

VSEBINA CONTENTS

<i>Jana Goriup</i> Zdravstvena nega v primežu spremenjenih vrednot slovenske postmoderne družbe Nursing care in the grip of changed values of Slovene post-modern society	3
<i>Jasmina Starc</i> Formalno izobraževanje za osebni in profesionalni razvoj medicinskih sester Formal education for the personal and professional development of nurses	23
<i>Vesna Zupančič</i> Odločanje v zdravstveni negi za varnost in kakovost pacientovega življenja Decision-making in nursing care for patient safety and quality of life	39
<i>Mojca Saje, Bojana Filej</i> Celostna obravnava paliativnega pacienta v domačem okolju Holistic treatment of palliative patients in the local environment	54
<i>Blaž Mlačak</i> Racionalno zdravljenje bolnikov s kroničnim venskim popuščanjem Rational approaches to the treatment of patients with chronic venous insufficiency	71
<i>Milena Kramar Zupan</i> Vpliv ekonomizacije poslovanja na pacientovo varnost The effect of economisation of operations on patient safety	82
<i>Milan Čampa</i> Pravni vidik pacientove varnosti Legal aspects of patient safety	96
<i>Tatjana Devjak, Srečko Devjak</i> Primarno zdravstveno varstvo občanov: partnerstvo med lokalno skupnostjo in zdravstvenimi domovi Primary health care of citizens: a partnership between the local community and health care centres	107

Zdravstvena nega v primežu spremenjenih vrednot slovenske postmoderne družbe

Znanstveni prispevek

UDK 316.752:616-083

KLJUČNE BESEDE: postmoderna družba, vrednote, zdravstvena nega, medicinske sestre

POVZETEK - V prispevku je predstavljen vidik aktualnih, spremenjenih vrednot slovenske postmoderne družbe in njihovih posledic, ki nedvomno vplivajo tako na vrednote v zdravstveni negi kot tudi na vrednote medicinske sestre kot strokovnjakinje, a tudi ad persona. Avtorica izhaja iz prepričanja, da notranji, t. i. temelj kulture vrednot, ki determinira dogajanja v podsistemu zdravstvene nege, vedno niha med dvema poloma: med idealno tipskim sistemom vrednot zdravstvene nege, ki vsebuje čutno in nadčutno komponento vrednot, ter »supersistemom«, ki ga narekujejo, celo zahtevajo aktualne družbene in ekonomske spremembe. Razkorak med želenim in možnim pa zaposlenim v zdravstveni negi povzroča nemalo težav: strokovne, profesionalne, organizacijske, osebne in tudi finančne. Zato prispevek opozarja na potrebo po identifikaciji vzročno-posledičnih povezav spremenjenih vrednot v situaciji zdravstvene nege v slovenski post-moderni družbi. Vsak družbeni podsystem, torej tudi zdravstvena nega, ki hoče odražati dogajanje v realnosti, mora upoštevati dejstvo o nenehni transformaciji vrednot, ki potekajo v interakciji med mnogimi dejavniki na različnih ravneh.

Scientific article

UDC 316.752:616-083

KEY WORDS: post-modern society, values, nursing, nurse

ABSTRACT - This paper presents a view on current, changed values of the Slovene post-modern society and their consequences that affect the values of nursing care and nurses as professionals, but also ad persona. The author derives from the belief that the internal, cultural values are the foundation that determines events in the subsystem of nursing care and always oscillates between two poles: the ideal type-value system of nursing care, which includes sensual and transcendental component values, and the »supersystem« that is dictates or even required by current social and economic changes. The gap between the desired and the potential causes numerous difficulties to employees in health care, such as technical, professional, organisational, personal and financial problems. This paper highlights the need to identify the cause-and-effect relationship of changed values in the health care situation in the Slovene post-modern society. Every social subsystem, meaning nursing care as well, which tends to reflect what is happening in reality, should take into account the fact the constant transformation of values taking place in the interaction among many factors at various levels.

1. Uvod

Sodobna (postmoderna) družba se od (pretekle) moderne družbe poleg dinamike in kompleksnosti razlikuje tudi po tem, da prinaša revolucijo pomenov, saj se relativizirajo temeljne bivanjske kategorije. To ima seveda posledice tudi v zdravstveni negi. Tako doživljamo, da celo odgovori na temeljna bivanjska vprašanja in vprašanja vrednot še zdaleč več niso enoznačni, zato soglasja o tem, kaj pacienti (vse) potrebujejo, ni več. Pri tem ne gre samo za vprašanja, katere ukrepe, posege, znanje potrebujejo, ampak tudi katerih vrednot so še deležni. Kress (2006) poudarja, da gre predvsem za povsem spremenjeno razumevanje vrednot preteklosti, sedanjosti in predvsem prihodnosti. To protejsko figuro sprememb srečujemo kot »prihodnost« v smislu futurologije 2. polovice 20. stoletja, usmerjeno k napovedovanju, programiranju, obdelavi po-

datkov; ujeto v spirali samouresničujočih se prerokb (Fukuyama, 2010). Nesoglasja, o katerih teče beseda, še zdaleč niso (samo) posebnost zdravstvene nege.

Pred prelomom stoletja so bile napovedi futurologov, da se bo v 21. stoletju naše življenje središčilo okrog prostega časa, ki da bo problem zato, ker bodo za nas vsa dela opravili računalniki, roboti, stroji, aparati ..., atraktivne in so zbudile nemalo zanimanja strokovne in tudi laične javnosti. Nihče pa ni predvideval realnosti moralstih sanj, ki so prav v sedanji družbi postale resničnost – brezposelnost, revščina vse večjega dela prebivalstva, razvoj (do tedaj še) neznanih bolezni, sprememba vrednot idr. Navedeno in še marsikaj drugega pa je odločilno poseglo v življenje ljudi. Ljudje, mladi pa še posebej, preprosto ne pristajajo več zgolj na opise vrednot sedanjosti (sveta, v katerem živijo), kot jih razlagamo starejši, saj je eden izmed simptomov zaznavanja procesa spreminjanja vrednot nemir zaradi negotove prihodnosti, ki pa se (vsaj za zdaj) zdi nedosegljiva. Skupni nemir, ki ga pri tem (ob)čutimo oboji, mladi in stari, v vseh naših danostih, pa ne zadeva več negotovosti v potrebi po spreminjanju vrednot, temveč potrjuje nujne spremembe. Bodočnost v smislu moderne se je rodila iz laizacije oblube, v kateri je razum prevzel nekdanje mesto Boga, ki ga pa je zahodna civilizacija ponotranjila v napetostih, idealnosti in smislu. In v življenjskih vrednotah. Te pa so se spremenile in se še spreminjajo. Zato prihodnost naših vrednot ni več zgolj oblika ali projekcija delovanja, prostor soočanja svobode s svetom, želje po usklajenosti z realnostjo, subjekta z objektom. Ta prihodnost vrednot je postala njihova sedanjost v vseh svojih eksistencialnih oblikah.

2. Medicinska sestra v primežu vrednot

Medicinska sestra v svojem profesionalnem življenju vstopa v različne socialne interakcije in se pri tem srečuje z vrednostnimi sistemi okolja. Če so razlike med notranjim in zunanjim vrednostnim sistemom (npr. vrednostnim sistemom delovnega okolja, sodelavcev) zelo velike, sprožajo v njej notranje napetosti. Ta lahko pripelje do treh procesov: prilagajanja, prevzemanja vrednot okolja ali zavračanja le-teh. Če razlike doživlja kot prevelike in se jim ne more prilagoditi, nenehno doživlja stanje »neke notranje prisile«. Ob tem pa hkrati lahko doživlja še razliko med ponotranjenimi vrednotami in temeljnimi potrebami, če vrednote zahtevajo zanikanje ali odiranje njenih lastnih potreb (Pšeničny, 2007, str. 51). Ne samo procesi tranzicije, pač pa (in predvsem) zaostrene razmere zaradi ekonomske krize na vseh področjih so povzročile še krizo in transformacijo vrednot. Vrednostni sistemi preteklosti so bodisi preseženi bodisi zavrženi, zato se je kot posameznica znašla v situaciji iskanja novih. Predvsem v želji po stalnicah, ki so bile tako značilne za moderno družbo. A teh, žal, ni več! Kot vsak drug posameznik, tudi ona zato išče, primerja, usklajuje in preverja lasten sistem vrednot v stiku z družbenim okoljem, v katerem živi in dela (Juranič Šribar, 2006, str. 20).

V profesionalnem življenju medicinske sestre imajo vrednote močan motivacijski naboj. V zdravstveni negi se kot izhodiščna vrednota poudarja zadovoljevanje potreb

drugega (skrb za drugega, storilnost, ubogljivost, pridnost idr.) in pričakujejo izjemni dosežki (perfekcionizem, žrtvovanje), ki jih je ponotranjila. Tako si nenehno, močno notranje (introjektivno) motivirana, prizadeva, da bi z izrednimi dosežki zadovoljila pričakovanja drugih (prisilno altruistični perfekcionizem), čeprav že zaznavamo, da si postavlja tudi lastne cilje in jim sledi (v svoji avtonomnosti kompetenc). Med dejavniki, ki v primežu kompleksnosti spreminjanja vrednot vplivajo na oblikovanje vrednot medicinske sestre, izstopajo:

- delovno okolje (npr. hrup, ekstremni viri toplote, mraza, onesnaženost zraka, vibracije, nepravilna osvetljenost, kronična življenjska ogroženost);
- struktura dela v zdravstveni negi (ki obsega delo v izmenah zaradi prevelike količine dela v razpoložljivem času ali pretežkega dela zaradi pomanjkanja znanja in spretnosti);
- njena vloga posameznice (ki se kaže, ko ji dodeljena delovna vloga ni jasna oz. ko zaznava pomanjkanje informacij o ciljnih in odgovornosti do dela ter pričakovanih sodelavcev, ali ko se kot sodelavka znajde med tekmovalnimi zahtevami);
- osebni vzroki (največkrat kot njene imanentne osebnostne značilnosti pri tveganju nje kot posameznice v doživljanju stresa oz. njena sposobnost, da ga obvlada);
- drugi dejavniki (odvisni od praga njene tolerance, stopnje samozavesti, samopodobe itd.).

V času profesionalne socializacije medicinska sestra ponotranji zapovedi in prepovedi neposrednega okolja ter cilje in vrednote širšega socialnega okolja. Iz tega si (z)gradi lastni vrednostni sistem, ki je močan izvor njene motivacije za delo. Če so razlike med zunanjim (npr. vrednostnim sistemom bolnišnice) in notranjim vrednostnim sistemom (nje kot medicinske sestre) zelo velike, sprožijo v njej notranje napetosti (Jurančič Šribar, 2006, Pšeničny, 2006, str. 21). Doživljanje nastalih razlik med ponotranjenimi vrednotami in temeljnimi vrednotami se le še potencirajo in zanjo delujejo avtodestruktivno.

3. Medicinska sestra, vrednote in zdravstvena nega

Če organizacije v zdravstveni negi lahko zagotovijo aktivno sodelovanje med zaposlenimi, lahko svoje zastavljene vrednote približajo zaposlenim in spodbujajo posamezne dejavnosti, če seveda opazijo in nagradijo prispevek vsakega zaposlenega k skupnemu cilju. Akutna aktualna kriza v delovnem okolju zmanjšuje zmožnosti organizacij, da smotrno nagrajujejo ljudi. Poleg materialnih nagrad, ki jih je vedno manj, pa igra veliko vlogo pri izgrajevanju novih in utrjevanju (obstoječih) vrednot notranja nagrada v obliki pohval in zadoščenja, ki jih izrečejo, ko zaposleni v zdravstveni negi strokovno opravljajo delo in sodelujejo s sodelavci, ki jih spoštujejo. Izguba notranjega in zunanjega nagrajevanja zmanjšuje njihove možnosti za predanost delu. Slednje ogroža tudi priložnosti za napredovanje, saj je varnost zaposlitve že prej izjema kot pravilo. Pomanjkanje nagrajevanja v zdravstveni negi ni zgolj posledica zaukazanega varčevanja, temveč je dostikrat problem v neetičnem pristopu do delovne učinkovi-

tosti zaposlenih. Pretirano visoke plače vodilnih v zdravstvu so sicer v naši družbi postale »merilo«, s katerimi se ocenjujejo poštenost, iskrenost, delovna učinkovitost idr. Nastalo neenako in nepošteno nagrajevanje ogroža delovno klimo in zastruplja medsebojne odnose, spreminja pa tudi vrednote zaposlenih (Maslach in Leiter, 2002, str. 45-49).

Za zdravstveno nego je značilno, da zaposleni ne delajo le za denar (čeprav večina živi zgolj od plače), temveč tudi zaradi svojih vrednot in etične pripadnosti svojemu (družbeno pomembnemu) delu in zaradi odobranja le-tega, čemur pa finančno ovrednotenje (delodajalca) nikakor ne sledi! Zaposleni si poleg pravičnega plačila za delo upravičeno želijo in pričakujejo priznanje s strani ostalih zaposlenih, še zlasti pa od nadrejenih, ker zaposleni od slednjih pričakujejo in sprejemajo določene funkcije. Fengler (2007, str. 185) nadrejenim priporoča, da zaposlenim pomagajo pri zastavljanju uresničljivih ciljev, iskanju novih možnosti nagrajevanja, diagnosticiranju preobremenjenosti, premagovanju izgorelosti in stresa na delovnem mestu ter usvajanju strategij za njihovo obvladovanje. Pomembna je jasna definicija odgovornosti, določanje programov za vsakega zaposlenega, dajanje povratnih sporočil in določitev smernic za delo.

V zdravstveni negi je osebno doživljanje poklicnega dela na eni in organizacije na drugi strani v vsakodnevnih medsebojnih odnosih znotraj najožje delovne skupine za zaposlene izredno pomembno. Dejstvo je, da nihče drug ne razpravlja o enakih problemih z istimi ljudmi kot oni sami med seboj. Tudi zato, ker se socialno okolje na delovnih mestih v zdravstveni negi trajnostno razvija in vpliva na razvoj vrednot, mišljenja in čustev zaposlenih. S pogovori o delu, osebnih zadevah in dogodkih zaposleni v timu oblikujejo in razvijajo skupne vrednote, usklajujejo mnenje, osebni odnosi pa postanejo neločljivi del osebnosti zaposlenih. Kadar se zaposleni ne počutijo varni glede svojega delovnega mesta, so nemalokrat napeti, strahovi pred izgubo zaposlitve krhajo osebne stike in ogrozijo celo prej nesporno spoštovanje; vprašljive pa so tudi medsebojne obveznosti. V takih organizacijah so zaposleni dovzetni za medsebojne spore. Če pa jim delovne naloge postanejo zato še preveliko breme, pogosto postanejo še jezni in/ali zajedljivi. Kratkoročne pogodbe o zaposlitvi skupinam omejujejo možnosti, da bi njihovi člani razvili skupne vrednote in nemoten tok skupnega dela. V razmerah sodobnega slovenskega trga dela, ko delo postaja vedno bolj napeto, večkrat tudi neprijetno, in ko imajo zaposleni vedno manj kakovostnega časa za sodelavce, okolje, v katerem delajo, postaja vedno manj primerno za razvoj in uveljavljanje ustreznih vrednot.

Aktualna kriza ni povzročila samo zanikanja in razkroja »prejšnjih« vrednot, ampak tudi spremembo delovne klime v zdravstveni negi, saj se prej pristne vezi med zaposlenimi trgajo zaradi različnih vzrokov (izguba varnosti zaposlitve, čezmerno posvečanje kratkoročnim dobičkom, ki izključuje skrb za zaposlene). Takšno ozračje negativno vpliva na medosebne odnose zaposlenih, ki so temeljna sestavina zdravstvene nege, poleg tega pa spodkopava delo v timu. Navedeno povzroča naraščanje sporov med člani tima, upadanje podpore in spoštovanja ter v naraščajočem občutku manjvrednosti, podcenjenosti, izoliranosti. Posledica tega je izginjanje občutka pripadnosti

kot vrednote, saj zaposleni delajo sami zase namesto skupaj. Nasprotja v timu zmanjšujejo delovno energijo, potrebno za učinkovito delo.

Ko Maslachova in Leiter (2002) definirata t. i. »pošteno delovno mesto«, izpostavljata, da so zanj zaupanje, odkritost in spoštovanje temeljne vrednote. Za zdravstveno nego so pomembne zato, ker predpostavljajo tudi predanost delu zaposlenih. Za pomanjkanje poštenosti je krivo usmerjanje v kratkoročne finančne rezultate in trenutna kriza, ki zmanjšuje možnosti odprtega in odkritega komuniciranja v organizacijah. Carwright in Cooper (v Černigoj-Sadar, 2002, str. 93-94) odnose na delovnem mestu razvrščata v tri skupine: odnosi z nadrejenimi, s podrejenimi in sodelavci. Raziskovalci navajajo, da so v prvem primeru raziskave pokazale kritične točke pri vzajemnem zaupanju in spoštovanju. Pri odnosih s podrejenimi se je kot problem pokazala nesposobnost ravnanja z ljudmi. Pri odnosih med sodelavci pa so negativni vplivi predvsem tekmovalnost, osebni konflikti in osebe, ki so izrazito storilnostno orientirane.

4. Vpliv vrednot medicinske sestre na vrednote organizacije v zdravstveni negi

Lastne vrednote medicinske sestre kot posameznice vplivajo na njeno obnašanje, saj jo usmerjajo v njenih dejanjih in doživljanjih. Predvsem pa izražajo smisel njenega poklicnega dela. Zastavljene jasne organizacijske vrednote preprečujejo oz. zmanjšujejo verjetnost, da se bodo pojavila neskladja med njenim profesionalnim delom in njo kot delavko ter delodajalcem. Če medicinska sestra dela in ravna v skladu s svojimi vrednotami in sposobnostmi, je delu bolj predana in veliko manj dovzetna za stres, izgorevanje in konflikte.

Pogosto pa se zaposleni v zdravstveni negi nikoli resno ne posvetijo vprašanju, katera vrednote pri njihovem delu so zares pomembne. Prav v času krize so se vrednote v organizacijah zdravstvene nege drastično spremenile in zaposleni se soočajo s potrebo po izgradnji »novih vrednot«, ki si ne bodo v nasprotju. Toda medicinska sestra pogosto doživi nasprotje osebnih in organizacijskih vrednot, ko mora kot zaposlena izbirati med kariero in družino. To jo sili najprej v klasifikacijo in nato še izbiro lastnih priorit. Kadar so problemi resni in dolgotrajni, je posledica (lahko tudi pričetek) težkih izbir izgorelost na delovnem mestu.

Jasna določitev vrednot močno vpliva tudi na življenje v organizaciji zdravstvene nege, saj zmanjšuje neskladja, ki bi sicer vodila v izgorevanje na delovnem mestu. Koliko se organizacija zavzema za zaupanje, odkritost in spoštovanje, je vprašanje vrednot, saj organizacijska skupnost na eni in timsko delo na drugi strani temeljita na skupnih vrednotah. Zdravstvena nega je pomemben del tega odnosa med družbo in medicinsko sestro kot posameznico. Na podlagi vrednot poteka delo medicinske sestre in drugega negovalnega osebja. Medicinska sestra pa v svojem delu ne more biti uspešna, če sama ne oblikuje svojega vrednostnega sistema. Le-tega si oblikuje v svoji družini, v procesih primarne in sekundarne socializacije, ko agensi socializacije »pritiskajo« na oblikovanje in rangiranje tistih vrednot, ki se vsakokratnemu

družbenemu prostoru in agensu zde pomembne. Medicinska sestra, ki zaznava svoje potrebe, zaznava tudi neregipročnost le-teh. Če njene potrebe ostajajo nezadovoljene, bo zmanjšala svojo investicijo (ali zahtevala več) ali pa izstopila iz neregipročnega položaja ter s tem uravnotežila porabo in pridobivanje energije. Medicinska sestra, ki svoje potrebe potlači, bo sicer čutila primanjkljaj (tesnobo), vendar ga bo skušala zmanjšati s hranjenjem »lažnega sredstva« – tistega, ki potrebuje pohvalo, priznanje za opravljeno delo. Zato iz neregipročnega položaja ne bo izstopila in ga ne bo skušala spremeniti, temveč bo vlagala v svoje delo vedno več. Vse dotlej, dokler ne bo zapadla v adrenalno izgorelost. Moteno percepcijo (ne)recipročnosti bo prenesla tudi na vse druge medsebojne odnose, kar jo lahko pripelje do lastnega tveganega življenjskega sloga. Skoraj vedno »pregorijo« najspodobnejše, najodgovornejše, najbolj zavzete in najučinkovitejše. Tiste, ki so bile do zloma uspešnejše od povprečja. Govorimo torej o prezavzetih osebah, ki jih Pšeničny (2006) imenuje »prisilni altruistični perfekcionisti«. Take medicinske sestre imajo privzgojeno storilnostno naravnano samopodobo in občutijo zadovoljstvo le, če »veliko in dobro delajo« ter jih ob tem drugi pohvalijo. Sami sebi se zdijo vredne le toliko, kolikor naredijo, vendar niti ob največjih dosežkih ne čutijo zadovoljstva, če temu ne sledi zunanja oz. pohvala drugih.

Skela-Savič (2008, str. 7) navaja, da je zdravstvo poznano kot področje, ki sprejema vplive katerega koli drugega strokovnega področja in ki ga ni mogoče več obvladovati le z vidika medicinske znanosti. Za nadaljnji razvoj zdravstvenega sistema je pomembno, da zdravstva ne smemo razumeti, kot sistema izoliranih komponent, ker so v zdravstvenih organizacijah ljudje sistem, v katerem se srečujejo posamezniki in skupine (uporabniki storitev, zdravniki, medicinske sestre, menedžerji idr.) z zelo različnimi prepričanji in razmišljanji, ki vsa skupaj tvorijo sistem različnih pogledov in interesov, predvsem pa vrednot. Uspešnost in učinkovitost zdravstvene organizacije se ne kaže v tem, kaj posamezna komponenta sistema dela, temveč v tem, kakšno je sodelovanje med njimi za oblikovanje skupnih vrednot in doseganje skupnih ciljev (Vrhovec, 2012). Ljudje z občutljivim osebnostnim profilom pa so nemalokrat ogroženi v smislu izgorelosti, saj se soočajo z emocionalnim stresom in preobremenitvijo na delovnem mestu, zato so trdne vrednote v zdravstveni negi še kako pomembne.

Preobremenjenost z delom je najbolj očiten pokazatelj neskladij med vrednotami medicinske sestre kot človeka in njenim delom, ki ga opravlja, ter zato najpomembnejši organizacijski dejavnik tveganja. Tudi zato, ker se v razmerah ekonomske krize z vidika vrednot organizacije obremenjenost z delom enači s produktivnostjo zaposlenih. Z vidika zaposlenih v zdravstveni negi je obremenjenost čas in denar. Temeljni izziv je iskanje uravnoteženih vrednot med obema. V praksi se pogosto dogaja, da morajo medicinske sestre preveč dela opraviti v prekratnem času s premalo sredstvi. Iz ekonomskih razlogov se organizacije pogosto odločajo za kadrovske omejitve, zato mora manj (že) zaposlenih opraviti enako količino dela v (čim) krajšem času. Povečajo se delovne obremenitve in odgovornost; skrajšuje se čas za počitek.

Tudi pomanjkanje nadzora nad delom kot vrednoto je pomemben pokazatelj neskladij med vrednotami zaposlenega in delom, ki ga opravlja. Zmožnost, da medicinska sestra pri vsakodnevnem delu določi najpomembnejše vrednote tako, da izbere

pravi pristop in se odloči, kako uporabiti razpoložljive vire, je najpomembnejša za njeno strokovno delo. Organizacijska politika, ki se vmešava v to zmožnost, zmanjšuje avtonomijo medicinske sestre in njeno povezanost z delom kot vrednoto. Če medicinska sestra nima nadzora nad pomembnimi smernicami svojega dela, se ne more uspešno spopadati s problemi, ki jih zaznava. V razmerah trenutne krize v delovnem okolju pa še posebej nezadostno nagrajevanje njenega dela opazno zmanjšuje zmožnost organizacije, v kateri je zaposlena, da jo smotrno nagrajuje za opravljeno delo. Medicinska sestra upravičeno pričakuje, da bo za opravljeno vestno delo prejela materialno nagrado v obliki denarja, pa tudi ugleda, družbenega statusa in varnosti. Še težje je, če izgubi notranjo nagrado kot zadoščenje, ko opravlja delo, ki ji je v veselje, obenem pa izpopolnjuje svoje strokovno znanje s sodelavci, ki jih spoštuje. Izguba zunanjega in notranjega nagrajevanja zmanjšuje možnosti, da bi bila predana delu, ki ga opravlja (po Maslach, Leiter, 2002, str. 15).

Spremembo vrednot je (so) povzročila tudi splošna naravnost sodobne družbe, ki je še vedno predvsem vrednostno ekonomsko naravnana in človeške odnose oblikuje (zgolj) na podlagi dobička kot temeljne vrednote. Tako tudi medicinsko sestro vrednotijo povsem tržno in je vredna toliko, kolikor je vredno njeno delo. Ta pa ima nizko »tržno« vrednost vedno, kadar jo vrednotijo družbeno globalno in, začuda, visoko, kadar delo medicinske sestre neposredno potrebujemo. Ob tem pa lahko fizična izolacija med delom in vrhunska zdravstvena tehnologija naredijo stike med zaposlenimi, pa tudi, žal, s pacienti, brezosebne. Nesporno je, na kar opozarja tudi Zupan (2001, str. 82), da organizacije razmeroma težko najdejo sposobne, delu predane medicinske sestre, prav tako jih težko zadržijo. Medicinske sestre z obilico strokovnega znanja in delovnih izkušenj lahko, čeprav organizacija vanje veliko vlaga, vsak trenutek odidejo. S seboj odnesejo znanje in veščine, informacije, včasih celo poslovne informacije in poslovne partnerje. Organizacije si torej morajo zvestobo in pripadnost zaposlenih zaslužiti. Zaposlene medicinske sestre morajo v organizaciji najti svoj smisel, zadovoljiti svoje potrebe in želje. Osnova pa je skupna vizija, ki izhaja iz temeljnih vrednot (danes zelo nepredvidljive) družbe. Navedeno še kako velja tudi za zdravstveno nego, ki se v primežu ekonomskih težav sooča tako s fluktuacijo kot z absentizmom.

V tem kontekstu je treba izpostaviti problem vrednot v vsej kompleksnosti nasprotujočih si vrednot, kar aktualizirata tudi Ivanko in Stare (2007, str. 183), ki opozarjata, da je zavzemanje organizacije za zaupanje, odkritost in spoštovanje vedno tudi vprašanje vrednot. Trenutna kriza v delovnem okolju je predvsem realen odraz temeljnih nasprotij med vrednotami v naši družbi. Sistem vrednotenja, ki temelji na kratkoročnih ciljih, kako preživeti in ustvariti dobiček, je v nasprotju z vrednotami, ki jih pri svojem delu cenijo najbolj predane medicinske sestre. Prav njim se pogosto zdi, da jih delo sili v dejanja, ki niso v skladu z njihovimi osebnimi vrednotami in se jim ne zdijo etična. Skratka, delovno okolje ni torej nikoli povsem podporno za potrebne spremembe vrednot, ni pa tudi povsem stresno. Tveganje za oblikovanje potrebnih vrednot je odvisno od ključnih dejavnikov v ravnotežju med podpornimi in stresnimi elementi v delovnem okolju.

Delo z ljudmi je za medicinsko sestro (lahko) zelo naporno in zahtevno. Še posebnost, če gre za take oblike dela, ki zahtevajo sintezo njenih intelektualnih, fizičnih in emocionalnih zmogljivosti. Tovrstno delo lahko opravljajo le telesno in duševno zdravi ter odločni ljudje s trdno voljo, veliko potrpežljivosti, vzdržljivosti, optimizma in ljubezni do bližnjega. Ni vsakdo primeren za ta poklic! Še najmanj pa tisti(a), ki se zanj odloča iz romantične predstave o nesebični ljubezni, pomoči, predanosti in nežnosti in ki v sebi goji čezmerno željo po druženju, pripadnosti ali celo enačenju z nebogljenim pacientom, čustveno ranljivi in preobčutljivi sanjači in človekoljubni idealisti, ki se do skrajnosti podrejujejo željam svojih pacientov, sodelavcev, podrejenih idr. Pomanjkljivo strokovno znanje jim še poveča občutek osebne negotovosti.

Veliko energije v teh odnosih medicinska sestra porabi za to, da ohrani mirnost, potrpežljivost, zbranost in sočutnost v kriznih in frustrirajočih situacijah. Nekatere se s takimi okoliščinami spoprijemajo le občasno, druge tako delujejo večino svojega profesionalnega življenja. Predvsem tudi zaradi napačnega in neupravičenega pričakovanja drugih, ko od nje pričakujejo, da bo vedno prijazna, mirna, potrpežljiva in sočutna. Od medicinske sestre kot strokovnjakinje v zdravstveni negi se poleg strokovnega znanja pričakuje tudi emocionalna dovzetnost in občutljivost (vključno z empatijo), ki omogočata poglobljeno razumevanje kompleksnosti problema in perspektive vsakega posameznika, njeno osebno pozornost in skrb za druge (dati »del sebe« ne samo formalno), neredko pa tudi intimen odnos z uporabniki njenih storitev. Obenem mora biti občutljiva za svoja lastna čustva, ki stopajo v poklicni odnos (Šadl, 2002, str. 5).

Tako se emocionalno delo medicinske nanaša na profesionalno urejanje čustev. Od nje se zahteva, da čustva v sebi uredi oz. predela v drugo čustveno stanje. Največkrat zato, da ustvari neko (želeno) čustveno stanje pri pacientih. Pomeni torej ustvarjanje in vzdrževanje primarnih odnosov, razpoloženj in čustev na področju dela z ljudmi (Hochschild, 1983, v Šadl, 1999, str. 60, Žnidar, 2011). Pri tem Vrhovec (2012) opozarja, da je ravnanje z ljudmi pomemben dejavnik ravnanja z znanjem. Sestavljajo gazaposlovanje, razvoj kariere, izobraževanje in usposabljanje ter motivacijski in nagrajevalni sistem v organizaciji, ki spodbuja in nagrajuje takšne vzorce vedenja, da v zaposlenih medicinskih sestrah krepijo pripravljenost in željo po pridobivanju, medsebojni delitvi in uporabi znanja.

5. Vpliv spremenjenih vrednot na delo v zdravstveni negi

Analiza Filejeve (1992) o strokovnosti v zdravstveni negi je opozorila, da se slovenske medicinske sestre pri dokazovanju in utemeljevanju stroke zdravstvene nege opirajo na manj prepričljive utemeljitve, ki so sicer resnične, vendar temeljijo na medicinski sestri in zdravstveni negi, kar pa v sodobnih razvojnih trendih ne zadostuje več. S potrebno kritično distanco sicer avtorica (1992, str. 293) navaja manj prepričljive utemeljitve, kot:

- medicinske sestre so najštevilčnejša skupina zdravstvenih delavcev,
- signifikanten delež celotnega denarja se namenja za službe zdravstvene nege,

- medicinske sestre so v stiku z bolniki/varovanci 24 ur dnevno,
- medicinske sestre izvajajo nego in oskrbo v različnih pogojih,
- medicinske sestre so profesionalke z lastnim strokovnim znanjem.

A ista avtorica (prav tam) povsem profesionalno utemeljeno in korektno navaja tudi bolj prepričljive utemeljitve, ki so osredotočene na korist organizacije in na uspešnost v zdravstvu, ko navaja, da:

- so medicinske sestre v neposrednem stiku z uporabniki zdravstva, zato njihova uspešnost, produktivnost in motivacija direktno vplivajo na vrednote organizacije, da le-ta doseže svoje cilje in določene rezultate,
- medicinske sestre lahko prispevajo k uspešnosti in učinkovitosti delovanja institucij tudi v pogojih finančnih omejitev (npr. medicinske sestre - menedžerke so sposobne analizirati in uporabiti varovančeve informacije ter s tem prispevati k učinkovitemu načrtovanju zdravstva in k razvoju zdravstvene politike tako, da so upoštewane bolnikove/varovančeve potrebe),
- medicinske sestre prispevajo s svojim delom k oblikovanju novih vrednot, in ohranjanju zaupanja v kulturo in cilje organizacije, in
- z zagotavljanjem vrednot in kvalitete dela na področju zdravstvene nege pripomorejo k uspešnosti organizacije kot celote.

Tudi Peterka-Novak (2007, str. 541) navaja, da medicinske sestre s področja menedžmenta opravljajo naslednje naloge: vodenje, reševanje problemov, reševanje konfliktov, delitev dela, organiziranje dela, komuniciranje, odločanje, načrtovanje. Filej (2001, str. 71) izpostavlja še, da se je zato, ker se dela in naloge medicinskih sester nanašajo na delo z ljudmi, treba zavedati, da so možne poti za učinkovito obvladovanje sprememb vrednot v zdravstveni negi ne le v usmerjenosti k človeku, k smotni in učinkoviti rabi človeških virov, ampak tudi v usposabljanje, motiviranje, razvoj sodelavcev, uvajanje sodobnih oblik vodenja in učinkovito notranje komuniciranje.

Današnje delovno mesto medicinske sestre je v ekonomskem in psihološkem smislu vrednostno bolj hladno, negostoljubno in predvsem bolj zahteven prostor kot v preteklosti. Nemalokrat so medicinske sestre čustveno, telesno in duhovno izčrpane. Dnevne delovne zahteve, družina ipd. načenjajo njihovo energijo in zavzetost. Vse težje ob uspehu doživljajo veselje in navdušenje. Njihova predanost delu upada; žal postajajo tudi cinične. Prav zato se, kljub zastavljenim vrednotam zdravstvene nege, trudijo, da bi bile osebno čim manj vpletene in dovzetne za dnevne probleme pacientov. To pa je največja ovira na poti k višjim vrednotam profesionalnega življenja medicinske sestre.

