**

opolnomočenje medicinskih sester za zagotavljanje oskrbe ter izkoriščanje vseh možnosti, ki jih nudi tehnologija, za podporo medicinskim sestram. Toda s posamičnimi, nesistematičnimi ukrepi se ne bo dalo odpraviti težav, ki že dolgo pestijo medicinske sestre. Če želimo, da se nekaj v resnici spremeni, bo treba ta priporočila sprejeti kot del širšega okvira za zagotovitev ustreznih delovnih pogojev za medicinske sestre.

Če želimo **zagotoviti trajnost zdravstvenih sistemov, mora biti ena od prioritet naslavljanje potreb medicinskih sester.** Medicinske sestre igrajo osrednjo vlogo pri zagotavljanju kakovostne oskrbe na področju nenalezljivih bolezni, tako pri preventivnih dejavnostih in zgodnjemu postavljanju diagnoze kot pri zagotavljanju stalnosti oskrbe ne glede na to, ali gre za oskrbo na domu ali v bolnišnici. Medicinske sestre so v središču holistične nege prihodnosti, ki je usmerjena k pacientu in bo nujno potrebna, če naj zdravstveni sistemi zagotavljajo učinkovito in kakovostno oskrbo za vse osebe z nenalezljivimi boleznimi.

Nenalezljive bolezni in pomanjkanje medicinskih sester v Evropi

Nenalezljive bolezni predstavljajo za evropske zdravstvene sisteme in družbe veliko breme, ki neprestano narašča. Leta 2019 so bile nenalezljive bolezni vzrok za približno 90 % smrti med prebivalci Evrope,¹ in sicer so bili na prvih treh mestih po pogostosti srčno-žilne bolezni, rak in nevrološke bolezni.² ³ S staranjem prebivalstva se v Evropi pričakuje tudi porast števila smrti zaradi nenalezljivih bolezni, rezultati nekaterih raziskav kažejo, da bi leta 2080 lahko starejši prebivalci predstavljali kar 29 % vseh



Pomanjkanje medicinskih sester in vse večje breme nenalezljivih bolezni sta za evropske zdravstvene sisteme veliki težavi, ki se med seboj prekrivata. Pri iskanju rešitev za vsakega od teh izzivov ne smemo pozabiti na drugega.

Elizabeth Adams

Evropska federacija združenj medicinskih sester

prebivalcev Evrope.⁴ Zaradi tega se bodo najverjetneje še povišali že tako visoki stroški obvladovanja nenalezljivih bolezni. Rezultati raziskav kažejo, da bi lahko za le štiri nenalezljive bolezni – srčno-žilne bolezni, raka, kronične bolezni dihal in sladkorno bolezen – porabili približno 25 % proračuna za zdravstvo, za njihovo obvladovanje bi namenili 2 % bruto domačega proizvoda držav članic EU.⁵

Pomanjkanje medicinskih sester v Evropi vodi v krizo, zaradi katere bo težko zagotavljati oskrbo pacientov z nenalezljivimi boleznimi, slej ko prej pa se bodo poslabšali tudi izidi zdravljenja nenalezljivih bolezni. Tako kot preostanek sveta se tudi Evropa trenutno sooča s pomanjkanjem medicinskih sester, zaradi česar je zagotavljanje zdravstvenih storitev močno oteženo. Razmerje med številom medicinskih sester in pacientov bi se lahko tako poslabšalo, da bo to imelo za posledico slabše zdravstvene izide,⁶ višje stroške za zdravstvo⁷ in nižje zadovoljstvo medicinskih sester s službo.⁸

Tempirana bomba

Stari celini morda grozi kritično pomanjkanje medicinskih sester, zaradi česar bi bila lahko ogrožena sposobnost zdravstvenih sistemov za zagotavljanje varne in učinkovite zdravstvene oskrbe.

Na Svetovni zdravstveni organizaciji (SZO) trdijo, da je trenutno pomanjkanje kadrov v zdravstvu, 'tempirana bomba', ki bi lahko imela za posledico slabše zdravstvene izide, v skrajnih primerih pa celo razpad zdravstvenega sistema.⁹ Čeprav se države na zahodu in severu Evrope načeloma soočajo z manjšim pomanjkanjem delovne sile kot preostanek celine, pa tudi njih pesti pomanjkanje medicinskih sester.¹⁰ Tako so na primer decembra 2022 v Angliji v okviru javnega zdravstvenega sistema (NHS) imeli razpisanih več kot 43.000 prostih delovnih mest za medicinske sestre, kar pomeni več kot 10 % delovne sile v zdravstveni negi.¹¹ Na Irskem so v začetku leta 2023 v okviru Irske organizacije medicinskih sester in babic opravili raziskavo med medicinskimi sestrami in babicami, v kateri je kar 85 % vprašanih navedlo, da je trenutno število zaposlenih premajhno glede na potrebe kliničnega okolja

in pacientov. Poleg tega jih je bilo 66 % mnenja, da je zaradi tega ogrožena varnost pacientov.¹² Po drugi strani je težko oceniti pravi obseg prostih delovnih mest za medicinske sestre, saj ima večina držav izredno omejene podatke o prostih delovnih mestih, osipu in zadržanju medicinskih sester.¹⁰

Pandemija covid-19 je še povečala težave z zadržanjem medicinskih sester, ki so obstajale že prej. Zaradi različnih dejavnikov, kot so slabi delovni pogoji, nizke plače in velike delovne obremenitve, je bilo zadržanje medicinskih sester težava že pred pandemijo. Toda med pandemijo so se pojavili še dodatni izzivi, na primer omejen dostop do osebne zaščitne opreme, cepiv, izobraževanja in podpore na področju duševnega zdravja.^{13 14} Poleg tega so bile medicinske sestre primorane poleg svojega običajnega delovnika prevzeti še nadure in to pogosto na področjih, ki jih sicer ne pokrivajo.¹⁵ Skupni učinek delovnih pogojev pred pandemijo in med njo je botroval temu, da je veliko medicinskih sester zapustilo poklic ali pa si je želelo, da bi ga zapustile.¹⁶⁻¹⁹

Čeprav je zaposlovanje medicinskih sester iz tujine običajna praksa, pa to ne predstavlja trajnostne rešitve za pomanjkanje medicinskih sester. Za pokrivanje primanjkljaja medicinskih sester so se zlasti v Nemčiji, Španiji in Združenem kraljestvu najbolj zatekali k zaposlovanju medicinskih sester iz tujine, kar se je zdela priročna kratkoročna rešitev.¹⁰ Toda ta pristop vodi k pomanjkanju delovne sile v zdravstveni negi v izvornih državah,¹⁰ poleg tega ima lahko negativne posledice na medicinske sestre migrantke, saj denimo zasedajo delovna mesta, za katera so prekvalificirane, tu pa sta še izguba časa in finančnih sredstev zaradi zahtev po ponovni pridobitvi kvalifikacij v ciljni državi.²⁰

Razlogi za trenutno pomanjkanje medicinskih sester v Evropi so kompleksni in raznoliki.

Povečane delovne obremenitve in višja stopnja izgorelosti

Medicinske sestre se že dolga leta soočajo z visoko stopnjo stresa in izgorelostjo, kar je privedlo do fizične izčrpanosti in psihološkega stresa. Že pred pandemijo covid-19 so rezultati raziskav pokazali, da so bili z izgorelostjo pri medicinskih sestrah povezani naslednji dejavniki: visoka delovna obremenitev, kadrovska podhranjenost, dolge izmene in majhen nadzor nad službo.²¹ Leta 2020 so raziskovalci iz Združenega kraljestva v pregledu delovnih pogojev odkrili, da so bile medicinske sestre, zaposlene v javnem zdravstvu, v primerjavi s tistimi iz zasebnega zdravstva izpostavljene višjim stopnjam stresa, bile so pod pritiskom zaradi kadrovske podhranjenosti in so imele še dvakrat več dni bolniške odsotnosti.²² Leta 2023 so rezultati raziskave med medicinskimi sestrami in babicami na Irskem pokazali, da jih je bilo 67 % po svojih navedbah vedno ali zelo pogosto fizično izčrpanih, kar 49 % pa jih je menilo, da njihovo delo negativno vpliva na njihovo duševno zdravje.¹²

“

Managerji in vodje v zdravstvu se morajo nujno zavedati obsega težave, ki jo predstavlja pomanjkanje medicinskih sester, ter razlogov, zakaj zapuščajo poklic v tolikšnem številu. Le tako bodo lahko razumeli, kaj narediti, da bi kader zadržali.

Wolfgang Kuttner

Evropska federacija združenj medicinskih sester (EFN) in Združenje medicinskih sester Avstrije

“

Dandanes je veliko medicinskih sester preobremenjenih. Poklic postaja vse bolj zahteven, tako po fizični kot po psihični plati. Toda zdi se, da odločevalci včasih na to kar pozabijo.