Tako se zdravstveni negi predstava o poklicu medicinske sestre vrača kot bumerang in grozi, da bo spodkopala ideal tega delovnega mesta kot zdravega in varnega okolja, v katerem lahko medicinska sestra z delom, ki jo resnično izpolnjuje, razvije vse svoje zmožnosti, za kar pa bi morala biti tudi ustrezno nagrajena. Opažamo namreč, da prav v zdravstveni negi prihaja do mlačnega razumevanja spoznanj o transformaciji vrednot, o pomenu dejavnejše integracije vrednot v življenje in delovanje medicinske sestre kot posameznice. To je svojevrsten paradoks, saj je globalni cilj -zdravstvene nege pomoč pomoči potrebnemu. Proces, v katerem medicinska sestra

ne samo oskrbi in neguje, ampak skozi svoje delo tudi aktivno (so)oblikuje pacienta; njegovo osebnost, vpliva na njegov pogled na svet. Brez teh vrednot bi bila zdravstvena nega brez vsakega smisla.

V razmerah akutne ekonomske krize nenehno poudarjamo pomen znanja. Tudi na področju sociološkega razumevanja vloge in pomena zdravstvene nege govorimo celo o intenzivno razvijajoči se (pod)družbi znanja, saj naj bi bila tista, ki zagotavlja družbeni razvoj in pomembno vpliva na položaj posameznika, na možnost njegove izbire za njeno optimalno delovanje v aktualnem kompleksnem svetu, prav izbira za zdravje. Prav zato se zdi naravno, da ima področje zdravstvene nege, ki s svojim delovanjem pomembno skrbi za posredovanje potrebnega znanja o zdravju in bolezni, v sodobni družbi poseben položaj. To se na eni strani vse bolj izraža kot prepoznavanje (delodajalcev in tudi pragmatične politike), da je treba obravnavati nastalo situacijo s posebno družbeno subtilnostjo. In to tem bolj, ker so slovenske gospodarske, politične in družbene razmere vse bolj nepredvidljive, zaradi naraščajočega staranja prebivalstva pa (tudi) vse bolj zahtevne.

Po drugi strani pa ugotavljamo, da se tako pomemben družbeni (pod)sistem, kot zdravstvena nega vsekakor je, še nikoli ni srečal s tako perečimi vprašanji izbir, kompetenc, odgovornosti, družbene (ne)moči zaposlenih, (ne)motiviranosti za delo, upadanjem radovednosti oz. želje po novem znanju, cinizmom, celo sovražnostjo, nekolegialnostjo idr. Nesporna je namreč ugotovitev, da če zdravstvena nega in delo medicinske sestre ne temeljita na vrednotah, potem jih ni. Ali pač? Seveda so, toda kakšne? Tudi zato želimo opozoriti na pomembnost izbire vrednot, ne samo za zdravstveno nego, ampak predvsem za medicinsko sestro, ker vključuje vpliv socio-kulturnih dejavnikov (ki (so)oblikujejo stališča, prepričanja, norme in predvsem vrednote medicinske sestre kot posameznice), povezanih z zdravjem, boleznimi, umiranjem in smrtjo, kot tudi pojav določenih bolezni, povezanih s socialno-ekonomskimi, družbenimi in kulturno pogojenimi dejavniki, vprašanji organizacije zdravstvenega sistema in mesta medicinske sestre v njem, pravic zdravstvenih delavcev v izbirah družbenega nadzora, ki se izvaja preko zdravstvenega varstva, odnosov med medicinskim in negovalnim osebjem ter svojci/družino idr.

Seveda pa na zastavljanje in uresničevanje vrednot medicinske sestre ne vplivajo samo okoliščine, temveč tudi njene osebnostne lastnosti in drugi osebnostni dejavniki. Njenih vrednot ne oblikuje samo njena osebnost in ona sama; čeprav so njene poteze izredno pomembne kot relativno trajni in stabilno delujoči osebnostni pojav, saj vplivajo na njeno obnašanje včasih manj kot nekatere prehodne, spremenljive vrednostne značilnosti. Mednje sodijo predvsem stanja, vloge in razpoloženja. Poteze so značilne za njo kot posameznico in variirajo med osebami (interindividualna variabilnost); stanja, vloge in razpoloženja pa variirajo znotraj nje kot posameznice (intraindividualna variabilnost). Musek (1993, str. 323) poudarja njihov vpliv in pomen. Situacije doživljanja te kompleksnosti so pogosto mnogovrstne, morda še bolj kot osebnostne značilnosti posameznikov, in lahko zato pri istih medicinskih sestrah izzovejo zelo različno obnašanje.

6. Oblikovanje vrednot v zdravstveni negi kot (nastajajoči) zdravstveni industriji

Za uspešno oblikovanje novih vrednot, predvsem pri vodenju v zdravstveni negi, je potrebno, v trenutnih družbenih razmerah z vsemi značilnostmi akutne gospodarske krize, da vodja obvladuje zelo kompleksno znanje. Toda »znanje samo po sebi«, kot navaja Torrington (2005, str. 250), še ni dovolj. Le-to mora biti dostopno, primerno uporabno, uporabljeno za zvišanje organizacijske sposobnosti, da doseže nek napredek. Šele na ta način bo dobilo svojo vrednost in bo obrnjeno v oblikovanje zelenih vrednot. Ni presenetljivo, da je pozornost v sodobni zdravstveni negi usmerjena v nove načine ustvarjanja znanja, načine njegove širitve in izkoriščanja. Ker menedžment znanja temelji na samorazvoju medicinske sestre, sodelovanju in povezanosti delovanja z drugimi v timu, je zaupanje med sodelavci posebna vrednota, ki predpostavlja tako njeno individualnost kot sodelovanje. Le tako medicinska sestra vsako krizo razume kot priložnost za oblikovanje novih vrednot. Stare, preživete pa doživlja kot del zgolj linearne logike razmišljanja.

Nikjer ni bila sociologija medicinske etike bolj udejanjena kot v analizi poklica medicinskih sester. K obnovljenemu zanimanju sociologov za medicinske sestre so morda več prispevale feministične raziskave in splošna rast zanimanja za marginalne skupine, kot pa rast medicinske etike, vendar je bilo tudi to pomembno. Ker imajo medicinske sestre manj profesionalne moči, se zdijo manj pomembne za sprejemanje etičnih odločitev kot zdravniki, v senci katerih delajo. Njihove etične presoje se enostavno manj upoštevajo. Vendar to ni glavna stvar. Najpomembnejše je to, da sociološke raziskave kažejo, da medicinske sestre drugače izpostavljajo etične dileme v medicini, da se drugače odzivajo na etične probleme medicinske oskrbe kot zdravniki. Medicinske sestre so osredotočene okrog »etike skrbi«, kar predstavlja danes pravo alternativo prevladujočemu tehničnemu odnosu do bolnikov. Medtem ko se zdravniki veliko, včasih skoraj povsem, ukvarjajo z medicinsko tehničnimi vprašanji zdravljenja in diagnosticiranja, od koder izhajajo tudi njihove etične dileme, pa medicinske sestre bolj poudarjajo udeležbo v interakciji z bolniki v okviru trajnejših in kontinuiranih odnosov. Vendar pa lahko razvoj in spremembe vrednot sodobnega zdravstvenega sistema razumemo le, če jih gledamo v kontekstu družbenih sprememb (Ule, 2003, str. 246-262).

Zdravje je vsekakor največja vrednota, s katero razpolaga posameznik, poudarja tudi Žnidaršič-Kranjc (1996). Zdravstveno varstvo prištevamo med najpomembnejše sestavine družbene reprodukcije in je neločljivo povezano z dogajanjem v družbi (Retelj, 2003, str. 67). Za večino zdravstvenih organizacij je omejevanje sredstev za zdravstvo potreba po upoštevanju zahtev in soočanje s poslovnimi tveganji velika sprememba (Vila in Kovač, 1997, str. 181). Položaj zdravstvenih organizacij kot organizacij posebnega družbenega pomena se s tem počasi približuje položaju storitvene dejavnosti. V svetu se celo pojavlja pojem »zdravstvena industrija«, kar se sicer ne sklada z osnovnimi vrednotami te dejavnosti, je pa vsekakor pomemben podatek, ki ga lahko upoštevamo pri presojanju silnic, ki bodo v bodoče vplivale na zdravstvo kot sistem, na delo zdravstvenih delavcev in njihove vrednote.

Zdravstvene ustanove se morajo truditi biti boljše, uspešnejše in s tem pomagati priti iz težav in neznanja. Ker pa živimo v času, ki ni najbolj prijazen, moramo (žal) poskrbeti tudi za nudene usluge na osnovi izbir, ki pa morajo biti uravnotežene s stroški. Usluge so plačane iz davkov – torej je dolžnost nas vseh, da poskrbimo za čim bolj racionalno razmerje med storitvijo in njeno ceno. Prav zato morajo biti zdravstvene ustanove (v okviru ekonomske logike) vse bolj fleksibilne in vedno na voljo posamezniku. S takimi izhodišči pa je ekonomska logika temeljito posegla v bistvo vrednostnega odnosa, ki je med pacientom in medicinsko sestro imanenten in samo njun, ter ga (nemalokrat) dodobra zveržila. Prav zato pa vsi vpleteni, ne da bi zlonamerno posegali v vlogo drugega, čutijo potrebo po rekonceptualizaciji vrednot, ki jim v sodobnem času ne more uiti nič in nihče več. Vse bolj jasno namreč postaja, da morajo tudi preproste odločitve v zdravstvenih in drugih institucijah, ki skrbijo za zdravje in ki so podrejene človeški volji, opraviti preizkus legitimnosti le-teh. Če ga ne izpolnijo, jih morajo zamenjati druge, ki so svobodnejše in pravičnejše v izbiri kvalitete, predvsem pa bolj humane in na dobro človeka naravnane institucije. To seveda velja tudi za institucije s področja zdravstvene nege in zdravja. Sploh pa za organiziran sistem javnega zdravstva (Goriup, 2011, str. 845). V sodobni družbi se pomena dejavne integracije vrednot globoko zavedajo delovne organizacije in institucije v zdravstveni negi (pa tudi sicer!). Najuspešnejše so prav tiste z jasno izoblikovanimi cilji, vizijo, poslanstvom, utemeljeno na vrednotah (Beck, 1987, Hofstede, 1984). Upravljanje, ki temelji na vrednotah, je postalo geslo sodobnega organizacijskega duha.

Skrajni čas je, da vrednote (ponovno) postanejo tudi merilo sodobne vzgoje v zdravstveni negi. Danes se mnogi strokovnjaki zavedajo, da so vrednote premalo prisotne v vzgoji, ki je kljub številnim opozorilom in kritikam še vedno močno zaznamovana s permisivno in post-modernistično miselnostjo. Relativiziranje morale medicinske sestre in razblinjanje odgovornosti drugih na področju zdravstva je nujen spremljevalec tega trenda. Čeprav je oblikovanje značaja od antičnih časov temeljni cilj vzgoje, so težnje po bolj organizirani vrednotni in značajski vzgoji v zdravstvu danes ponovno zelo aktualne. Kot da danes še posebno pomenljivo odmevajo besede Martina Luthra Kinga izpred desetletij: »Razum in znanje nista dovolj. Intelekt in značaj - to je cilj prave vzgoje« (po: Musek, 2003). Strokovnjaki in raziskovalci upravičeno opozarjajo, da se je v zadnjih desetletjih ob ekonomskem napredku in razvoju povečevala tudi stopnja ekonomske učinkovitosti zdravstvene nege. Zato so marsikje začeli temeljiteje razmišljati o možnostih dejavnejše integracije vrednot v zdravstveno nego in vrednotna vzgoja brez indoktrinacije je postala že kar model za najsodobnejši sistemski vzgojni pristop. Na podlagi vrednot tako potekajo delovna socializacija, vzgoja in izobraževanje zaposlenih v zdravstveni negi, ki na podlagi vrednot prispevajo svoj delež k reprodukciji, ohranjanju in napredku družbe. V tem pa posamezna medicinska sestra ni uspešna, če sama ne oblikuje svojega vrednotnega sistema. In tega ne more oblikovati brez vzgoje in potrebne izobrazbe. Žal pa prav na področju vzgoje v zdravstveni negi premalo opažamo spoznanje o pomembnosti dejavnejše integracije vrednot v življenje in delovanje medicinske sestre. To je svojevrsten paradoks, kajti njeno profesionalno usposabljanje, ki (so)oblikuje (tudi) njeno osebnost, je že po definiciji brez vsakega smisla, če ne temelji na vrednotah zdravstvene nege, in

sicer: če vzgoja v zdravstveni negi ne temelji na vrednotah, potem je ni. Ne vzgoje, pa tudi uspešne zdravstvene nege ne! V sodobnem svetu se pomena dejavne integracije vrednot temeljito zavedajo delovne organizacije in institucije v zdravstveni negi, saj so najučinkovitejše in najuspešnejše prav tiste, ki jim je uspelo izoblikovati jasno poslanstvo, utemeljeno na vrednotah (o čemer pišejo: Beck, 1987; Blanchard in Stoner, 2004; Butler in Vodanovich, 1992; Collins, 1996; Collins in Porras, 1996, Ellsworth, 2002; Elizur in Koslowsky, 2001; in drugi). Upravljanje, ki temelji na vrednotah, je postalo geslo sodobnega organizacijskega duha tudi v zdravstveni negi (glej: Anderson, 1997; Elizur in Koslowsky, 2001; Meglino, Ravlin in Adkins, 1989, 1992; Robbins, 2001; Engine in Turner, 2002; Wall, Sobol in Solum, 1999; Walter, 1995). Zato je skrajni čas, da vrednote (ponovno) postanejo tudi merilo sodobne vzgoje in življenja v zdravstveni negi.

7. Zaključek

Zaključek nam ponuja vprašanje: Ali je in kako daleč je pri nas dozorelo spoznanje o integraciji vrednot v prakso zdravstvene nege? V ta namen izvedena obsežna raziskava na večjem številu oseb, ki veljajo za eksperte na tem področju, opozarja na resnost duha. Namen raziskave je bil večstranski: ugotoviti ekspertna stališča o vrednotah in vlogi vrednot v vzgoji (ne nazadnje tudi njihove lastne vrednotne orientacije), stališča o potrebnosti integracije vrednot v vzgojne cilje in vsebine (za vrednote nasploh in za posamezne vrednotne kategorije zdravstvene nege), pa tudi njihove ocene o tem, kateri so ključni agensi vrednotne zdravstvene nege nasploh in pri posameznih pomembnih kategorijah vrednot. Rezultati raziskave so jasno pokazali dvoje: prvič, da so vrednote zdravstvene nege ključna sestavina izobraževalnega procesa zdravstvene nege in da je oblikovanje vrednot eden od najpomembnejših, če ne že najpomembnejši cilj zdravstva, in drugič, da so potrebne vrednote bistveno premalo vključene v vzgojno-izobraževalni proces in sistem zdravstvene vzgoje.

In, ne nazadnje, ko preko oblikovanja »kohortnih norm«, kjer se odloča brez medicinskih sester, te udejanjijo, da postopno postanejo zanje standardi in/ali norme, ki usmerjajo odločitve bodočih kohort ali morda celotne družbe, ki se mora z njimi ne le soočiti, ampak tudi živeti po njih (White, 1987, str. 47). Na tak način tudi odločitve prejšnjih kohort vplivajo na podobo okolja, v katerega »prispejo nove kohorte«. In prav na tem mestu lahko opazimo eno izmed številnih specifičnih vrednosti predhodnih kohort zdravstvene nege - one so oblikovale znanje in/ali sposobnosti, ki pripadajo vsem v zdravstveni negi, in okolje, v katerem aktualna medicinska sestra danes živi in dela. Odlikuje jo poznavanje dominantne kulture področja in še posebej uporaba »strokovnega jezika, veščin, znanja in spretnosti«. Marsikaj od tega si je pridobila v izobraževalnem sistemu, skozi kulturno socializacijo, ki je še kako vplivala na njen profesionalni uspeh.

Najbrž v času in primežu (načrtovanih in potrebnih) reform ni reforme, ki bi bila bolj potrebna od reforme vrednot v zdravstveni negi. Vendar tudi ni reforme, ki bi

zahtevala toliko premisleka in sodelovanja vseh, ki s(m)o v zdravstveno nego kakorkoli vpleteni (zaposlenih, zdravnikov in pacientov), kot reforma vrednot. Še posebej v času, ko se vse bolj dozdeva, da se naša družba spreminja v polje političnega in tehničnega manipuliranja in tehnokratskega upravljanja z nami, državljani. In, ko nam nekatere strukture, ki (še vedno) želijo upravljati s tako subtilnim družbenim podsistemom, kot zdravstvena nega je, dajejo vedeti, da ne bodo izbirali orodja svojega upravnega manipuliranja. Tudi preko razlage, da današnja družba (in predvsem država) potrebuje zgolj utilitarno znanje in vrednote, pri katerih šteje le njuna praktična učinkovitost in ne človek sam po sebi. To pa kaže na nepremostljiv prepad med elitami, ki največkrat zdravstveno nego in njene imanentne vrednote le deklarirajo, jih pa (niti) ne poznajo, kaj šele živijo po njih! Pri tem se ne zavedajo, da (njihova hotena) družba totalnosti obstaja še samo kot rezultanta preteklih preživelih vrednot in poistovetenj z njihovimi strategijami omrežij sistemskih institutov, ki izvajajo regulacijo želene projekcije njihovih vrednot, kar jih je pripeljalo v realnost lastne hiperkompleksne samozadostnosti.

Ali povedano drugače: Logika systemske regulacije in reprodukcije implicira težnjo po »internalizaciji« vseh »eksternalij« (kar je samo simptomatično izogibanje poimenovanju »eksteriornost«, saj je le-ta virtualno že vključena v sistem in obstaja samo z njegovega »operativnega« vidika in nikakor ne »sama po sebi«, ne subjektivno ne objektivno). Toda tipična eksteriornost (ali eksternalija) sistema je prav subjektivna avtonomija: za novo logiko torej izgine ontološko razlikovanje med subjektivnim in objektivnim, tako smo priča čudni preobrnitvi: vsako subjektivnost, ki je bila bistveno mesto »luči« in »prosojnosti«, je zdaj zamenjala »črna skrinjica«, ki mora »razkriti svojo skrivnost«. Subjekti niso več postavljeni nasproti objektivnemu, naravnemu, družbenemu in zgodovinskemu svetu; zdaj je čisto pozitivni sistem tisti, ki ima nasproti sebe – t.j. v vseh vrzelih nepredvidljivosti, ki jih poraja vse večja kompleksnost (vrednot) njegovega delovanja – čisto eksteriornost subjektov, ki ga sicer uresničujejo, vendar bi moral njihovo avtonomijo idealno izvesti zgolj na »energijo«, ki bi bila kvantitativno izračunljiva in kvalitativno (t.j. v usmerjenosti svojega delovanja) napovedljiva (Hottois, 1984).

Jana Goriup

Nursing care in the grip of changed values of Slovene post-modern society

The contemporary (post-modern) society differs from the (past) modern society, in addition to the dynamics and complexity differences, and it brings revolutionary meanings as backsliding on fundamental existential categories, which has consequences in health care. The aforementioned experience also answers how the fundamental existential issues and values are far more complex, so consensus about what the patients need no longer exists. This is not only a question of what measures, interventions and knowledge, but also the content of which values are given. Kress (2006) points out

that it is mainly a completely new understanding of the values of the past, present and especially the future. This protean figure is being followed as a »future« in terms of futurology of the 2nd half of the 20th century, focused on forecasting, programming, data processing, caught in a washed self-fulfilling. Disagreement about which the author discusses are far (only) specialty care.

As mentioned above, it is crucial to interfere in people's lives. People in post-modern society, especially young people, simply do not pay attention to some descriptions of the present values as being explained by elderly population because it is one of the symptoms of the process of changing the perception of the values entering into a new future as a form of anxiety due to uncertain future, which (at least for now) seems elusive. Both the young and the old feel common anxiety in all of our wealth, which does not affect the number of uncertainties in the need to change the values, but also confirms the need to change. Modernity has not been reversed only in the future, but also in the real future, the path to it to illuminate minds. The idea of the future, although not universal, is older than modernity. Future in terms of the modern derives from the laicization promises in which the intellect is above God, which is internalised in Western civilisation voltage, ideality and meaning and life values. They have changed and are still changing. Therefore, the future of our values is no longer just a form of projection or operating room confrontation with the world of freedom, the consistency of desire with reality, subject to the object. The future of values has become their present, in all its existential forms.

The author points out that the nurse in her professional life enters into various social interactions and encounters with the belief systems of the environment. If the difference between the internal and external value system (e.g. the value system in the working environment, co-workers) is considerable, it raises internal tensions. While at the same time she can still experiencing the difference between the internalised values and fundamental needs, values if required denying or pushing its own needs (Pšeničny, 2007, p. 51). Not only does the transition process, but (and especially) harsh conditions of the economic crisis in all areas, lead to a graver crisis and the transformation of values. The value system of the past has either been exceeded or discarded, so the nurse as an individual is in a position of finding new values. In their professional life, nurses have strong motivation. In health care, as a starting value, they meet the needs of others (caring for others, performance, obedience, diligence, etc.), unless having outstanding achievements (perfectionism, sacrifice), which are internalised. They are constantly strongly internally motivated to make efforts to have extraordinary achievements to fulfil the expectations of others (altruistic forced perfectionism), although they already set their own targets and observe them (in their autonomy competences). Among the factors in the grip of the complexity of changing values that affect the formation of values, nurses stand out: the working environment, the structure of nursing work, their role as individuals of personal reasons, their threshold of tolerance, the degree of self-esteem, etc. During the professional socialisation, nurses internalise the commandments and prohibitions of the immediate environment and the goals and values of the wider social environment. Based on that, they build their own value system,

which is a powerful source of motivation for their work. If the differences between the external (e.g. the value system of hospitals) and the internal value system (nurses) are great, it triggers internal tensions.

If the organisation of health care can provide active cooperation among employees, they can identify with values, which encourages specific activities, if, of course, each employee's contribution to the common goal is noticed and rewarded. The current acute crisis in the workplace reduces the ability of organisations to reward rational people. In addition to material rewards, which is becoming less common and plays an important role in building and strengthening the new (current) values of intrinsic rewards in the form of praising and rewarding employees in health care, professionals should perform work in collaboration with their colleagues based on respect. The loss of internal and external rewards reduces their opportunities and dedication to work. This also poses a threat of fewer opportunities for advancement because job security is already the exception rather than the rule. A lack of rewards in health care is not merely a consequence of inattentive management, but it is often a problem of an unethical approach to the work efficiency of employees. Health care is characterised by employees who do not only work for money (although most live only on wages), but also by their values and ethnic origin (socially relevant), and the approval thereof, which is not followed by a financial stimulation (by the employer). In addition to a fair remuneration for work, employees wish and expect recognition, either by other employees, especially their superiors.

The current crisis has not only resulted in the denial and destruction of »previous« values, but also in the change of the working environment in health care, since the first genuine connections among them are broken due to various reasons (loss of job security, excessive short-term profit, which excludes concern for employees). Maslach and Leiter (2002) defined the so-called »fair job«, and pointed out their trust, honesty and respect for fundamental values. Health care is also important because it demonstrates the commitment of employees.

As an individual, the nurse's values affect her behaviour because they are directed to her actions and experience. In particular, they express the sense of her occupation and a clear set of organisational values. This reduces the likelihood of discrepancies between her professional work and her as human being, a worker and an employee. If the nurse works and acts in accordance with her values and skills, she is less susceptible to stress, burnout and conflicts. Health care is an important part of the relational developments between the society and nurses as individuals. Health care work is based on the values of the work. In her work, the nurse cannot be successful if she does not form her own value system. The latter is formed in her family, in the processes of primary and secondary socialisation, and by the agents of socialisation »pressure« on the formulation and ranking of the values, where each of the social spaces and agents seem important. The nurse who identifies her needs does not detect being reciprocal to them. If her needs fail to be met, this will reduce her investment, or she will withdraw from the non-reciprocal position and will thus not balance the consumption and production of energy. The nurse who suppresses her own needs will feel the shortfall

(as anxiety), but she will seek to reduce the feeding of »false self« (those who need praise and recognition for their work). Therefore, she will not withdraw from the non-reciprocal situation because she will seek a change and will invest in her work even more. Until this happens, the nurse may experience burnout. A distorted perception of reciprocity will be transferred to all the other relationships, which can affect her lifestyle. This almost always discourages the brightest, the most responsible and the most enthusiastic and efficient nurses.

A lack of control over work as a value is an important indicator of discrepancies between the values of employees and the work they do. The nurses' ability in their daily performance, including the most important values, to choose the right approach to work and decide how to use the available resources, is central to their professional work. A change in values also leads to a general attitude of contemporary society, which is still mainly oriented towards fostering economic values and developing human relationships (only) on the basis of profit as core values. Thus, the nurse is evaluated purely in the commercial sense, and her work is worth as much as her performance. This has a low »market« value. However, if considering the values of the society globally, they are higher when the nurse's work is directly needed. At the same time, a natural insulation between work and excellent medical technology make contacts impersonal among employees and, unfortunately with patients as well, It is relatively difficult to find capable employees, meaning committed nurses, and it is also difficult to retain them. Nurses with lot of expertise and experience can, however, have the opportunity that the organisation invests heavily in them, they can leave their job at any moment, obtain knowledge and skills, information, and sometimes even business information and become business partners. A lot of power in these relationships enables them to have patience, composure and compassion in a crisis and frustrating situations. Some are faced with such a situation only occasionally, others most of their professional life. This is mainly due to improper, unjustified expectations of others because they expect them always to be friendly, calm, patient and compassionate. In addition, as professionals in health care, nurses are expected to have expertise, be emotional responsive and sensitive (including empathy), which enables an in-depth understanding of the complexity of the problem and the perspective of each individual's personal attention and care for others (to give »part of themselves«), and they are often also expected to establish a close relationship with the users of medical services. At the same time, they must pay attention to their own feelings in their professional relationship (Šadl, 2002, p. 5).

In the economic and psychological sense of value, today's workplace of nurses is colder, inhospitable and highly demanding in comparison with the past. Nurses are often emotionally, physically and spiritually exhausted. It is the author's indisputable conclusion that health care and the work of nurses are not based on values. The author wishes to stress the importance of the choices of values, not only in health care, but also (and especially) of a nurse, as they have a socio-cultural effect, (co-)create views, beliefs, norms and values, especially in relation with health, illness, dying and death, as well as the occurrence of certain diseases associated with socio-economic, social

and cultural factors, the issues of the organisation of the health system and the place of nurses in it, the rights of health workers in the choice of social control implemented through health, relationships among medical and nursing staff and relatives, family and others.

The author points out that nurses have less professional power and are less important to make ethical decisions compared to doctors in whose shadow they work. Their ethical judgments are less easily observed. Different sociological studies show that nurses raise ethical dilemmas in medicine and respond differently to the ethical problems of health care than doctors. Nurses are centred around the »ethics of care«, which is now a real alternative to the technical dominance relation to patients.

The organisations and institutions working in health care in the contemporary society are deeply aware of the importance of active integration of values. The most successful are those with clearly defined goals, vision and mission, which is based on values (see: Beck, 1987; Hofstede, 1984). Knowledge management based on values has become the password in a contemporary organisation. Therefore, values have (again) become the benchmark of modern education in nursing. Many experts recognise that the values are underrepresented in contemporary education, which is still strongly marked by permissive and post-modern mind-set, despite numerous warnings and criticisms. Experts and researchers rightly point out that the economic progress and development has increased the degree of economic efficiency of health care in recent decades. Therefore, many have begun thoroughly to think about the possibilities of active integration of values in health care, and value education without indoctrination has become quite a model for the needed educational system approach. Based on the values, fostered in work socialization, the education of employees in health care will contribute its share of the reproduction, preservation and progress of the society.

However, this reform would require much consideration and cooperation of all the players in health care: employees, physicians, patients and taxpayers. Especially in the time when it increasingly seems that our society is changing in the field of political and technical manipulation and technocratic management. Especially, as such a subtle social subsystem as health care is, needs a different approach of the state and certain bureaucratic bodies that (still) want to manage administrative manipulation tools, which can only be considered as their practical effectiveness, and not as being immanent. They should realise that their role in the society exists only as a resultant of a systemic network of institutes that carry out control of the desired projection of their values, which brought them into the reality of their hyper-complexity and self-sufficiency.

LITERATURA

1. Anderson, C. A. in Bushman, B. J. (1997). External validity of »trivial« experiments: the case of laboratory aggression. *Review of General Psychology*, 1, 19-41.
2. Beck, U. (1987). *Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne*. Frankfurt: Suhrkamp.
3. Blanchard, K. M. in Stoner, J. (2004). *Full steam ahead - Volle Kraft Vorraus*. Offenbach: Gabal.

4. Butler, G. in Vodanovich, S. J. (1992). The relationship between work values and normative and instrumental commitment. *Journal of Psychology*, 126, 139-146.
5. Collins, J. C. (1996). Aligning action and values. *Leader to Leader*, 1, 19-24.
6. Collins, J. C., Porras, J. I. (1996). Building your company's vision. *Harvard Business Review*. September-October 1996.
7. Černigoj Sadar, N. (2002). Stres na delovnem mestu. *Ljubljana: Teorija in praksa*, 39, 81-102.
8. Elizur, D. in Koslowsky, M. (2001). Values and organizational commitment. *International Journal of Manpower*, 22 (7), 593-599.
9. Ellsworth, R. R. (2002). *Leading with purpose. The new corporation realities*. Stanford: University Press.
10. Engine, F. I. in Turner, B. S. (2002). *Handbook of citizenship studies*. London: Sage.
11. Fengler, J. (2007). Nudenje pomoči utruja: o analizi in obvladovanju izgorelosti in poklicne deformacije. *Ljubljana: Temza*.
12. Filej, B. (1992). Management v zdravstveni negi. *Zdravstveni Obzornik*, 26, 291-297.
13. Filej, B. (2001). Profesionalna načela v zdravstveni negi. *Zdravstveni Obzornik*, 35, 71-74.
14. Fukuyama, F. (2010). *The end of history and the last man*. London: Penguin Books.
15. Goriup, J. (2011). Contemporary educational processes in Slovene religious centre of the Holy Brothers Cyril and Metod in Australia in preservation of Slovene emigrants. V *Suvremene strategije učenja i poučavanja* (str. 845-856). Pula: Sveučilište Jurja Dobrića u Puli, Odjel za odgojne i obrazovne znanosti.
16. Hofstede, G. (1984). *Culture's consequences: international differences in work-related values*. Newbury Park, CA: Sage.
17. Hotttois, G. (1984). *Le signe et la technique. La philosophie à l'épreuve de la technique*. Paris.
18. Ivanko, Š. in Stare, J. (2007). *Organizacijsko vedenje*. Ljubljana: Fakulteta za upravo, Univerza v Ljubljani.
19. Jurančič Šribar, L. (2006). Izgorelost – metafora časa, ki ga živimo. *Delo*, 8. 6. 2006, 20-21.
20. Kress, G. (2006). Learning and curriculum. Agency, ethics and aesthetics in an era of instability. V A. Moore (ur.). *Schooling, Society and Curriculum*. London: Routledge.
21. Maslach, C. in Leiter, M. P. (2002). Resnica o izgorevanju na delovnem mestu. Kako organizacije povzročajo osebni stres in kako ga preprečiti. *Ljubljana: Educy*.
22. Meglino, B. M., Ravlin, E. C. in Adkins, C. L. (1989). A work values approach to corporate culture: a field test of the value congruence process and its relationship to individual outcomes. *Journal of Applied Psychology*, 74, 424-432.
23. Meglino, B. M., Ravlin, E. C., Adkins, C. L. (1992). The measurement of work value congruence: a field study comparison. *Journal of Management*, 18, 33-43.
24. Musek, J. (1993). *Znanstvena podoba osebnosti*. Ljubljana: Educy.
25. Musek, J. (2003). *Raziskovanje vrednot v Sloveniji in vrednotni univerzum Slovencev*. Ljubljana.
26. Peterka Novak, J. (2007). Spremembe pri vodenju v zdravstveni negi v sodobnem času. V B. Filej, P. Kersnič, (ur.), *Zdravstvena in babiška nega – kakovostna, učinkovita in varna: zbornik predavanj in posterjev 6. kongresa zdravstvene in babiške nege*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije.
27. Pšeničny, A. (2006). Sindrom adrenalne izgorelosti (SAI) in Recipročni model sindroma izgorelosti (RMI). *Ljubljana: Inštitut za razvoj človeških virov*. Pridobljeno 20. 9. 2007 s <http://burnout.si/index.php?n=SubMenu&ID=8&SubMenuID=22&idNZ=90>.
28. Pšeničny, A. (2007). Razvoj vprašalnika sindroma adrenalne izgorelosti (SAI) in preverjanje izhodišča Recipročnega modela izgorelosti. *Psihološka obzorja*, 16 (2), 47-81.
29. Retelj, M. (2003). *Kakovost v zdravstvu*. Novo mesto: Vizita.
30. Riley White, M. (1978). Aging, social change, and the power of ideas. *American Academy of Arts & Sciences*. Pridobljeno 21. 1. 2012 s <http://www.jstor.org/discover/10.2307/20024579?uid=2129&uid=3739008&uid=2&uid=70&uid=4&sid=55977744343>.
31. Robbins, S. P. (2001). *Organizational behavior*. New Jersey: Prentice-Hall, Inc.

32. Skela-Savič, B. (2008). Ali vemo, kje smo in kaj potrebujemo na področju vodenja? V: Skela-Savič, B., Kaučič, B. M. (ur.). Vodenje, motivacija in čustvena inteligenca vodje v zdravstvu. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego.
33. Šadl, Z. (1999). Usoda čustev v zahodni civilizaciji. Ljubljana: Sophia.
34. Šadl, Z. (2002). Emocionalno delo v storitvenih dejavnostih, Teorija in praksa, 39, 149.
35. Torrington, D. H. (2005). Human resource management. London: Pearson education.
36. Umek, P. in Musek Lešnik, K. (1998). Psihologija. VP-VŠ.
37. Ule, M. (2003). Razvoj zdravstvenega sistema v pogojih globalizacije in kaj je z zdravstveno nego. Obzornik Zdravstvene Nege, 31 (2), 25–31.
38. Vila, A. in Kovač, J. (1997). Osnove organizacije in managementa. Kranj: Moderna organizacija.
39. Vrhovec, A. (2012). Vpliv komunikacije in vodenja na organizacijo v zdravstveni negi. Celje: MFDPŠ.
40. Wall, R., Sobol, M. in Solum, R. (1999). The mission driven organisation. From mission statement to a thriving enterprise. Paperback, Prime Lifestyles.
41. Walter, F. (1995). Tourismus: Einführung in die Fremdenverkehrsökonomie. Oldenburg: Verlag.
42. Zupan, N. (2001). Nagradite uspešne, Spodbujanje uspešnosti in sistemi nagrajevanja v slovenskih podjetjih. Ljubljana: GV Založba.
43. Žnidaršič-Kranjc, A. (1996). Ekonomika in upravlja neprofitne organizacije. Postojna: Dej.
44. Žnidar, M. (2011). Izgorelost zaposlenih na delovnem mestu. Celje: MFDPŠ.

Formalno izobraževanje za osebni in profesionalni razvoj medicinskih sester

Znanstveni prispevek

UDK 614.253.5:37+331.108.4

KLJUČNE BESEDE: izobraževanje, osebnostna rast, profesionalni razvoj, medicinske sestre

POVZETEK - V luči družbenih sprememb je dobilo izobraževanje nov pomen. Od začetka devetdesetih let prejšnjega stoletja postaja temelj za razvoj informacijske družbe. Z menjavo paradigem je v ospredje stopila posameznikova odgovornost za osebni in profesionalni razvoj ter za pridobivanje kvalifikacij, nujnih za spoprijemanje s prevladujočimi razmerami v družbi. Sočasno se je prilagodilo tudi izobraževanje medicinskih sester, katerega pomen je v osebnem in družbenem življenju čedalje večji. Pomembno je, da medicinske sestre pridobivajo znanje, spretnosti, navade, skratka kompetence, ki jim omogočajo osebni in profesionalni razvoj. Zavedati se moramo, da lahko le razvit izobraževalni sistem izobrazí medicinske sestre s kompetencami, ki so iskane na trgu dela, in jim odpira vrata v svet, dviguje kvalifikacijsko in izobrazbeno strukturo zaposlenih v zdravstvu, omogoča razvoj kariere in razvija vertikalno mobilnost, vpliva na razširjanje inovativnega in vrhunškega znanja s področja zdravstvene nege, vpliva na kvaliteto njihovega in življenja pacientov ter končno tudi na demokratizacijo stroke in družbe.

Scientific article

UDC 614.253.5:37+331.108.4

KEY WORDS: education, personal growth, professional development, nurses

ABSTRACT - Education has taken on a new meaning in the light of social changes. Since the beginning of the 1990s, it has been fundamental for the development of an information society. By changing paradigms, attention has been given to an individual's responsibility for personal and professional development as well as obtaining the qualifications necessary for facing the prevailing circumstances in the society. At the same time, the education of nurses has been adapted and its importance in the personal and professional life is increasing. It is important that nurses gain knowledge, skills, habits, meaning competences, that enable a personal and professional development. We should be aware that only a developed education system can educate nurses to gain competences desired in the labour market and opens the door to the world, improves the structure of qualifications and education of employees in health care, supports career development and ensure vertical mobility, affects the distribution of innovative and top-quality knowledge in the field of nursing care and influences the quality of life of nurses and patients as well as the democratisation of the profession and society.

1. Uvod

Globalizacija tržišč in zaostritev mednarodne konkurence, ki sta bili izzvani predvsem tudi z eksponentno rastjo tehnološkega znanja in s tem povezanih inovacij v organizacijskih strukturah, produkcijskih načinov, s produkti in storitvami, postavljata vse organizacije pred nalogo, da morajo reagirati vse hitreje, bolj kreativno in fleksibilno. Obenem pa postavljajo razvoj v širšem in bližnjem podjetniškem svetu, dramatične spremembe na ravni mednarodne politike, socialni razvoj v družbi in ekološka odgovornost dodatne zahteve za kakovostno, hitro in učinkovito doseganje ciljev organizacij. Usmerjanje in oblikovanje organizacij v takšnem visoko kompleksnem in turbulentnem sistemskem okolju terja na vseh delovnih mestih take zaposlene, ki

razpolagajo z izrazitim, visoko kvalificiranim znanjem, ravno tako pa tudi z nujnimi pristojnostmi za prenos tega znanja.

V Sloveniji in v vseh drugih evropskih državah se zaradi globalizacije vse bolj kaže potreba po povezovanju in sodelovanju, ki temelji na načelih skupnih interesov ter vsebinske, geografske in kulturne povezanosti sodelujočih v tem procesu. Samo učenje in izobraževanje za vse družbene vloge in z vsemi vsebinami, ki jih potrebuje posameznik, lahko omogočata priznavanje in razvijanje številnih razsežnosti njegove osebnosti – telesne, intelektualne, estetske, čustvene in duhovne. Ker Slovenija zaradi lastne (ne)prepoznavnosti ne more tekmovati z večjimi, intelektualno, kulturno in gospodarsko bolj razvitimi državami, sta temelj za njen razvoj le dobra izobraženost vsega prebivalstva in njegova zmožnost za prilagajanje razmeram na evropskih trgih in v domačem okolju.

Prihodnost, ki jo zaznavamo kot globalni proces širjenja družbenih, kulturnih, političnih, poslovnih, gospodarskih, kadrovskih in pravnih povezav, je pred nami. Vendar pri globalizaciji ne gre zgolj za svobodnejši pretok kapitala blaga in ljudi, temveč za kakovostne spremembe oblik in vsebin med udeleženi osebami.

2. Izobraževanje v funkciji družbenega razvoja v današnji globalni družbi

Za uspešen nastop v globalni družbi postaja potreba po permanentnem in organiziranem izobraževanju in izpopolnjevanju vse močnejša in izrazitejša, saj prispeva k trajnim spremembam vedenja posameznikov. Nenehne spremembe v znanosti, tehnologiji in tehniki porajajo potrebe po vedno bolj organiziranem dopolnilnem izobraževanju in izpopolnjevanju. Pojavljajo se nove storitve in izdelki, inovacije v informacijski tehnologiji, čedalje bolj usposobljeni kandidati za zaposlitev, konkurenca na tržišču, podjetniške zamisli, izgube in dobički, vzponi in stečaji, pričakovanje po participativnem načinu vodenja, težnja k učeči se organizacijski kulturi in podobno, kar se po mnenju Možine et al. (2002, str. 13) med seboj prepleta in ustvarja globalizacijsko okolje, v katerem tekmujemo za čim boljši uspeh.

Znanje je vse pomembnejši dejavnik preživetja. Ena od svetovnih tekem postaja tudi prizadevanje za informacije in znanje. Za izobraževanje se zanimajo politiki, vlade in institucije. Tudi strokovnjaki in znanstveniki se sprašujejo, katere vrste znanja so za današnjega človeka najbolj pomembne. Potrebe po znanju se hitro večajo. Z novo tehnologijo in globalizacijo komunikacij narašča tudi možnost za izobraževanje in dostop do informacij. Vseživljenjsko izobraževanje danes postaja način in del vsakdanjega početja. Izobraževanje in izpopolnjevanje odraslih se iz formalnih izobraževalnih institucij seli v človekov intimni svet, zato se spreminjajo tudi učni cilji, ki so »iz dneva v dan« zastavljeni bolj široko, bolj kompleksno, predvsem pa so naravnani na usposabljanje za vsak življenjski položaj. Uresničevanje vseživljenjskega učenja vse bolj poteka po neformalni poti, saj sodobne tehnologije in svetovne računalniške mreže omogočajo dostop do znanja na vsakem koraku.

Za odrasle ljudi je značilno, da se vključujejo v izobraževanje bolj ali manj prostovoljno. Ne moremo kar tako prisiliti odraslega človeka, ki ima vrsto obveznosti pri delu, v družini, v družbi, da bi se učil ali izobraževal, kot je to mogoče pri osnovnošolskih otrocih, ki morajo hoditi v šolo, ker jih k temu obvezuje zakon. V izobraževanju odraslih lahko govorimo o »življenjski prisili« v povezavi z razmerami pri delu, v družini in v osebnem življenju, ki poleg notranjih potreb silijo posameznika k izobraževanju. Seveda pa načelo prostovoljnosti izobraževanja odraslih zahteva obsežen in razvit sistem spodbud in okoliščin, ki odrasle motivirajo k izobraževanju in učenju. Nasprotno temu so ovire (situacijske, institucijske in dispozicijske), ki človeku preprečujejo, da bi se izobraževal. Nastajajo v vseh fazah izobraževanja, pred začetkom in med samim izobraževanjem. Ker je izobraževanje odraslega stalno in ni mogoče govoriti o formalnem vstopanju vanj, kar še posebno velja za neformalno izobraževanje, ki tvori pretežni del izobraževanja odraslih, tudi ovire nastajajo stalno in ne le občasno, v intervalih.

3. Področja in funkcije izobraževanja odraslih

Izobraževanje odraslih je ena izmed temeljnih določilnic prenove sistema vzgoje in izobraževanja. S postopnim uveljavljanjem in uresničevanjem te strategije se bodo preoblikovale tudi naloge na področju izobraževanja odraslih. Pri tem se danes pogosto srečujemo z nalogami, ki jih narekuje premajhen obseg izobraževanja v preteklosti in tudi neustrezne oblike glede na sodobne zahteve po izobrazbi, predvsem pa hiter razvoj znanja ter potreba po njegovem stalnem spremljanju in izpopolnjevanju. Zaradi vsega tega načelo permanentnosti ni več v funkciji popravljanja napak iz izobraževanja v mladosti, ampak dobiva samo po sebi svojevrsten pomen v celotnem sistemu izobraževanja. Vseživljenjsko učenje je načelo, ki daje odgovore na to, kako oblikovati izobraževalne poti novim generacijam.

Izobraževanje odraslih sestavljajo tri področja (Drofenik, 1991):

- *Splošno izobraževanje, raznovrstno po vsebini in oblikah.* V to področje pri nas uvrščamo samo neformalno izobraževanje in sem ne štejemo programov za pridobitev izobrazbe. Po zgledu razvitih evropskih držav pa bomo v procesih dograjevanja strokovnih podlag izobraževanja odraslih uvrstili v to področje tudi alternativne možnosti pridobivanja splošne srednješolske izobrazbe, kot npr. sistem državnih izpitov, ki dajejo verificirano spričevalo. Funkcije splošnega izobraževanja so: spodbujanje množičnega izobraževanja, povečanje povpraševanja po izobraževanju, preseganje socialnih neenakosti, razvijanje ustreznega socialnega in družbenega okolja, izenačevanje možnosti za prevzemanje delovnih in družbenih vlog, sposobnosti prilagajanja delovnim in družbenim spremembam, kakovost življenja, izboljšanje učnih navad in zmogljivosti ljudi, razvijanje učenja v družbi, učenje in izobraževanje za osebni razvoj, spodbujanje ustvarjalnosti in vplivanje na nastajanje novega znanja.

- *Izobraževanje za pridobitev izobrazbe ali poklica.* Funkcije izobraževanja za pridobitev izobrazbe ali poklica so: dvigovanje kvalifikacijske in izobrazbene strukture zaposlenih in prebivalcev, odpravljanje problemov na trgu delovne sile, razvijanje vertikalne mobilnosti in razvijanje vrhunškega znanja.
- *Poklicno usposabljanje in izpopolnjevanje.* Sem ne prištevamo programov za pridobitev izobrazbe ali poklica, ki dajejo javno listino. Funkcije poklicnega usposabljanja in izpopolnjevanja so: posodabljanje znanja, povezovanje novega znanja s prakso, razvijanje vrhunškega znanja, prestrukturiranje znanja, odpravljanje problemov na trgu delovne sile, strokovni in poklicni razvoj ljudi, razvijanje horizontalne mobilnosti in usposabljanje za določena dela.

Vsa tri področja se morajo skladno razvijati, kajti le z razvitostjo vseh treh lahko izobraževanje odraslih uresničuje tako cilje gospodarskega razvoja (prestrukturiranje, enakopravno vključevanje v mednarodne tokove, blaginja) kot tudi družbenega in osebnega razvoja (razvijanje osebnosti in sposobnosti ljudi – posameznikov, usposabljanje le-teh, da laže sledijo spremembam v življenju in poklicu, pripravljanje posameznikov na nove življenjske možnosti, zdravstvena in ekološka vzgoja, pridobivanje in selekcija informacij, krepitev državljskega soodločanja in aktivnosti, demokratizacija, predvsem pa večja kakovost življenja). Ob tem moramo upoštevati trenutne gospodarske razmere in družbene potrebe. Zato daje nacionalni program za prenovo sistema vzgoje in izobraževanja prednost prenovi sistema vzgoje in izobraževanja odraslih oziroma tistim področjem, ki so predpogoj za doseganje potrebne ravni znanja/izobrazbe celotnega prebivalstva oz. zaposlenih. V razviti Evropi jih nikjer ne prepustčajo samo tržnim ali podjetniškim interesom. Prednost področjem in njihovim delom (ne)kažejo deleži sredstev, ki jih namenja vlada za izvajanje programov na posameznih področjih, in posebni (ne)ukrepi, ki jih mora sprejeti za pospeševanje ponudbe in povpraševanja po izobraževanju na posameznih področjih (npr. pospeševanje razvoja nacionalnih strokovnih, razvojnih in raziskovalnih centrov, inštitutov za izobraževanje odraslih, financiranje in ustrežnejša zakonodaja za področje izobraževanja odraslih).

4. Formalno izobraževanje

Formalno izobraževanje za množice se je začelo komaj v 19. stoletju, in sicer s procesom industrializacije, urbanizacije, demokratizacije in oblikovanjem nacionalnih držav. Množično izobraževanje za vse družbene sloje je bila inovacija modernih industrijskih družb in je izhajalo iz potrebe teh družb po bolj usposobljeni, izobraženi in disciplinirani delovni sili ter po specializaciji za določene poklice. Obvezno izobraževanje za vse kategorije prebivalstva se je gradilo na ambiciji zmanjševanja klasičnih socialnih delitev in dajanju možnosti vsem, da razvijajo svoje sposobnosti in potencialne in da si prek tega pridobijo potrebne kvalifikacije za individualno oblikovanje življenjskih poti (Kaučič, 2005, str. 154).

Formalno izobraževanje je strukturirano, kronološko urejeno izobraževanje, ki ga organizirajo osnovne in srednje šole ter univerze ali pa specializirane tehniške in vi-

soke šole v posebnih programih za študente s polnim študijskim časom. Izraz se uporablja tudi za označitev vrste ustanov, na katerih poteka takšno izobraževanje. »To je strukturirano in sosledično organizirano izobraževanje, v katerem sta jasno opredeljena učiteljeva in učenčeva vloga; učitelj vodi izobraževanje in je odgovoren za učenčevo izobraževanje« (Jelenc, 1998, str. 30). Formalno izobraževanje za pridobitev strokovne ali poklicne izobrazbe omogoča izobraževanje za pridobitev poklicne in strokovne izobrazbe na srednji, višji ali visoki stopnji. Konča se z javno priznanim spričevalom, za pridobitev specializacije z javno veljavno potrditvijo posebne usposobljenosti in drugo izobraževanje ter usposabljanje za poklicno delo ali poklic. Omogoča uresničevanje pomembnih ciljev izobraževanja odraslih: spodbuja ustvarjalnost in je podlaga za inovativnost, povečuje zaposlitvene možnosti posameznika in njegovo mobilnost, omogoča množičnost izobraževanja, ki je pogoj za prehod h kvalitativnim spremembam, vpliva na nastajanje novega znanja, uveljavlja antipolarizacijske učinke, zadovoljuje zelo različne osebne interese ljudi, kar vpliva na kakovost življenja in na pospeševanje procesov demokratizacije in kontrole javnosti ter razvija »družbo« učenja.

5. Vloga in pomen izobraževanja za osebni in profesionalni razvoj medicinske sestre

V sodobnem svetu postaja znanje konkurenčna prednost. Razvoj novega znanja, zdravstvenih strok, sodobne tehnologije, večanja dostopa do informacij in staranja populacije so pripeljali do vse večje specializacije na področju zdravstva in zdravstvene nege, kjer pacientove težave rešuje več različnih strokovnjakov. Le-ti se združujejo v tim, med njimi vladajo enakopravnost, spoštovanje in usmerjenost k istemu cilju, to pa je najboljša zdravstvena oskrba za pacienta (Peterle, 2006; Filej, 2009). Za kakovostno delo pa je potrebno tudi dodatno in dobro formalno izobraževanje s področja zdravstvene nege, ki omogoča izkazovanje znanja in izkušenj, ki izstopajo v dosedanjem delu, visoka stopnja samoiniciativnosti pri delu, zanesljivost in natančnost, želja po dodatnem usposabljanju in izpopolnjevanju, pripravljenost za sprejemanje odgovornosti, entuziazem ob novih nalogah in zadolžitvah, želja po višjem dohodku, želja po večjem vplivu in pomembnejši vlogi na delovnem mestu, prožnost in vztrajnost pri delu, priznavanje moči in vpliva s strani sodelavcev, sposobnost vodenja in prenašanja odgovornosti, smisel za skupinsko delo in poklicne ambicije.

Vsakič, ko se sprašujemo, kdo smo ali kakšni smo, se pravzaprav sprašujemo o naši osebnosti. V življenju posameznika se pojavljajo organizirani in edinstveni spleti duševnih in telesnih značilnosti, ki so obenem enkratne, značilne in kompleksne psihofizične celote in jih označujemo z izrazom osebnost (Musek in Pečjak, 2001). Ščuka (2007) navaja, da človekova osebnost predstavlja splet dogajanja med telesom, duševnostjo in duhovnostjo. Koncept osebnostne zrelosti se povezuje s posameznimi področji človekovega razvoja. Babšek (2009) meni, da osebnostna zrelost pomeni sposobnost konstruktivnega soočanja s pojavi stisk in konfliktov ter ustreznega ravnanja z lastnim življenjem. Gre za to, da posameznik na ustrezen, konstruktiven in

svojemu osebnostnemu razvoju primeren način uravnava svoje življenje. Na razvoj osebnosti vplivajo družina, vrstniki, šola in širše družbeno okolje. Posameznik v odnosu z drugimi razvija svojo osebnost, se uči socialnega vedenja, prilagajanja, pravil, odgovornosti, vadi se v obvladovanju samega sebe, razvija širšo paleto čustev, uči se postavljanja zase in na ta način pomaga, da se osebnostno razvija na vseh področjih.

Profesionalni razvoj je vezan na načrtovanje kariere, ki je proces, v katerem se posameznik odloči za svojo poklicno pot in razvoj poklicne poti. Ramšak Pajk in Rajkovič (2004) navajata, da je uspešnost pri načrtovanju in razvoju kariere odvisna od vrednot, postavljanja ciljev, osebnostnih lastnosti, veščin, sposobnosti in spretnosti posameznika. Načrtovanje kariere dejansko pomeni ovrednotiti svojo dosedanjo poklicno pot in si pri tem razjasniti, v katere poklicne aktivnosti je smiselno investirati svoje interese, motive in zmožnosti. Kralj (2006) meni, da razvoj in planiranje profesionalne rasti ni povezano zgolj s poklicem, ki ga posameznik opravlja. Na splošno so lahko v poklicu uspešni tisti, ki radi opravljajo svoje delo in so z njim zadovoljni. Z razvojem kariere poteka hkrati tudi razvoj samopodobe (osebnostna rast), ki na splošno pomeni posameznikov odnos do samega sebe in podoba o samem sebi. Samopodoba predstavlja osrednjo duševno strukturo osebnosti. Pomeni tisto, kar včasih poimenujemo »jaz«. Podoba, ki jo oblikujemo in nato vzdržujemo o sebi, je pomembna, ker vpliva na naše vedenje, tako osebno kot tudi profesionalno (Škrbinek, 2000). Razvoj integriranih lastnosti in značilnosti posameznika ter njegov profesionalni razvoj drug drugega pogojujeta (Kobolt in Žurga, 2006). Zato lahko trdimo, da je profesionalni razvoj v določenem življenjskem obdobju proizvod in sredstvo posameznikovega osebnostnega razvoja. Profesionalni razvoj je neločljivo povezan z osebnim razvojem, ker je za oba bistven samorazvoj – sposobnost posameznika, da se spreminja in poizkuša kljub razmeram, ki so lahko tudi slabe, postati strokovno samostojen. Za načrtovanje in razvoj kariere je zelo pomembno mnenje, ki ga ima posameznik o samem sebi. Zavedati se moramo, da je razvoj in načrtovanje kariere vseživljenjski proces izobraževanja, izpopolnjevanja, oblikovanja posameznika tako poklicno kot osebno, ob upoštevanju lastnih sposobnosti, interesov, vrednot, veščin, znanja in zmožnosti.

Davys in McKenna (2008) navajata naraščajočo skrb med zdravstvenimi strokovnjaki in konstantno posodabljanje znanja in sposobnosti, vse z namenom izboljšave klinične prakse. Ramšak Pajk in Rajkovič (2004) menita, da k razvoju kariere v zdravstveni negi prispevata predvsem izobraževanje in aktivna vloga medicinskih sester. Pri tem opozarjata, da ni dovolj samo pozitiven odnos medicinskih sester do stroke in poklica, temveč se morajo dokazovati z izboljševanjem profesionalne kompetentnosti na vseh področjih svojega dela, da bi lahko pacientom zagotovile kakovostne storitve.

Medicinske sestre morajo biti čim bolj izobražene, saj bodo le tako pacientom zagotavljale celovito in kakovostno zdravstveno nego. Težiti je treba k dvigu izobrazbene strukture v stroki. Zavedati se je treba, da bodo medicinske sestre le z znanjem in višjo strokovnostjo pripomogle k izboljšanju splošnega zdravstvenega stanja prebivalstva, k višji kakovosti življenja posameznika, k večji produktivnosti in razvoju družbe nasploh.

Formalno izobraževanje na prvi stopnji je šele vstop v poklic. Medicinska sestra z naprednim znanjem je po mnenju Mednarodnega sveta medicinskih sester diplomirana medicinska sestra s pridobljenim ekspertnim znanjem, kompleksnimi sposobnostmi odločanja in kliničnimi kompetencami za razširjeno delovanje na svojem področju dela (npr. v referenčnih ambulantah). Zaključena druga bolonjska stopnja naj medicinski sestri prioritavno ne pomeni bega od bolniške postelje ali zagotavljanja novega delovnega mesta, ampak več znanja za izvajanje kakovostnejše zdravstvene nege na sedanjem delovnem mestu v kliničnem okolju, predstavlja naj vstop v zahtevnejše oblike dela z izvajanjem zahtevnejših kliničnih obravnav in intervencij, doseganjem visokega nivoja kliničnih veščin in kompetenc, avtonomnim kliničnim odločanjem, vrednotenjem dela in izvedenih aktivnosti. Mesto diplomirane medicinske sestre je ob pacientu, v usmerjenosti na njegove potrebe, v prepoznavanju novih vlog pri zdravstveni obravnavi in tudi pri vključevanju v razvojnoraziskovalno delo, zato mora biti njihovo izobraževanje kakovostno in učinkovito.

6. Metodologija

6.1. Namen in cilji raziskave

Temeljni namen raziskave je bil ugotoviti in preučiti, kaj medicinske sestre spodbuja k izobraževanju in s tem k njihovem osebni in profesionalni razvoju.

Cilji raziskave so bili:

- ugotoviti, kaj medicinskim sestram pomeni izobrazba,
- ugotoviti, katere vrednote jih vzpodbujajo pri osebni in profesionalni razvoju,
- raziskati in ugotoviti motive, ki medicinske sestre vzpodbujajo pri študiju,
- raziskati in ugotoviti dejavnike, ki medicinske sestre ovirajo pri študiju.

6.2 Raziskovalna metoda

Uporabili smo deskriptivno neeksperimentalno metodo empiričnega pedagoškega raziskovanja.

6.3 Vzorec

V raziskavi je sodelovalo 86 študentov Visoke šole za zdravstvo, od tega 18 (21 %) študentov in 68 (79 %) študentk izrednega študija visokošolskega študijskega programa zdravstvena nega. V raziskavi je sodelovalo 15 (17 %) študentov prvega, 23 (27 %) drugega in 48 (56 %) študentov tretjega letnika. Med njimi jih je 16 (19 %) starih do 25 let, 37 (43 %) od 26 do 35 let, 26 (30 %) od 36 do 45 let in 7 (8 %) 46 let in več. Večina (74 %) jih ima dobre in zelo dobre pogoje za študij, 24 % jih ima slabe in 1 % jih ima zelo slabe pogoje za študij. Kar 96 % anketiranih družina pri študiju podpira in zelo podpira, 4 % anketiranih pa družina ne podpira oziroma jim je vseeno. Omeniti moramo, da ne gre za reprezentativni vzorec, zato rezultatov ne moremo sploševati na celotno populacijo.

6.4 Postopek zbiranja podatkov

Zbiranje podatkov je potekalo prve tri tedne v maju 2012 z anonimnim spletnim vprašalnikom, namenjenim študentom vseh letnikov izrednega študija Visoke šole za zdravstvo Novo mesto.

7. Rezultati raziskave

Ker nas je zanimalo, kaj medicinskim sestram pomeni izobrazba, smo jim ponudili lestvico štirinajstih dejavnikov, ki smo jih merili s petstopenjsko lestvico Likertovega tipa, pri čemer pomeni: 1 – zelo nepomemben, 2 – nepomemben, 3 – ne vem, ne morem se odločiti, 4 – pomemben in 5 – zelo pomemben.

Tabela 1: Pomen izobrazbe

<i>Pomen izobrazbe</i>	<i>Povprečje</i>	<i>Std. odklon</i>
osebnostni razvoj	3.7	0.82
strokovni razvoj	4.3	0.64
več znanja	4.5	0.59
večji ugled	3.1	1.10
reševanje problemov	3.1	0.94
kvalitetnejše delo v poklicu	4.4	1.01
boljše delovno mesto	4.2	1.00
preizkusiti svoje sposobnosti	4.4	0.65
biti samostojen in neodvisen	3.7	0.88
boljša plača	4.3	0.60
varnost zaposlitve	4.0	1.00
srečanje s kolegi	3.0	1.01
spodbude v del. kolektivu	3.4	0.94
spodbuda in podpora družine	3.4	0.87

Vir: Anketni vprašalnik, 2012.

Ugotovili smo, da anketiranim medicinskim sestram pomeni izobrazba več znanja ($\bar{x} = 4.5$), kvalitetnejše delo v poklicu ($\bar{x} = 4.4$), preizkusiti svoje sposobnosti ($\bar{x} = 4.4$), strokovni razvoj ($\bar{x} = 4.3$), boljšo plačo ($\bar{x} = 4.3$) in boljše delovno mesto ($\bar{x} = 4.2$). Zelo visoko je ocenjena tudi varnost zaposlitve ($\bar{x} = 4.0$), kar je v današnjih časih, ko smo priča odpuščanju zaposlenih v gospodarstvu, negospodarstvu in javni upravi, povsem pričakovano.

Na osebni in profesionalni razvoj vplivajo vrednote, ki posamezniku nakazujejo smer njegovega življenjskega sloga. Delujejo kot pozitivni motivacijski cilji, stvari, ki jih ocenjujemo kot dobre, pravilne, visoko jih vrednotimo in vanje vlagamo veliko svoje energije. Anketiranim smo ponudili lestvico 22 vrednot, ki smo jih merili s petstopenjsko lestvico Likertovega tipa, pri čemer pomeni: 1 – zelo nepomemben, 2 – nepomemben, 3 – ne vem, ne morem se odločiti, 4 – pomemben in 5 – zelo pomemben.

Tabela 2: Pomembnost posameznih vrednot

Vrednote	zelo nepomembna	nepomembna	ne vem, ne morem se odločiti	pomembna	zelo pomembna	Povprečje	Std. odklon
zdravje	1 (1 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	2 (2 %)	83 (97 %)	4.9	0.5
resnično prijateljstvo	1 (1 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	19 (22 %)	66 (77 %)	4.7	0.6
družinsko življenje	1 (1 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	11 (13 %)	74 (86 %)	4.8	0.5
svoboda delovanja in mišljenja	2 (2 %)	0 (0 %)	1 (1 %)	37 (43 %)	46 (53 %)	4.5	0.7
uspeh v šoli	1 (1 %)	4 (5 %)	10 (12 %)	54 (63 %)	17 (20 %)	4.0	0.8
uspeh v poklicu	0 (0 %)	1 (1 %)	2 (2 %)	48 (56 %)	35 (41 %)	4.4	0.6
natančno delo	1 (1 %)	0 (0 %)	1 (1 %)	23 (27 %)	61 (71 %)	4.7	0.6
pomoč drugim	1 (1 %)	1 (1 %)	1 (1 %)	29 (34 %)	54 (63 %)	4.6	0.7
moralnost	1 (1 %)	1 (1 %)	1 (1 %)	21 (24 %)	62 (72 %)	4.7	0.7
varovanje narave	2 (2 %)	0 (0 %)	3 (3 %)	47 (55 %)	34 (40 %)	4.3	0.7
red in stabilnost v družbi	2 (2 %)	0 (0 %)	3 (3 %)	47 (55 %)	34 (40 %)	4.3	0.7
živeti v miru s seboj	2 (2 %)	0 (0 %)	3 (3 %)	21 (24 %)	60 (70 %)	4.6	0.8
kreativnost, originalnost, fantazija	1 (1 %)	0 (0 %)	15 (17 %)	49 (57 %)	21 (24 %)	4.0	0.7
Vzdrževanje tradicionalnih vrednot	2 (2 %)	1 (1 %)	14 (16 %)	56 (65 %)	13 (15 %)	3.9	0.8
materialne dobrine	1 (1 %)	9 (10 %)	19 (22 %)	48 (56 %)	9 (10 %)	3.6	0.9
prosti čas	1 (1 %)	2 (2 %)	4 (5 %)	37 (43 %)	42 (49 %)	4.4	0.8
vznemirljivo življenje	3 (3 %)	21 (24 %)	29 (34 %)	24 (28 %)	9 (10 %)	3.2	1.0
biti avtoriteta, voditelj	7 (8 %)	28 (33 %)	32 (37 %)	13 (15 %)	6 (7 %)	2.8	1.0
imeti moč nad drugimi	21 (24 %)	35 (41 %)	24 (28 %)	5 (6 %)	1 (1 %)	2.2	0.9
neodvisnost	2 (2 %)	0 (0 %)	8 (9 %)	36 (42 %)	40 (47 %)	4.3	0.8
varnost	2 (2 %)	0 (0 %)	2 (2 %)	30 (35 %)	52 (60 %)	4.5	0.8
znanje	1 (1 %)	1 (1 %)	0 (0 %)	25 (29 %)	59 (69 %)	4.6	0.7

Vir: Anketni vprašalnik, 2012.

Ugotovili smo, da medicinske sestre najvišje ocenjujejo naslednje vrednote: zdravje ($\bar{x} = 4.9$), družinsko življenje ($\bar{x} = 4.8$), resnično prijateljstvo ($\bar{x} = 4.7$), natančno delo ($\bar{x} = 4.7$), moralnost ($\bar{x} = 4.7$), pomoč drugim ($\bar{x} = 4.6$), znanje ($\bar{x} = 4.6$), živeti v miru s seboj ($\bar{x} = 4.6$) in varnost ($\bar{x} = 4.5$). Najnižje so ocenili naslednji dve vrednoti: biti avtoriteta, voditelj ($\bar{x} = 2.8$) in imeti moč nad drugimi ($\bar{x} = 2.2$).

Anketiranim smo ponudili skalo motivov, ki smo jih razdelili na notranje (postati usposobljen za življenje, pridobiti si nov poklic, postati samostojen in neodvisen, pridobiti si nove prijatelje, priti v stik z ljudmi, preizkusiti svoje sposobnosti, izmakniti se težavam, tekmovanje) in zunanje (kvalitetnejše delo v poklicu, boljše delovno mesto, boljši zaslužek, višja izobrazba glede na partnerja, večji ugled in vpliv, zgled drugih, razlika v izobrazbi med sodelavci, spodbude v delovnem kolektivu, spodbuda in podpora lastne družine) ter predvidevali, da pri študentih bolj prevladujejo notranji kot zunanji motivi.

Tabela 3: Motivi, ki vzpodbujajo k izobraževanju

Motivi	zelo nepomemben	nepomemben	ne vem, ne morem se odločiti	pomemben	zelo pomemben	Povprečje	Std. odklon
biti usposobljen za življenje	5 (6 %)	1 (1 %)	3 (3 %)	34 (40 %)	43 (50 %)	4.3	1.0
pridobiti si nov poklic	4 (5 %)	2 (2 %)	6 (7 %)	33 (38 %)	41 (48 %)	4.2	1.0
biti samostojen in neodvisen	5 (6 %)	0 (0 %)	7 (8 %)	30 (35 %)	44 (51 %)	4.3	1.0
pridobiti si nove prijatelje	9 (10 %)	14 (16 %)	13 (15 %)	36 (42 %)	14 (16 %)	3.4	1.2
priti v stik z ljudmi	8 (9 %)	10 (12 %)	10 (12 %)	41 (48 %)	17 (20 %)	3.6	1.2
preizkusiti svoje sposobnosti	5 (6 %)	3 (3 %)	9 (10 %)	35 (41 %)	34 (40 %)	4.0	1.1
izmakniti se težavam (zaradi neustrezne izobrazbe na del. mestu, ki ga opravljate)	11 (13 %)	12 (14 %)	17 (20 %)	30 (35 %)	16 (19 %)	3.3	1.3
tekmovanje z drugimi (prijatelji, sodelavci, znanci)	37 (43 %)	21 (24 %)	19 (22 %)	8 (9 %)	1 (1 %)	2.0	1.1
kvalitetnejše delo v poklicu	5 (6 %)	1 (1 %)	4 (5 %)	31 (36 %)	45 (52 %)	4.3	1.0
priti na boljše delovno mesto (s tem ni nujno povezan boljši zaslužek)	3 (3 %)	3 (3 %)	6 (7 %)	40 (47 %)	34 (40 %)	4.2	1.0
boljši zaslužek	2 (2 %)	3 (3 %)	8 (9 %)	42 (49 %)	31 (36 %)	4.1	0.9
višja izobrazba vašega partnerja kot je vaša	47 (55 %)	20 (23 %)	14 (16 %)	4 (5 %)	1 (1 %)	1.7	1.0
ustvariti si večji ugled in vplivnost	28 (33 %)	21 (24 %)	21 (24 %)	15 (17 %)	1 (1 %)	2.3	1.1
zgled drugih	14 (16 %)	21 (24 %)	22 (26 %)	25 (29 %)	4 (5 %)	2.8	1.2
razlika v izobrazbi med sodelavci in vami	31 (36 %)	25 (29 %)	23 (27 %)	6 (7 %)	1 (1 %)	2.1	1.0
spodbude v delovnem kolektivu	6 (7 %)	15 (17 %)	31 (36 %)	26 (30 %)	8 (9 %)	3.2	1.1
spodbuda in podpora lastne družine	2 (2 %)	0 (0 %)	7 (8 %)	29 (34 %)	48 (56 %)	4.4	0.8

Vir: Anketni vprašalnik, 2012.