Elizabeth Adams

Evropska federacija združenj medicinskih sester

Vsi ti izzivi so postali še bolj očitni med pandemijo covid-19, ko je prišlo do izredno visokih stopenj izgorelosti, zaradi česar je še veliko več medicinskih sester v Evropi zapustilo poklic. Na vrhuncu pandemije so bile številne medicinske sestre v službi izredno preobremenjene, poleg tega so bile izpostavljene dodatnim tveganjem za svoje fizično in psihično zdravje.¹⁰ Raziskave, ki so bile v tistem obdobju opravljene med medicinskimi sestrami v Evropi, so pokazale visoke stopnje stresa, izgorelosti, kronične utrujenosti in celo posttraumatske stresne motnje.^{16-18 23 24} Delovne razmere so negativno vplivale na motivacijo medicinskih sester, hkrati se jim je zdelo, da njihov poklic ne uživa spoštovanja.^{13 18 19} Zaradi vseh naštetih dejavnikov je od 20 do 61 % medicinskih sester v različnih evropskih državah povedalo, da razmišljajo o tem, da bi pustile službo ali pa celo poklic.¹⁶⁻¹⁸

Nizka plača

V nekaterih državah nizke plače pomenijo dodatno breme za medicinske sestre in prispevajo k nizkim stopnjam zadržanja. Na splošno so se plače medicinskih sester v Evropski uniji v zadnjem desetletju realno povešale in so v povprečju tik nad povprečjem plač vseh delavcev. Toda v nekaterih državah, na primer na Finskem, v Franciji, Latviji in Litvi, so plače medicinskih sester pod državnim povprečjem.²⁵ Znotraj Evrope prihaja pri plačah do velikih razlik, saj so te na primer v nekaterih zahodnih državah tudi do trikrat višje kot v vzhodnih državah.²⁵ V Angliji je bila med letoma 2010 in 2017 v veljavi plačna kapica v javnem sektorju, kar je imelo za posledico 5 % realno znižanje plač medicinskim sestram.²⁶ Poleg tega so dohodki medicinskih sester v Angliji nižji kot v primerljivih državah OECD (članicah Organizacije za gospodarsko sodelovanje in razvoj), na primer v Avstraliji, Kanadi, na Novi Zelandiji in v ZDA.²⁶

Delovni pogoji, ki ne zagotavljajo varnosti

Medicinske sestre pogosto delajo v pogojih, ki ogrožajo njihovo zdravje in varnost. Leta 2021 so na Evropski federaciji združenj medicinskih sester (EFN) sporočili, da je bilo skoraj 30 % medicinskih sester na Danskem, Portugalskem in v Združenem kraljestvu žrtev spolnega nadlegovanja.²⁷ Storilci niso bili le njihovi pacienti ali sorodniki,²² temveč tudi pripadniki drugih zdravstvenih poklicev.²⁷ Poleg tega

“

Medicinske sestre niso dovolj plačane za vse, kar naredijo za paciente. In tako si rečejo: »Zakaj bi ostale v poklicu, v katerem zaslužimo premalo in v katerem smo izpostavljene nasilju ter zdravstvenim tveganjem, zaradi katerih je naše življenje ogroženo?«

Aristides Chorattas

Evropska federacija združenj medicinskih sester (EFN) in Združenje medicinskih sester in babic Cipra

lahko nekateri drugi vidiki delovnega okolja medicinskih sester, na primer velike fizične obremenitve in prisilna drža, povzročijo telesne okvare ali prispevajo k njim.^{28 29}

Zaradi pandemije covid-19 so se tveganja za zdravje in dobro počutje medicinskih sester še povečala. Čeprav najnovejši podatki še niso na voljo, naj bi do oktobra 2020 za posledicami covid-19 umrlo 1.500 medicinskih sester. Več kot je umrlo medicinskih sester med prvo svetovno vojno.³⁰ Številni zdravstveni delavci niso imeli na voljo dovolj opreme in pripomočkov, na primer osebne zaščitne opreme, nekateri so bili celo deležni obtožb in očitkov, ker so spregovorili o pomanjkljivi varnosti.^{31 32} Prav tako so se soočali s povečanjem napadov, ki so se na svetovni ravni povišali za kar 58 % in so obsegali vse od prisile in groženj, pa do ropov in materialne škode.³³

Neenakost med spoloma in diskriminacija



V politikah in ukrepih, ki zadevajo medicinske sestre, prihaja do razlikovanja na podlagi spola. Čeprav so potrebe medicinskih sester bistvenega pomena, pa niso deležne tolikšne pozornosti kot potrebe zaposlenih v poklicih, kjer običajno prevladujejo moški.

Wolfgang Kuttner

Evropska federacija združenj medicinskih sester (EFN) in Združenje medicinskih sester Avstrije

V evropskih zdravstvenih sistemih še vedno prihaja do neenakosti med spoloma in strukturnega rasizma, kar prispeva h krizi zaposlenih v zdravstveni negi. Plačna vrzel med ženskami in moškimi je v Evropi na področju zdravstva 20 %. To je precej več od povprečne plačne vrzeli na vseh področjih, ki je 12 %.¹⁰ Konkretnih podatkov o višini plačne vrzeli v zdravstveni negi, kjer so zaposlene večinoma ženske, načeloma ni, so pa rezultati pokazali, da povečanje deleža žensk znotraj neke poklicne skupine v zdravstvu vodi k znižanju plač za to poklicno skupino.³⁴ Poleg tega se ženske v zdravstvu in zlasti v zdravstveni negi srečujejo še z drugimi neenakostmi, na primer s težavami pri usklajevanju varstva otrok in delovnih obveznosti, večjimi zdravstvenimi tveganji ter dejstvom, da so ženske vodje v zdravstvu premalo prepoznavne.¹⁰ Na različnih ravneh zdravstvene oskrbe prihaja tudi do strukturnega rasizma, posledično so zoper temnopolte medicinske sestre in pripadnice etničnih manjšin nesorazmerno večkrat uvedeni disciplinski postopki, poleg tega pogosto še težje dostopajo do osebne zaščitne opreme.¹⁹

Premalo priložnosti za izobraževanje in karierni razvoj

Medicinske sestre pogosto nimajo dovolj priložnosti za izobraževanje in usposabljanje ter karierni razvoj. Zdravstvene potrebe prebivalstva se spreminjajo zaradi tehnološkega napredka, vse večjega bremena bolezni in organizacijskega razvoja.¹⁰ To pomeni, da se od medicinskih sester pričakuje obvladanje novih tehnoloških spretnosti, na primer uporaba digitalnih orodij in umetne inteligence, pa tudi medosebne veščine, kot so k pacientu usmerjena komunikacija, medpoklicno timsko delo in dovezetnost za različna družbena in kulturna ozadja.^{10 35} Stalen strokovni razvoj igra pomembno vlogo, saj na ta način medicinske sestre dobijo potrebno novo znanje, vendar ni vedno na voljo. V

nekaterih državah, kot so Francija, Madžarska, Italija in Združeno kraljestvo, je stalen strokovni razvoj za medicinske sestre obvezen, saj lahko le s stalnim strokovnim izobraževanjem pridobijo licenco za opravljanje dela ali podaljšajo njeno veljavnost, a v številnih drugih državah ni tako.^{10 19} A tudi tam, kjer je stalen strokovni razvoj obvezen, raziskave med medicinskimi sestrami kažejo, da imajo po svojem mnenju premalo možnosti za izobraževanje in karierni razvoj.¹⁹



Medicinske sestre se ne počutijo dovolj cenjene. Pravijo nam: »Meni osebno se zdi, da to ni najboljše možno delo zame. Občutek imam, da mojega truda ne cenijo dovolj glede na to, kaj dobim iz tega – pa naj bo to v smislu plače, varnosti, kariernega razvoja ali podpore sodelavcev.«

Charli Hadden

Royal College of Nursing, Združeno kraljestvo

Medicinske sestre so ključnega pomena pri naslavljanju izzivov, povezanih z oskrbo bolnikov z nenalezljivimi boleznimi

Medtem ko se države spopadajo s pomanjkanjem medicinskih sester, pa se pri oskrbi bolnikov z nenalezljivimi boleznimi prav tako pojavljajo izzivi. Breme nenalezljivih bolezni se povečuje, zdravstveni sistemi pa se še vedno soočajo z negativnimi posledicami pandemije, zato pri zagotavljanju zdravstvene oskrbe na področju nenalezljivih bolezni prihaja do številnih izzivov. Treba je na primer odpraviti zaostanke, izboljšati preventivno dejavnosti na področju nenalezljivih bolezni in optimizirati zgodnje diagnosticiranje ter stalnost oskrbe. Poleg tega se je treba v večji meri posvetiti področjem, kot so nega na področju duševnega zdravja, nega starejših, gibalno oviranih in oseb s posebnimi potrebami ter patronažno varstvo. Pri naslavljanju teh izzivov so ključne medicinske sestre, a ker jih kritično primanjkuje, to vpliva tudi na bistvene elemente zdravstvene oskrbe na področju nenalezljivih bolezni.