Analiza odgovorov je pokazala, da med motivi za izobraževanje prevladujejo notranji, kot so: biti usposobljen za življenje in biti samostojen in neodvisen ($\bar{x} = 4.3$), pridobiti si nov poklic ($\bar{x} = 4.2$) in preizkusiti svoje sposobnosti ($\bar{x} = 4.0$). Med zunanji motivi pa izstopajo: spodbuda in podpora lastne družine ($\bar{x} = 4.4$), kvalitetnejše delo v poklicu ($\bar{x} = 4.3$), priti na boljše delovno mesto - s tem ni nujno povezan boljši zaslužek ($\bar{x} = 4.2$) in izboljšati svoj materialni položaj - boljši zaslužek ($\bar{x} = 4.2$). Ko izračunamo povprečno oceno vseh notranjih in vseh zunanjih motivacijskih dejavnikov, res prevladujejo notranji s povprečno oceno 3.64 pred zunanji s povprečjem 3.23.

Ker smo želeli ugotoviti, katere ovire jim otežujejo študij danes, smo jim ponudili enako lestvico situacijskih (pomanjkanje časa, stroški izobraževanja, družinski problemi, oddaljenost od izobraževalne ustanove), institucijskih (slaba informiranost o možnostih izobraževanja, neustrezni študijski programi in vpisni pogoji, neustrezen urnik predavanj, način prenašanja znanja) in dispozicijskih (nizka samozavest, prepričanje, da nisem sposoben študirati, strah pred izpiti, starost, neodločenost pri izbiri študijskega programa) ovir. Predvidevali smo, da prevladujejo pri udeležencih izobraževanja situacijske ovire.

Tabela 4: Ovire pri študiju

Ovire	ovira f%	ne ovira f%
pomanjkanje časa (obveznosti v službi in doma)	94	6
stroški izobraževanja	89	11
družinski problemi (majhni otroci, bolezen, neurejeno varstvo otrok)	45	55
oddaljenost od izobraževalne ustanove	45	55
slaba informiranost o možnostih izobraževanja	21	79
neustrezni študijski programi	24	76
neustrezni vpisni pogoji	17	83
neustrezen urnik predavanj	56	44
način prenašanja znanja (neustrezne učne metode in oblike)	37	63
nizka samozavest	11	89
prepričanje, da nisem sposoben študirati	8	92
strah pred izpiti	31	69
prestar sem za izobraževanje	6	94
nisem vedel, v kateri program bi se vključil	2	98

Vir: Anketni vprašalnik, 2012.

Ugotovili smo, da anketirane pri študiju najbolj ovirajo situacijske ovire: pomanjkanje časa (obveznosti v službi in doma) 94 %, stroški izobraževanja 89 %, družinski problemi (majhni otroci, bolezen, neurejeno varstvo otrok) 45 % in oddaljenost od izobraževalne ustanove 45 %.

Kar 56 % anketiranih ima pripombe na neustrezen urnik predavanj, saj so izredni študenti zaposleni in morajo usklajevati svoje službene obveznosti s študijskimi, za kar jim pogosto zmanjkuje časa, saj je služba že zaradi eksistenčnih razlogov ponavadi pred študijem. Tisti, ki imajo tudi družino in sodelujejo še v raznih drugih organizacijah in klubih, pa so še toliko bolj časovno omejeni in še težje najdejo čas za študij in morda celo za redno opravljanje študijskih obveznosti. Stroški izobraževanja so bili ovira tako v preteklosti kot tudi danes. To pomeni, da je šolnina za izredni študij visoka (s seboj prinese še kopico drugih stroškov), ki pa si jih večinoma (64 %) anketirani študenti sami plačujejo. Zato je razumljivo, da jim stroški izobraževanja predstavljajo resno oviro pri študiju.

8. Razprava

Formalno izobraževanje je kronološko organizirano izobraževanje, ki privede do neke vrste formalno potrjenih izobraževalnih rezultatov z javno priznano listino osnovnih, srednjih, visokih strokovnih šol in univerz. V katero vrsto izobraževanja se bo medicinska sestra vključila, je odvisno od njenih potreb, potreb njenega delovnega okolja in možnosti, ki jih ima sama ali ki ji jih daje njeno okolje.

Z razvojem zdravstvene nege se spreminja tudi razumevanje pacienta in pogledi nanj. Medicinske sestre se morajo njihovim potrebam in zahtevam prilagajati in stremeti h kakovostnemu delu, kar lahko dosežejo tudi z vključevanjem v formalne oblike izobraževanja. Nadaljnje formalno izobraževanje medicinskih sester mora zagotavljati, da se pri njih z izobraževanjem po obsegu, stopnji in vsebini širita in poglobljata obseg in kakovost pridobljenega znanja s področja zdravstvene nege, saj gre za nadgradnjo temeljnega znanja in izobrazbe.

Raziskava je pokazala, da medicinskim sestram izobrazba pomeni predvsem pridobivanje več znanja, kvalitetnejše delo v poklicu, možnost preizkusiti svoje sposobnosti in možnost strokovnega razvoja. Glede na dobljene rezultate lahko trdimo, da medicinske sestre doživljajo izobraževanje kot življenjsko potrebo, da v izobraževanju prepoznajo življenjsko resničnost in uporabnost znanja ter da novo pridobljeno znanje vpliva na njihov osebni in profesionalni razvoj.

Na odločitve za izobraževanje vplivajo tudi vrednote – cilji, za katere se moramo zavzemati, jih visoko cenimo in vanje vlagamo svojo energijo. Posameznik, ki ravna v skladu s svojimi vrednotami, z družbenimi normami in moralo, je mnogo bolj zadovoljen sam s seboj. Predstavljajo motivacijo za naše aktivnosti, delovanje, ravnanje in odločitve. Medicinske sestre so med ponujenimi dvaindvajsetimi vrednotami na prvo mesto postavile zdravje, kar je nekako logično glede na naravo njihovega dela, znanje pa so postavile na sedmo mesto. Po tem lahko sklepamo, da se zavedajo današnjega pomena izobrazbe, znanja, dela v stroki in kvalitetnejšega ter ažurnejšega opravljanja nalog v poklicu, ki jim omogočajo hitrejše napredovanje na delovnem mestu, priznanje in ugled med sodelavci, samopotrjevanje in višjo samozavest, pa tudi boljši zaslužek.

Temeljna lastnost vseh živih bitij je njihova aktivnost. Osnovo kakršne koli človekove aktivnosti predstavljajo človekove potrebe. Vse, kar človek dela, je usmerjeno k zadovoljevanju njegovih bioloških ali socialnih potreb. Tako tudi v svet dela posameznik vstopa zato, da bi zadovoljil določene potrebe. V okviru danih možnosti si izbere poklic, za katerega misli, da mu bo omogočil zadovoljiti njegove potrebe. Če pričakovanje ni izpolnjeno, se pogosto v zrelih letih odloči za dodatno izobraževanje ali za prekvalifikacijo. Pri preučevanju specifičnih motivov moramo ljudi opazovati v njihovem specifičnem socialnem okolju, rezultati pa navadno niso veljavni za drugo družbeno okolje. Ker so socialno pogojeni motivi odvisni od kulturnega statusa okolja, v katerem ljudje živijo in si zagotavljajo svojo eksistenco, se hierarhija teh motivov spreminja od okolja do okolja. Raziskava je pokazala, da med medicinskimi sestrami pri odločitvi za izobraževanje prevladujejo notranji motivi, kot so: biti usposobljen za življenje, biti samostojen in neodvisen, pridobiti si nov poklic in preizkusiti svoje sposobnosti. Odločile so se za cilje, ki imajo zanje večjo vrednost in dajejo več možnosti za uspeh, saj sta pri odraslih merilo za ocenjevanje in vrednotenje znanja življenjska resničnost in uporabnost, vendar ne v ozkem materialističnem pomenu. Medicinske sestre se zavedajo, da sta sposobnost in izobraževanje v družbi tista dejavnika, ki dominantno vplivata na napredovanje v njej.

Vsaj tako pomembno kot poznavanje motivov za izobraževanje je tudi vedeti, kaj odrasle ovira, da se za izobraževanje težje odločajo. Če ne poznamo razlogov, ki jih ovirajo pri odločanju za izobraževanje, jih tudi ne moremo odpraviti ali pa vsaj omiliti. V okviru našega preučevanja nas je zanimalo, kateri so najpogostejši dejavniki, ki ovirajo medicinske sestre med procesom izobraževanja in jim tako tudi zmanjšujejo motivacijo za izobraževanje. Ugotovili smo, da izhaja največ motečih dejavnikov iz situacijskih ovir: pomanjkanje časa, stroški izobraževanja, oddaljenost od izobraževalne ustanove in družinske obveznosti. Mnogim medicinskim sestram otežujejo študij tudi institucijske ovire, predvsem neustrezen urnik predavanj in neustrezen način prenašanja znanja (neustrezne učne metode in oblike), ki pa jih lahko omilimo ali celo odpravimo z ustreznimi pedagoško-psihološkimi pristopi svetovalcev, predavateljev, mentorjev ali tutorjev. Vsekakor se moramo zavedati, da je pomembno tudi poznavanje ovir, saj le-te znižujejo motivacijo za izobraževanje.

9. Sklep

Izobraževanje, ki poteka vse življenje, ni potrebno le gospodarstvu, negospodarstvu, javni upravi in za osebno rast, temveč tudi za skupno rast in razvoj družbe. Odrasli doživljajo izobraževanje kot življenjsko potrebo, cilji, ki jih motivirajo za učenje, so časovno približani in določeni, iščejo življenjsko resničnost in uporabnost znanja ter pripomorejo k njihovi osebni in profesionalni rasti.

Splošna značilnost ljudi je potreba po napredovanju, razvijanju in samopotrjevanju. Odrasli živijo v dinamičnem svetu akcije, kjer se sproti oblikujejo potrebe po znanju, po najnovejših informacijah. Prav omenjene potrebe sproti osmišljajo izobraževanje odraslih in dvigujejo željo po izobraževanju.

Odrasli se odločajo za izobraževanje po svoji presoji, čeprav so v ozadju življenjske potrebe materialne, intelektualne, socialne, kulturne in čustvene narave. Izobraževanje doživljajo kot življenjsko potrebo zaradi spoznane nujnosti slediti razvoju stroke, znanosti in tehnologije in iz zavesti, da jim bo znanje pomagalo pri poklicnem in družbenem delu. Pripravljenost odraslih za izobraževanje se kaže tudi v tem, da so cilji, ki jih motivirajo za izobraževanje, časovno približani in določeni, znajo pa tudi poiskati resnično uporabnost znanja.

Vsak bi se moral zavedati, da je izobraževanje danes ena od najpomembnejših vrednot, ki odpira nove možnosti za bogatitev in osvežitev že pridobljenega znanja, pa tudi za posameznikovo osebno rast.

Jasmina Starc

Formal education for the personal and professional development of nurses

Knowledge is becoming a competitive advantage in today's world. The development of new knowledge, health sciences, modern technology, better access to information and an ageing population have led to increasing specialisation in the field of health care and nursing care, where the patient's problems are solved by a number of different experts. They form a team based on equality, respect and dedication to the same goal, which is the best medical care for the patient (Peterle, 2006; Filej, 2009). To perform quality work, additional and good formal education in nursing care is necessary, which gives the opportunity to display knowledge and experience that are stressed at work, a high level of self-initiative at work, reliability and accuracy, a wish to undergo additional training, willingness to assume responsibility, enthusiasm for new tasks and duties, a wish for a higher income, a wish for more influence and a more important role in the workplace, flexibility and persistence at work, the recognition of power and influence by co-workers, the ability to manage and delegate responsibility, a sense of teamwork and professional ambitions.

Davys and McKenna (2008) express growing concern among health experts and continuous upgrading of knowledge and skills, all with the aim of improving clinical practice. Ramšak Pajk and Rajkovič (2004) believe that the development of a career in nursing care primarily depends on education and an active role of nurses. They warn that a positive attitude of nurses towards the science and profession is not enough. They should prove themselves by improving professional competences in all the fields of their work in order to provide quality services to patients.

According to the International Council of Nurses, a nurse who has advanced knowledge is a registered nurse with expertise, complex skills for decision-making and clinical competences to work in a broader field (e.g. in reference clinics). The completed Bologna second cycle should not mean that the nurse will not provide bed care or will get a better position. It means more knowledge for providing high quality nursing care in the current position in the clinical environment. It should indicate the beginning of more complex forms of work for providing more complex clinical treatments and interventions, achieving a high level of clinical skills and competences, making autonomous clinical decisions, and valuating work and the performed activities. A registered nurse should be with the patient, focus on his/her needs, recognise new roles in medical treatment and participate in development-research work. Therefore, the education of nurses should be effective and of high quality.

The development of health sciences also changes the understanding of patients and attitudes towards them. Nurses have to adapt to their needs and requirements as well as strive to perform quality work, which can be achieved by participating in formal education. Further formal education of nurses should ensure that their education

in terms of its scope, cycle and content expands and deepens the scope and quality of gained knowledge in the field of nursing care, since it is an upgrade of the basic knowledge and education.

The fundamental purpose of the research was to determine and examine what stimulates nurses to obtain education and thus develop personally and professionally. The goals of the research were as follows: to determine what education means to nurses, to define the values that encourage them in their personal and professional development, to research and define the motives that stimulate nurses to study, and to research and define the factors that pose obstacles for nurses during their studies.

We found that the surveyed nurses think of education as more knowledge ($\bar{x} = 4.5$), higher quality work in their profession ($\bar{x} = 4.4$), the testing of their skills ($\bar{x} = 4.4$), the professional development ($\bar{x} = 4.3$), a higher salary ($\bar{x} = 4.3$) and a better position ($\bar{x} = 4.2$). The safety of employment also received a very high average score ($\bar{x} = 4.0$), which is completely unexpected, since today we are witnessing how employees are dismissed in the economic and non-economic sector as well as public administration. With regard to obtained results, we can state that nurses experience education as a vital need, recognise the reality and the applicability of knowledge, and are aware that the new knowledge influences their personal and professional development. Among values, nurses put health in the first place ($\bar{x} = 4.9$), which is somewhat logical with regard to the nature of their work, whereas knowledge was ranked with an average score of 4.6. Therefore, we can conclude that they are aware of today's importance of education, knowledge, professional work as well as higher quality and timely performance of work, which ensures a faster promotion in the workplace, the acknowledgement and respect of their co-workers, self-affirmation and higher self-esteem, as well as a better income. The research also showed that nurses primarily decide for education due to internal motives, such as the ability to support yourself and be independent in life ($\bar{x} = 4.3$), take on a new job ($\bar{x} = 4.2$) and test your skills ($\bar{x} = 4.0$). Among external motives, the predominant ones are: the encouragement and support of their family ($\bar{x} = 4.4$), higher quality of professional work ($\bar{x} = 4.3$), taking on a better job, which is not necessarily associated with a better income ($\bar{x} = 4.2$), and the improvement of their material situation - a higher salary ($\bar{x} = 4.2$).

In the scope of our study, we also examined the most common factors that hinder nurses during the process of education and thus reduce their motivation for education. We established that the majority of negative factors arise from the situational obstacles, such as a lack of time (obligations at work and at home) (94 %), the costs of education (89 %), family problems (small children, illness, child care not provided) and the distance from the educational institution (45 %). Institutional obstacles make the studies very difficult for many nurses, particularly an unsuitable timetable of lectures (56 %) and an inappropriate way of transferring knowledge (37 %), which can be mitigated or even eliminated with appropriate pedagogical-psychological approaches by advisers, lecturers, mentors and tutors. However, we should be aware that it is very important to identify these obstacles, since they reduce motivation for education.

Nurses should be as educated as possible, because this is the only way to provide a holistic and quality nursing care to patients. Efforts should be made to raise the educational structure in the profession. We have to be aware that only nurses' knowledge and high professionalism will contribute to the improvement of the general health of the population, higher quality of life of every individual, higher productivity and the development of the society in general.

LITERATURA

1. Babšek, B. (2009). Osnove psihologije. Celje: Celjska Mohorjeva družba.
2. Davys, D. in McKenna, J. (2008). International Journal of Therapy & Rehabilitation. 15 (6), 245-253. Pridobljeno 29. 9. 2012 s <http://www.cinahl.com>.
3. Drogenik, O. (1991). Izobraževanje v Sloveniji za 21. stoletje. Ljubljana: ZRS za šolstvo.
4. Filej, B. (2009). Organizacijsko spreminjanje v zdravstveni negi je odvisno od vsake posamezne glavne medicinske sestre zdravstvenih in socialnovarstvenih zavodov. Obzornik zdravstvene nege, 43 (1), 3-11.
5. Jelenc, Z. (1998). Vseživljenjsko izobraževanje in vseživljenjsko učenje. Ljubljana: Andragoški center Republike Slovenije.
6. Kaučič, M. B. (2005). Management v izobraževanju – stališča medicinskih sester do vseživljenjskega izobraževanja v Zdravstvenem domu Maribor. Obzornik zdravstvene nege, 39 (2), 153-162.
7. Kobolt, A. in Žurga, S. (2006). Supervizija – proces razvoja in učenja v poklicu. Ljubljana: Pedagoška fakulteta.
8. Kralj, B. (2006). Vrednotenje dejavnikov razvoja kariere zdravstvenih delavcev. Magistrsko delo. Maribor: Fakulteta za organizacijske vede.
9. Možina, S. et al. (2002). Management: nova znanja za uspeh. Radovljica: Didakta.
10. Musek, J. in Pečjak, V. (2001). Psihologija. Ljubljana: Educy.
11. Peterle, H. (2006). Stališča študentov medicine in zdravstvene nege Univerze v Ljubljani do medpoklicnega izobraževanja. Obzornik zdravstvene nege, 40 (3), 129-136.
12. Ramšek Pajk, J. in Rajkovič, V. (2004). Kariera medicinske sestre in samoevalvacijski model. Obzornik zdravstvene nege, 38 (1), 21-29.
13. Ščuka, V. (2007). Šolar na poti do sebe. Radovljica: Didakta.
14. Škrbinek, A. L. (2000). Poklicna identiteta slovenskih medicinskih sester. Obzornik zdravstvene nege, 40 (1), 23-35.

Odločanje v zdravstveni negi za varnost in kakovost pacientovega življenja

Znanstveni prispevek

UDK 616-083+159.947.2

KLJUČNE BESEDE: celostna obravnava, kakovost življenja, odločanje, tveganje, zdravstvena nega, varnost, pacienti

POVZETEK - Pri odločanju na področju zdravstvene nege je sklepanje kompromisa med zagotavljanjem pacientove varnosti in kakovostjo njegovega življenja pogosta etična dilema. Dosežen sporazum in vzajemno sodelovalno delovanje udeleženih ob individualnem načrtovanju procesa zdravstvene nege skuša zadostiti tako sodobnim smernicam zdravstvene nege kot normativnim zahtevam (javne politike), vendar pa je na operativni ravni zaradi raznolikih problemskih situacij odzivnost in odgovornost udeleženih pri prepoznavanju (ne)varnosti in (ne)ukrepanju povezana z negotovostjo in osebno stisko. Na podlagi kvalitativne študije vpogleda v »črno skrinjo negotovosti« pri (so)odločanju izvajalcev zdravstvene nege za ravnovesje med varnostjo in kakovostjo pacientovega življenja je izpostavljen pomen izbire strategije upravljanja v kontekstu negotovosti.

Scientific article

UDC 616-083+159.947.2

KEY WORDS: holistic treatment, quality of life, decision making strategies, risk analysis in nursing care, safety culture

ABSTRACT - Making a compromise between assuring a patient's safety and his quality of life is a frequent ethical dilemma occurring at decision making in nursing care. The achieved compromise and mutual cooperative acting of the involved at the individual process planning of nursing care tries to fulfill both up-to-date directives of nursing care and the requested standards (public policy). However, the reaction and responsibility of the involved to recognize (non)dangers and (non)reaction is also connected in the operative field, due to different problem situations, to uncertainty and personal anguish. On the basis of a qualitative case study of research in "the black case of uncertainty" at co-decision making by nursing care providers for balance between safety and quality of patient's life the choice of strategy in the context of uncertainty is exposed.

1. Uvod

Zagotavljanje pacientove varnosti je pomemben element kakovosti delovanja zdravstvenega varstva posamezne države. Zdravstvena dejavnost je področje z visokim tveganjem zaradi neželenih dogodkov, ki ne nastanejo samo zaradi bolezni, ampak so lahko tudi posledica zdravljenja. To lahko pripelje do smrti, hudih okvar, zapletov in bolnikovega trpljenja (Evropska komisija, 2012). Posamezni pristopi k obravnavanju človekove varnosti odražajo dejstvo, da varnost v zdravstvu izvira iz interakcij posameznih komponent družbenega sistema. Varnost namreč predstavlja »stanje ravnotežja mednarodnih, meddržavnih, medskupinskih in družbenih interpersonalnih in intrapersonalnih procesov, zaradi česar se v zavesti posameznika oblikuje občutek stabilnosti, homeostatičnosti, torej tudi zagotavljanje pogojev za življenje in preživetje« (Jelušič, 1997, str. 70).

Svete (2005) povzema, da ločimo temeljno (kritično), ekonomsko, fiziološko, zdravstveno, osebno, okoljsko, kulturno ter politično varnost. Človekovo varnost za-

znamuje tako odsotnost hotenj (npr. po drogah, materialnih dobrinah) kot odsotnost strahu (zaupanje, občutek varnosti). Če, kot navaja Grizold (1999, v Svete, 2005), razumemo varnost kot stanje, v katerem je zagotovljen uravnotežen fizični, duhovni in duševni ter gmotni obstoj posameznika in družbene skupnosti v razmerju do drugih posameznikov, družbene skupnosti in narave, lahko dojemamo varnost kot temeljno vrednoto in človekovo pravico, ki je v občem človeškem interesu, njen obstoj pa je predpogoj za mir in stabilnost. V kontekstu diskurza globalizacijskih sprememb, ob uveljavljanju neoliberalizma in individualizma, ter transnacionalnih norm, nanašajočih se na človekove pravice, se normativizem odraža tudi v prizadevanjih za etično odgovornost zdravstvenih delavcev na področju strategij skrbi za zdravje in kakovost življenja pri preusmerjanju varnosti iz nadnacionalnega nivoja k posamezniku.

Vsa sodobna razprava o varnosti se tako usmerja predvsem »na njene referenčne objekte (na koga se varnost nanaša), kdo ali kaj to varnost ogroža in seveda na kakšen način se varnost zagotavlja« (Liotta, 2002, str. 55). Pri pacientu so lahko zaradi narave bolezni, poškodbe, motnje v razvoju ali drugih okoliščin ob zmanjšani stopnji samooskrbe pridružene motnje v prepoznavanju in artikulaciji lastnih potreb ter v samooceni kakovosti življenja, kar predstavlja dodatno tveganje z vidika zagotavljanja varnosti za udeležene.

Uvedba ukrepov za pacientovo varnost, predvsem pri omejitvi gibanja, pa zagotovo vpliva na njegovo kakovost življenja. Subjektivnost in percepcija tveganja vpliva na odločitve udeleženi, kar ob predpostavki, »da ni delovanja brez rizika«, vodi v večjo verjetnost »varne« izbire neodzivnosti, pasivnosti, prelaganja odgovornosti oziroma potenciranja zagotavljanja varnosti na račun kakovosti življenja. Z raziskavo smo želeli pridobiti vpogled v »črno skrinjo negotovosti« pri (so)odločanju izvajalcev zdravstvene nege v zdravstveni obravnavi pacienta za zagotavljanje ravnovesja med njegovo varnostjo in kakovostjo življenja pri omejitvi gibanja ter izpostaviti pomen izbire strategije upravljanja v kontekstu negotovosti.

2. Varnost in kakovost pacientovega življenja kot enakovredna cilja v razvoju kulture varnosti

Po definiciji Svetovne zdravstvene organizacije je varnost pacientov njihova pravica do varstva pred nepotrebniimi škodljivimi posledicami in morebitnim tveganjem v zvezi z zdravstvenim varstvom. Ocenjuje se, da v državah članicah Evropske unije 8-12 % hospitaliziranih pacientov med zdravljenjem utrpi varnostne zaplete (Svet Evropske unije, 2009), ravno tako pa se varnostni zapleti pojavljajo tudi v vseh ustanovah, ki zagotavljajo zdravstveno oskrbo na primarnem in sekundarnem nivoju, pa tudi v socialnovarstvenih in zasebnih ustanovah (Evropska komisija, 2012). Osredotočanje na pacientovo varnost vodi k zmanjšanju stroškov obravnave pacientov in pripomore k porastu kakovosti življenja pacienta.

Kakovost življenja je družbeni pojav, ki, gledano globalno, temelji na celotni blaginji družbe in »kot koncept služi beleženju in merjenju blaginje posameznikov, sku-

pin in na agregatni ravni tudi držav« (Mandič in Filipovič Hrast, 2011, str. 17). Strategije skrbi za kakovost življenja izhajajo iz 12 domen kakovosti življenja: »zdravje in dostop do zdravstvenega varstva, zaposlovanje in delovne razmere, ekonomski viri, znanje, izobrazba in usposabljanje, družinsko življenje, družba in skupnost, udeležba in integracija, stanovanje, lokalno okolje, prevoz, javna varnost, rekreacija in prostochasne dejavnosti, kultura in identiteta, politični viri in človekove pravice« (Mandič, 2005, str. 118-119). Med ključne razsežnosti blaginje pa so umeščene: materialne razmere (dohodek, potrošnja, bogastvo), zdravje, izobraževanje, osebne aktivnosti in delo, upravljanje, družbene vezi, okolje in varnost (ekonomska, osebna). Kot merilo blaginje postaja vse pomembnejše tudi občutje ljudi, njihovo dožemanje sveta, okolice, v kateri živijo, in posledic družbenega razvoja (Vrabič Krek, 2012).

Kakovost življenja ob zagotavljanju varnosti v zdravstveni obravnavi se lahko tako pomembno poveča z boljšo kulturo varnosti. Kultura varnosti kot skupek vrednot, pristopov in zaznav, usposobljenosti in vzorcev vedenja posameznika ali skupine, določa zavzetost, način in sposobnost za upravljanje, ravnanje in obvladovanje zdravstvene prakse in varnostnih problemov (Roj, 2011), saj v procesih, kjer nastopa človeški faktor, obstaja možnost, da do takega dogodka pride. Razvoj kulture varnosti v zdravstvu prihaja v ospredje kot strateški cilj z razvijajočim se sistemom nenehnega učenja na primerih dobre in slabe prakse, pri čemer morajo imeti priložnost tudi pacienti, njihovi sorodniki in drugi nepoklicni izvajalci, da poročajo o svojih izkušnjah.

3. Odločanje (soodločanje) izvajalcev zdravstvene nege v pacientovo korist in analiza tveganja

Etični kodeks medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov (2005) v šestem načelu določa, da mora delovanje medicinskih sester temeljiti izključno na odločitvah v korist pacienta. Resnično etično ravnanje v zdravstveni negi je samo tisto, za katero se strokovnjaki zdravstvene nege v ustrezni situaciji odločijo po vesti in znanju (Železnik, 2010). Medicinske sestre so odgovorne za vključitev spretnosti kritičnega razmišljanja v procesu zdravstvene nege, z vidika presoje za nevarnost pri vsakem pacientu in v njegovem okolju, ter za načrtovanje in posredovanje v zvezi z ustreznim ohranjanjem varnega okolja. Njene kompetence glede varnosti so vezane na zmanjševanje tveganja za škodo pri pacientih in izvajalcih s pomočjo učinkovitega sistema in delovanja posameznika (Taylor idr., 2011).

Pri odločanju izvajalcev zdravstvene nege je sklepanje kompromisa med zagotavljanjem varnosti pacienta in njegovo kakovostjo življenja pogosta etična dilema. Odločanje pomeni ocenjevanje možnih izidov (alternativ) in izbiranje med njimi, kar prihaja do izraza šele tedaj, kadar je na izbiro več možnih alternativ. Dosežen sporazum in vzajemno sodelovalno delovanje udeleženih ob individualnem načrtovanju procesa zdravstvene nege skuša zadostiti tako sodobnim smernicam zdravstvene nege kot normativnim zahtevam (javne politike), vendar pa je na operativni ravni zaradi raznolikih problemskih situacij odzivnost in odgovornost udeleženih pri prepoznavanju

nju (ne)varnosti in (ne)ukrepanju povezana z negotovostjo in osebno stisko. Pri tem lahko govorimo tudi o objektivni in subjektivni izpostavljenosti tveganju na podlagi pričakovanja posledic svojih odločitev za/namesto pacienta, kar pa lahko pri posameznemu izvajalcu zdravstvene nege sproži intuitivne mehanizme izogibanja, pa tudi obvladovanja tveganja. Jasno pa je, da je pri tem odgovornost korak, ko preidemo od zaznave potreb k njeni konkretni zadovoljitvi, ko se odločamo, da se je treba odzvati in se za to maksimalno potrudimo, vendar pa včasih izvajalcem zdravstvene nege, kot navajata Červ in Klančnik Gruden (2006), zaradi podrejenega položaja pogosto zmanjkuje moči in glasu.

Tveganje je ciljno usmerjena aktivnost, ki vodi v nevarnost oziroma označuje stanje, ki mu grozi nevarnost zmote. Pogovorno se uporablja izraz »riziko«, ki ga kakovostno ocenjujemo v sorazmerju s pričakovanimi negativnimi posledicami nekega dogodka ali odločitve. Pri tem se kot sopomenke uporabljajo tudi izrazi grožnja, ranljivost, nevarnost, škoda, izguba itd.

Ogrožanje varnosti referenčnega objekta (pacienta) je stanje, v katerem ni zagotovljen njegov obstoj in uravnotežen razvoj, grožnja varnosti pa je pojav, ki lahko povzroči takšno stanje. Ko se grožnja varnosti uresniči, govorimo o nevarnosti, ki v tem trenutku obstaja za referenčne objekte - paciente (Prezelj, 2001). Za Flakerja (1994) je nevarnost dogodek oziroma izid, za katerega obstaja določena (empirična in teoretična) verjetnost, da se bo pripetil. Kolikšna je verjetnost, da se nevarnost uresniči (preide iz latentne v manifestno fazo), če se ji izpostavimo s tveganim vedenjem, pa lahko ugotovimo z analizo tveganja.

Ocena posameznika glede na značilnost in resnost tveganja, ki temelji na neprestani presoji in interpretaciji lastnega delovanja, delovanja drugih; notranjega in zunanjega sveta, je, kot ugotavlja Kavčič (2011), osnovana tako na posameznikovih izkušnjah in prepričanjih, kot tudi na družbenih normah in vrednotah.

Verjetnost dogodka in obseg posledic ter percepcija njihove vrednosti individualno varirajo. Kavčič (2011) meni, da je ljudje včasih zavestno tvegajo na podlagi pričakovanja, da bodo obvladali situacijo, ali dojemanja situacije kot priložnosti, druga tveganja pa so neodvisna od posameznikove volje (determiniranost). Pri tem se pojavi vprašanje, ali intuitivni slog odločanja prevladuje nad racionalnim, odvisnim, izogibalnim ali spontanim slogom, vendar pa, kot navaja Musek (2010), tega ne moremo enostavno posplošiti, saj vpliva na slog odločanja veliko dejavnikov (npr. osebnost, psihično blagostanje). Tudi v zdravstveni negi se lahko kot pomoč pri odločanju v zvezi z zagotavljanjem varnosti uporabi SPIN (SWOT) analiza, ki temelji na štirih kategorijah – slabosti, prednosti, izzivih, nevarnosti (Filej, 2012), in pri tem avtomatično usmerja udeležene v racionalni slog odločanja.

4. Zagotavljanje pacientove varnosti z omejitvijo gibanja

Pravica do svobodnega gibanja je osnovna človekova pravica, določena v 13. členu Splošne deklaracije človekovih pravic. Le-ta se sme omejiti zgolj v okoliščinah,

ko oseba ogroža svoje ali življenje drugih, je huje ogroženo njeno zdravje ali zdravje drugih, če povzroča hudo premoženjsko škodo sebi ali drugim ter ogrožanja ni mogoče preprečiti z drugim, blažjim ukrepom. Področje omejevanja gibanja pacienta v Sloveniji ureja Zakon o duševnem zdravju (2008), ki pa predpisuje omejevanje gibanja zgolj za osebe s težavami v duševnem zdravju v oddelkih pod posebnim nadzorom, varovanih oddelkih in v nadzorovani obravnavi, pri tem pa z različnimi mehanizmi (sklep sodišča o pridržanju na podlagi mnenja zunanjega izvedenca, imenovanje zastopnikov pravic oseb s težavami v duševnem zdravju) zagotavlja v času obravnave pacienta na »zaprtih« oddelkih spoštovanje človekovih pravic in temeljnih svoboščin, zlasti njegove osebnosti, dostojanstva ter duševne in telesne celovitosti.

Posebni varovalni ukrepi (v nadaljevanju PVU) se lahko izvajajo le kot nujni ukrepi, ki jih uporabimo, da omogočimo zdravljenje osebe ali odpravimo oziroma obvladamo nevarno vedenje pacienta, kadar je ogroženo njegovo zdravje in življenje ali zdravje in življenje drugih, če povzroča hudo premoženjsko škodo sebi ali drugim, in ogrožanja ni mogoče preprečiti z drugim, blažjim ukrepom. Odredi jih zdravnik, izvaja pa negovalni tim.

Pri tem ločimo medikamentozne in fizične posebne varovalne ukrepe, ki se lahko uporabljajo posamično ali kombinirano. Med PVU, ki fizično omejujejo gibanje, uvrščamo več aktivnosti. Diskretni nadzor pomeni povečano pozornost osebja, kjer ima pacient zasebnost še vedno delno ohranjeno. Osebje takega pacienta opazuje v dogovorjenih časovnih presledkih (npr. na 15 minut). Stalni nadzor v gibanju pomeni stalno varovanje pacienta, ki se izvaja na varovanih in intenzivnih (zaprtih) oddelkih.

Fizično oviranje s pasovi na postelji se uporablja za preprečitev neposredne nevarnosti in poškodb za pacienta in osebje, za preprečevanje resnih motenj v terapevtskem programu, preprečitvi resne škode na inventarju in tudi za zmanjšanje škodljivih stimulacij za pacienta iz neposrednega okolja. Gibanje omeji tudi namestitve ograjic na posteljo, kar se uporablja pri ležečih pacientih, starostnikih in telesno oslabeledih zaradi preprečitve padca iz postelje. Fizičnega omejevanja gibanja se ne sme izvajati kot nadomestilo za medikamentozno zdravljenje, kot kaznovanje za pacienta, odgovor na pacientovo neprijetno vedenje (ki pa ni nevarno), ko pri izvedbi fizičnega oviranja ne moremo zagotoviti varnosti pacienta in osebja in pri življenjsko ogroženih pacientih (Novak idr., 2001). Dokumentiranje fizičnega oviranja (vodenje evidence o uporabi PVU) se vrši po protokolu za uporabo osebnih varovalnih ukrepov in ga odredi zdravnik.

Omejitev gibanja pacienta zgolj na ustanovo, oddelek ali sobo, ne glede na ustanovo, v kateri se nahaja, je sicer lahko želja samega pacienta, njegovih svojcev ali navodilo zdravnika (ki izhaja iz normativne podlage, npr. zaradi omejitve širjenja okužbe - MRSA ali zmanjšane imunske odpornosti pacienta). Tu gre za informirano privolitev, dogovor ali zgolj za sprejemanje navodil s strani pacienta. Pri ogroženi varnosti zaradi velike verjetnosti padca medicinske sestre v ustanovah, predvsem pri zdravstveni negi starejših, uporabljajo različne fizične ovire, predvsem direktni in stalni nadzor, ograjico na postelji, oviranje v stolu, na invalidskem vozičku, vezanje s pasovi na postelji, oviranje v gibanju z uporabo posebnega stola s spreadaj pritje-

no mizico, oviranje v gibanju z uporabo rok in oviranje v gibanju z uporabo oblačil (rokavice, spalne vreče). Nekatere od teh ukrepov pa nenadzorovano in nestrokovno uporabljajo tudi svojci pri skrbi za starejše v domačem okolju. Pri tem pa je včasih, kot navaja Marinič (2012), omejevanje gibanja potreben ukrep za zagotovitev pacientove varnosti ali varnosti drugih, ni pa zakonske podlage za uvedbo tovrstnih ukrepov izven psihiatričnih ustanov.

5. Metode

V kvalitativno raziskavo smo vključili dva reprezentativna primera obravnave pacientov zaradi ukrepov omejevanja gibanja v okviru (ne)formalnega zastopanja pravic oseb s težavami v duševnem zdravju, ki deluje po Zakonu o duševnem zdravju (2008). Pri tem smo se osredotočili na dva vidika. Zanimalo nas je, kako izvajalci zdravstvene nege ob zagotavljanju varnosti upoštevajo kakovost življenja pacienta in kakšne strategije so razvili glede negotovosti pri odločanju v zvezi z omejevanjem gibanja.

6. Rezultati

Prvi predstavljeni primer vključuje predstavitev situacije (na podlagi izjav in opažanj) ob zastopanju pacienta, ki je iz »zaprttega« oddelka poklical zastopnika pravic oseb s težavami v duševnem zdravju, ker mu nihče ni izpolnil želje po kavi iz avtomata. Na prvem pogovoru z zastopancem pa je zastopnik po naključju na usnjenem ležalniku v dnevnem prostoru opazil nekdanjo zastopanko, omejeno v gibanju z uporabo ovirnic za roke in noge (Tabela 1).

Drugi predstavljeni primer pa vključuje predstavitev situacije (na podlagi izjav in opažanj) ob neformalnemu zastopanju pacienta v socialno varstvenem zavodu za starejše, ki še nima verificiranega varovanega oddelka (Tabela 2). Do neformalnega zastopanja je sicer prišlo na prošnjo svojcev, ker so menili, da je pacientka nepravilčno premeščena na oddelek s povečano pozornostjo in ker ima ponoči nameščeno ograjico in hlačne predloge (plenice), čeprav ni inkontinentna.

Navedbe pacientov, medicinskih sester in lastna opažanja smo glede na posamezen primer razvrstili v tri kategorije: varnost, kakovost življenja in odločanje.

Tabela 1: Ko pacient pokliče zastopnika zaradi želje po kavi iz avtomata

	<i>Pacient</i>	<i>Medicinska sestra</i>	<i>Opazanja</i>
<i>Varnost</i>	<p>1. imam odločbo sodišča o zdravljenju na zaprtem oddelku.</p> <p>2. pridite k meni in pogledjte, kako so me privezali, si ne morem pomagati, kar udarim, so se vsi zarotili proti meni, so se zadnjič zlagali, da me ni, ko sem vas poklicala, ker se ne morem braniti, me lahko še kdo posili, odlimajte to, prosim.</p>	<p>ko je bil doma, je kar odtaval, pa so ga potem vsepovsod iskali, s spremstvom bo šel lahko ven, verjetno v naslednjem tednu.</p> <p>je bila zelo agresivna, ni bilo druge možnosti, ko je v redu, je prav prijetna gospa, vsako leto v tem času je pri nas, letos je še posebno hudo, vedno sem v strahu, od kod bo kaj priletelo, ko grem k njej.</p>	<p>oddelek je zaklenjen, osebe vedno preverja, ali je zaprto, odločba sodišča nedvoumna, pritožba zaradi preteka roka ni več možna.</p> <p>evidence o PVU urejene, poročila o neželenih dogodkih - agresivno vedenje do zdravstvenih delavcev (klofuta, brcanje, verbalno nasilje), znaki intramuskularne aplikacije terapije.</p>
<i>Kakovost življenja</i>	<p>1. eno kavo iz avtomata, prosim, mi prijatelji dajo denar za kavo, nimam kam iti, rad sem tukaj, rad sem na delavnicah.</p> <p>2. tudi pit ne morem sama, po nosu me tako srbi, popraskajte me, prosim, cele dneve sem tukaj privezana, sonce mi tako sveti v obraz, zagrnete že enkrat.</p>	<p>tole s kavo je problem, on bi jo pil kar naprej, posebne želje po hrani uresničimo samo enkrat mesečno, on je bonus že izkoristil, kaj bi pa bilo, če bi doma hotel kar vsak po svoje jesti.</p> <p>ko je v takem stanju, je sploh težko govoriti o kakovosti življenja, imam občutek, da jo ta glasba pomirja, motijo jo drugi, ki zahajajo v ta prostor.</p>	<p>miza za biljard na oddelku, časopisi, knjige in revije dostopni, izvajalci zdravstvene nege veliko v sestriški sobi, pacienti postopajo po hodniku in se dolgočasijo.</p> <p>prostor nasproti sestrske sobe, fiziološki položaj zagotovljen, udoben stol, mirna glasba, več oseb v istem prostoru, vrč s čajem, sokom in plastičnimi kozarčki v bližini, vidni znaki dehidracije prisotni.</p>
<i>Odločanje</i>	<p>1. ne slišijo, kaj želim, mi ne grejo po kavo, se nič ne odločam, najbolje je, če samo narediš, kar rečejo.</p> <p>2. odvežite me, prosim, saj bom pridna, ne želim čaja, vodo mi dajte.</p>	<p>tako smo se odločili, velja za vse, je pa težko, vendar se je dogovora treba držati, vem, da ene kolegice dogovor kršijo.</p> <p>smo se v timu odločili, sedaj, ko imamo ležalnik, je lažje, mi je težko, ko tako milo prosi, sem jo poskusila odvezati, pa mi je takoj izbila kozarec z vodo, da sva bili obe mokri.</p>	<p>prisotno je odločanje, pri tem je opaziti med pacienti solidarnostno podporo (zbiranje denarja, moralna podpora s prisotnostjo ob izreku prošnje osebju ...).</p> <p>označitev za primer dobre prakse, namestitve udobnega stolanaspoti sestrske sobe je bila kompromisna rešitev med nujnostjo prisotnosti ob osebi ob omejitvi gibanja in pomanjkanjem osebja.</p>

Vir: Zapisnik zastopanja, 2012.

Tabela 2: Imam pravico povedati, da se tako počutim varno

	Pacient	Medicinska sestra	Opažanja
Varnost	včasih mi uide, pa prosim za plenice, bojim se, da bom padla, če vstajam, tako kot zadnjič, včasih se kar malo zgubim, pa počnem neumnosti, teta Roza me je obiskala, nič jim ni treba povedati, imajo svojih skrbi preveč.	zadržati jo moramo tukaj, ker je zadnjič plezala že čez ograjo na balkonu, posebno ponoči zelo tava okoli, bojimo se, da ne bi padla, ker sama vstaja, ponoči sta pa dve za celo hišo in je ne moreta loviti okoli.	gospa ima občasno uvid v svoje zdravstveno stanje in ji je žal za različne »neumnosti«, ki jih je naredila, ko »glava ni bila njena«, kot sama pravi. njen občutek varnosti je povezan z vedenjem, da bodo poskrbeli za njo, ko bo počela kaj, kar bo za njo nevarno.
Svojci:	pretiravate; plenica, ograjice, pa še pas okoli trebuha, doma tega prej ni potrebovala.	je obljubila, da ne bo več počela neumnosti, po moje je hotela samo pogledati, če so kje muce.	nimajo popolnega uvida v stanje pacientke.
Kakovost življenja	če imam plenico, dobro spim, počutim se varna, da vem, da me bodo ustavili, če kam zatavam, protezo so mi ukradli, pa jo je tista tam šla iskat.	kaj pa, če pade ponoči in si zlomi kolk, potem pa nas boste tožili, ponoči ni možno vsega nadzirati, vaša mama je sama prosila plenice za ponoči.	navaja dobro počutje, ima delni uvid v lastno zdravstveno stanje, svojo kakovost življenja pogojuje z občutkom varnosti.
Svojci:	so pa vsi čisto zmešani, Mama, a ti ne bi bilo boljše, da greš tja, kjer si bila prej, tu tudi stane več.	če so težave s spanjem, bomo prosili zdravnika, da predpiše uspavalo, prej jih sicer nikoli ni jemala, vedno je dobro spala.	imajo občutek krivde, omenjajo ekonomske koristi ustanove.
Odločanje	saj imam veliko pokojnino in tukaj več pojemo, kaj pa se tako mešajo, saj imam še glavo, tukaj mi nič ne manjka.	pri teh odločitvah je vedno težko, trudiš se biti empatičen, hkrati veš, da moraš poskrbeti, da ne bo padla, skupaj smo se odločili, da gre na ta oddelek, kjer je bil ravno prostor.	kakšnih posebnih pravil nimajo, vse incidente zapišejo na standardni obrazec in se naknadno na timskem sestanku pogovorijo o incidentih ter dogovorijo potrebnih ukrepov.
Svojci:	ni nobene potrebe po tem, da je na tem oddelku, tukaj se ni kaj odločati, žal mi je, da sem se odločila, da dam mamo v dom. obveščeni smo bili že, ko je bila mama že preseljena, in nismo imeli možnost odločanja. Ne dovolimo, da je še privezana ponoči.		medicinske sestre so odstranile pas za fiksacijo okoli pasu, po naročilu zdravnika je gospa po večerji dobila uspavalo, upoštevali so željo gospe, da ostane na oddelku in da ji ponoči namestijo ograjico in hlačne predloge.

Vir: Osebni zapiski, 2010.

7. Razprava

Potreba po varnosti je, glede na teorijo potreb po Maslowu, takoj za fiziološkimi potrebami na drugem mestu. Sklepanje kompromisa v prid zagotavljanja varnosti je

tako pričakovana (intuitivna) in največkrat upravičena izbira s strani zdravstvenih delavcev. Ob tem pri izvajalcih zdravstvene nege ne gre za odziv na pričakovanja javnosti ali strokovne nemoči, popuščanja pacientu, temveč je tako odločanje odraz njihove umske fleksibilnosti, strokovnega znanja in izkušenj, sposobnosti komuniciranja, moralne moči in empatije ter etične in splošne življenjske razgledanosti.

Medicinskim sestram olajša (so)odločanje o uvedbi posebnih varovalnih ukrepov upoštevanje že izdelanih protokolov; da so le-ti uvedeni le toliko časa, kolikor je nujno potrebno glede na razlog uvedbe (vendar pri oviranju s pasovi ne več kot 4 ure oziroma pri omejitvi gibanja znotraj enega prostora do 12 ur), da se ob tem vrši pogovor s pacientom, nadzor vitalnih funkcij in kontinuirano zadovoljevanje osnovnih življenjskih potreb. Posebno pozornost posvečajo, kar navaja tudi Kovač (2012), zadostnemu hranjenju in hidraciji pacienta ter preprečevanju razjed zaradi pritiska. Pacient lahko ob dovoljenju zdravnika opravlja potrebo na stranišču, hlačna predloga mu je nameščena le v skrajnih primerih. Ukrep PVU lahko uvede zdravnik, ob njegovi odsotnosti pa tudi medicinske sestre same, ki o tem takoj obvestijo zdravnika. Ukrepa ni možno podaljšati, temveč ga ob izraženi potrebi ponovno uvedemo.

Čeprav včasih pacienti trdijo, da je njihova fiksacija trajala predolgo, to iz dokumentacije praviloma ni razvidno, razen v redkih primerih (npr. spanje v času izvajanja ukrepa). Res je, da ima vsaka zgodba dve plati in da so včasih tudi pacienti (in svojci) agresivni v svojem ravnanju, vendar pa mora biti strokovno osebje usposobljeno za to, da PVU izvaja na strokoven način, v skladu z merili. Bolezen in drugi dejavniki lahko začasno zmanjšajo pacientovo sposobnost samoodločanja, dolžnost medicinskih sester pa je, da stalno vrednotijo avtonomijo takšnih pacientov in jim nudijo možnost izbire v okviru njihovih sposobnosti. Kljub temu pa se pojavlja vprašanje, ali ne gre za avtomatično odrejanje PVU oziroma vpisovanje dokumentacije za nazaj in za neupravičeno sklicevanje na neprištevnost pacienta. Nadzor zastopnikov pravic oseb s težavami v duševnem zdravju nad uvedbo PVU, in s tem zaščita pravic pacientov, je v tem delu zelo omejena in neučinkovita.

Mreža 19 zastopnikov pravic oseb s težavami v duševnem zdravju v Sloveniji je pod okriljem Ministrstva za delo, družino in socialne zadeve sicer začela delovati decembra 2010 na podlagi Zakona o duševnem zdravju (2008). Vse bolj pa se izraža potreba po profesionalizaciji funkcije zastopnika pravic oseb s težavami v duševnem zdravju po vzoru avstrijskega modela ali po razširitvi pooblastil z možnostjo vstopa zastopnika na »zaprti« oddelek ne glede na klic osebe, kar bi zagotovo »odstrlo sence dvoma« v zvezi z omejevanjem gibanja pacientov s PVU. Glavna dilema s strani javnosti je vedno ta, ali je bila uvedba določenega varovalnega ukrepa resnično potrebna in ni bilo na voljo drugih, alternativnih ukrepov. V drugem predstavljenem primeru je bilo evidentno, da je bil uveden predvsem na željo pacientke in ne na račun pomanjkanja osebja ali premajhne zavzetosti, da bi se kočljive situacije razrešile brez uporabe tega ukrepa. Pri tem se sprašujemo, ali se bodo z verifikacijo varovanih oddelkov ali z napovedano uvedbo zastopnikov za starejše ter dopolnitvijo obstoječe zakonodaje v zvezi z ukrepi omejevanja gibanja razrešile dileme in negotovosti pri zagotavljanju varnosti starejših.

Pacient na oddelkih pod posebnim nadzorom nima možnosti samostojnih izhodov, razen ko izhod (vedno s spremstvom) odobri psihiater. Tudi v varovanih oddelkih socialnovarstvenih zavodov je režim gibanja podoben kot v psihiatričnih bolnišnicah. Praviloma so ti oddelki nekoliko prijaznejši in prostornejši, pogosto vsebujejo tudi atrijske ali zunanje površine, kjer se lahko osebe neovirano gibajo. Vendar pa so izhodi izven teh oddelkov praviloma mogoči le ob spremstvu. Tukaj težavo predstavlja pomanjkanje zaposlenih, saj je predvsem od njih in števila obiskov odvisno, kolikokrat ima posameznik izhod izven »zaprtega« oddelka, pa četudi gre samo za sprehod do avtomata s kavo.

Medicinske sestre se v zvezi z odločanjem za ravnovesje med varnostjo in kakovostjo življenja sklicujejo na sposobnost in nujnost empatije, vendar pa je v izjavah zaznana diskurzivnost v smislu polarizacije empatije kot ovire za racionalno odločitev na eni strani ali kot motivacijske sile za potenciranje kakovosti življenja glede na zagotavljanje varnosti pacienta na drugi strani. Izražena strah in negotovost pri uvedbi omejevanja gibanja se pojavljata predvsem zaradi pričakovanja neugodnih posledic, ne glede na sprejeto odločitev. Prihaja do razkoraka med pogledi udeleženi, ki je kot kaže posledica pomanjkljive komunikacije med posameznimi akterji in neinformiranosti o dogovorjenih strategijah na področju varnosti. Musek (2010) navaja, da pogosto ocenjujemo verjetnost (ne)varnosti na podlagi tega, kako hitro in pogosto nam prihaja posamezen možen izid trenutne ocenjevane situacije na misel. Če smo tako ali podobno situacijo že velikokrat doživeli ali če o njej beremo (je reprezentativna), bomo začeli precejevati verjetnost tega dogajanja.

Omenjena je bila tudi nujnost vrednotenja uspešnosti pri zagotavljanju varnosti in analizi incidentov (npr. padcev). Kustec Lipicer (2009) navaja, da se za vrednotenje odločitev in njihovih posledic sicer odločimo iz več med seboj pogosto prepletajočih se, nemalokrat zelo različnih, razlogov; kadar želimo določiti kakovost, vrednost ali učinek dejanja, ko želimo prepoznati razlage za nastale probleme ali poiskati alternative obstoječemu nezadovoljivemu stanju in ko želimo izboljšati prihodnje delovanje. Pri tem pa moramo upoštevati cikel vrednotenja, ki ga tvorijo faze: odločanje, izvajanje vsebine odločitev, vrednotenje, zbiranje povratnih informacij in priprava na novo odločanje. V zdravstveni negi se moramo včasih odločati tudi brez vseh potrebnih informacij o morebitnih posledicah posamezne odločitve ali pod (časovnim) pritiskom (gut občutek) (Thompson idr., 2004), zato je najpomembnejša izbira strategije upravljanja v kontekstu negotovosti, ki se lahko pojavi na vsaki točki in je, kot pravita Thomson in Yang (2009), prodorna in neizogibna. Ob vedenju o tem, da je treba ob omejitvi gibanja in uporabi ovirnic zagotoviti kontinuiran nadzor, se izkaže, da je ta ukrep v takem kontekstu brezpredmeten. Omejitve so običajno uvedene kot izhod v sili, »da se ne bo kaj zgodilo«. Ko se nehoteni dogodek zgodi, je nujna večperspektivna preučitev vseh okoliščin dogodka v okviru tima, kar je del strategije zagotavljanja kakovosti. Na tak način uprava (menedžment zdravstvene nege) ob primernem izobraževanju, postavljenih ustreznih varovalnih mehanizmih in na primerih dobrih varnostnih izkušenj nadomešča kulturo strahu s kulturo varnosti.

Filej (2009) ugotavlja, da sistem menedžmenta zdravstvene nege ni odvisen le od okolja in zunanjih vplivov, temveč od medicinskih sester samih, ki vodijo sistem. Zaposleni v zdravstvenih organizacijah potrebujejo pozitiven način vodenja. Avtentični vodja sodobne organizacije zagotavlja razpršitev vrednot, ki izvirajo iz pozitivnega vodenja, in sicer vse od osebne identifikacije članov z organizacijo do ustvarjanja zgleда in skupnih simbolov (Penger idr., 2009). Na varnost pacientov ne vpliva samo zavzetost vseh zaposlenih, temveč tudi zadostno število dobro usposobljenega osebja, jasna delitev nalog in odgovornosti, dobra komunikacija med zdravstvenim osebjem v timih in pacienti, natančna dokumentacija, primerna in neovirana povezava procesov (uvredba varnostnih vizit, kliničnih poti ...) in učinkovit informacijski sistem, uveljavitev standardnih, diagnostičnih in terapevtskih postopkov, uporaba visokokakovostnega materiala, tehnične opreme in zdravil ter ustreznost prostorov.

Zagotavljanje kakovosti obravnave v zdravstvu in varnosti vseh udeleženih ob zagotavljanju uspešnosti, pravočasnosti, učinkovitosti in enakopravnosti, ob osredotočanju na pacienta, je etični imperativ (Lachman, 2007), ki vpliva na odločitve izvajalcev zdravstvene nege, saj se ti pri odločanju (za celovito obravnavo) vse bolj soočajo z izjemno kompleksnostjo klinične prakse. Medicinske sestre se zavedajo, da so zagovornice koristi pacienta. Tako ob svojem delovanju iščejo najboljše razpoložljivo znanje in učinkovite rešitve za zagotavljanje varnosti in kakovosti življenja pacienta, tudi pri omejitvi gibanja. Evidentno je, da je v okviru (javne) politike nujno zmanjševanje razkoraka med normativnimi (legitimnimi) predpisi ter dejanskimi potrebami in možnostmi v klinični praksi, kar bo zagotovo zmanjšalo negotovost izvajalcev zdravstvene nege pri (so)odločanju za kakovost in varnost pacienta. Uvajajoči konceptualni okvir mednarodne klasifikacije za varnost pacientov (Robida idr., 2010) bo omogočil lažji opis, razvrščanje, primerjanje, merjenje, spremljanje, analizo in interpretacijo informacij o varnosti ali ob varnostnem zapletu pri pacientu, hkrati pa bo tudi podlaga za načrtovanje kurikuluma o varnosti na vseh stopnjah in oblikah izobraževanja na področju zdravstvene nege. Integracija »vseh razsežnosti zagotavljanja varnosti pacienta, ob upoštevanju kakovosti življenja«, v izobraževalni proces, bo tako dolgoročno vplivala na zmanjševanje negotovosti medicinskih sester pri (so)odločanju o zagotavljanju varnosti in kakovosti pacientovega življenja.

Vesna Zupančič

Decision-making in nursing care for patient safety and quality of life

Ensuring patient safety is one of the most important elements of health care quality in an individual country. In addition, patient safety leads to a decrease in the costs of treatment. Individual approaches to safety reflect the fact that safety in health care arises from interaction among the individual components of the social system. In the context of global changes, and upon the introduction of neoliberalism and individualism, and the transnational norms referring to human rights, normativism is also reflected.

ted in the efforts to include ethical responsibility of health professionals in strategies for health care and quality of life, and to redirect safety from the supranational level to the individual. In decision-making in nursing care, reaching a compromise between ensuring patient safety and the quality of the patient's life is often an ethical dilemma. The reached compromise and the mutual cooperation among participants, including an individually planned process of nursing care, are in line with modern guidelines of nursing care as normative requirements (public policies). However, at the operative level, the responsiveness and responsibility of participants in identifying risks/safety and inaction/action are associated with uncertainty and personal distress due to various problem situations. The introduction of measures for patient safety, especially in terms of limiting movement, affects the quality of the patient's life. Due to the nature of illness, injury, developmental disorder or other circumstances, including a reduced level of self-care, patients can also have difficulties in identifying and articulating their needs and assessing the quality of their life, which certainly poses an additional risk in assuring the safety of participants. Subjectivity and the perception of risk affect the decisions of participants, which, based on the assumption that »action means risk«, increases the likelihood of a »safe« choice of unresponsiveness, passivity, shifting responsibility or improving safety at the cost of the quality of life. The safety of medical treatment can significantly improve the quality of life by developing a better culture of safety. Attention has been paid to the development of a culture of safety in health care as a strategic goal with a developing system of continuous learning from good and bad practice, whereby patients, their relatives and other non-professional providers should also have a chance to report about their experiences. In nursing care, a SWOT analysis can be used as help in decision-making in connection with ensuring safety, which automatically forces participants to a rational style of decision-making. Nurses are responsible for the incorporation of critical thinking skills into the process of nursing care from the viewpoint of assessing risks for each patient and in their environment, as well as from the viewpoint of planning and intervening in connection with appropriate maintenance of a safe environment.

The qualitative research included two representative cases of treating patients due to measures for limiting movement in the scope of (in)formal representation of rights of people with mental health problems. The aim of the research was to determine how health care providers take into consideration the quality of the patient's life when ensuring safety, and which strategies have been developed regarding uncertainty in decision-making in connection with the limitation of movement. With respect to individual cases, the statements of patients, nurses and our own observations were divided into three categories: safety, quality of life and decision-making. The findings show that reaching a compromise to the benefit of ensuring safety is the expected (intuitive) and mostly justified choice by health professionals. This means that health professionals do not respond to the expectations of the public or show their professional incapability. Instead, such decision-making is a reflection of their mental flexibility, expertise, the ability to communicate, moral power and empathy as well as ethical and general knowledge about life. Co-decision-making about the introduction of special safeguards is made easier for nurses by observing the prescribed protocols, meaning that the

protocols are observed for as long as it is necessary with regard to the reason of their introduction, whereby patients undergo an interview, their vital functions are monitored and their basic needs are continually met. It is necessary to constantly evaluate the autonomy of patients and offer the possibility of choice in the scope of their abilities. The supervision of the rights advocates for people with mental health problems regarding the introduction of special safeguards, which means the protection of patients' rights, is very limited and inefficient. There is an increasing need to professionalise the function of rights advocates for people with mental health problems, or expand their powers with the possibility that the advocate can enter the »closed« ward, regardless of whether the person calls them, which would certainly dispel any doubts in connection with the limitation of movement of patients under special protective measures. In connection with decision-making regarding the balance between safety and quality of life, nurses refer to the ability and necessity for empathy. However, their statements show discursiveness in the sense of the polarisation of empathy as an obstacle for a rational decision, on the one hand, and a motivational force for improving the quality of life with regard to patient safety on the other hand. When introducing the limitation of movement, the expressed fear and uncertainty mostly appear due to expected unfavourable consequences, regardless of the decision made. There is a gap between the viewpoints of participants, which seems to be the result of poor communication among individual actors and a lack of information about agreed strategies in the field of safety. The necessity of assessing performance in ensuring safety and making the analysis of incidents (e.g. falls) was also mentioned. The limitation of movement is usually introduced as an emergency measure »to ensure that nothing will happen«. When an undesired event occurs, it is necessary to examine all the circumstances of the event from different perspectives and as teamwork, which is part of the strategy for ensuring quality. By doing so, the management (of nursing care) replaces the culture of fear with the culture of safety, provided that they have suitable training, follow appropriate safety mechanisms and learn from good safety practice. Based on the qualitative study providing an insight into the »black box of uncertainty« in (co-)decision-making of nursing care professionals to ensure the balance between safety and quality of the patient's life, emphasis is undoubtedly put on the importance of choosing a management strategy in the context of uncertainty. It is evident that it is necessary in the scope of a (public) policy to decrease the gap between normative (legitimate) regulations and actual needs and possibilities in clinical practice. It is also necessary to plan the integration of »all the dimensions of ensuring safety to patients, taking into account the quality of their life«, into the educational process, which will definitely have a long-term effect on the decrease in the uncertainty of nurses in (co-)decision-making when providing the safety and quality of the patient's life.

LITERATURA

1. Červ, B. in Klančnik Gruden, M. (2006). Etična razmišljanja v zdravstveni negi umirajočih. *Obzornik zdravstvene nege*, 40 (2), 99-106.
2. Etični kodeksi medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov (2005). Pridobljeno 23. 9. 2012 s <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=20024&stevilka=191>.
3. Evropska komisija (2012). Zdravje-EU. Pridobljeno 13. 9. 2012 s http://ec.europa.eu/health-eu/care_for_me/patient_safety/index_sl.htm.
4. Filej, B. (2009). Kakovost sistema managementa glavnih medicinskih sester zdravstvenih in socialnovarstvenih zavodov Slovenije. V: Brezovec, A., Mekinc, J. (ur.), *Management, izobraževanje in turizem: kreativno v spremembe* (str. 595-603). Portorož: Turistica, Fakulteta za turistične študije.
5. Filej, B. (2012). Spin-analiza o teorijah v zdravstveni negi. V: Železnik, D., Kaučič, B. M., in Železnik, U. (ur.), *Inovativnost v koraku s časom in primeri dobrih praks* (str. 238-247). Slovenj Gradec: Visoka šola za zdravstvene vede.
6. Flaker, V. (1994). Analiza tveganja. *Socialno delo*, 33 (3), 189-196.
7. Jelušič, L. (1997). Legitimnost sodobnega vojaštva. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
8. Kavčič, M. (2011). Vsakdanja tveganja starejših ljudi: obravnava koncepta in življenjskih situacij starejših ljudi. V: Mandič, S., Hrast Filipovič, M. (ur.), *Blaginja pod pritiski demografskih sprememb* (str. 161-203). Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
9. Kovač, P. (2012). Fizično oviranje pacientov v klinični praksi. V: Bregar, B., in Peterka Novak, J. (ur.), *Posebni varovalni ukrepi v teoriji praksi* (str. 5-12). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji.
10. Kustec Lipicer, S. (2009). Vrednotenje javnih politik. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
11. Lachman, V. D. (2007). Patient safety: the ethical imperative. *Medsurg Nursing*, 16(6), 401-403. Pridobljeno 28. 9. 2012 s <http://dspace.library.drexel.edu/bitstream/1860/2593/1/2006175359.pdf>.
12. Liotta, P. H. (2002). Boomerang Effect: The convergence of national and human security. *Security Dialogue*, 33(4), 473-488. Pridobljeno 1. 10. 2012 s <http://sdi.sagepub.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/content/33/4/473.full.pdf+html>.
13. Mandič, S. (2005). Kakovost življenja: med novimi blaginjskimi koncepti in družbenimi izzivi. *Družboslovne razprave*, 21 (48), 11-131. Pridobljeno 24. 9. 2012 s <http://dk.fdv.uni-lj.si/dr/dr48Mandic.PDF>.
14. Mandič, S. in Filipovič Hrast, M. (2011). Stanovanjski primanjkljaj v Sloveniji: problem, ki ga ni? *Teorija in praksa*, 42(4/6), 704-718.
15. Marinič, M. (2012). Zakon o duševnem zdravju in pravice pacientov. V: Marinič, M. (ur.), *Duševno zdravje in skupnost 2012: aktualne dileme pri izvajanju Zakona o duševnem zdravju* (str. 53-61). Ljubljana: Psihiatrična klinika.
16. Musek, J. (2010). Psihologija življenja. Ljubljana: Inštitut za psihologijo osebnosti.
17. Novak Grubič, V., Dernovšek, Z., Žmitek, A., Resman, J., Rebolj, M., Tavčar, R. in Unk, I. (2001). Prisotnost telesne bolezni pri bolnikih s psihiatrično motnjo. V: Romih, J. in Žmitek, A. (ur.), *Na stičiščih psihiatrije in interne medicine* (str. 197-198). Begunje: Psihiatrična bolnišnica Begunje.
18. Penger, S., Dimovski, V., Peterlin, J. in Černe, M. (2009). Metode razvoja avtentičnih vodij. *Organizacija znanja*, 14 (1-2), 4-11.
19. Prezelj, I. (2001). Grožnje varnosti, varnostna tveganja in izzivi v sodobni družbi. *Teorija in praksa*, 38 (1), 127-141.
20. Robida, A., Simčič, B., Poldrugovac, M. in Ivanuša, M. (2010). Konceptualni okvir za mednarodno klasifikacijo za varnost pacientov. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje. Pridobljeno 3. 10. 2012 s http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz_dokumenti/delovna_podrocja/zdravstveno_varstvo/kakovost/VARNOST/klasifikacija_varnost_020412.pdf.

21. Roj, R. I. (2011). Kultura varnosti v Univerzitetnem kliničnem centru Maribor - kje smo? V: Železnik, D. in Kaučič, B. M. (ur.), *Gradimo prihodnost: odprti za spremembe in nove izzive na področju raziskovanja zdravstvenih in socialnih ved* (str. 270-274). Slovenj Gradec: Visoka šola za zdravstvene vede.
22. Svete, U. (2005). *Varnost v informacijski družbi*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
23. Svet Evropske unije (2009). Pridobljeno 18. 9. 2012 s https://webmail.arnes.si/posta/?_task=mail&_framed=1&_action=get&_mbox=INBOX&_uid=3269&_part=1&_frame=1.
24. Thomson, C. in Yang, H. (2009). Nurses' decisions, irreducible uncertainty and maximizing nurses' contribution to patient safety. *Healthcare Quarterly*, 12 (Sp), 178-85. Pridobljeno 23. 9. 2012 s <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19667766>.
25. Vrabčič Krek, B. (2012). *Kakovost življenja*. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije. Pridobljeno 13. 9. 2012 s <http://www.stat.si/doc/pub/Kakovost.pdf>.
26. Taylor, C., Lillis, P., LeMone, P. in Lynn, P. A. (2011). *Fundamentals of nursing: the art and science of nursing care*. Philadelphia: Wolters Kluwer, Lippincott, Williams & Wilkins.
27. *Zakon o duševnem zdravju*. (2008). Pridobljeno 2. 10. 2012 s <http://www.uradni-list.si/1/content?id=88016>.
28. Železnik, D. (2010). Obravnava pacientov s kroničnimi obolenji z vidika etike. V: Štemberger Kolnik, T. in Majcen Dvoršak, S. (ur.), *Medicinske sestre zagotavljamo varnost in uvajamo novosti pri obravnavi pacientov s kroničnimi obolenji* (str. 17-23). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, zdravstvenih tehnikov in bobic; Koper: Društvo medicinskih sester, zdravstvenih tehnikov.