Odprava zaostankov in presejalno testiranje za nenalezljive bolezni

Pandemija covid-19 je močno posegla v zagotavljanje zdravstvene oskrbe na področju nenalezljivih bolezni, kar je privedlo do dolgih čakalnih vrst in zaostankov. V primerjavi z 2019 je bilo v Evropi 2020 zaradi pandemije opravljenih 10 do 20 % manj onkoloških operacij ter 5 milijonov manj MR preiskav in CT slikanj (upad za skoraj 7 %).²⁵ V prvi polovici leta 2020 je bilo v primerjavi z enakim obdobjem leto poprej 6 % manj ljudi vključenih v presejalne preglede za raka materničnega vratu in raka dojke.²⁵ To je v vseh evropskih državah privedlo do zaostankov za vse omenjene storitve, podaljšale so se tudi čakalne dobe. Organizacija za gospodarsko sodelovanje in razvoj (OECD) trdi, da vsaka prekinitve zgodnjega diagnosticiranja pomeni, da bo več ljudi diagnozo raka dobilo v kasnejših fazah in se bo zato povečala verjetnost slabšega izida zdravljenja.²⁵ Medicinske sestre so ključne za vse storitve, pri katerih je prišlo do zaostankov. Pogosto igrajo osrednjo vlogo pri presejalnih programih za odkrivanje raka – na primer ko izvajajo postopke ali informirajo o raku.

Ukrepi za odpravljanje zaostankov morajo biti skrbno načrtovani, da se zaradi njih ne poveča izgorelost med medicinskimi sestrami in jih še več ne zapusti službe. Oblikovalci politik so uvedli številne ukrepe, da bi zmanjšali zaostanke in čakalne vrste, do katerih je prišlo med pandemijo covid-19. Med drugim so uvedli spremembe za večjo produktivnost, zaradi katerih morajo medicinske sestre delati nadure.²⁵ Vendar to lahko vodi do višje stopnje izgorelosti in posledično tudi do novih odpovedi medicinskih sester.²⁵

Boljša preventivna obravnava nenalezljivih bolezni

Medicinske sestre igrajo ključno vlogo pri preventivi nenalezljivih bolezni. Glavni pristop pri preventivi in obvladovanju nenalezljivih bolezni je ciljna usmerjenost na vedenjske dejavnike tveganja, ki jih je mogoče spremeniti, kot so kajenje, vnos soli in uživanje alkohola, pa tudi presnovne dejavnike tveganja, kot sta na primer krvni tlak in debelost.³⁶ Ob zagotovitvi ustreznega financiranja, kadrov in organizacijski podpori bi lahko medicinske sestre na področju javnega zdravja pomagale prenesti težišče k promociji zdravja in preventivi nenalezljivih bolezni, kar bi dolgoročno pripomoglo k nižji obolevnosti in pomagalo rešiti življenje. Rezultati sistematičnega preglednega članka iz 2022, ki temelji na podatkih z vsega sveta, so pokazali, da so bila izobraževanja, ki so jih izvajale medicinske sestre, v 76 % učinkovita glede izbire bolj zdravega življenjskega sloga in boljših izidov nenalezljivih bolezni.³⁷

Večja stalnost oskrbe

Stalnost oskrbe je za bolnike z nenalezljivimi boleznimi ključnega pomena, pogosto pa je odvisna od medicinskih sester. Stalnost oskrbe med različnimi zdravstvenimi delavci in deli zdravstvenega sistema – na primer med bolnišnico in primarnim zdravstvenim varstvom – vodi do nižje umrljivosti, manjšega tveganja za zaplete in nižjih zdravstvenih stroškov.³⁸ Rezultati raziskav kažejo, da večino ukrepov za zagotavljanje stalnosti oskrbe izvajajo medicinske sestre, zlasti tiste z naprednimi znanji.³⁹

Odprava pomanjkanja medicinskih sester na nekaterih področjih, na primer na področju duševnega zdravja

Zaradi pomanjkanja medicinskih sester zdravstveni sistemi ne morejo več zagotavljati učinkovite zdravstvene nege na področju duševnega zdravja, nege starejših, gibalno oviranih in oseb s posebnimi potrebami ter patronažnega varstva. Leta 2020 je na teh treh področjih zdravstvene nege v Združenem kraljestvu delalo manj medicinskih sester kot leta 2010, poleg tega je bilo kar 25 % vseh prostih delovnih mest v zdravstveni negi razpisanih za področje duševnega zdravja.⁴⁰

Večina držav po svetu poroča o pomanjkanju medicinskih sester na področju duševnega zdravja, a ker je zanesljivih, kakovostnih podatkov o delovni sili premalo, je zelo težko narediti projekcije in načrtovati.⁴¹ Za patronažno varstvo, ki je v Avstriji, Romuniji in nekaterih drugih državah še v zgodnjih fazah razvoja, je logično pričakovati, da se bodo potrebe po patronažnih sestrah v bližnji prihodnosti v teh državah močno povečale.⁴² Po drugi strani na področju nege starejših, gibalno oviranih in oseb s posebnimi potrebami, na primer v domovih starejših občanov, primanjkuje usposobljenih medicinskih sester, ker so razočarane nad nizkim plačilom za fizično in psihično naporno delo.⁴³



Nobene krovne pravne zahteve ni po zagotavljanju delovne sile, nihče ni odgovoren, da mora biti zaposlenih dovolj ljudi, ki bi varno in učinkovito zagotavljali te storitve.

Charli Hadden

Royal College of Nursing, Združeno kraljestvo

Kako nasloviti pomanjkanje medicinskih sester in izboljšati zdravstveno varstvo za nenalezljive bolezni

Če bomo znali uspešno nasloviti pomanjkanje medicinskih sester, lahko dosežemo boljše zdravstveno varstvo za nenalezljive bolezni. Boljši delovni pogoji za medicinske sestre, povečano zaposlovanje in višja stopnja zadržanja bi zagotovili boljše zdravstveno varstvo za nenalezljive bolezni. Višje plače, boljše možnosti kariernega napredovanja, možnosti izobraževanja in opolnomočenje bi prispevali k boljšemu delovnemu okolju za medicinske sestre, za večjo učinkovitost in manjšo delovno obremenitev bi lahko veliko naredila tudi uporaba tehnoloških rešitev.

Dobro delovno okolje za medicinske sestre, v katerem se dobro počutijo, je večplastno vprašanje. Če naj ga izboljšamo, so potrebne spremembe na sistemski ravni. Vzroki za krizo, ki trenutno pesti zaposlene v zdravstveni negi, so kompleksni. Sicer so posamezni ukrepi, na primer pošteno plačilo, zagotavljanje varnosti na delovnem mestu, preprečevanje diskriminacije na podlagi spola ali rase ter boljše možnosti poklicnega napredovanja, pomembni, pa vendar bi večplastni sistemski ukrepi z večjo verjetnostjo privedli do vsestranskih, trajnih sprememb (študija primera 1).⁴⁴

Študija primera 1. Bolnišnice, ki privabljajo kader: kako zagotoviti dobro počutje medicinskih sester

V 80. letih dvajsetega stoletja so se številne bolnišnice v ZDA soočale z visoko stopnjo fluktuacije in zgodnjim upokojevanjem medicinskih sester. Model t. i. 'magnetnih bolnišnic' je uspešno naslovil te težave. Zagotovili so več virov in opolnomočili medicinske sestre ter tako ustvarili bolj pozitivno delovno okolje. Opolnomočenje medicinskih sester so dosegli z decentralizacijo organizacijskih struktur ter vključevanjem medicinskih sester v procese odločanja, kar je privedlo tudi do boljšega sodelovanja z zdravniki.^{44 45} Zahvaljujoč modelu so zmanjšali stopnjo izgorelosti ter povišali stopnjo zadovoljstva s službo in stopnjo zadržanja, pa tudi zdravstveni izidi so se izboljšali.⁴⁴

Leta 2020 so raziskovalci začeli raziskavo, da bi ocenili izvedljivost organizacijske reorganizacije, ki bi prilagojen model magnetnih bolnišnic uvedla v Evropi.⁴⁶ V projektu sodeluje 60 bolnišnic iz šestih držav (Belgija, Anglija, Nemčija, Irska, Norveška in Švedska), v sodelujočih bolnišnicah bo uvedenih pet načel magnetnih bolnišnic:

- opolnomočenje na ravni organizacije (mehanizmi, s katerimi se prenašajo pristojnosti in pooblastila z višjih ravni zaposlenih na nižje);
- transformacijski slog vodenja;
- vzorna, z dokazi podprta strokovna praksa;
- novo znanje, inovacije in izboljšave;
- empirični izidi.