Celostna obravnava paliativnega pacienta v domačem okolju

Znanstveni prispevek

UDK 616.036.8-083

KLJUČNE BESEDE: paliativna oskrba, neozdravljive bolezni, pacienti, domače okolje

POVZETEK - Paliativna oskrba obsega celovito obravnavo pacientovih fizičnih, psihičnih, socialnih, duhovnih in bivanjskih potreb, v ospredju pa so potrebe zaradi neozdravljive bolezni. Paliativna oskrba se ne določa z vrsto obolenja - diagnozo, starostjo, temveč s presojo verjetne prognoze katera koli neozdravljive bolezni in z upoštevanjem posebnih potreb pacienta in njegove družine. V sodobnem konceptu paliativne oskrbe gledamo nanjo kot na intervencijo, ki jo izvedemo takoj, ko postane potrebna, torej preden težave postanejo neobvladljive. Potrebe po njenem izvajanju so na začetku zelo majhne, z napredovanjem bolezni pa se stopnjujejo. Patronažna medicinska sestra velikokrat prihaja na pacientov dom zaradi paliativne oskrbe. Je koordinator, ki pomaga neozdravljivo bolnim na njihovem domu. Namen prispevka je prikazati izvajanje celostne paliativne oskrbe na pacientovem domu. V raziskavo vključene patronažne medicinske sestre največkrat (97 %) izvedejo hišni obisk zaradi aplikacije analgetične terapije ter preveze kroničnih ran. Pri svojem delu se srečujejo z mnogimi simptomi neozdravljivo bolnih pacientov, najpogosteje so to bolečina (94,3 %), hujšanje/kaheksija (85,7 %) ter oslabelost/utrujenost (80 %).

Scientific article

UDC: 616.036.8-083

KEY WORDS: palliative care, terminal illness, patient treatment in local environment

ABSTRACT - Palliative care includes a holistic treatment of the patient's physical, psychological, social, spiritual and residential needs, while attention is given to needs resulting from a terminal illness. Palliative care is not determined by the type of illness, diagnosis or age but the assessment of a probable prognosis of a terminal illness and the consideration of the needs of the patient and his/her family. The modern concept of palliative care considers it an intervention carried out immediately when it becomes necessary, therefore before problems become uncontrollable. At the beginning, the needs for its provision are small but become greater with the progression of the illness. To provide palliative care, a community nurse often comes to the patient's home. The nurse is a coordinator who helps terminally ill patients at home. The aim of this paper is to show the provision of holistic palliative care at the patient's home. We conducted a research study among nurses who provide palliative care at home. The community nurses included in the research mostly (97 %) make house calls to employ analgesic therapy and apply bandages to chronic wounds. In our work, we are faced with numerous symptoms of terminally ill patients, of which the most common ones are pain (94.3 %), weight loss/cachexia (85.7 %) and feebleness/tiredness (80 %).

1. Uvod

Paliativna oskrba obsega celovito obravnavo kronično bolnih pacientov, ki trpijo zaradi neozdravljivih bolezni. Obravnava paliativnega pacienta obsega zagotavljanje njegovih fizičnih, psihičnih, socialnih, duhovnih in bivanjskih potreb, v ospredju pa so potrebe zaradi neozdravljive bolezni. Paliativna oskrba zagovarja življenje, smrti niti ne pospešuje, niti je ne zavlačuje. Namen te oskrbe je zagotoviti pacientu najboljšo kakovost preostalega življenja z ublažitvijo trpljenja, predvsem obvladovanje bolečine in drugih spremljajočih simptomov bolezni, ki so pogost spremljevalec paliativnega

pacienta. Ena od usmeritev paliativne oskrbe je tudi omogočiti posamezniku umirati in umreti v domačem okolju, med svojimi najbližjimi.

Napredek v medicini in medicinski tehnologiji omogoča, da je življenje z neozdravljivo boleznijo vedno daljše. Pojav podaljšanih obdobij oslabelosti iz izraženimi ostalimi motečimi simptomi ni prisotno samo pri onkoloških pacientih, pač pa tudi pri kroničnem srčnem popuščanju, kroničnih pljučnih boleznih, AIDS-u, nevroloških obolenjih, pri upadu kognitivnih sposobnosti (demenca, Alzheimerjeva bolezen), končni ledvični in jetrni odpovedi. Pri velikem odstotku pacientov se pojavljajo moteči simptomi, v literaturi je zaslediti (Červ, 2006), da je okoli 50 različnih oblik, posameznega pacienta pa obremenjuje 5-7 motečih simptomov. Paliativna oskrba in paliativna zdravstvena nega s svojim pristopom zagotavljata pravočasno zaznavanje, načrtovanje in zdravljenje simptomov, ki pomembno vplivajo na kakovost preostalega življenja.

Pomen paliativne oskrbe iz leta v leto narašča ne le v tujini, temveč tudi v Sloveniji. Paliativna zdravstvena nega je vključena v vse vidike zdravstvene nege, to je od klinično dokazane diagnoze neozdravljive bolezni, v čas zdravljenja, mirovanja bolezni do terminalne faze, in še po smrti pacienta, v čas žalovanja svojcev. V ospredju so potrebe pacienta in njegove družine in s tem povezane potrebe, ne pa prognoza bolezni. Medicinska sestra potrebuje znanje, strokovne veščine in osebno držo, ki ji omogočajo celovito, sočutno izvajanje zdravstvene nege (Skela Savič, 2005).

Medicinska sestra lahko v vsaki situaciji pacientu omogoči, da je strokovno obravnavan, da so svojci primerno obveščeni o procesu zdravstvene nege, da pacient dobi človeški dotik, podporo in udobje v času bolezni, predvsem pa, da mu omogoči mirno smrt. Pod pojmom » mirna smrt« se razume minimalna prisotnost tehnologije, olajšana je ob prisotnosti družine in zdravstvenega osebja (Perrin in McGhee, 2001).

Devetdeset odstotkov smrti je pričakovanih, saj sledijo daljšemu kroničnemu poteku bolezni. Kljub temu nas smrt vedno znova preseneti, saj jo predstavljamo v prihodnost, tudi ko je očitno prav blizu. Smrt je velikokrat tabu, ker je odmaknjena od našega vsakodnevnega življenja in je pristala v različnih institucijah. Več kot šestdeset odstotkov smrti se zgodi zunaj doma, v bolnišnicah, v domovih za starejše, v hospicijih. Za to, da se je umiranje preselilo iz domov v bolnišnice, obstaja več razlogov. Lawton (2000) trdi, da je vzrok v prenosu skrbi za umirajoče iz religiozne v medicinsko sfero. Skrb za druge oplemeniti negovalca, četudi se tedaj tega ne zaveda. Ostaseski (2004) navaja: »Če želimo biti sočutni spremljevalci, moramo vsekakor vključiti sebe.«

Sledenje bližnjim v usihanju, poslavljanju, tako domačim daje možnost za vso pomoč, ki jo umirajoči potrebuje, za zadnje intimne trenutke, za prilagajanje na novo situacijo (Lunder, 2011c). Ker pa večina ljudi umre zunaj svojega doma, so svojci na nek način oropani možnosti biti ob ljubljeni osebi ob izteku njegovega življenja. Sprejeti skrb in pomoč za umirajočega svojca zahteva pogum, pripravljenost na spremembe, na tveganje in odpuščanje.

2. Paliativna oskrba

Paliativna oskrba se ne odoloča z vrsto obolenja, diagnozo, starostjo, temveč s presojo verjetne prognoze katere koli neozdravljive bolezni in upoštevanjem posebnih potreb pacienta in njegove družine. Peternelj (2008) navaja, da je tradicionalna paliativna oskrba vključevala v obravnavo rakave paciente v terminalnem obdobju, sedaj pa velja, da se sodobna paliativna oskrba lahko vključi v proces zdravstvene obravnave že z ugotovitvijo neozdravljive bolezni v času napredujoče bolezni.

Slovenija sodi med države, ki področja paliativne oskrbe še nimajo sistemsko urejenega, niti umeščenega v ustrezne dokumente. Za ocenjevanje razvitosti paliativne oskrbe v državi se spremlja (Lunder, 2003):

- delež umrlih, vključen v celostno paliativno oskrbo,
- število paliativnih oddelkov/postelj na milijon prebivalcev (priporočilo SZO: 100 postelj na milijon prebivalcev, v Sloveniji imamo trenutno dva oddelka s skupno 15 posteljami),
- število paliativnih specializiranih timov na milijon prebivalcev (dva specializirana tima v Sloveniji),
- letna poraba morfinov na milijon prebivalcev v mg na prebivalca (v Sloveniji je pod evropskim povprečjem),
- dokumentirana kronična bolečina večine pacientov v paliativni oskrbi pod 3/10 po vizualni analogni lestvici (v večini primerov se ta podatek ne beleži),
- dosegljivost osnovnih zdravil v paliativni oskrbi (priporočilo SZO 2006: v Sloveniji niso na razpolago vsa osnovna zdravila za učinkovito kakovost paliativne oskrbe),
- nacionalni program paliativne oskrbe: v Sloveniji imamo nacionalni program od oktobra 2008,
- nacionalni standardi, klinične smernice in klinične poti obravnave v paliativni oskrbi,
- obseg izobraževanja (delež ur v dodiplomskem študiju, specializacija iz paliativne oskrbe),
- zmanjšanje sprejemov na urgentnih oddelkih v zadnjih dneh življenja pacientov.

Za kakovostno in učinkovito izvajanje paliativne oskrbe morajo zdravstveni delavci in sodelavci biti sposobni (Peternelj, 2010):

- prepoznati telesne, socialne, psihične in duhovne potrebe na vseh stopnjah razvoja bolezni;
- zgodaj se vključevati v paliativno oskrbo in pritegniti sodelovanje pacienta in svojcev, izboljšati njihovo informiranost ter s tem tudi hitreje prepoznati težave, ki se pojavijo z napredovanjem bolezni; zgodnje vključevanje je še bolj pomembno pri onkoloških pacientih, saj je čas preživetja krajši kot pri pacientih z drugimi napredovalimi kroničnimi obolenji, posledica tega pa so tudi hitro spreminjajoče se potrebe;
- obravnavati tiste potrebe, ki so v okviru njihovega znanja, pridobljenih veščin in kompetenc

- (Paliativno oskrbo izvajamo na osnovni in specialistični ravni. V prihodnosti se bo paliativna oskrba izvajala bolj na osnovni ravni, kjer morajo imeti izvajalci temu primerno znanje in veščine. Pomoč izvajalcem osnovne paliativne oskrbe so klinične poti (Klinična pot paliativne oskrbe, prilagojena po Edmontonu, Liverpoolska klinična pot umiranja));
- vedeti, kdaj potrebujejo podporo strokovnjakov specialističnega paliativnega tima
- (Pacient ima v procesu obravnave različne težave, ki jih večinoma lahko obravnava osnovna raven. Pomembno je, da imajo izvajalci toliko znanja, da prepoznajo zahtevnejšo problematiko in v obravnavo vključijo strokovnjake specialističnega paliativnega tima. Ta se lahko vključi v obravnavo samo s svetovanjem ali neposredno z izvedbo določene aktivnosti. Obravnava pacienta ob neobvladljivi problematiki na domu se nadaljuje na za to specializiranih oddelkih);
- imeti znanje in veščine za učinkovitejše vodenje bolezni in spodbujati pacientovo aktivno vlogo v procesu obravnave
- (Sodelovanje pacienta in svojcev v procesu kontinuirane obravnave je ne le pravica pacienta, temveč tudi pomemben del za doseganje kakovostne paliativne oskrbe. Skupaj z njim in s svojci se pripravi načrt obravnave, ki je prilagojen predvsem željam in vrednotam pacienta ter njihovim sposobnostim in možnostim. Kakovostna in kontinuirana paliativna oskrba vključuje tudi učenje o potencialnih težavah in načinih, kako te težave čim bolj obvladovati);
- zagotoviti dober pretok informacij, ki so pomembne za nadaljnjo pacientovo obravnavo
- (Zaradi specifičnosti obravnave, ki poteka v različnih okoljih, je zagotavljanje pravočasnega posredovanja informacij o doseganju obravnave, načrtu in poteku paliativne obravnave zelo pomembno. Prenos informacij je najučinkovitejši z uporabo kliničnih poti. Te ne zagotavljajo le dogovorjenega načina obravnave na različnih ravneh, temveč omogočajo posredovanje pomembnih informacij za nadaljnjo obravnavo. Hkrati preprečujejo podvajanje storitev in nepotrebno obremenjevanje pacienta s ponavljajočimi se vprašanji);
- zagotoviti učinkovito in kontinuirano komunikacijo
- (Komunikacija je v paliativni oskrbi eden od temeljev zagotavljanja kakovostne obravnave, lahko pa predstavlja tudi oviro. Potekati mora s pacientom in svojci, med izvajalci znotraj tima in interdisciplinarno na vseh ravneh obravnave);
- zagotoviti hitro odzivanje na spremenjene potrebe pacienta ali svojcev (Potrebe in cilji pacienta se z napredovanjem bolezni spreminjajo. Prav tako tudi svojci pogosto brez podpore niso sposobni skrbeti za bližnjega. Izvajalci paliativne oskrbe morajo, ne glede na mesto obravnave, čim bolj slediti spremenjenim potrebam pacienta in prilagajati načrt v procesu kontinuirane paliativne obravnave);
- v paliativno oskrbo vključevati čim manjše število različnih izvajalcev glede na prepoznane potrebe pacienta in svojcev (Potrebe pacienta in svojcev so raznovrstne, zato v paliativno obravnavo vstopajo različni strokovnjaki. Če želimo pri pacientu ohraniti zaupanje, moramo zagotoviti, da vključimo čim manjše število izvajalcev, ki v tem težkem obdobju vstopajo v njegovo življenje).

Kakovostna kontinuirana paliativna oskrba dokazano izboljša kakovost življenja pacienta in njegovih bližnjih, ki se soočajo s problemi ob neozdravljivi bolezni, preprečuje in lajša trpljenje, ki ga zgodaj prepozna, oceni in obravnava bolečine in druge telesne, psihične, socialne in duhovne probleme (Červ, 2006). V sodobnem konceptu paliativne oskrbe gledamo nanjo kot na intervencijo, ki jo izvedemo takoj, ko postane potrebna, torej preden težave postanejo neobvladljive. Izvajati se začne hkrati s potencialnim kurativnim zdravljenjem ob ugotovitvi neozdravljive bolezni. Potrebe po njenem izvajanju so na začetku zelo majhne, z napredovanjem bolezni pa se stopnjujejo. Časovni potek in tudi intenzivnost izvajanja ni vedno enak. Pri kroničnih obolenjih srca in pljuč se več let izmenjujejo obdobja poslabšanja in stabilizacije bolezni, pri osebah z demenco je potek počasen in brez nihanj. Pri raku pa po obdobju majhnih nihanj sledi hiter upad sposobnosti (Peternelj, 2010).

3. Celostna obravnava pacienta v domačem okolju

Izvajanje PO na primarni ravni temelji na družinskem zdravniku, patronažni medicinski sestri, socialni službi, prostovoljcih, podpornih osebah (duhovnik) in svojcih, ki imajo ključno vlogo (Poplas Susič, 2011). Izvajanje paliativne oskrbe je odvisno od stopnje napredovale bolezni. Pacient in svojci imajo zagotovljeno vso potrebno podporo le, če je obravnava kontinuirana in kakovostna. Izvajalci in službe, ki se vključujejo v obravnavo pacienta, morajo delovati povezano, imeti vzpostavljeno učinkovito medsebojno komunikacijo in tudi komunikacijo s pacientom in z družino ter biti vključeni ves čas poteka bolezni v obsegu, ki ga pacient potrebuje.

Izkušnje potrjujejo, da večina (75 %) paliativnih pacientov želi preostanek življenja preživeti doma (Huntley in Rice, 1996), najnovejši izsledki pa navajajo, da bi že 95 % ljudi z neozdravljivo boleznijo želelo umreti na svojem domu (Lunder, 2009). Svojci svojemu bolnemu družinskemu članu zagotovijo potrebno intimnost, patronažna medicinska sestra pa svetuje svojcem pri ureditvi pacientovega okolja, da je čim dlje sposoben samooskrbe. Prav tako veliko časa nameni zdravstvenovzgojnemu delu ter je v psihično oporo pacientu in njegovim svojcem (Mudrovčič, 2003). Zato tudi lahko posreduje informacije ostalim sodelavcem v paliativni oskrbi.

Bistveni cilji, ki so podlaga paliativnih skrbstvenih storitev, so osredotočeni na doseganje boljše kakovosti preostalega življenja za vsakega pacienta in njegovo družino. To, po Radbruch in Payne (2009), vključuje:

- pozornost, usmerjeno v obvladovanje simptomov,
- celovit timski pristop, ki upošteva osebne izkušnje,
- trenutno stanje pacienta,
- obliko oskrbe, ki je potrebna pacientu in družini,
- odkrito in občutljivo komuniciranje med pacientom in medicinsko sestro,
- izobražene in usposobljene medicinske sestre.

V času paliativne oskrbe pacient pogosto potrebuje bistveno več zdravstvene nege kot pacient z ozdravljivo boleznijo. Zdravstvena nega v tem obdobju je pomembna predvsem z vidika pacientovih potreb. Pacientove potrebe (Jelen Jurič, 2009) so:

- fizične (zdravljenje bolečine, lajšanje ostalih simptomov, osebna higiena, menjava položajev in preprečevanje ran zaradi pritiska, spanje in počitek),
- psihične (komunikacija, vzpodbujanje pri izražanju čustev, preprečevanje osamljenosti in izolacije),
- socialne (hrana po želji, glasba, če pacientu veliko pomeni, zagotovitev primerne prostora za kakovostno preživljanje dni, možnost stalne prisotnosti svojcev),
- duhovne (poslušanje in razumevanje pacienta, ureditev duhovne podpore).

Paliativni pacient in njegovi bližnji potrebujejo podporno okolje, kar pomeni vzpostavitev tistih mehanizmov, ki omogočajo občutek domačnosti, sprejetosti in razumevanja. Šele v domačem okolju, odprtem za medsebojno zaupanje, izražanje čustev, možnost vplivanja in sodelovanja pri vsakodnevnih opravilih, ki se jih dotikajo, je možno govoriti o kakovosti življenja paliativnih pacientov in njihovih svojcev. Biti »brezdomec« (v bolnišnici) z izkušnjo prizadetega dostojanstva in izgube samostojnosti pomeni dodatno bolečino in trpljenje. Pacienti in njihovi svojci se iz naštetih razlogov bolj bojijo »slabega« umiranja kot smrti same. Zato je pojem »dobre« smrti (Steinhauser et al., 2000; V: Pahor in Štrancar, 2009) sinonim za kakovost življenja, kar pomeni lajšanje bolečin in dobro obvladovanje simptomov, jasne odločitve pri obravnavi, priprave na smrt (oporoka, želja po načrtovanju lastnega pogreba ...), povezanost z lastnim okoljem ter občutek potrjenosti in sprejetosti. Zagotavljanje okolja, ki omogoča kakovost življenja do poslednjega diha, je možno zagotoviti predvsem tam, kjer je pacient doma, seveda z veliko sodelovanja patronažne službe. Zahteva pa primerno usposobljeno patronažno medicinsko sestro, ki pacienta obiskuje v času bolezni, svetuje njemu in njegovim svojcem, izvaja potrebne negovalne in medicinsko-tehnične intervencije. Pacientove svojce pa obišče tudi po pacientovi smrti, predvsem zaradi potrebe in zagotovitve, da so naredili vse za svojega bližnjega.

Pri paliativni obravnavi, ki je največkrat simptomatska, je za patronažno medicinsko sestro pomemben osebni pristop (Žargi, 2000):

- paliativni pacient sodeluje pri odločanju,
- določi se prednostna obravnava najbolj motečih simptomov,
- medikamentoznemu zdravljenju se pridruži psihosocialna obravnava,
- dajo se pisna navodila o jemanju zdravil,
- nenehno se ocenjuje učinkovitost postopkov in zdravil,
- zdravstvena nega se prilagaja glede na spremembo situacije in pacientove želje,
- preverja se sposobnost uživanja zdravil per os,
- pozornost je namenjena podrobnostim, pomembnim za pacienta,
- nikomur ne jemljemo upanja,
- patronažna medicinska sestra si postavlja kratkoročne cilje,
- nikoli ne rečemo: »Nič več ne moremo storiti!«

Paliativnega pacienta obremenjuje več motečih simptomov. Dokler je možno, prejema terapijo per os, ob težjem požiranju sledi prehod na kapljice. Ko je požiranje že

resno ovirano, preidemo po navodilu zdravnika na subkutano aplikacijo terapije, obliže, sublingvalno ali pa bukalno. Po Metlikovič (2011) je najboljša rešitev za terapijo bolečine na domu elastomerna črpalka. Patronažna medicinska sestra po standardu izvaja subkutano aplikacijo elastomera, zamenja črpalko (na 7 dni), nadzoruje vbo-dno mesto, ga zaradi vnetja ali izpada tudi zamenja. Svojce poučuje, na kaj naj bodo pozorni.

Bolečina je najpogostejši simptom pri pacientih z rakavim obolenjem, pri paci-entih z ostalimi neozdravljivimi obolenji pa je na drugem mestu, takoj za nemiro (Higginson, 1997, V: Jakhel in Peternelj, 2010). Je tudi največkrat omenjena v termi-nalnem stanju in povezana z največ strahu. Zdravljenje bolečine se prilagaja potrebam vsakega posameznega pacienta. Uporabljajo se medikamentozni in nemedikamentozni načini zdravljenja bolečine. Po priporočilih WHO je treba uporabiti tri- ali večasih dvostopenjsko shemo za predpisovanje analgetikov. Poti vnosa je treba prilagoditi pa-cientovim željam, zmožnostim in učinkovitosti analgetika. Pri nezadovoljivi terapiji je treba tudi večkrat zamenjati poti vnosa in tudi samo zdravilo/analgetik. Ob osnovni terapiji bolečine je treba poskrbeti še za zdravljenje prebijajoče bolečine, ki se pojavi občasno. Cesar Komar (2006) navaja, da se pri starostnikih in kahektičnih pacientih uvaja analgetik počasi in se postopno povečuje odmerek.

Kadar pacient prejema protibolečinsko terapijo per os in potrebuje preveze ran (največkrat so to rane zaradi pritiska), se čas preveza prestavi na čas po aplikaciji tera-pije. Pri nepokretnem pacientu je potrebno usklajeno delovanje pacientovih bližnjih, ostalih, ki sodelujejo v oskrbi (pomoč na domu), in patronažne medicinske sestre. S poslušom za vse probleme, ki jih paliativni pacient ima, se tako negovalni postopki in intervencije izvedejo na način, da pacient čim manj trpi. Boleči postopki, ki se po-navljajo, paliativnemu pacientu v terminalni fazi bolezni lahko povzročijo tudi smrt.

V paliativni oskrbi je pri motnjah dihanja v ospredju obravnava dispneje. To je subjektivni občutek težkega dihanja in njene jakosti ne moremo oceniti. Ocenimo jo glede na pacientov opis, podobno kot bolečino. Za lajšanje tega mučnega simptoma je poleg terapije pomembna temperatura zraka v prostoru (ne sme biti pretoplo) in prezračenost sobe, pacient naj ima prost pogled na okolico. Huda dispneja je lahko tudi začetek umiranja. Podatki iz literature kažejo, da ima občutek težkega dihanja šest tednov pred smrtjo 70 % vseh onkoloških pacientov in kar 90 % pacientov s pljučnim rakom (Rajer, 2009). Pojav hude dispneje je najpogostejši vzrok ponovne hospitaliza-cije pacienta, predvsem v terminalnem obdobju. Pri zdravljenju paliativnega pacienta se moramo zavedati, da so simptomi med seboj povezani. Tako je dispneja povezana tudi s tesnobo, paniko, nespečnostjo, depresijo in strahom pred smrtjo. Tudi nezdra-vljena ali nezadostno zdravljena bolečina povečuje dihalno stisko (Debevc, 2006). Najučinkovitejša zdravila, ki jo lajšajo, so opiodi in bronhodilatatorji v obliki aeroso-la (Kranjc in Čokolič, 2008).

Motnji zavesti, kot sta delirij in nemir, sta velikokrat spregledani in ne prepoznani kot moteč simptom v obravnavi kroničnega neozdravljivega pacienta. Pri oceni ne-mira je treba ugotoviti njegov vzrok, saj je ta velikokrat posledica drugega prisotnega motečega telesnega simptoma (bolečine, obstopacije) ali pa neustrezne obravnave ču-

stvenih in duhovnih potreb (Jakhelj in Peternej, 2010). S pravilnim obvladovanjem ostalih simptomov se vpliva tudi na nemir. Ta se velikokrat pridruži strahu zaradi dispneje. Simptomi delirija se lahko spreminjajo in razlikujejo tudi pri enem pacientu. Bolj so izraženi proti večeru in ponoči. Klinične izkušnje kažejo, da se blage oblike delirija pojavljajo pri vseh terminalno bolnih. Za družinske člane je zmedenost pacienta zelo stresna. Pri premagovanju težav jim pomagajo nasveti, razlage in navodila zdravstvenega osebja (Benedik idr., 2008). Svojci potrebujejo zagotovila, da so simptomi delirija znak nepravilnega delovanja možganov in ne izraz bolečine ali trpljenja. Pacienta ne poskušamo orientirati v agitirani fazi in ga kakor koli popravljati, ker to po navadi stanje še poslabša. Namen zdravljenja je udobje pacienta in ne podaljševanje življenja.

Veliko skrb posvečamo zaprtju. Pacienti, ki za zdravljenje bolečine prejema opioide, potrebujejo tudi stimulanse za odvajanje. S povečevanjem odmerka opioida moramo vzporedno povečevati tudi stimulanse. Kadar pacient več dni ne odvaja, je včasih potrebna tudi klizma. Zaprtje poslabša apetit, povzroči napenjanje, slabost, poveča bolečine in neudobje pacienta. V skrajnem primeru je lahko tudi razlog za pacientov nemir, ki se stopnjuje v delirij. Patronažna medicinska sestra poučuje pacientove bližnje o pomembnosti te življenjske aktivnosti. H kakovostni paliativni oskrbi na domu veliko pripomorejo vnaprej predpisana zdravila za najpogostejše simptome v terminalni fazi obolenja: za bolečino, dispnejo, slabost, nemir ali hropenje (Metlikovič, 2011).

Pri izraženi slabosti/bruhanju poskušamo ugotoviti pravi vzrok težav in zagotoviti ustrezno terapijo. Pacientu ali svojcem moramo pojasniti, da se terapija jemlje redno, ne šele takrat, ko se moteči simptom pojavi. Pacientu je treba zagotoviti mirno okolje, ki je oddaljeno od hrane in močnih vonjav. Svetuje se še, da hrano pripravi nekdo drug, obroki naj bodo manjši. Hladna hrana, kot so krekerji ali prepečenec, povzročajo manj bruhanja.

Ko postane paliativni pacient oslabel in nepokreten, se posvetimo negi kože, preprečevanju ran zaradi pritiska, obračanju, hidraciji. Zelo pomembna je ustna nega. Patronažna medicinska sestra sproti poučuje pacientove bližnje, prehitavanje z informacijami lahko naredi več škode kot koristi.

Pacient lahko trpi tudi v odsotnosti bolečine in drugih motečih telesnih simptomov. Njegovo telesno simptomatiko sooblikujejo dejavniki, ki niso zgolj na telesni ravni. Ko bolezen napreduje, nas pacient lahko vpraša, koliko časa bo še živel. Metlikovič (2011) navaja, da je najbolje, da se odgovori kar z vprašanjem: »Kaj pa vi mislite, kako daleč je bolezen?« Včasih pacient želi samo izraziti strah. Ve, da je hudo bolan in da nimamo odgovora. Morda si želi le, da v stiski držimo z njim. Biti tiho in zdržati v tišini je težko, vendar je prav, da se tega učimo. Če pacient nakaže, da se želi pogovarjati o svojem strahu, ga vprašamo, kaj ga najbolj skrbi in mu damo dovolj časa za odgovor. Če je jezen ali razočaran (različne faze spoprijemanja z boleznijo), mu bo pomagalo, če lahko spregovori o svojih čustvih. Strah lahko zelo hromi pacienta in njegove bližnje.

Zlasti meje psihološke, socialne in duhovne oskrbe so med seboj pogosto zabrisane, ker se vse dotikajo na eni strani odnosa med pacientom, njegovimi svojci in svetom, ki ga obdaja, na drugi strani pa pacientovega odnosa do samega sebe, njegovega notranjega doživljanja in razumevanja sebe kot bolnika. Frank (1991, v Simončič, 2011) pravi: »To, kar bolezen naredi mojemu telesu, naredi mojemu življenju«.

S socialnega vidika je za oskrbo paliativnega pacienta v domačem okolju bistveno načrtovanje oskrbe. Pomembno je, da se vanj vključijo pacient in njegovi bližnji kot enakovredni in aktivni partnerji. Smisel skupnega načrtovanja je, da se upoštevajo vrednote, pa tudi pričakovanja pacienta in njegovih bližnjih. Za učinkovito načrtovanje oskrbe pacienta v domačem okolju je treba dobro spoznati težave in potrebe pacienta, za patronažno medicinsko sestro pa je pomembno tudi poznavanje družinskih razmer glede sposobnosti za oskrbo pacienta.

Potrebe paliativnega pacienta pa v nekaterih vidikih niso nič drugačne kot potrebe ostalih varovancev: vzdrževanje osebne higiene, skrb za odvajanje, udoben položaj v postelji, skrb, da ni lačen ali žejen, da ga ne boli, skrb za preoblačenje, mirno spanje, nemoteno dihanje. Skrb za psihične, socialne in duhovne potrebe pa je pri paliativnem pacientu drugačna. Patronažna medicinska sestra tako potrebuje znanje iz osnovne paliativne oskrbe, po potrebi pa v sodelovanje vključi tudi socialno službo. Za duhovne potrebe paliativnega pacienta pa doma največkrat poskrbijo njegovi bližnji (Kalšek, 2008).

Kadar je odpust pacienta iz bolnišnice organiziran, sta patronažna služba in družinski zdravnik pravočasno obveščena o njem. Takrat se lahko pripravi načrt paliativne oskrbe na primarnem nivoju. Pacient in tudi njegovi bližnji se tako počutijo bolj varne, vedo, na koga se lahko v primeru težav, nejasnosti glede terapije ali strahu obrnejo. V praksi pa je to največkrat patronažna medicinska sestra, ki jo pokličejo ob težavah tudi izven njenega delovnega časa. Kalšek (2008) meni, da je velikokrat od osebne drže, predanosti poklicu in lastne vizije poklica patronažne medicinske sestre odvisna kakovost in organizacija paliativne oskrbe na domu.

4. Vključevanje svojcev v paliativno oskrbo

Pri ocenjevanju pacientovih potreb, motečih ali potencialnih problemov je vloga svojcev velika. Kadar so odnosi v družini dobri, svojci velikokrat prvi zaznajo nastajajoče težave. Večino časa so ob pacientu svojci, vedo, ali ima bolečine, apetit, kako je z odvajanjem, ali ponoči spi, ali je anksiozen, depresiven. V času negovanja svojega bližnjega velikokrat razvijejo edinstven občutek za pomembne malenkosti.

V začetku paliativne oskrbe svojci potrebujejo veliko informacij o negi, o načinih zdravljenja bolečin, prehrani, o vseh praktičnih vidikih dobre oskrbe pacienta. Stvari, ki so zdravstvenemu osebju jasne, domače, enostavne, predstavljajo svojcem velik izziv. Skrbeti za nekoga, ki je neozdravljivo bolan, je za svojce velika odgovornost, skrb, prinaša tudi dvom v pravilnost lastnega dela, včasih tudi jezo, ki je usmerjena v zdravstveni sistem. Družinski člani čutijo tudi fizično obremenitev, ki jo prinaša

dolgotrajna nega in oskrba pacienta, na katero največkrat niso pripravljeni in je še ne obvladajo. Poskušajo najti vse mogoče načine in metode zdravljenja, ki bi utegnile še pomagati. Spremljanje na zdravljenje, na kontrolne preglede in terapije zahteva veliko angažiranja. Nemalokrat jim to povzroči gmotne težave, pomanjkanje časa, utrujenost, razdvojenost, osamljenost, odrekanje in izčrpanost.

Družina s paliativnim pacientom se znajde v hudi stiski in je zelo ranljiva. V tem času se spremeni tudi meja med družino in zunanjim svetom (Vodopivec–Jamšek, 2002). Svojce nevsiljivo spodbujamo, da se pogovarjajo s pacientom, da vključijo v pogovor vsakdanje stvari, lepe spomine. Prav je tudi, da se pogovorijo o stvareh, ki so ostale nerazrešene in morda boleče v njihovem odnosu, vendar samo, če pacient sam to želi. Tako se pogosto zgodi, da huda bolezen družino spet bolj poveže.

V skrbi za paliativne paciente na domu se izraža globoka človečnost – pomagati bližnjemu v zadnjem obdobju življenja oziroma tedaj, ko je jasno, da oboleli član družine ne bo mogel nikoli vrniti pomoči, ki mu jo nudijo domači. Za nekatere družine je potem to obdobje skupnega spopadanja z boleznijo v spominu kot nekaj edinstvenega, lepega kljub bolezni. Za nekatere družine pa je tudi zaradi pomanjkanja znanja in strahu to breme preveliko, pacient pa je kmalu zopet v bolnišnici. Po Poplas Susič (2011) sta kakovost in organizacija celostne paliativne oskrbe na domu odraz ne samo zdravstvenega sistema, pač pa tudi kulture naroda.

5. Metodologija

5.1. Namen raziskave

Z raziskavo smo želeli ugotoviti, kako pogosto patronažne medicinske sestre pri svojem delu obravnavajo pacienta, ki potrebuje paliativno oskrbo. Prav tako smo želeli ugotoviti, kateri so najpogostejši vzroki za hišni obisk patronažnih medicinskih sester, s katerimi motečimi simptomi se najpogosteje srečujejo v paliativni oskrbi, kdo sodeluje pri oskrbi paliativnega pacienta in kakšne so reakcije medicinskih sester na vprašanja svojcev.

5.2. Raziskovalna metoda in vzorec

V raziskavi, ki je bila izvedena med patronažnimi medicinskimi sestrami, smo uporabili kvantitativno metodo dela. Zbiranje podatkov je potekalo s pomočjo anketnega vprašalnika, ki je bil oblikovan na podlagi pregleda literature in izkušenj pri obravnavi paliativnih pacientov. Za predstavitev rezultatov raziskave je bila uporabljena deskriptivna metoda. K sodelovanju v raziskavi je bilo povabljenih 35 patronažnih medicinskih sester, zaposlenih v ZD Novo mesto, ZD Trebnje, ZD Brežice, ZD Krško in ZD Sevnica. Raziskava je bila izvedena v juliju 2012.

6. Rezultati

Iz rezultatov raziskave je razvidno, da je med medicinskimi sestrami v patronažnem varstvu 14 anketirancev (40 %) zaposlenih do 10 let, 10 (28,6 %) med 11 in 20 let, 7 (20 %) med 21 in 30 in samo 4 (11,4 %) nad 30 let.

Izobrazbena struktura pri anketiranih patronažnih medicinskih sestrah je naslednja: 20 (57,1 %) anketiranih ima visokošolsko izobrazbo, 7 (20 %) višješolsko, 6 (17,1 %) srednješolsko, 2 anketirana (5,7 %) pa imata univerzitetno izobrazbo.

Na vprašanje, ali se udeležujejo izobraževanja s področja paliativne zdravstvene nege, je 30 anketiranih (85,5 %) odgovorilo, da se udeležujejo izobraževanja, dva anketiranca (5,8 %) pa, da ne. Kot drugo v izobraževanju so izbrali 3 (8,6 %) anketirani.

V patronažnem varstvu vsakodnevno obravnavajo paliativne paciente 4 (11,4 %) anketirane medicinske sestre, enkrat ali večkrat tedensko 7 (20 %), večkrat mesečno 15 (25,7 %) in večkrat letno 15 (42,8) patronažnih medicinskih sester.

Anketirane patronažne medicinske sestre smo spraševali po vzroku hišnega obiska paliativnega pacienta. Na vprašanje je bilo možnih več odgovorov. »Zaradi aplikacije terapije« je odgovorilo 34 (97,1 %) anketiranih, na drugem mestu je vzrok obiska »prevez kroničnih ran« (88,6 %), sledi odgovor »zaradi izvajanja zdravstvene nege« (82,9 %). Izvajanje zdravstvenovzgojnega dela (nasveti, poučevanje pacienta ali svojcev) je poleg ostalih odgovorov izbralo 27 (77,1 %) anketiranih. Hišni obisk zaradi psihične podpore pacientu in svojcem je navedlo 30 (85,7 %) anketiranih patronažnih medicinskih sester.

Zanimalo nas je tudi, ali osebni zdravnik obiskuje paliativnega pacienta. Anketiranci so lahko navedli več odgovorov: »po potrebi na poziv svojcev« je odgovorilo 30 (85,7 %) anketiranih in »na priporočilo patronažne medicinske sestre« je odgovorilo 27 (77,1 %) anketiranih. Odgovor »ga ne obiskuje« so izbrale 4 (11,4 %) anketirane patronažne medicinske sestre.

Najpogosteje se anketirane medicinske sestre srečujejo z bolečino; odgovor je izbralo 33 (94,3 %) anketiranih. Pri hišnih obiskih se srečujejo še z oslabeledostjo (80 %), hujšanjem/kaheksijo (85,7 %), slabostjo/bruhanjem (74,3 %), obstipacijo (71,4 %), dispnejo (62,9 %). Manj pogosto pa se medicinske sestre srečujejo z motnjami zavesti/delirijem; odgovor je izbralo 6 (17,1 %) anketiranih medicinskih sester.

Kot vzrok splošne oslabeledosti so anketirane medicinske sestre navedle več odgovorov, in sicer: »napredovanje obolenja« 34 (97,1 %) anketiranih, »zaradi specifičnega zdravljenja« 7 (20 %) anketiranih, »spremljajoča obolenja« (slabokrvnost, okužba) 22 (62,9 %) anketiranih medicinskih sester. Kot vzroke za splošno oslabeledost so anketiranci izbrali še: bolečina 10 (28,6%), psihosocialna stanja 13 (37,1 %).

Ugotovili smo, da pri oskrbi v domačem okolju sodelujejo svojci (34 oz. 97,1 %). 12 (34,3 %) anketiranih medicinskih sester je navedlo, da so pri nekaterih pacientih vključeni v oskrbo tudi sosede, 18 (51,4 %) pa, da pri izvedbi nege na domu sodelujejo zaposleni iz domov za starejše občane. Vključevanje hospica v paliativno oskrbo v domačem okolju je omenilo 12 (34,3 %) anketiranih patronažnih medicinskih sester.

Pri vprašanju, »kdo sodeluje pri psihični podpori družine, ki neguje hudo bolnega svojca«, so anketirani lahko označili več odgovorov. Da sodeluje širša družina, je odgovorilo 32 (91,4 %) anketiranih, 34 (97,1 %) anketiranih patronažnih medicinskih sester sodeluje pri psihični podpori in družinski zdravnik v 30 (85,7%) primerih. Da sodeluje pri psihični podpori družine tudi hospic, je omenilo 11 (31,4 %) anketiranih, sodelovanje duhovnika pa 18 (51,4 %) anketiranih medicinskih sester. Polovica anketiranih (57,1 %) se strinja, da so svojci seznanjeni s hospicem.

Pri izvajanju paliativne oskrbe svojci velikokrat postavljajo vprašanja o zdravstvenem stanju pacienta. 32 (91,4 %) anketiranih medicinskih sester je odgovorilo, da jih informirajo le v obsegu svojih pristojnosti, 3 (8,6 %) pa svojce napotijo k osebemu zdravniku.

Paliativna oskrba je velikokrat izvajana v daljšem časovnem intervalu. Zanimalo nas je, »kakšni so občutki medicinskih sester pri dalj časa trajajoči paliativni oskrbi pacienta«. 31 (88,6 %) anketiranih medicinskih sester vzpostavi tesnejši stik s pacientom ali svojci. »Čutim nemoč,« jih je odgovorilo 23 (65,7 %), »sem žalostna« pa 12 (34,3 %) anketiranih medicinskih sester.

7. Razprava

Iz rezultatov raziskave smo ugotovili, da je visok delež anketiranih patronažnih medicinskih sester, ki obravnavajo paliativnega pacienta samo večkrat letno. Podatek nas je presenetil, ker je tendenca razvoja paliativne oskrbe ravno v večjem deležu paliativnih pacientov, ki se zdravijo, umirajo in umrejo v domačem okolju, hospitalizirani pa so v primeru neobvladljivih težav ali urgentnih stanj. Ugotovitev predstavlja možnost, da je paliativnih pacientov manj v domačem okolju, ker so bodisi hospitalizirani, so brez težav in ne potrebujejo paliativne oskrbe, ali pa je pomanjkljiva identifikacija paliativnih pacientov in njihovih potreb. Slednji vzrok se najpogosteje zasledi v literaturi, zaradi tega nekateri avtorji razmere v paliativni oskrbi ocenjujejo kot slabe.

Pomanjkljiva identifikacija pacientov, ki potrebujejo paliativno oskrbo v bolnišničnem okolju, je ena glavnih ovir pri uvajanju paliativne oskrbe v bolnišnicah. Kljub temu, da je na razpolago le osnovno znanje zdravstvenih delavcev, je vključevanje pozno, najpogosteje šele v procesu umiranja, zato se razmere upravičeno ocenjujejo kot slabe (Lunder, 2011). Predpostavljamo, da enako velja za izvajanje paliativne oskrbe v domačem okolju. Danes še vedno prepogosto velja prepričanje, da je čas za paliativno oskrbo šele ob koncu življenja, ko gre samo za oskrbo v procesu umiranja, v času intenzivnih sprememb in hudih telesnih simptomov.

Z raziskavo smo ugotovili, da se v domačem okolju pri obravnavi paliativnih pacientov najpogosteje vključujejo svojci, ki pripomorejo k celovitejši oskrbi umirajočega pacienta. Poleg tega se imajo tako svojci in umirajoči možnost posloviti. Svojci pa se v svojih zmožnostih pomagati umirajočemu zelo razlikujejo. Nekateri ob pacientu postanejo skoraj medicinske sestre, nekateri pa so tako prežeti s strahom pred vsem,

kar je v zvezi z umirajočim, da največkrat niso sposobni prevzeti odgovornosti in skrbi za svojca (Mudrovčič, 2003).

Zdravstveni delavci pogosto ob temah umiranja in smrti občutijo neugodje in jih to z močnim čustvovanjem izčrpa, zato se želijo pred tem zaščititi (Lunder, 2011b). Da je zdravstvena nega paliativnega pacienta zahtevna, meni večina anketiranih medicinskih sester. Kljub temu smo ugotovili, da jih večina vzpostavi tesnejši stik s pacientom ali svojci. Patronažne medicinske sestre prihajajo na pacientov dom večinoma v daljšem časovnem obdobju in razumljivo je, da se vzpostavijo tesnejše vezi.

8. Zaključek

Patronažna medicinska sestra je tista, ki po odpustu prva pride v družino s paliativnim pacientom, oceni potrebe pacienta in družine, se poveže z izbranim zdravnikom in pripravi načrt paliativne obravnave. V družini je prisotna več ur tedensko, ob težavah z izbranim zdravnikom komunicira po telefonu. Za celostno obravnavo paliativnega pacienta bi bilo smiselno organizirati skupni obisk zdravnika in patronažne medicinske sestre ter skupaj pripraviti načrt paliativne obravnave na domu. Kadar imamo načrt, lahko predvidimo neugodne simptome, jih hitro zaznamo in pravočasno ukrepamo. Tako se izognemo popoldanskim in nočnim intervencijam urgentne službe. Kadar imajo pacient ali njegovi bližnji možnost pridobiti potrebne informacije, to pomeni tudi manj nepotrebnih ponovnih hospitalizacij tega pacienta.

Neposrednih dokazov o kakovosti obravnave paliativnih pacientov, predvsem o vseh subjektivno merljivih motečih simptomih in psihosocialnih problemih, ne beležimo in jih ni mogoče zaslediti. Poznamo le posredne kazalce razvitosti paliativne oskrbe, ki so sledljivi po porabi zdravil, so delno razvidni iz razpoložljivega izobraževanja, organiziranosti paliativnih oddelkov in številu strokovnega kadra. Nobeden od navedenih kazalcev ne govori v prid razvitosti paliativne oskrbe v slovenskem prostoru. Raven razvitosti take oskrbe je najjasnejši kazalec osveščenosti neke družbe. Slovenija je v tem še mlada, nerazvita država. So pa v pripravi programi, da bi lahko v naš zdravstveni sistem vpeljali enoten organizacijski model paliativnih skupin za oskrbo neozdravljivo bolnih na vseh ravneh zdravstvenega varstva.

Mojca Saje, Bojana Filej

Holistic treatment of palliative patients in the local environment

Palliative care includes the health care of a patient from the diagnosis of any terminal illness and a progressive illness to death. It is pro-life and does not speed up or slow down the dying process. Its purpose is to enable the patient to have the best quality of the remaining life by alleviating suffering, especially managing pain and other

accompanying signs of illness. The time frame is unpredictable, lasting from only a few weeks to several years. As the number of people increase, this gives rise to chronic terminal illnesses and the number of patients who need palliative care. This kind of care can be provided in various environments. In most cases, care is probably provided at the patient's home, followed by palliative units or departments, residential and nursing homes, hospitals and hospices. Holistic palliative care means to effectively reduce all the unpleasant physical symptoms of a terminal illness and provide psychosocial and spiritual support during the illness for both patients and their relatives. From many viewpoints, the development of medicine in the last century has ensured higher quality of life. Many illnesses can be prevented or treated, and dying has become easier. For the most part, people are not afraid of death itself, as opposed to a difficult dying process and suffering caused by a terminal illness. One of the guidelines in providing palliative care is to enable an individual to die, or to die where the patient wants, meaning in the home environment with relatives at his/her side. 90 % of deaths is expected, since they follow a long-term chronic disease. Despite that, we are again and again surprised by death because we imagine it in the future, even when it is obviously close. Death is often a taboo because it feels distant from our daily life and happens in different institutions. More than 60 % of deaths happen outside home, in hospitals, residential and nursing homes and hospices. There are several reasons why dying takes place in hospitals rather than at home, whereby the most important reason is the transfer of care for the dying from the religious to the medical sphere. Following close relatives when they pass away and saying goodbye to them, gives family members the opportunity to offer all the help that the dying need, to spend together the last intimate moments and adapt to a new situation. Since most people die outside their home, family members are robbed of the opportunity to be beside the loved ones when they pass away. To accept care and help, it takes courage and willingness to make changes and take risks as well as forgiveness of the family. Care for others is a noble act of carers, although they may not be aware of it at that time. Palliative care at the primary level is provided by a family doctor, community nurse, social services, volunteers, support staff (a priest) and family members who play the key role. A community nurse is an indispensable member of a health team in family medicine. Her competences are closely intertwined with the competences of the family doctor, but she works independently and is not under direct supervision of the doctor. They both make visits to the palliative patient, but it involves two fields that are complemented. The provision of palliative care depends on the progression of the disease. The patient and his/her family members have all the support ensured if there is continuous and quality treatment. A community nurse and the services involved in the treatment of the patient should act in alliance, establish effective mutual communication as well as communication with the patient and his/her family, and should be included in the course of illness in the scope that the patient needs. In the process of palliative care, the patient often needs far more nursing care than a patient with a curable disease. At the beginning, family members need a lot of information because procedures, which are clear and simple to the nurse, pose a formidable challenge. Taking care of someone who has a terminal illness is a great responsibility and concern for family

members, and it also raises doubts in the correctness of their work, sometimes even anger that can be directed towards the health system. The palliative patient and his/her family members need the support environment, which means the establishment of mechanisms that ensure a feeling of homeliness, acceptance and understanding. Only in the home environment, which is open to mutual trust, the expression of feelings and the possibility to influence and participate in their daily activities, it is possible to speak of the quality of life of palliative patients and their relatives. In the research conducted among community nurses, we used a quantitative method of work. Data was collected by means of a survey questionnaire. The research included 35 community nurses who also provide palliative care. All the participants in the survey cooperated voluntarily, and anonymity was ensured, meaning that each nurse participating in the survey received the questionnaire and an envelope in which she sealed the filled in questionnaire. All the envelopes were identical, had a self-adhesive strip and were not marked. The community nurses included in the research mostly make house calls to employ analgesic therapy (97 %) and apply bandages to chronic wounds. In our work, we are faced with numerous symptoms of terminally ill patients, of which the most common ones are pain (94.3 %), weight loss/cachexia (85.7 %) and feebleness/tiredness (80 %). We also found that a high share of respondents (42.8 %) treat palliative patients only several times a year. In the home environment, care for the palliative patient is mostly provided by family members, whereas a third of the respondents stated that neighbours also participated in the care. In the opinion of the respondents, the psychological support to the family is given by the community nurse as well as the general practitioner, relatives, a priest and sometimes hospices. The basis for treating a patient with a terminal illness is care in the home environment. The transition from hospital treatment to home care should be well organised, whereby an important factor is a good flow of information that health professionals give to the patient and his/her family. The data of the surveyed nurses who treat palliative patients only several times a year indicates that we cannot generally speak of holistic treatment of palliative patients. The trends in the development of palliative care should be in a larger number of palliative patients that are treated, dying and die in the home environment, but they are hospitalised in the event of uncontrollable problems or an emergency. The finding presents the possibility that there are fewer palliative patients in the home environment because they are hospitalised, have no problems and do not require palliative care, or there is insufficient identification of palliative patients and their needs. The latter reason is most often mentioned in the literature, which is why some authors assess that there are poor conditions in palliative care. For holistic treatment of palliative patients, it would be reasonable to organise a joint visit by the doctor and the community nurse, and to draw up a plan of palliative care at home. When we have the plan, we can predict unpleasant symptoms, identify them and react on time. Thus, we can avoid the intervention of emergency services. When the patient and his/her family have a possibility to get the necessary information from a mobile team for specialist palliative care (as abroad), there are more than 50 % less unnecessary repeated hospitalisations of palliative patients. The level of development of palliative care is the best indicator of the awareness in a society. Educational programmes in medicine and

nursing care include minimum levels of learning about palliative care. The promotion of extensive training for health workers is the first necessary step towards more effective palliative care. In addition to knowledge, a change in viewpoints and skills is needed. Palliative care is distinguished from other methods of treatment in two key elements – it should be continuous and holistic. Continuous palliative care and the discharge of patients in the home environment are characterised by timely notification of the discharge of the patients in order to prepare an individual plan of treatment at the primary level of health care. Palliative care includes a holistic treatment of the patient's physical, psychological, social, spiritual and residential needs.

LITERATURA

1. Benedik, J., Červak, J., Červ, B., Gugić Kevo, J., Mavrič, Z., Serša, G. in Zakotnik, B. (2008). Pogosta vprašanja v paliativni oskrbi. Ljubljana: Onkološki inštitut.
2. Cesar-Komar, M. (2006). Paliativa. V: Krčevski Škvarč, N. (ur.), Zbornik predavanj - 10. seminar o bolečini (str. 40-45). Maribor: Slovensko združenje za zdravljenje bolečine.
3. Červ, B. (2006). Paliativna oskrba. V: Trampuž, R. (ur.). Celostna obravnava pacienta z rakom (str. 73-82). Nova Gorica: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Nova Gorica.
4. Debevc, L. (2006). Dihalna stiska pri bolniku v terminalnem stadiju raka. V: Krčevski Škvarč, N. (ur.). Zbornik predavanj - 10. seminar o bolečini (str. 75-79). Maribor: Slovensko združenje za zdravljenje bolečine.
5. Huntley, D. in Rice, R. (1996). The Hospice Patient. St. Louis: Mosby.
6. Jakhel, T. in Peternelj, A (2010). Ocena, poročanje, obravnava in vrednotenje motečih simptomov v paliativni oskrbi. V: Kadivec, S. (ur.). Zbornik zdravstvena obravnava bolnika s pljučno boleznijo in paliativna oskrba (str. 93-98). Golnik: Bolnišnica Golnik, Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo.
7. Jelen Jurič, J. (2009). Zdravstvena nega v zadnjih dneh življenja. V: Novaković, S., Zakotni, B. in Žgajnar, J. (ur.). 22. onkološki vikend. Paliativna oskrba bolnika ob koncu življenja (str. 41-50). Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, Kancerološko združenje, Onkološki inštitut Ljubljana Zveza slovenskih društev proti raku.
8. Kalšek, M. (2008). Vloga patronažne medicinske sestre v družini z umirajočim bolnikom. V: Patronažna medicinska sestra ob umirajočem bolniku (str. 25-31). Maribor: Združenje zasebnih patronažnih medicinskih sester.
9. Krajnc, M. in Čokolič, M. (2008). Umirajoči bolnik. Vloga patronažne medicinske sestre v družini z umirajočim bolnikom. Maribor: Združenje zasebnih patronažnih medicinskih sester.
10. Lawton, J. (2000). The dying process: patients experiences of palliative care. London and New York: Routledge.
11. Lunder, U. (2003). Paliativna oskrba – njena vloga v zdravstvenih sistemih. Zdravniški vestnik, 72 (11), 639-643.
12. Lunder, U. (2009). Paliativna oskrba v zadnjih dneh življenja. Golnik: Bolnišnica Golnik, Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo.
13. Lunder, U. (2011a). Paliativna oskrba v bolnišnici – organizacijske značilnosti, strokovne usmeritve. V: Lunder, U. (ur.). Izbrane teme paliativne oskrbe in praktične delavnice (str. 6-10). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, Bolnišnica Golnik – klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, v okviru EU Projekt OPCARE9.
14. Lunder, U. (2011b). Proces umiranja. V: Lunder, U. (ur.). Izbrane teme paliativne oskrbe in praktične delavnice (str. 23-25). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, Bolnišnica Golnik – klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, v okviru EU Projekt OPCARE9.

15. Lunder, U. (2011c). *Odprto srce: izkušnje in spoznanja ob umiranju in smrti*. Ljubljana: Mladinska knjiga.
16. Metlikovič, B. (2011). *Vloga patronažne medicinske sestre v paliativni obravnavi na domu*. V: Lunder, U. (ur.), *Izbrane teme paliativne oskrbe in praktične delavnice* (str. 15-19). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, Bolnišnica Golnik – klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, v okviru EU Projekt OPCARE9.
17. Mudrovčič, B. (2003). *Pomen svojcev v paliativni oskrbi in oskrbi v hospicu*. *Onkologija: strokovni časopis za zdravnike*, 7 (1), 41-44.
18. Ostaseski, F. (2004). *Prijateljstvo s smrtjo ali kako postati sočuten spremljevalec*. Ljubljana: Slovensko društvo Hospic.
19. Pahor, M. in Štrancar, K. (2009). *Ljudje v bližini smrti: kvalitativna raziskava*. *Obzornik zdravstvene nege*, 43 (2), 119-127.
20. Perrin, K. in McGhee, J. (2001). *Ethics and conflicts*. USA: Slack Incorporated.
21. Peternej, A. (2008). *Paliativna oskrba kot sestavni del kakovostne obravnave bolnika - vloga patronažne medicinske sestre v družini z umirajočim bolnikom*. Maribor: Združenje zasebnih patronažnih medicinskih sester.
22. Peternej, A. (2010). *Pomen kontinuirane in koordinirane obravnave v paliativni oskrbi*. V S. Kadivec (ur.), *Zbornik zdravstvena obravnava bolnika s pljučno boleznijo in paliativna oskrba* (str. 118-121). Golnik: Bolnišnica Golnik, Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo.
23. Poplas Susič, T. (2011). *Vodenje bolnikov v paliativni medicinski obravnavi na domu*. V: Lunder, U. (ur.), *Izbrane teme paliativne oskrbe in praktične delavnice* (str. 11-13). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, Bolnišnica Golnik – klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, v okviru EU Projekt OPCARE9.
24. Radbruch, L. in Payne, S. (2009). *Standards and norms for hospice and palliative care in Europe*. London: European Association for Palliative Care.
25. Rajer, M. (2009). *Motnje v delovanju pljuč, srca in ledvic v zadnjih dneh življenja*. V: Novaković, S., Zakotni, B. in Žgajnar, J. (ur.), *Paliativna oskrba bolnika ob koncu življenja* (str. 22-26). Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, Kancerološko združenje, Onkološki inštitut Ljubljana Zveza slovenskih društev proti raku.
26. Simonič, A. (2011). *Psihološka obravnava v paliativni oskrbi*. V: Lunder, U. (ur.), *Izbrane teme paliativne oskrbe in praktične delavnice* (str. 39-43). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, Bolnišnica Golnik – klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, v okviru EU Projekt OPCARE9.
27. Skela Savič, B. (2005). *Od besed k dejanju: Zdravstvena nega kot integralni del paliativne oskrbe onkoloških bolnikov*. *Obzornik zdravstvene nege*, 39 (4), 245-253.
28. Vodopivec-Jamšek, V. (2002). *Družina z umirajočim bolnikom*. V: Švab, I. in Rotar-Pavlič, D. (ur.), *Družinska medicina* (str. 105-111). Ljubljana: Sekcija splošne medicine Zveze zdravniških društev.
29. Žargi, T. (2000). *Principi paliativne oskrbe in paliativne zdravstvene nege*. V: Velepč, M. in Skela Savič, B. (ur.), *Priročnik iz onkološke zdravstvene nege in onkologije* (str. 207-216). Ljubljana: Onkološki inštitut.

Mojca Saje, mag., predavateljica na Fakulteti za zdravstvene vede Novo mesto.

E-naslov: mojca.m.saje@gmail.com

Dr. Bojana Filej, docentka na Fakulteti za zdravstvene vede Novo mesto.

E-naslov: bojana.filej@guest.arnes.si

Racionalno zdravljenje bolnikov s kroničnim venskim popuščanjem

Znanstveni prispevek

UDK 616.4-007.64:614.25

KLJUČNE BESEDE: varice, zdravljenje, družinski zdravniki, etika, profesionalizem

POVZETEK - Prispevek obravnava problem zdravljenja kroničnega venskega popuščanja z vidika specialista družinske medicine. V skupini 628 ambulantnih bolnikov je ugotovljeno, da je 41,7 % bolnikov uporabilo eno od metod zdravljenja, in sicer so si 3 % kirurško zdravili varice, 3,5 % jih je jemalo venoaktivna zdravila, 10 % je uporabilo sklerozacijsko zdravljenje, medtem ko se je 13 % bolnikov zdravilo s kompresijskim elastičnim povojem. V prispevku razpravljamo o možnih vzrokih neustreznega zdravljenja varikoloških bolnikov. Medikamentozno zdravljenje ne odpravlja varic in tudi nima kozmetičnega učinka. Sklerozacijsko zdravljenje, ki je upravičeno pri metličastih (teleangiektazijah) in retikularnih varicah, je večinoma dolgotrajno, stališče do kirurškega zdravljenja pa je pri velikem številu bolnikov odklonilno. Z druge strani so subjektivne težave relativno blage, ko so patološke spremembe omejene na področje makrocirkulacije, pa se varikološki bolniki, posebej starejši, zanimajo za druge »velike« bolezni.

Scientific article

UDC 616.4-007.64:614.25

KEY WORDS: varicose veins, holistic treatment, family physician, ethics, professionalism

ABSTRACT - The article discusses issues related to the treatment of chronic venous insufficiency from the perspective of a family medicine specialist. Out of 628 outpatients included in the study, 41.7 per cent used one of possible treatments, with 3 per cent resorting to varicose vein surgery, 3.5 per cent of the patients taking venoactive medications, and 10 per cent opting for sclerotherapy, while 13 per cent of the patients were treated with elastic compression bandages. The article examines the possible causes of treatment found in patients with varicose veins. Drug treatment does not remove varicose veins and aesthetic issues are not dealt with either. Sclerotherapy is suitable for fighting spider (teleangiectasy) and reticular varicose veins. The treatment often takes a long time, and the majority of patients are not in favour of surgical treatment. On the other hand, when pathological changes are limited to macrocirculation and subjective problems are fairly mild, varicose veins patients, notably the elderly, are more interested in other »big« diseases.

1. Uvod

Kronično vensko popuščanje (KVP) označuje skupek znakov in simptomov, ki spremljajo kronično povišanje krvnega tlaka v spodnjih udih in so rezultat strukturnih in funkcionalnih nenormalnosti venskega sistema. V ospredju so cilindrične ali ampularne razširitve ven v povirju vene safene magne in parve (retikularne varice), zbirnih ven in venul kože in podkožja (metličaste varice ali teleangiektazije) in kožne spremembe, kot so pigmentacije, hipostazni dermatitis, lipodermatoskleroza ter golenja razjeda (Mlačak, Ivka in Ladika, 2011; Nicolades, 2000).

Objektivne znake KVP spremljajo številni subjektivni simptomi, kot so krči, bolečine, utrujenost in zatekanje goleni. Bolezni ven na udih, predvsem na spodnjih, so zaradi svoje pogostosti, kroničnega poteka, odsotnosti z dela, dolgotrajnega zdravljenja in relativno pogostih zapletov pomemben socialnomedicinski problem (Bollinger, 1979, Nicolades, 2000).

Široki spekter kliničnih slik, ki so posledica kroničnega venskega popuščanja, kot tudi različna starost, poklic, navade in kozmetične zahteve posameznika, določajo pri posameznem bolniku izoblikovan terapevtski načrt. Z raziskavo smo želeli ugotoviti, koliko ambulantnih bolnikov s KVP se zdravi oziroma uporablja eno od metod zdravljenja. Istočasno smo želeli ugotoviti, v koliko se ugotovljeni način zdravljenja sklada s strokovnimi smernicami za zdravljenje KVP.

2. Metode in preiskovanci

Raziskava je zajela 628 oseb med 40. in 87. letom starosti, povprečna starost je bila 65 let, od tega 375 žensk in 253 moških. Skupino smo oblikovali tako, da smo v obdobju 3 mesecev vsakega tretjega bolnika, starejšega od 40 let, ki je prišel v ambulanto, zajeli v skupino. Ločeno smo analizirali preiskovance v mestu in na vasi ter upoštevali še kraj bivanja, poklic in aktivnosti pri rednem delu.

Na podlagi kliničnega pregleda smo ugotavljali spremembe na venah spodnjih udov in iz anamneze in zapisov v zdravstvenemu kartonu pridobili podatke o načinih dosedanjega zdravljenja KVP.

Za raziskovanje bolezenskih sprememb na venskem sistemu spodnjih udov smo uporabili klasifikacijo CEAP. Omenjena klasifikacija vključuje klinični (C), etiološki (E), anatomski (A) in patofiziološki (P) vidik kronične venske odpovedi.

Klinični del klasifikacije temelji na kliničnih znakih kronične venske bolezni in zajema sedem razredov ali stadijev: 0 = ni vidnih ali tipljivih znakov venske bolezni, 1 = teleangiektazije ali retikularne varice, 2 = krčne žile (varice), 3 = otekline t.j. flebedem, 4 = kožne spremembe (hiperpigmentacija, lipodermatoskleroza), 5 = kožne spremembe, opisane pri razredu 4 in zaceljena venska razjeda in 6 = prej omenjene kožne spremembe in aktivna venska razjeda (Mlačak, Ivka in Ladika, 2011; Nicolaides, 2000).

S pomočjo testa hi-kvadrat smo ugotavljali razliko v prevalenci KVP na vasi in v mestu. Istočasno smo testirali razliko v pogostosti zdravljenja med bolniki, ki živijo v mestu, in tistimi na vasi.

3. Rezultati

Varice so prisotne pri 83,8 % moških in 85,1 % žensk starejših od 40 let. Pogostost kroničnega venskega popuščanja pri moških in ženskah po kliničnih razredih je prikazana v tabeli 1. Razvidno je, da je pogostost bolezenskih sprememb kliničnih razredov C4, C5 in C6 pomembno manj kot lažjih oblik C1, C2 in C3 ($p < 0,001$).

Tabela 1: Pogostost kroničnega venskega popuščanja pri moških (N = 235) in ženskah (N = 375) po kliničnih razredih CEAP klasifikacije

<i>Spol</i>	<i>Moški</i>		<i>Ženski</i>	
	<i>Število</i>	<i>%</i>	<i>Število</i>	<i>%</i>
<i>Varice</i>				
<i>C0</i>	41	16,2	56	14,9
<i>C1</i>	128	50,6	199	53,1
<i>C2</i>	38	15,0	58	15,5
<i>C3</i>	31	12,2	41	10,9
<i>C4</i>	10	4,0	12	3,2
<i>C5</i>	40	1,6	6	1,6
<i>C6</i>	1	0,4	3	0,8

Vir: Anketni vprašalnik, 2011.

Podatki in tabeli 2 kažejo, da je 38 % bolnikov na vasi in 45 % bolnikov v mestu s kroničnim venskim popuščanjem uporabilo eno od metod zdravljenja. Ženske na vasi in v mestu se pomembno pogosteje od moških zdravijo z venoaktivnimi zdravili in z mazili, pogosteje se poslužujejo sklerozacijske terapije in povijanja s kompresijskim elastičnim povojem ($p = 0,01$).

V tabeli 2 so prikazani bolniki s kroničnim venskim popuščanjem na vasi in v mestu po načinu zdravljenja.

Tabela 2: Bolniki s kroničnim venskim popuščanjem na vasi (N = 254) in v mestu (N = 277) glede na dosedanje zdravljenje.

<i>Zdravljenje</i>	<i>Vas</i>		<i>Mesto</i>	
	<i>Število</i>	<i>%</i>	<i>Število</i>	<i>%</i>
<i>Kompresijska terapija</i>	32	12,4	37	13,3
<i>Venoaktivna zdravila</i>	7	3,0	11	4,0
<i>Skleroterapija</i>	21	8,2	33	11,8
<i>Kirurško zdravljenje</i>	7	2,6	9	3,4
<i>Druge oblike zdravljenja</i>	30	11,8	35	12,7
<i>Brez zdravljenja</i>	157	62,0	152	54,8

Vir: Anketni vprašalnik, 2011.

4. Razprava

Rezultati naše raziskave kažejo veliko pogostost bolezenskih sprememb na venah spodnjih udov pri ambulantnih bolnikih v Metliki. Epidemiološki podatki kažejo, da ima v populaciji dvajsetletnih oseb 20 % bolezenske spremembe na venah nog, medtem ko je delež pri starejših od 60 let večji od 80 % (Nicolades, 2000; Bunta, 1972). V lastni raziskavi na reprezentativnem vzorcu populacije, ki je zajela 1178 oseb, starejših od 20 let, so bile varice ugotovljene pri 29,4 % moških in 41 % žensk na vasi.

Istočasno so bile varice pri mestnem prebivalstvu najdene pri 15 % moških in 33,7 % žensk (Mlačak, 1979). V naši raziskavi je prevalenca KVP znatno višja zaradi starosti preiskovancev, saj s starostjo pogostost KVP pomembno narašča. Vrednosti, ki jih navajajo posamezni avtorji za prevalenco KVP v izbrani populaciji, so zelo različne in se gibljejo od 10 % do 86 %. Omenjeni podatki niso posledica vedno večje obolevnosti pri določeni populaciji, ampak so rezultat razlik v starostni in spolni strukturi opazovanega vzorca populacije ter neenotne flebološke terminologije (Bollinger, 1979; Nicolades, 2000). Uveljavljena in sprejeta CEAP klasifikacija bo pripomogla, da bodo v prihodnosti rezultati epidemioloških raziskav bolj natančni in primerljivi.

Pri zdravljenju bolezenskih sprememb na venskem sistemu izhajamo iz dejstva, da odpravljanje patološkega refluksa izboljšuje hemodinamske razmere v smislu zmanjšanja kroničnega venskega zastoja in zmanjšanja venske hipertenzije. Vsi postopki, kot so operacija, sklerozacija varic povrhnjega venskega sistema in elastično kompresijsko povijanje, ki objektivno izboljšuje učinkovitost venske črpalke pri kroničnem venskem popuščanju, so dopolnilne metode zdravljenja. Zaradi tega je cilj zdravilnih ukrepov pri osamljenih bolezenskih pojavih zunaj fascijskega sistema, ob zadostno delujočem globinskem, odstranitev temeljnih bolezenskih sprememb in ne narobe – odstranjevanje posledic ob še vedno prisotnem temeljnem dogajanju.