Med izvajanjem raziskave bodo zdravstveni delavci, vključno z medicinskimi sestrami, s sodelovanjem v anketah redno posredovali povratne informacije o svojem delovnem okolju in počutju.

Kaj vse je treba upoštevati pri uveljavljanju celovitega okvira za zagotavljanje dobrega počutja medicinskih sester:



“

Zagotavljanje dobrih delovnih pogojev za medicinske sestre se redko zdi prioriteta, čeprav gre za težavo, ki jo je treba rešiti na sistemski ravni in celovito. Težave z zaposlovanjem novih medicinskih sester in zadržanjem že zaposlenih so se začele že pred desetletji, toda postajajo vse hujše. A predlagane rešitve so pogosto kratkoročne in usmerjene le v posamezne ukrepe za izboljšanje dobrega počutja medicinskih sester. Če hočemo uveljaviti korenite spremembe, se moramo dobrega počutja medicinskih sester lotiti kot kompleksne težave, kar tudi je.

Elizabeth Adams

Evropska federacija združenj medicinskih sester

Pošteno, primerno plačilo medicinskih sester

Plača medicinskih sester bi morala odražati visoko stopnjo pridobljene izobrazbe, morala bi biti sorazmerno primerljiva v različnih geografskih območjih ter usklajena z inflacijo. Po Evropski direktivi o priznavanju poklicnih kvalifikacij in bolonjskega procesa morajo vlade izvesti reformo visokošolskega izobraževanja in tako zagotoviti primerljivost med državami.^{47 48} V številnih državah so si torej morale osebe, ki so želele delati v zdravstveni negi, pridobiti ustrezno poklicno kvalifikacijo, na primer diplomu ali magisterij, odvisno od želene službe. Poklic medicinske sestre se torej vse bolj profesionalizira in temu bi morale slediti tudi plače. V Združenem kraljestvu so strokovnjaki predlagali prenovo trenutnega plačnega sistema, da bi bile spretnosti in izkušnje pravilno ovrednotene ter da bi visoko kvalificirana delovna sila imela boljše možnosti kariernega razvoja.²⁶ Poleg tega je treba zagotoviti pošteno plačilo tudi z usklajevanjem z inflacijo.²⁶

Skrb za duševno zdravje medicinskih sester

Duševno zdravje medicinskih sester mora postati ena od prioritet. Delo v zdravstveni negi je zelo naporno in vključuje številne stresne dejavnike, ki lahko negativno vplivajo na duševno zdravje vseh, ki delujejo na tem področju. Ti dejavniki so še bolj poudarjeni, kadar gre za dolgotrajno izpostavljenost izrednemu stresu, kot na primer med pandemijo covid-19. Ni torej presenečenje, da se je duševno zdravje medicinskih sester v Evropi med pandemijo izredno poslabšalo.^{16-18 23 24} Sistematični pregled randomiziranih kontroliranih kliničnih raziskav je pokazal, da so bili za blaženje stresa, anksioznosti in depresije pri medicinskem osebju še posebej uspešni treningi čuječnosti in kognitivno vedenjska terapija. Toda avtorji pregleda opozarjajo, da bi morale biti tovrstne intervencije za izboljšanje duševnega zdravja pospremljene s sistemskimi spremembami – med drugim z zagotovitvijo zadostnega števila osebja in ustreznim delovnikom.⁴⁹ Na splošno nujno potrebujemo boljše podatke o učinkovitosti različnih intervencij za izboljšanje duševnega zdravja, pa naj bodo na ravni posameznika ali na sistemski ravni.⁴⁹

Omogočanje prožnega delovnega časa

Prožni delovni pogoji za medicinske sestre bi morali biti temeljna pravica, zapisana v delovnopravno zakonodajo za zdravstvene delavce. Prožni delovni čas je nujno potreben za vzdrževanje potrebnega ravnovesja med službo in zasebnim življenjem. Prožni delovnik, učinkovita delitev nalog, delo za krajši delovni čas in porodniški/starševski dopust so v Evropi že zdaj razširjeni za zagotavljanje dobrega počutja zdravstvenih delavcev in zmanjševanje neenakosti med spoloma.¹⁰ Strokovnjaki trdijo, da bi se stroški za uveljavitev prožnih oblik dela izravnali na račun zmanjšanja absentizma ter povečanega zaposlovanja in zadržanja kadrov.¹⁹ Toda med evropskimi državami prihaja do razlik pri izvajanju teh ukrepov. Tako imajo na primer medicinske sestre v Združenem kraljestvu pravico do uveljavljanja prožnega delovnega časa,¹⁹ medtem ko imajo v EU to pravico le osebe, ki skrbijo za otroke ali druge osebe.⁵⁰

Uveljavljanje naprednih oblik dela

Medicinske sestre z naprednimi znanji lahko izboljšajo kakovost zdravstvene oskrbe. Za medicinske sestre, ki bi rade usvojile nove spretnosti in prevzele večjo odgovornost, je kot nalašč poklic medicinske sestre z naprednimi znanji. Medicinske sestre z naprednimi znanji so tudi diplomirane medicinske sestre, ki predpisujejo zdravila in druge pripomočke (študija primera 2). Če medicinske sestre delujejo na tej višji ravni, to lahko ublaži pomanjkanje zdravnikov, ki je na nekaterih območjih težava, ter dolgoročno pozitivno vpliva na zagotavljanje storitev v primarnem zdravstvenem varstvu.⁵¹ Toda leta 2019 so le v 13 evropskih državah medicinskim sestram dovolili predpisovati zdravila.⁵² Poleg tega se zahtevana izobrazba za to obliko dela močno razlikuje med državami, prihaja pa tudi do velikih razlik med zdravili, ki jih lahko predpisujejo.⁵² Medicinske sestre z naprednimi znanji pa so tudi diplomirane medicinske sestre klinične specialistke, ki so pridobile specializacijo na magistrskem ali doktorskem programu. Vključenost medicinskih sester kliničnih specialistk v zdravstveno-varstvene ustanove je povezana z izboljšanjem kakovosti oskrbe in zmanjšanjem napak pri dajanju zdravil. Prav tako pozitivno vpliva na zadržanje medicinskih sester in pridobivanje novih kadrov v zdravstveni negi.⁵³

Vsi regulatorni in vladni organi v Evropi še vedno ne priznavajo poklica medicinske sestre z naprednimi znanji. Kljub nedvomnim prednostim medicinskih sester z naprednimi znanji pa evropske države še niso dosegle soglasja o tem, kako opredeliti napredno zdravstveno nego, poleg tega vse evropske države ne priznavajo poklica medicinske sestre z naprednimi znanji.⁵⁴ Leta 2022 so na Evropski federaciji združenj medicinskih sester (EFN) oblikovalce politik v EU pozvali, naj podprejo države članice pri uveljavitvi napredne zdravstvene nege ter raziščejo možnosti za evropski okvir za napredno zdravstveno nego, saj bi se tako olajšalo sprejemanje ukrepov.⁵⁵ Uskladitev naprednih oblik dela v zdravstveni negi bi morala biti prednostna naloga evropskih politikov, saj bi pomagala odpravljati neenakosti pri zagotavljanju zdravstvene oskrbe v Evropi.

Študija primera 2. Medicinske sestre s pristojnostjo za predpisovanje zdravil na Poljskem

Leta 2016 je v veljavo stopila nova zakonodaja na Poljskem, po kateri so lahko pooblaščenice medicinske sestre začele predpisovati zdravila (razen zelo močnih zdravil in tistih, pri katerih je potreben nadzor), izdajati napotnice za določene diagnostične preiskave in izdajati naročilnice za medicinske pripomočke.⁵⁶ Nova zakonodaja je bila sprejeta z namenom izboljšanja upravljanja z zdravili in povečanja splošne učinkovitosti zdravstvenega sistema, saj so s tem zmanjšali prekinitve in podvajanje zdravstvene oskrbe.⁵⁷ Naziv medicinske sestre – bodisi samostojna medicinska sestra s pristojnostjo za predpisovanje zdravil ali pomožna medicinska sestra s pristojnostjo za predpisovanje zdravil – je odvisen od pridobljene stopnje izobrazbe. Medicinske sestre z magisterijem delujejo samostojno.⁵⁶ Rezultati raziskave so razkrili, da številne medicinske sestre sprva niso bile prepričane, ali bodo kos novi nalogi, toda v dveh letih se je število receptov in nalogov, ki so jih predpisale, petkrat povečalo.⁵⁶ Večino zdravil so predpisale za nenalezljive bolezni, oskrbo ran in nadomestke materinega mleka.⁵⁷

Čeprav so nekatere medicinske sestre poročale o povečanju delovnih obveznosti in zmanjšanju časa za neposredno delo s pacienti, pa so poročale tudi o večji avtonomiji in večjem zadovoljstvu z delom.⁵⁶

Večje zadovoljstvo z delom potrjujejo tudi nekatere druge raziskave, ki govorijo v korist temu, da medicinske sestre pridobijo pristojnost za predpisovanje zdravil. Ukrepi, ki so jih raziskovalci preučevali v drugih državah, so vodili k izboljššanemu dostopu do zdravil na primarni ravni zdravstvenega varstva ter k boljši stalnosti oskrbe.⁵⁷ Če se poveča kakovost zdravstvene oskrbe, usmerjene k pacientu, bodo medicinske sestre lažje izpolnjevale svoje poslanstvo in prispevale k resničnim spremembam na področju izboljšane varnosti ter večje kakovosti zdravstvene nege in zdravstvenih storitev.

Možnosti za razvoj spretnosti in znanja pri medicinskih sestrah

Izpopolnjevanje in prekvalificiranje sta nujno potrebna, če naj se medicinske sestre uspešno spopadajo z izzivi v zdravstvenih sistemih 21. stoletja. Nove spretnosti, ki jih medicinske sestre potrebujejo pri svojem delu, so na primer digitalne veščine in IT znanja, medosebne veščine kot na primer komunikacija, ki je vse pomembnejša pri k pacientu usmerjeni oskrbi, ter 'zelene veščine' za podnebno nevtralnno zdravstveno nego.⁴⁷ Pri izobraževanju bi veljalo razmisliti o tem, da bi namesto predavanj velikim skupinam študentov oblikovali manjše, medpoklicne skupine in se bolj posluževali orodij za e-učenje.¹⁰ A za to bi bila potrebna dodatna sredstva, ki pa niso vedno na voljo.

Program znanj in spretnosti za Evropo iz leta 2020 ter razglasitev leta 2023 za evropsko leto spretnosti predstavljata nove priložnosti za vlaganje v znanje in spretnosti medicinskih sester. Cilj programa znanj in spretnosti za Evropo iz leta 2020, ki naj bi bil dosežen do leta 2025, je zagotoviti, da imajo ljudje prave spretnosti za delo, ki ga opravljajo, ter povečati udeležbo na programih vseživljenjskega izobraževanja.⁵⁸ V znak tega so se Evropski parlament in države članice strinjali, da razglasijo leto 2023 za evropsko leto spretnosti. Pobuda ima štiri glavne cilje: 1) spodbujanje vlaganja v izobraževanje in prekvalificiranje; 2) zagotavljanje spretnosti, ki jih delodajalci potrebujejo; 3) poudarjanje pomena zelenega in digitalnega prehoda ter gospodarskega okrevanja; 4) privabljanje ljudi zunaj EU za zapolnjevanje vrzeli na področju znanja in spretnosti.⁵⁹ Kot so sporočili iz Evropske federacije združenj medicinskih sester (EFN) v nedavnem strateškem dokumentu, lahko s tema iniciativama delodajalci spodbudijo pridobivanje novih znanj in spretnosti ter prekvalifikacij med medicinskimi sestrami ter se z vlaganjem v izobraževanje spopadejo s pomanjkanjem kadra. Ob tem velja pomembno opozorilo, da ni dovolj le ponuditi izobraževanja; delodajalci morajo medicinskim sestram omogočiti, da se ga lahko tudi udeležijo.⁶⁰

Opolnomočenje medicinskih sester

Če se bo glas medicinskih sester slišal, to lahko privede do boljše zdravstvene oskrbe in boljšega upravljanja v zdravstvu. Zadovoljstvo s poklicem medicinske sestre, boljši delovni pogoji, boljši izidi zdravljenja in večje zadovoljstvo bolnikov so povezani z dobrim managementom v zdravstveni negi in opolnomočenjem medicinskih sester (študija primera 3).^{10 46 51 61} Močna združenja medicinskih sester so lahko pomembni deležniki, ki vplivajo na politične odločitve in s tem pomagajo zagotoviti boljše delovne pogoje za medicinske sestre.⁶²⁻⁶⁴

Študija primera 3. Oskrba v organizacijskem modelu Buurtzorg, ki jo vodijo medicinske sestre

V 90. letih dvajsetega stoletja so na Nizozemskem uvedli reformo, katere namen je bil izboljšati upravljanje v javnem sektorju in znižati stroške. Toda učinek reforme je bil ravno nasproten – po desetih letih so se stroški podvojili, kakovost storitev pa se je znižala. Na področju zdravstva je to pomenilo izredno fragmentacijo oskrbe, nizko zadovoljstvo bolnikov in tako nizko zadovoljstvo medicinskih sester s službo, da jih je veliko zapustilo poklic.⁶¹

Leta 2007 je skupina medicinskih sester dala pobudo za organizacijo patronažnega varstva, ki bi predstavljalo alternativo tradicionalnim modelom zdravstvenega varstva. Štiri medicinske sestre so ustanovile socialno podjetje, imenovano Buurtzorg (oskrba v skupnosti). Pobuda je opolnomočila lokalne time medicinskih sester, ki so skrbele za standarde oskrbe, spodbujale timsko delo in odločale, za kaj bodo porabljeni viri. Timi medicinskih sester so bili hierarhično vsi na isti ravni, obveznosti pa so si razdelili po sistemu rotacije. Njihov cilj je bil zagotoviti holistično nego, usmerjeno v potrebe pacienta, hkrati pa poudariti tudi osebni odnos s pacienti ('najprej kavica, potem oskrba').⁶¹

V desetih letih je organizacija Buurtzorg postala največji ponudnik storitev patronažnega zdravstvenega varstva v državi. Vanj je bilo vključenih že več kot 900 timov, vsak od njih je bil sestavljen iz 12 diplomiranih medicinskih sester in srednjih medicinskih sester. Na pregledu komisije za kakovost v zdravstvu je organizacija prejela najboljše ocene v vseh kategorijah, petkrat je prejela naziv nizozemskega delodajalca leta, poleg tega je imela najvišje ocene za zadovoljstvo pacientov izmed vseh zdravstvenih organizacij na Nizozemskem.⁶¹

Uporaba tehnologije za večjo učinkovitost in nižje delovne obremenitve

Digitalna orodja bi lahko medicinskim sestram pomagala pri upravljanju nenalezljivih bolezni. Orodja, kot so na primer zdravstvene aplikacije na pametnem telefonu, bi lahko pripomogla k boljši stalnosti oskrbe, saj bi se zmanjšalo število obiskov pri izvajalcih zdravstvenih storitev, zdravstveni delavci pa bi lahko v realnem času spremljali zdravstveno stanje oseb. Prav tako lahko tehnologija zagotovi orodja, s katerimi bi se povečalo zagotavljanje k pacientu usmerjene oskrbe. Razvoj digitalnih orodij v zdravstvu poteka zelo hitro. Tako je bilo na primer leta 2020 na trgu dostopnih že več kot 100 aplikacij za ljudi s srčnim popuščanjem.⁶⁵ Raziskave kažejo, da lahko digitalna orodja izboljšajo komunikacijo med pacienti in izvajalci zdravstvenih storitev, pomagajo pri upravljanju simptomov ter pozitivno vplivajo na kakovost življenja.⁶⁶ Prav tako

“

Pomembno je imeti močna združenja medicinskih sester, ki so politično aktivna. Medicinske sestre morajo imeti besedo pri tem, kaj je dobro za paciente, zanje in za zdravstveni sistem. Pomembno je, da se naš glas sliši.

Aristides Chorattas

Evropska federacija združenj medicinskih sester (EFN) in Združenje medicinskih sester in babcic Cipra

lahko digitalna orodja medicinskim sestram pomagajo povečati učinkovitost, saj lahko denimo z njihovo pomočjo hitreje zaključijo naloge ali pa se s pacienti dogovorijo za pregled na daljavo in tako ne porabijo časa za vožnjo (študija primera 4). Poleg tega bi lahko nekatera digitalna orodja medicinskim sestram pomagala povečati obseg nalog, ki jih lahko opravljajo; tako bi lahko na primer prevzele nekatere naloge, za katere so bili prej zadolženi zdravniki.^{67 68}

Študija primera 4. Digitalne platforme za holistično nego: model CareWell

Starejši ljudje s komorbidnostjo imajo kompleksne potrebe po zdravstveni oskrbi, ki so lahko posledica zmanjšane mobilnosti, slabšega zdravstvenega stanja ali povečanega tveganja za smrt.⁷¹ Pogosto morajo večkrat hoditi na zdravstvene preglede kot osebe le z enim bolezenskim stanjem, prav tako je pri njih povečano tveganje za sprejem v bolnišnico. Po drugi strani je zdravstvena oskrba, ki so je takšni ljudje deležni, pogosto fragmentirana, zaradi česar se stroški za zdravstveni sistem povišajo.⁷²

Da bi naslovili te izzive, so v šestih evropskih regijah – Baskija (Španija), Spodnja Šlezija (Poljska), Powys (Wales), Apulija (Italija), Benečija (Italija) in Zagreb (Hrvaška) – leta 2015 uvedli poseben program. Namen programa je uporaba digitalnih platform za boljšo koordinacijo zdravstvene oskrbe in boljšo komunikacijo med izvajalci zdravstvenih storitev, po drugi strani pa opolnomočenje pacientov in zagotavljanje zdravstvene oskrbe na domu.⁷³

V okviru projekta se je število obiskov na urgenci zmanjšalo, uporaba primarnih zdravstvenih storitev pa povečala. Poleg tega se je stopnja zadovoljstva pacientov med projektom povečevala.⁷³

V omenjenem projektu se niso ukvarjali s posledicami, ki jih njegovi rezultati prinašajo za medicinske sestre, a te so različne. Manj obiskov urgence in večja uporaba primarnih zdravstvenih storitev bi lahko pomenila manjšo delovno obremenitev medicinskih sester na urgentnih oddelkih, a večjo obremenitev medicinskih sester v primarnem zdravstvenem varstvu. Toda vsaj teoretično bi moral bolj učinkovit sistem za pridobivanje informacij o pacientih in spremljanje pacientov zmanjšati delovne obremenitve v vseh okoljih zdravstvenega varstva.

Digitalna orodja je treba uvesti tako, da bodo medicinske sestre razbremenila, ne pa da bodo zaradi njih imele še več dela. V nekaterih primerih se delovne obremenitve medicinskih sester po uvedbi digitalnih orodij povečajo, saj morajo voditi podatke v digitalni obliki in na papirju.⁶⁷ Poleg tega se morajo delodajalci zavedati, da niso vse medicinske sestre enako digitalno pismene in nimajo enako razvitih veščin na tem področju.⁶⁹ Na ravni sistema so lahko nova orodja včasih nezdržljiva z obstoječimi digitalnimi sistemi, kar lahko oteži ali onemogoči njihovo uporabnost.⁶⁷ Ponudniki teh orodij se morajo torej nujno zavedati, da bodo digitalna orodja zares služila svojemu namenu le, če bodo narejena z mislijo na končne uporabnike, ki so pogosto medicinske sestre. V Evropski federaciji združenj medicinskih sester glede predloga novih uredb za zdravstveni podatkovni prostor EU poudarjamo, kako pomembno je ustvarjati IT rešitve skupaj z združenji medicinskih sester.⁷⁰

Do boljše oskrbe bolnikov z nenalezljivimi boleznimi z vlaganjem v medicinske sestre

Medicinske sestre imajo ključno vlogo v zdravstvenem ekosistemu, ki zajema tudi zagotavljanje nujno potrebne oskrbe za osebe z nenalezljivimi boleznimi. Breme nenalezljivih bolezni v Evropi se povečuje, zato morajo zdravstveni sistemi za zagotavljanje oskrbe razpolagati z dovolj velikim številom medicinskih sester. Toda številne medicinske sestre se na delovnem mestu že dolgo ne čutijo dovolj cenjene, čemur med drugim botrujejo visoke delovne obremenitve, nizke plače in omejene priložnosti za karierni razvoj. Ob dodatnih pritiskih, ki jih je prinesla pandemija covid-19, se je stanje le še poslabšalo. Nikogar torej ne bi smelo presenetiti, da medicinske sestre v velikem številu zapuščajo svoj poklic, prosta delovna mesta pa ostajajo nezapolnjena celo v bogatejših državah z razmeroma dobrimi delovnimi pogoji.

Če se hočemo spopasti z bremeni nenalezljivih bolezni, moramo najprej nasloviti pomanjkanje medicinskih sester v Evropi. Vendar to ni najbolj enostavno, saj ne moremo čez noč povečati števila medicinskih sester, pa tudi višje plače ne bodo vsega rešile. Oba ukrepa sta sicer potrebna, toda problem je kompleksen in terja celostni pristop, ki naj bo usmerjen k zagotavljanju podpornega, varnega in pravičnega delovnega okolja. Nujno je treba imeti v mislih dobro počutje medicinskih sester, jim nuditi priložnosti za karierni razvoj, jim dati moč odločanja ter uporabljati tehnologijo, tako da jim bo olajšala delo, ne da jim ga bo otežila.

Če hočejo oblikovalci politik odpraviti pomanjkanje medicinskih sester, bodo morali sprejeti številne prednostne ukrepe, s katerimi bodo oblikovali okvir za zagotavljanje dobrega počutja zaposlenih in učinkovito naslovili kronične sistemske težave in nezadovoljstvo.

Ukrepi, potrebni za oblikovanje tega okvirja, so med drugim:

- **Višje plače in boljši delovni pogoji.** Plačilo mora biti pošteno in odražati vrednost, ki jo zagotavljajo medicinske sestre, njihova stopnja izobrazbe in njihove izkušnje. Enako pomembno pa je usmeriti čim več ukrepov v zagotavljanje varnega, podpornega delovnega okolja za medicinske sestre, ki naj spodbuja duševno zdravje ter, kjer je to mogoče, omogočiti prožne delovne pogoje.
- **Priložnosti za karierni razvoj in uveljavljanje naprednih oblik dela.** Medicinske sestre z naprednimi znanji in druge oblike dela so ključnega pomena za zagotavljanje visokih standardov oskrbe in boljše delovanje zdravstvenih sistemov. Napredne oblike dela naj bodo usklajene po vsej Evropi, vsi regulacijski in vladni organi morajo te poklice priznavati.
- **Vlaganja v razvoj spretnosti medicinskih sester.** Zdravstveni sistemi morajo vlagati v vseživljenjsko učenje medicinskih sester. Program znanj in spretnosti za Evropo ter razglasitev leta 2023 za evropsko leto spretnosti prinašata številne priložnosti ter možnosti financiranja. Medicinske sestre lahko pridobijo spretnosti, ki jih potrebujejo, na primer digitalne spretnosti, spretnosti na področju informacijske tehnologije, medosebne spretnosti ter zelene spretnosti.
- **Opolnomočenje medicinskih sester.** Medicinske sestre je treba spodbujati, da prevzamejo vodstvene položaje in mesta v managementu. Te vloge so povezane z večjo stopnjo zadovoljstva tako medicinskih sester kot pacientov.
- **Digitalna orodja naj pomagajo medicinskim sestram, a naj bodo aktivno vključene v njihovo uvedbo.** Nova tehnološka orodja, razvita z mislijo na končnega uporabnika, lahko medicinskim sestram pomagajo bolje upravljati svoje delovne obremenitve. Toda ob njihovi uvedbi morajo biti medicinske sestre deležne ustreznega izobraževanja.

Okvir za zagotavljanje dobrega počutja zaposlenih naj temelji na zgornjih principih in naj bo dosledno uveljavljen, saj bodo le tako zdravstveni sistemi razpolagali z dovolj kvalificiranimi delavci v zdravstveni negi, ki se bodo lahko ustrezno odzvali na potrebe po zagotavljanju zdravstvenega varstva za nenalezljive bolezni v 21. stoletju. Z vlaganjem v medicinske sestre vlagamo v boljše zdravstveno varstvo za vse.

1. Global Burden of Disease. 2019. Non-communicable diseases; both sexes, all ages, 2019, percent of total deaths. Available from: [https:// vizhub.healthdata.org/gbd-compare/#0](https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/#0) [Accessed 13/03/23]
2. European Commission. 2021. EU burden from non-communicable diseases and key risk factors. [Updated 07/04/21]. Available from: https://knowledge4policy.ec.europa.eu/health-promotion-knowledge-gateway/eu-burden-non-communicable-diseases-key-risk-factors_en [Accessed 14/04/23]
3. Global Burden of Disease. 2019. European Region, both sexes, all ages, deaths per 100,000. Available from: [https:// vizhub.healthdata.org/gbd-compare/](https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/) [Accessed 14/04/23]
4. Eurostat. 2015. *People in the EU: who are we and how do we live?* Luxembourg: Publications Office of the European Union
5. Vandenberghe D, Albrecht J. 2020. The financial burden of non-communicable diseases in the European Union: a systematic review. *Eur J Public Health* 30(4): 833-39
6. Zaranko B, Sanford NJ, Kelly E, et al. 2023. Nurse staffing and inpatient mortality in the English National Health Service: a retrospective longitudinal study. *BMJ Qual Saf* 32: 254-63
7. Murphy A, Griffiths P, Duffield C, et al. 2021. Estimating the economic cost of nurse sensitive adverse events amongst patients in medical and surgical settings. *J Adv Nurs* 77(8): 3379-88
8. Aiken LH, Sermeus W, Van den Heede K, et al. 2012. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ* 344: e1717
9. World Health Organization. 2022. Ticking timebomb: Without immediate action, health and care workforce gaps in the European Region could spell disaster. Available from: <https://www.who.int/europe/news/item/14-09-2022-ticking-timebomb-without-immediate-action-health-and-care-workforce-gaps-in-the-european-region-could-spell-disaster> [Accessed 07/03/23]
10. World Health Organization. 2022. *Health and care workforce in Europe: time to act*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe
11. NHS Digital. 2023. NHS Vacancy Statistics, England, April 2015 - December 2022, Experimental Statistics. Available from: [https:// digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/nhs-vacancies-survey/april-2015--december-2022-experimental-statistics](https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/nhs-vacancies-survey/april-2015--december-2022-experimental-statistics) [Accessed 07/03/23]
12. Irish Nurses and Midwives Organisation. 2023. INMO survey reveals extent of nurse and midwife burnout. [Updated 03/05/23]. Available from: <https://inmo.ie/Home/Index/217/14325> [Accessed 09/05/23]
13. Buchan J, Catton H, Shaffer FA. 2022. *Sustain and Retain in 2022 and Beyond: The Global Nursing Workforce and the Covid-19 Pandemic*. Philadelphia: International Centre on Nurse Migration
14. De Raeve P, Adams E, Xyrichis A. 2021. The impact of the COVID-19 pandemic on nurses in Europe: A critical discussion of policy failures and opportunities for future preparedness. *Int J Nurs Stud Adv* 3: 100032
15. European Federation of Nurses Associations. 2020. *COVID-19 impact on nurses and nursing: a perspective of crisis management at national level*. Brussels: European Federation of Nurses Association
16. Pfortner TK, Pfaff H, Hower KI. 2021. Will the demands by the covid-19 pandemic increase the intent to quit the profession of long-term care managers? A repeated cross-sectional study in Germany. *J Public Health (Oxf)* 43(3): e431-e34
17. Lambert S, Mahon A. 2021. *An exploration of the wellbeing of nurses and midwives in Ireland: A research project to inform the 'Let's Talk About It' mental health collective for INMO members*. Dublin: INMO and Commarket
18. Royal College of Nursing. 2021. *Employment Survey 2021*. London: Royal College of Nursing
19. Royal College of Nursing. 2023. *Valuing Nursing in the UK. Staffing for safe and effective care in the UK: interventions to mitigate risks to nursing retention*. London: Royal College of Nursing
20. Bourgeault IL, Spitzer DL, Walton-Roberts M. 2023. Complexities of health and care worker migration pathways and corresponding international reporting requirements. *Hum Resour Health* 21(1): 2
21. Dall'Ora C, Ball J, Reinius M, et al. 2020. Burnout in nursing: a theoretical review. *Hum Resour Health* 18(1): 41
22. West M, Bailey S, Williams E. 2020. *The Courage of Compassion: Supporting nurses and midwives to deliver high-quality care*. London: The King's Fund
23. Bruyneel A, Smith P, Tack J, et al. 2021. Prevalence of burnout risk and factors associated with burnout risk among ICU nurses during the COVID-19 outbreak in French speaking Belgium. *Intensive Crit Care Nurs* 65: 103059
24. Heesakkers H, Zegers M, van Mol MMC, et al. 2021. The impact of the first COVID-19 surge on the mental well-being of ICU nurses: A nationwide survey study. *Intensive Crit Care Nurs* 65: 103034
25. OECD/European Union. 2022. *Health at a Glance: Europe 2022*. France, Paris: OECD Publishing
26. Buchan J, Shembavnekar N, Bazeer N. 2021. *Nurses' pay over the long term: what next?* London: The Health Foundation
27. European Federation of Nurses Associations. 2021. *EFN Report on Violence against nurses*. Brussels: EFN
28. Simon M, Tackenberg P, Nienhaus A, et al. 2008. Back or neck-pain-related disability of nursing staff in hospitals, nursing homes and home care in seven countries—results from the European NEXT- Study. *Int J Nurs Stud* 45(1): 24-34
29. w der Heijden B, Estry-Béhar M, Heerkens H. 2019. Prevalence of, and Risk Factors for, Physical Disability among Nurses in Europe. *Open J Soc Sci* 7(11): 147-73
30. International Council of Nurses. 2020. ICN confirms 1,500 nurses have died from COVID-19 in 44 countries and estimates that healthcare worker COVID-19 fatalities worldwide could be more than 20,000. Available from: <https://www.icn.ch/news/icn-confirms-1500-nurses-have-died-covid-19-44-countries-and-estimates-healthcare-worker-covid> [Accessed 31/03/23]
31. Amnesty International. 2020. *Exposed, Silenced, Attacked: Failures to Protect Health and Essential Workers during the COVID-19 Pandemic*. London: Amnesty International
32. Nagel C, Westergren A, Persson SS, et al. 2022. Nurses' Work Environment during the COVID-19 Pandemic in a Person-Centred Practice—A Systematic Review. *Sustainability* 14(10): 5785

33. International Council of Nurses, International Council of the Red Cross, International Hospital Federation, *et al.* 2022. *Violence Against Health Care: Current practices to prevent, reduce or mitigate violence against health care*. Geneva: International Council of Nurses
34. Tijdens K, de Vries DH, Steinmetz S. 2013. Health workforce remuneration: comparing wage levels, ranking, and dispersion of 16 occupational groups in 20 countries. *Hum Resour Health* 11(1): 11
35. Maeda A, Socha-Dietrich K. 2021. *OECD Health Working Paper No. 124: Skills for the future health workforce: Preparing health professionals for people-centred care*. Paris: OECD
36. World Health Organization. 2022. Noncommunicable diseases. [Updated 16/09/22]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> [Accessed 03/04/23]
37. Gomez Del Pulgar M, Cuevas-Budhart MA, Hernández-Iglesias S, *et al.* 2022. Best Nursing Intervention Practices to Prevent Non-Communicable Disease: A Systematic Review. *Public Health Rev* 43: 1604429
38. Chan K-S, Wan EY-F, Chin W-Y, *et al.* 2021. Effects of continuity of care on health outcomes among patients with diabetes mellitus and/ or hypertension: a systematic review. *BMC Fam Pract* 22(1): 145
39. Facchinetti G, D'Angelo D, Piredda M, *et al.* 2020. Continuity of care interventions for preventing hospital readmission of older people with chronic diseases: A meta-analysis. *Int J Nurs Stud* 101: 103396
40. Buchan J, Ball J, Shembavnekar N, *et al.* 2020. *Building the NHS nursing workforce in England*. London: The Health Foundation
41. Stewart D, Ryan K, Naegle MA, *et al.* 2022. *The Global Mental Health Nursing Workforce: Time to Prioritize and Invest in Mental Health and Wellbeing*. Geneva: International Council of Nurses
42. World Health Organization. 2022. *Rebuilding for sustainability and resilience: strengthening the integrated delivery of long-term care in the European Region*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe
43. Szczerbińska K. 2020. Could we have done better with COVID-19 in nursing homes? *Eur Geriatr Med* 11(4): 639-43
44. Kutney-Lee A, Stimpfel AW, Sloane DM, *et al.* 2015. Changes in Patient and Nurse Outcomes Associated with Magnet Hospital Recognition. *Med Care* 53(6): 550-57
45. Upenieks VV. 2002. Assessing differences in job satisfaction of nurses in magnet and nonmagnet hospitals. *J Nurs Adm* 32(11): 564-76
46. Sermeus W, Aiken LH, Ball J, *et al.* 2022. A workplace organisational intervention to improve hospital nurses' and physicians' mental health: study protocol for the Magnet4Europe wait list cluster randomised controlled trial. *BMJ Open* 12(7): e059159
47. Health First Europe (HFE) and the European Health Management Association (EHMA). 2022. *Essential Skills for a Resilient and Effective European Health Workforce*. Brussels: HFE and EHMA
48. Lahtinen P, Leino-Kilpi H, Salminen L. 2014. Nursing education in the European higher education area — Variations in implementation. *Nurse Education Today* 34(6): 1040-47
49. Melnyk BM, Kelly SA, Stephens J, *et al.* 2020. Interventions to Improve Mental Health, Well-Being, Physical Health, and Lifestyle Behaviors in Physicians and Nurses: A Systematic Review. *Am J Health Promot* 34(8): 929-41
50. European Commission. 2022. New rights to improve work-life balance in the EU enter into application today. [Updated 02/08/22]. Available from: https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/ip_22_4785 [Accessed 18/04/23]
51. World Health Organization. 2020. *State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership*. Geneva: WHO
52. Maier CB. 2019. Nurse prescribing of medicines in 13 European countries. *Hum Resour Health* 17(1): 95
53. Schober M, Lehwaldt D, Rogers M, *et al.* 2020. *Guidelines on advanced practice nursing*. Geneva: International Council of Nurses
54. Lee G, Hendriks J, Deaton C. 2020. Advanced nursing practice across Europe: Work in progress. *Eur J Cardiovasc Nurs* 19(7): 561-63
55. European Federation of Nurses Associations. 2022. *EFN Policy Statement on EU Advanced Practice Nursing*. Brussels: EFN
56. Zimmermann A, Cieplikiewicz E, Waż P, *et al.* 2020. The Implementation Process of Nurse Prescribing in Poland – A Descriptive Study. *Int J Environ Res Public Health* 17(7): 2417
57. World Health Organization. 2020. *Improving access to medicines in primary care: nurse prescribing in Poland*. Geneva: WHO
58. European Commission. 2020. European Skills Agenda. Available from: <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1223&langId=en> [Accessed 06/04/23]
59. European Commission. 2023. Commission welcomes political agreement on the European Year of Skills. [Updated 07/03/23]. Available from: <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=1223&furtherNews=yes&newsId=10521> [Accessed 06/04/23]
60. European Federation of Nurses Associations. 2023. *EFN Policy Statement on the European Year of Skills 2023*. Brussels: EFN
61. TICC (Transforming Integrated Care in the Community). 2022. *Blueprint*. Maidstone: The Health and Europe Centre
62. Kuttner W. 2023. Interview with Monica Racoviță at The Health Policy Partnership [Videoconference]. 16.2.2023
63. Chorattas A. 2023. Interview with Monica Racoviță at The Health Policy Partnership [Videoconference]. 22.2.2023
64. Hadden C. 2023. Interview with Monica Racoviță at The Health Policy Partnership [Videoconference]. 02/03/23
65. Mortara A, Vaira L, Palmieri V, *et al.* 2020. Would You Prescribe Mobile Health Apps for Heart Failure Self-care? An Integrated Review of Commercially Available Mobile Technology for Heart Failure Patients. *Card Fail Rev* 6: e13
66. Penedo FJ, Oswald LB, Kronenfeld JP, *et al.* 2020. The increasing value of eHealth in the delivery of patient-centred cancer care. *Lancet Oncol* 21(5): e240-e51
67. World Health Organization. 2019. *Recommendations on digital interventions for health system strengthening*. Geneva: WHO
68. Maier CB, Köppen J, Busse R, *et al.* 2018. Task shifting between physicians and nurses in acute care hospitals: cross-sectional study in nine countries. *Hum Resour Health* 16(1): 24
69. Brown J, Pope N, Bosco AM, *et al.* 2020. Issues affecting nurses' capability to use digital technology at work: An integrative review. *J Clin Nurs* 29(15-16): 2801-19
70. European Federation of Nurses Associations. 2023. *EFN Policy Statement on the European Health Data Space (EHDS)*. Brussels: EFN
71. Dunlay SM, Chamberlain AM. 2016. Multimorbidity in Older Patients with Cardiovascular Disease. *Curr Cardiovasc Risk Rep* 10: 3
72. Bähler C, Huber CA, Brüngger B, *et al.* 2015. Multimorbidity, health care utilization and costs in an elderly community-dwelling population: a claims data based observational study. *BMC Health Serv Res* 15(1): 23
73. Mateo-Abad M, Fullaondo A, Merino M, *et al.* 2020. Impact Assessment of an Innovative Integrated Care Model for Older Complex Patients with Multimorbidity: The CareWell Project. *Int J Integr Care*: 10.5334/ijic.4711

Veseli bomo vseh vprašanj in pripomb, ki se nanašajo na teme v tem dokumentu. Prosim, pošljite elektronsko sporočilo Jody Tate na naslov: jody.tate@hpolicy.com

© 2023 The Health Policy Partnership Ltd.

Dokument citiranje kot:

Racovič M, Tate J, Wait S, Adams E. 2023. *Overcoming the nursing workforce crisis in Europe to improve care for people with non-communicable diseases*. London: The Health Policy Partnership.

The Health Policy Partnership Ltd. 68–69 St Martin's Lane
London WC2N 4JS, Združeno kraljestvo
+44 (0) 203 857 3647
www.healthpolicypartnership.com

The
**Health Policy
Partnership**
[research, people, action]

8.

Seznami za posamezne izmene – »SEMAFOR«

.....
..... **PRILOGA 8**

(končni izdelek kot orodje za delo)

DOPOLDANSKI SEMAFOR

D

1. KLICE ZA LEKARNO PREUSMERIMO NA G3, G4
2. SPIRANJE PIP
3. SPREHAJANJE BOLNIKOV
4. POSTILJANJE POSTELJ
5. PRESTILJANJE POSTELJ
6. PRIPRAVA TH. TAKOJ PO SPREJEMU
7. RAZKUŽEVANJE POSTELJ / POLNJENJE OMAR V KOPALNICI
8. JUTRANJE UMIVANJE
9. MENJAVA PLENIC, RAZEN NUJNIM
10. LEŽEČE BOLNIKE PUSTIMO V POSTELJI
11. KO NI DT, SE OSTANE NA ODDELKU
12. USTNA HIGIENA
13. POLNJENJE OMAR S PERILOM
14. POLNJENJE OMAR Z NEGOVALNIM MATERIJALOM
15. TEŽJA HRANJENJA - NADOMESTIMO Z I.V.
16. RAZKUŽEVANJE ODDELKA
17. RAZKUŽEVANJE POSTELJ
18. POSTELJO SE UREDI, KO SE DEJANSKO PREMESTI BOLNIKA
19. DOGOVARJANJE ZA PREMESTITVE - PREMESTIMO KO IMAMO ČAS
20. ASISTIRANJE INTERNISTKI IN INFEKTOLOGINJI
21. PREVEZA RAN, ČE NI IZCEDKA ČEZ ZAŠČITO
22. SPREMLJANJE PACIENTOV NA FTH



Usmeritve za zagotavljanje varnosti bolnikov ob izrednih razmerah na oddelku G1

POPOLDANSKI SEMAFOR

P

1. **STRIŽENJE NOHTOV**
2. **KLICE LEKARNO PREUSMERIMO NA G3, G4**
3. **LEŽEČE BOLNIKE PUSTIMO V POSTELJI**
4. **KOPANJE**
5. **SPREHAJANJE BOLNIKOV**
6. **POSTILJANJE POSTELJ**

7. **PRESTILJANJE POSTELJ**
8. **BRITJE**
9. **PRIPRAVA TH. TAKOJ PO SPREJEMU**
10. **MENJAVA PLENIC, RAZEN NUJNIM**
11. **TEŽJA HRANJENJA - NADOMESTIMO Z I.V.**

12. **RAZKUŽEVANJE ODDELKA**
13. **RAZKUŽEVANJE POSTELJ**
14. **POSTELJO SE UREDI, KO SE DEJANSKO PREMESTI BOLNIKA**
15. **DOGOVARJANJE ZA PREMESTITVE – PREMESTIMO KO IMAMO ČAS**
16. **USTNA HIGIENA**



Usmeritve za zagotavljanje varnosti bolnikov ob izrednih razmerah na oddelku G1

NOČNI SEMAFOR



1. RAZKUŽEVANJE ODDELKA
2. PRIPRAVA TH. TAKOJ PO SPREJEMU
3. KLICE ZA POGLEDAT V LEKARNO PREUSMERIMO NA G3, G4
4. RAZKUŽEVANJE ODDELKA

5. OB SREDAH SE PRESTAVI ČIŠČENJE AMBULANTE
6. PREGLED PASOV
7. JUTRANJA KATETERIZACIJA
8. ČIŠČENJE SERVISNEGA VOZIČKA

9. PRIPRAVA OVIKALNE POSTELJE
10. KONTROLA KISIKA
11. KONTROLA DEFRIBILATORJA
12. OB SOBOTAH POSPRAVLJANJE HLADILNIKA



CELODNEVNI SEMAFOR



1. KLICE LEKARNO PREUSMERIMO NA G3, G4
2. POSTILJANJE POSTELJ
3. PRESTILJANJE POSTELJ
4. POSTELJO SE UREDI, KO SE DEJANSKO PREMESTI BOLNIKA
5. DOGOVARJANJE ZA PREMESTITVE - PREMESTIMO KO IMAMO ČAS
6. PRIPRAVA TH. TAKOJ PO SPREJEMU
7. LEŽEČE BOLNIKE PUSTIMO V POSTELJI

8. POLNJENJE OMAR V KOPALNICI
9. JUTRANJE UMIVANJE
10. SPREHAJANJE BOLNIKOV
11. RAZKUŽEVANJE POSTELJ
12. MENJAVA PLENIC, RAZEN NUJNIM
13. RAZKUŽEVANJE ODDELKA
14. USTNA HIGIENA

15. POLNJENJE OMAR S PERILOM
16. POLNJENJE OMAR Z NEGOVALNIM MATERIJALOM
17. TEŽJA HRANJENJA - NADOMESTIMO Z I.V.
18. BRITJE
19. KOPANJE
20. STRIŽENJE NOHTOV
21. PREVEZA RAN, ČE NI IZCEDKA ČEZ ZAŠČITO