Če se namreč usmerimo na lokalno zdravljenje poznih posledic kroničnega zastoja, hipostaznega dermatitisa ali razjede in hkrati ne odstranimo vzroka omenjenih posledičnih stanj, se nenehno srečujemo s ponovitvami in poslabšanji. Pri primarnih varicah in posledičnih stanjih ne moremo vplivati na temeljni vzročni dejavnik, ki je v prirojeni manjvrednosti opornega aparata. Z ukrepi sekundarne preventive, predvsem z elastičnim kompresijskim zdravljenjem, le deloma vplivamo na modificirajoče dejavnike, soudeležene pri razvoju bolezni. Če odstranimo prisotne bolezenske spremembe, varice, ni več pogojev za venski zastoj in vensko hipertenzijo, ki sta temeljna patogenetska dejavnika kroničnega venskega popuščanja (Baričević, 1975; Nicolades, 2000). Za doseg tega cilja sta na voljo le dve možnosti, kirurško zdravljenje in sklerozacija varic oziroma vzajemna uporaba obeh metod. Pri tem moramo poudariti manj radikalen pristop žilnih kirurgov pri kirurškem zdravljenju krčnih žil, kajti vene uporabljajo za poznejše premostitve arterijskih zapor. Načeloma je kirurško zdravljenje metoda izbire za bolnike z varicami v povirju vene safene magne in parve s popuščanjem safenofemoralnega in safenopoplitealnega ustja z insuficientnimi perforantnimi venami ter golenjo razjedo, če je posledica omenjenih motenj. Popolna ozdravitev v tem primeru je odstranitev vseh dostopnih krčnih žil velike vene safene, če sta obe prizadeti in zapora oziroma prekinitev perforantnih ven. Pri omenjenih varikoznih spremembah, najpogosteje povzročenih s popuščanjem ene ali več perforantnih ven ob sicer zadostnem odtoku skozi večji del glavnih debel obeh safen in ob zadostnem delovanju ustij se priporočajo delni kirurški posegi na zunajfascijskem venskem sistemu. Sklerozacija je tudi odstranitvena metoda, saj z njo izključimo prizadeto veno iz sistema venskega obtoka. Uporabna je tudi kot samostojna metoda ali pa kot dopolnilo kirurškemu zdravljenju, kot je operativna odstranitev glavnih, varikozno spremenjenih debel, nato sklerozacija varic, ki so še ostale. Vbrizgavanje sklerozacijskih snovi

v varikozne vene povzroči žilni spazem, nato vnetno reakcijo, ki žilno steno spremeni v trdo brazgotino. Pri zadostni koncentraciji sklerozacijske snovi fibrozno tkivo v celoti izpolni svetlino varikozne vene in pride do popolnega vezivnega preoblikovanja nefunkcionalne varikozne vene. Za sklerozacijsko zdravljenje se praviloma odločamo pri teleangiektazijah, varicah manjšega premera (1-3mm) ter varicah, zaostalih po operativni terapiji (Baričevič, 1975; Bollinger, 1979). Pri tako izbranih indikacijah lahko sklerozacijsko zdravljenje KVP izvaja tudi družinski zdravnik, ki se je za to usposobil.

Z zdravili ni mogoče pomembno vplivati na hemodinamiko v velikih propulzij-skih deblih. Ni zdravil z nespornim selektivnim delovanjem na gladke mišice v razširjenih povrhnjih venah. Zato ime »venotonik« ali »antivarikozum«, ki jih neupravičeno pritikajo nekaterim zdravilnim sredstvom, nima strokovne podlage. Nekaj učinka imajo posamezna zdravilna sredstva na venule in venski del kapilar v mikrocirkulaciji. Tam delujejo v smislu zmanjševanja prepustnosti kapilar po različnih mehanizmih, tako da zmanjšujejo edem in omilijo bolečino, občutek napetosti in krče. Te lastnosti naj bi imeli derivati divjega kostanja, kot je escin, glukofuranozoidi, dihidroksibenzensulfonat in flavonski glikozidi. Flavonoidi, zlasti mikronizirani diosmin in hisperidin, sodijo med redka zdravila s klinično dokazano učinkovitostjo v zdravljenju KVP. Mikronizirana prečiščena frakcija flavonoida zmanjšuje viskoznost krvi, zmanjšuje vnetje v mikrocirkulaciji kot tudi prepustnost kapilar, izboljšuje tonus ven in posledično pospešuje vensko in limfno drenažo. Po priporočilih Združenja za žilne bolezni, je kombinacija lokalne oskrbe, kompresijskega zdravljenja in farmakološkega zdravljenja KVP z mikroniziranim diosminom učinkovita in stroškovno upravičena pri stadiju C6 (venska razjeda), kadar kirurško zdravljenje KVP ni izvedljivo. Z ozirom na ugotavljanje močne protivnetne in antiagregacijske učinke diosmina, so potrebne klinične in epidemiološke raziskave, ki bodo v prihodnosti ponudile odgovor o smotrnosti predpisovanja flavonoidov v preventivi KVP (Bergan, 2007).

Kompresijsko zdravljenje je načeloma upravičeno pri skoraj vsaki odtočni motnji venskega ali mezo govne sistema, pa naj bo akutna ali kronična. Pomembnejše indikacije lahko strnemo v šest skupin, in sicer: globoka venska tromboza in povrhnji tromboflebitis, varice pred sklerozacijo, med njo in po njej ali po kirurškem zdravljenju, kronično vensko popuščanje (hipostazni dermatitis, posttrombotični sindrom, ulkusi), limfedemi druge oblike in zvrsti edemov udov ter stiskanje v preventivne namene. Zastoj in venski refluks je mogoče pri venski insuficienci preprečiti z enakim protipritiskom, ki deluje na venski sistem distalno od insuficientnega odseka. Velike pritiske, ki preprečujejo refluks in nastanek zastoja je mogoče doseči s stiskanjem bolnega uda z elastično nogavico ali povojem. Ta namen pa bo dosežen le, če bo stiskanje dovolj čvrsto in enakomerno. Pritisk mora biti na periferiji vselej močnejši kot v proksimalnih delih. To dosežemo s povijanjem celotnega spodnjega uda, od distalnega dela preko insuficientnega odseka. S tem mobiliziramo zastoj in poskušamo doseči refluks krvi. Pritisk v distalnem delu goleni, ki ga želimo doseči, naj bi bil pri pretežno sedečem približno 40 mmHg, pri bolniku, ki pretežno hodi pa 60 mmHg. V proksimalni polovici goleni naj pritisk v smeri proti kolenu oziroma dimljam postopo-

ma popušča. Pri vseh oblikah KVP je namen kompresijskega zdravljenja zmanjšanje, nato pa trajno preprečevanje ponavljanja edemov. To pa je možno doseči z vztrajnim elastičnim povijanjem, ki omogoča vzpostavitev zadostnih kolateralnih povezav, ki premostijo prizadeti del vene in prevzamejo količino krvi, ki je sicer prej odtekala skozi okvarjeno vensko deblo. Kompresijsko zdravljenje pri vseh oblikah KVP in limfedemov je praviloma dolgotrajno zaradi preprečevanja venskega zastoja in edema (Baričevič, 1975; Bollinger, 1979).

Podatki kažejo, da se veliko število bolnikov s KVP ne zdravi ustrezno. Zavest bolnikov o potrebnosti zdravljenja bolezenskih stanj venske cirkulacije ni na zadovoljivi ravni. Vzrokov za takšno stanje je več. Medikamentno zdravljenje ne odpravlja varic in tudi nima kozmetičnega učinka. Sklerozacijsko zdravljenje je večinoma dolgotrajno, stališče do kirurškega zdravljenja pa je pri velikem številu bolnikov odklonilno. Na operativni poseg bi pristali samo v življenjsko nujnih primerih. Za druge so subjektivne težave relativno blage, ko so patološke spremembe omejene na področje makrocirkulacije, pa se varikološki bolniki, posebej starejši, zanimajo za »velike« bolezni. Vprašanje pa je, kako zdraviti veliko število varikoloških bolnikov, ki nimajo kritičnega odnosa do svoje bolezni.

Ljubljanski simpozij o bolezenskih stanjih venske cirkulacije okončin v letu 1976 je predstavil osnove stopenjske diagnostike in delitve dela v flebologiji. Na voljo imamo sodobne smernice za zdravljenje in odkrivanje kroničnega venskega popuščanja, ki jih je oblikovalo slovensko Združenje za žilne bolezni. Danes je vse manj ostro nasprotujočih si mišljenj, ali dati prednost kirurškemu ali konzervativnemu zdravljenju. Strokovna odločitev v točno določenem primeru, ki mora upoštevati doktrinarna stališča zdravljenja, kot tudi točno določenega bolnika z vsemi njegovimi sociološko-biološkimi značilnostmi, se zdi najbolj primerna. V sedanjem času je flebološka služba še vedno organizacijsko prešibka in kadrovske nezadostna, da bi lahko po načelih sodobne doktrine v flebologiji zdravila vse varikološke bolnike, tj. osebe s kroničnim venskim popuščanjem. Soočen z omenjeno problematiko, si mora zdravnik družinske ali splošne medicine zastaviti konkreten načrt zdravljenja lastnih varikoloških bolnikov.

Zdravstvena vzgoja bolnikov in celotnega prebivalstva v obliki poljudnih predavanj ima nalogo, da seznanijo prebivalstvo tudi z varikološko problematiko. Predvsem poudarjamo pomen zdravega načina življenja, zmerne telesne dejavnosti, profesionalne zaščite na delovnem mestu, zgodnje diagnoze in ustreznega zdravljenja kot osnovne pogoje za preprečevanje razvoja poznejših, težjih oblik bolezni. Pomembno vlogo v preventivnem delu, posebno v zdravstveni vzgoji prebivalstva, ima patronažna medicinska sestra. Zgodnje odkrivanje patoloških stanj venske cirkulacije, ugotavljanje zapletov pri starejših osebah, poučevanje bolnikov, posebej nosečnic in starejših oseb o uporabi elastičnega povoja in izvajanja vaj za krepitev mišic spodnjih udov so naloge, ki jih opravlja patronažna medicinska sestra. Zdravnik družinske medicine prvi registrira varikoznega bolnika z rutinskim presejanjem svojih bolnikov, če misli na bolezenska stanja venske cirkulacije. To lahko opravi tudi z organiziranimi sistematskimi pregledi najbolj ogroženih skupin prebivalstva (žene v rodni dobi, starejši ob-

čani). Istočasno opravlja primarno triažo varikoloških bolnikov ter upoštevajoč prej omenjene značilnosti točno določenega bolnika določa način zdravljenja. Bolnike s popuščanjem safeno-femoralnega in safeno-poplitealnega ustja z insuficientnimi perforantnimi venami ter izraženimi varicami v področju vene safene magne in parve pošilja h kirurgu. Nekatere pošilja direktno na bolnišnično zdravljenje (globoka venska tromboza). Venski ulkus goleni praviloma zdravi osebni zdravnik ambulantno v sodelovanju z dermatologom, razen dolgotrajnih ponavljajočih se golenjih razjed, ki jih hospitaliziramo na dermatološkem oddelku ali oddelku za žilno kirurgijo. Vsi bolniki se vrnejo k svojemu zdravniku zaradi nadaljevanja zdravljenja, uvedenega v bolnišnici ali pri specialistu. Administrativno urejanje bolniškega staleža, vodenje postopka za prekvalifikacijo ter ocena delazmožnosti so tudi opravila družinskega zdravnika, ki so povezana s problematiko varikoloških bolnikov. Največje število bolnikov zdravi družinski zdravnik samostojno z metodami konzervativnega zdravljenja (elastično kompresijsko povijanje, medikamentozno zdravljenje, zdravljenje s sklerozacijo, fizioterapija). To so bolniki, ki ne želijo specialističnega zdravljenja, kot tudi tisti, pri katerih je kontraindicirano operativno zdravljenje. V tej skupini so bolniki s širokim razponom bolezenskih sprememb od flebektazij in varic do venskega ulkusa, pri katerih konzervativno zdravljenje, upoštevajoč kontraindikacije za večje terapevtske posege, daje dobre rezultate. Cilj vseh ukrepov je, da z zgodnjo diagnozo in ustreznim zdravljenjem preprečimo razvoj težjih oblik bolezni in invalidnosti. Zato ima organizacijska oblika, v kateri nudi osnovno zdravljenje in zaščito varikološkimi bolnikom tim zdravnika družinske medicine s specialistom konzultantom kot višjo kakovostjo, v sedanjem času svojo organizacijsko, kadrovsko in ekonomsko podlago. Zdravnik družinske medicine ima pri reševanju kompleksne problematike kroničnega venskega popuščanja tudi določene prednosti, ker lahko spremlja rezultate aktivnih ukrepov za spreminjanje dejavnikov tveganja v svoji populaciji, resnično povezuje dejavnosti posameznih strok ter vrednoti uspešnost in pomen komplementarnih metod zdravljenja.

Eno od temeljnih načel opravljanja zdravniškega poklica je, da je zdravnik svoboden v izbiri metod in načinov zdravljenja. Omenjeno splošno veljavno načelo je nemogoče vedno uveljaviti, kajti medicinska znanost in sodobna tehnologija ponujata mnogo več, kot je zaradi omejenih finančnih sredstev možno uresničiti. V takšnih okoliščinah etične norme zdravniku nalagajo, da z razpoložljivimi sredstvi ravna racionalno in tako čim širšemu krogu bolnikov omogoči potrebne zdravstvene storitve. Racionalnost pa je tesno povezana s kakovostjo, kajti izkušen in strokovno usposobljen zdravnik lažje ter bolj usmerjeno izbira diagnostične postopke in načine zdravljenja brez nepotrebnih preiskav in nepreverjenih načinov zdravljenja (Petek-Šter, 2011).

Temeljni pogoj za strokovno brezhibno in racionalno ravnanje zdravnika je znanje, ki se mora stalno dopolnjevati in preverjati. Omenjena praksa omogoča v zaostrenih pogojih gospodarjenja uporabo diagnostičnih in terapevtskih postopkov, ki so znanstveno preverjeni, finančno dostopni in strokovno opravičeni (Poredoš, 2003).

Bolnikovo zaupanje in svoj poklicni ugled si zdravnik družinske medicine ohrani le, če v svoji vlogi bolnikovega svetovalca in zagovornika njegovih pravic in interesov nastopa potrpežljivo in pošteno, opremljen z najsodobnejšim strokovnim znanjem in

veščinami. Pri tem mora spoštovati temeljne etične vrednote, kot so: dobronamernost, neškodljivost, bolnikova samostojnost, pravičnost, resnicoljubnost in zaupnost (Tušek-Bunc in Vasić, 2011).

Poklicna avtonomija zdravnika je določena s strokovnim znanjem in veščinami, z etičnimi načeli in standardi ter s sodobnim načinom nadzora. Jasno postavljene vrednote in standardi so osnova za učinkovit nadzor, ki se izvaja kot samonadzor, nadzor znotraj tima (interni strokovni nadzor) ter zunanji nadzor, ki ga izvajajo organizacije, ki so na nacionalnem nivoju zadolžene za zagotavljanje kakovosti.

Tveganje v medicini obstaja vedno, vendar ga je mogoče s skrbnim spremljanjem kakovosti in ugotavljanjem odstopanj in napak pri oskrbi zmanjšati ter povečati varnost oskrbe. Pri zagotavljanju varnosti nam pomaga sodobna informacijska tehnologija, periodično merjenje kakovosti, vzpostavljen sistem nadzorov in vodenja ter razvita kultura odnosa do napak, ki prizna obstoj napak in hkrati omogoča, da se odpravijo (Šorli, 1995).

Uporaba na dokazih temelječih kliničnih smernic je standard, ki naj bi praviloma pomenil kakovostno obravnavo bolnikov. Pri obravnavi multimorbidnih bolnikov, ki imajo pogosto več kot en zdravstveni problem, ni mogoče sočasno uporabiti (uveljaviti) priporočila različnih smernic za obravnavo posameznih kroničnih bolezni, ker bi to povzročilo veliko verjetnost interakcij med zdravili, veliko obremenitev z različnimi diagnostičnimi postopki in načini zdravljenja ter večje stroške (Petek-Šter, 2011).

Sistem zdravstvenega varstva z omejenimi finančnimi sredstvi in istočasno pojav večjega števila bolezni pri posamezniku ne omogočata udejanjanja vseh na dokazih temelječih priporočil pri vsakdanji obravnavi bolnika, po drugi strani pa okolje, v katerem bolniki živijo, ne omogoča, da bi živeli v skladu s priporočili, ki jih smernice ponujajo.

Vprašamo se, koliko se ugotovljeni način zdravljenja KVP sklada s strokovnimi smernicami za zdravljenje KVP.

Zdravljenje krčnih žil in kroničnega venskega popuščanja sta v našem primeru potekala v skladu s strokovnimi priporočili in celostnim ter v bolnika usmerjenim pristopom, ki je upošteval starost, zdravstveno stanje in samostojnost bolnika kot partnerja pri načrtovanju terapevtskega načrta. Kritično sprejemanje kliničnih smernic in priporočil pomeni racionalno, varno in profesionalno odgovorno vodenje bolnika s KVP. Tako npr. sklerozacijsko zdravljenje retikularnih varic pri 80-letnem bolniku s številnimi kroničnimi boleznimi ni racionalno in strokovno opravičeno, ker bi imelo samo kozmetični učinek in pacienta dodatno obremenjevalo zaradi dodatnih diagnostičnih postopkov in dolgotrajnega zdravljenja. Podobno pri hudem srčnem bolniku z debelnimi varicami ne bi uporabili kirurškega zdravljenja, čeprav bi bilo zaradi razširjenosti bolezenskega procesa indicirano, zaradi možnih zapletov pri splošni anesteziji ali kooperativnih trombotičnih dogodkov pri slabše gibljivem kardiološkem pacientu. V tem primeru bomo priporočali nošenje elastičnega povoja ali nogavic ter gibanje, ki je dopustno pri srčnem bolniku.

Rešitev je celosten in v bolnika usmerjen pristop, ki temelji na partnerskem odnosu in medsebojnem zaupanju pri zdravljenju. Pri celostni, varni obravnavi določenega zdravstvenega problema imajo glavno vlogo strokovnost in kakovostna oskrba, ki temelji na treh osnovnih načelih medicinskega profesionalizma: delati v dobro bolnika, spoštovati bolnikovo avtonomijo pri zdravljenju in upoštevati načelo socialne pravičnosti (Petek-Šter, 2011; Starc, 2012). Bolnikovo sodelovanje pri oskrbi je praviloma odločujoče, vse dokler je v skladu s strokovnimi priporočili in z etično prakso (Šorli, 1995). Za uresničitev celostne, varne in racionalne obravnave bolnikov s KVP je potreben zdravnik profesionalec, ki je klinično kompetenten, ima specifično znanje in veščine in ga odlikujejo humanizem, altruizem, odgovornost in sposobnost dobre komunikacije in razumevanje (Petek-Šter, 2011; Tušek-Bunc in Vasić, 2011).

To je pogoj za primerno zdravstveno oskrbo, ki je skladna s potrebami bolnikov ter zmožnostmi zdravstvenega sistema, hkrati pa vzpostavlja z bolnikom odnos sodelovanja in zaupanja.

Blaž Mlačak

Rational approaches to the treatment of patients with chronic venous insufficiency

The objective of the research was to establish how many outpatients with chronic venous insufficiency (CVI) use one of treatment methods. We also wanted to determine to what extent the established treatment method complies with professional guidelines for CVI therapy.

The research included 628 individuals between the age of 40 and 87, out of which there were 375 females and 253 males, the average age was 65. We formed the group by including every third patient above the age of 40 who came to the clinic within a 3-month period. We separately tested examinees living in the town and country. We also considered their place of residence, occupation and routine duty activities. Following a clinical examination, we determined changes in the veins of the lower extremities, and obtained data on CVI treatment methods up to that point from medical history and medical records. The CEAP classification was used to study pathological changes in the lower extremity venous system. This classification includes a clinical (C), etiologic (E), anatomic (A) and pathophysiological (P) aspect of CVI. The clinical part of the classification rests on clinical signs of the chronic venous disease and consists of seven categories or stages: 0 = no visible or palpable signs of venous disease, 1 = telangiectasies or reticular veins, 2 = varicose veins, 3 = oedema, the so-called phlebedema, 4 = skin changes (hyperpigmentation, lipodermatosclerosis), 5 = skin changes described under 4 and healed venous ulcer as well as 6 = aforementioned skin changes and active venous ulcer. We used the chi-square test to determine the difference in the prevalence of CVI in the country and town. At the same time, we

tested the difference in the frequency of therapy between patients living in the town and country.

Varicose veins were found in 83.8 % of men and 85.1 % of women above the age of 40, whereby 14.9 % of females and 16.2 % of men fall into category C0, 50.6 % of females and 53.1 % of men fall into C1, 15.5 % of females and 15 % of men into C2, 10.9 % of females and 12.2 % of men into C3, 3.2 % of females and 4 % of men into C4, 1.6 % of females and 1.6 % of men into C5 and finally 0.8 % of females and 0.4 % of men into C6. It is evident that the frequency of pathological changes in the clinical categories C4, C5 and C6 is significantly lower than milder forms in the categories C1, C2 and C3 ($p < 0.001$).

The data reveals that 38 % of CVI patients living in the country and 45 % of CVI patients living in the town used one of treatment methods. 12.4 % of country patients and 13.3 % of town patients employ compression therapy, 3 % of country patients and 4 % of town patients take venoactive drugs, 8.2 % of country patients and 11.8 % of town patients resort to sclerotherapy, while 11.8 % of country patients and 12.7 % of town patients underwent surgical treatment of varicose veins. Compared to men, women living in the country and town are significantly more often treated with venoactive drugs and creams, they more often use sclerotherapy and bandaging with compression elastic bandages ($p < 0.01$).

The data shows that a large number of CVI patients are not treated adequately. The question is how to treat such a large number of varicose vein patients who lack critical attitude towards their disease.

The most appropriate professional decision in a specific case has to follow doctrinal therapy views as well as consider a specific patient, including all his/her sociological and biological traits.

The objective of health care education of patients and the entire population in the form of popular lectures is to additionally inform the population about varicose vein issues. We especially emphasise the role of a healthy lifestyle, moderate physical activity, occupational safety in the workplace, an early diagnosis and an adequate treatment as the basic conditions to prevent the development of subsequent and severe forms of the disease. A community nurse plays an important role in preventive work, mostly in the health care education of the population. Early detection of venous circulation pathological conditions, determining complications in older individuals, raising awareness among patients, notably pregnant women and older people, about the use of an elastic bandage and performing exercises for strengthening lower extremity muscles are the tasks carried out by a community nurse. A family physician is the first who registers a varicose vein patient by performing routine screening of his/her patients when suspecting venous circulation pathological state. This can also be done through organised general health check-ups of the most threatened groups in the population (women in their reproductive years, older citizens). At the same time, he/she conducts primary triage of varicose vein patients and sets a treatment method by bearing in mind the aforementioned traits of a specific patient. Patients suffering from insufficiency of the saphenofemoral and saphenopopliteal junction with insufficient

perforant veins and prominent varicose veins in the area of the vena saphena magna and parva are referred to a surgeon. Some patients are directly referred to hospital for treatment (deep venous thrombosis). As a rule, venous shin ulcer is treated by a family physician in the outpatient clinic in cooperation with a dermatologist, with the exception of long-term recurring shin ulcers which are treated at the dermatology department or the vascular surgery department. All the patients return to their doctor in order to continue the therapy introduced at the hospital or by a specialist. Administrative management of sick leave, conduct of retraining procedure as well as the assessment of working ability also fall under the responsibility of a family physician when it comes to varicose vein patients. The highest number of patients is treated independently by a family physician with conservative treatment methods (elastic compression bandages, drug therapy, sclerotherapy treatment, physiotherapy). These are the patients who do not wish specialist treatment as well as those patients where surgery is contraindicated. This group of patients experiences a wide range of pathological changes - from phlebectasias and varicose veins to venous ulcer. In these cases, conservative treatment produces good results by bearing in mind contraindications for major surgeries. The objective of all measures is to prevent the onset of serious illness and disability by making an early diagnosis and starting proper treatment.

LITERATURA

1. Baričevič, J. (1975). Uvod v flebologijo. Ljubljana: Partizanska knjiga.
2. Bergan, J. J. (2007). The vein book. Amsterdam: Elsevier.
3. Bollinger, A. (1979). Funktionelle Angiologie. Stuttgart: Thieme.
4. Bunta, S. (1972). Prispevek k preučevanju problematike t. i. »varikoznega sindroma« pri zaposleni populaciji v nekaterih panogah dejavnosti. Ljubljana: Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani.
5. Mlačak, B. (1979). Epidemiologija patoloških stanja venske cirkulacije na področju jedne občine. Zagreb: Medicinski fakultet.
6. Mlačak, B., Ivka, B., Ladika, R. (2011). Kronične bolezni povrhnjih ven in kronično vensko popuščanje. Zdravstveni vestnik, 80 (12), 917-932.
7. Nicolades, A. N. (2000). Investigation of chronic venous insufficiency. Circulation, 102 (3), 1-49.
8. Petek-Šter, M. (2011). Dileme in nevarnosti profesionalizma v luči kakovosti dela. V: Klemenc-Ketiš, Z. (ur.), Profesionalizem, 28. učne delavnice za zdravnike družinske medicine (str. 41-47). Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine. SZD.
9. Poredoš, P. (2003). Ravnanje zdravnika v pogojih omejenih gmotnih možnosti. V J. Balažič, P. Kornhauser (ur.), Medicinska etika, 9. spominsko srečanje Janeza Milčinskega (str. 29-33). Ljubljana: Inštitut za sodno medicino Medicinske fakultete.
10. Starc, J. (2012). Komunikacija kot sredstvo izražanja pacientovih potreb. V: Filej, B. (ur.), Celostna obravnava pacienta – kako daleč smo še do cilja? (str. 277-284). Novo mesto: Visoka šola za zdravstvo Novo mesto.
11. Šorli, J. (1995). Kakovost – rešitev za zdravstvo v krizi. Zdravstveni vestnik, 64 (2), 61-62.

Vpliv ekonomizacije poslovanja na pacientovo varnost

Znanstveni prispevek

UDK 005+614.253.8+614.8

KLJUČNE BESEDE: zdravstvo, ekonomizacija, pacienti, varnost, učinkovitost, menedžment

POVZETEK - V zdravstvu imamo opravka z omejenimi viri na eni strani ter neomejenimi in naraščajočimi potrebami na drugi strani. Zato ni čudno, da se, še posebej v času vsesplošne gospodarske in finančne krize, tudi v zdravstvu pojavljajo vedno večje zahteve po učinkovitosti, kakovosti in odgovornosti za skrbno ravnanje z viri. V zadnjih letih se tako pojavljajo vse večje težnje po prenašanju metod, orodja in aktivnosti podjetništva oziroma trga tudi v zdravstvo. Mnogim se zdi koristna privatizacija v javni zdravstveni službi, katere prednosti naj bi bile: pozitiven odnos do dela, občutek za stroške, prilagodljivost, ustvarjalnost, odgovornost za poslovni uspeh itd. Prenajanje tržnih zakonitosti v zdravstvo, privatizacija in ekonomizacija zdravstva pa ne pomeni ravno bonitete za paciente. Praviloma se odrazi v prerazporeditvi sredstev in storitev od revnejših k bogatejšim slojem državljanov in posredno k manjši varnosti večine pacientov. Kljub vsem navedenim pomislekom pa je v zdravstvu treba odpreti novo zgodbo, ki bo govorila o uspešnem in učinkovitem menedžmentu, katerega končni cilj je tudi večja kakovost zdravstvenih storitev in pacientova varnost.

Scientific article

UDC 005+614.253.8+614.8

KEY WORDS: health care, economisation, patient safety, effectiveness, management

ABSTRACT - In health care we operate with limited sources on one hand, and with unlimited and increasing needs on the other. Thus, especially in the time of general economic and financial crisis, demands for better effectiveness, quality and responsibility for caring treatment of sources are not extraordinary. In the last years, therefore, we can notice an increasing tendency for transferring methods, tools and activities of economics or the market to health care. Many consider privatization of public health care useful, listing advantages such as positive attitude to work, sensible expense coordination, adjustment, creativity, responsibility for business success, et cetera. However, transferring marketing methods into health care, privatization and economization does not bring benefits to the patients. Generally, it results in reorganization of means and services between lower and higher classes of citizens, and indirectly to a lower safety for most patients. Despite all enumerated doubts, health care needs a new story written, one which will talk about a successful and effective management with the final aim of a higher quality of health services and patient safety.

1. Uvod

Javni izdatki za socialno varnost v zadnjih desetletjih vse bolj ogrožajo uravnoteženost in skladnost ekonomskega in socialnega razvoja držav. Visoki stroški dela skupaj s prispevki in davki za socialno varnost v razvitih evropskih državah, kamor spada tudi Slovenija, grozijo z zniževanjem konkurenčne sposobnosti njihovih narodnih gospodarstev na mednarodnih trgih. Temu se je v zadnjih letih pridružila še velika vsesplošna finančna, gospodarska in vrednostna kriza. Navkljub vsem neugodnim razmeram pa v evropskih državah ostaja prepričanje, da sta dobro zdravje in blaginja ljudi še vedno prioriteta razvojna cilja. Visoka kakovost življenja, ki temelji na zdravju, neizključenosti in solidarnosti, je temeljna pravica ljudi in sodi v javni interes in javno odgovornost.

Zdravo prebivalstvo je nujni pogoj za zdravo gospodarstvo. Je strukturni indikator razvoja gospodarstva in blaginje držav, kot je zapisano v Lizbonski strategiji. Samo zdravi državljani bodo lahko ustvarjali, ohranjali in iskali bodo prepotrebna delovna mesta in se lažje spoprijemali z negotovostjo in stresom vse zahtevnejšega globalnega trga. Povezavo med zdravjem in blagostanjem so dokazale številne strokovne študije. Zastoji in ovire pri dostopnosti do zdravstvenih storitev ter nižja kakovost in standard zdravstvenih storitev pomenijo podaljšanje trajanja zdravljenja in zmanjšujejo varnost pacientov, kar posledično pomeni manj zdrave ljudi. Po drugi strani zdravstveni sektor tvori kar 10 % evropskega BDP in tako postaja pomembna narodnogospodarska kategorija vsake države. Zdravstvene storitve in z njimi povezane inštitucije so med največjimi delodajalci v EU. Preprečevanje bolezni skupaj s pravočasno dostopnostjo do učinkovitega zdravljenja in zdravstvenih storitev je ključna ekonomska komponenta vsake družbe.

Tako ne preseneča, da se države vse bolj obračajo k menedžerjem v zdravstvu, ki naj s strokovnim znanjem pomagajo blažiti naraščajoče finančne stiske. Njihova naloga naj bi bila organizirati in voditi delovne procese tako, da bo mogoče ohraniti doseženo raven zdravstvenih storitev in s tem socialnega blagostanja ljudi v okviru objektivno omejenih javnih finančnih virov. Pomanjkanje javnega denarja za zagotavljanje zdravstvenih storitev in pravic naj torej delno nadomesti dober menedžment. Menedžerji v javni zdravstveni službi bodo znali najti notranje rezerve v zdravstvenih organizacijah, pravilno organizirati in razporediti delo ter urediti delovne procese, se osredotočiti na odhodke (stroške) in ne le na prihodke ter tako povečati učinkovitost in uspešnost izvajalcev zdravstvene dejavnosti. Vnesli naj bi menedžersko znanje in inovativno tveganje, značilno za podjetnike, ter sebi lastno poslovno, ekonomsko in organizacijsko kulturo.

Mnogim se zdi koristna privatizacija v javni zdravstveni službi. Od nje veliko pričakujejo, saj povečujejo njene prednosti, kot so: občutek za stroške, prilagodljivost, ustvarjalnost, inovativnost, motiviranost in odgovornost za poslovni uspeh itd. Prepričani so, da je privatizacija pravo zdravilo za dvig celovite kakovosti zdravstvene službe ter učinkovito obvladovanje javnih izdatkov zanjo. Zaenkrat pa žal dejstva oziroma rezultati privatizacije ne kažejo zelenih rezultatov. Višja kakovost zasebnega dela ostaja še vedno vprašljiva, izdatki za zdravstveno varstvo pa še vedno prehitro naraščajo. Edina zanesljiva sprememba je ta, da zasebni monopoli nadomeščajo javne.

Vedno večje zahteve po povečevanju učinkovitosti, kakovosti in odgovornosti za skrbno ravnanje z viri v javnem zdravstvenem sektorju povzročajo vse bolj agresivni prenos metod, orodij in aktivnosti podjetništva in ekonomizacije v zdravstvo. Vendar je treba poudariti, da vrednote, kot so solidarnost, pravičnost, etika, enakopravna dostopnost, ki predstavljajo temeljni vrednostni input v javno zdravstveno službo, ne sodijo v ekonomiko. Prav tako uvajanje pretirane ekonomizacije v zdravstvo s pretiranim varčevanjem na delovni sili, materialnih stroških in opremi lahko resno ogroža pacientovo varnost. Kljub vsem navedenim pomislekom pa je v zdravstvu treba odpreti novo zgodbo, ki bo govorila o uspešnem in učinkovitem menedžmentu, katerega končni cilj je tudi večja kakovost zdravstvenih storitev in varnost pacienta.

2. Značilnosti zdravstvene dejavnosti

Zdravje ljudi je za državo tako pomembna vrednota, da organizira zdravstveno varstvo kot javno službo. Z zakoni uredi obseg in kakovost pravic iz javnega zdravstvenega zavarovanja na ravni, ki ustreza uravnoveženemu ekonomskemu in socialnemu razvoju vse družbe ter kulturni tradiciji. Zdravstvena dejavnost se izvaja javno, zasebno ali pa je kombinacija obeh. Organizacijski okvir izvajanja je mreža javne zdravstvene službe. Ta po velikosti ustreza obsegu in sestavi pravic iz javnega zdravstvenega zavarovanja. Država določi pravila ravnanja subjektov, ki so vključeni v izvajanje javne zdravstvene službe, in jih nadzoruje.

2.1. Zdravstvo kot nepridobitna dejavnost

Močno determinirano poslovno okolje je poglavitna lastnost, ki loči nepridobitne organizacije od pridobitnih. Pri nas so ustanovitelji in lastniki javnih zdravstvenih zavodov lokalne skupnosti ali država. V svetu pa so lastniki tudi osebe zasebnega prava, na primer dobrodelni skladi, ki jih ustanavljajo bogati posamezniki, cerkev in drugi. Ti s prenosom lastnega premoženja v dobrodelne namene ne zahtevajo ekonomskih koristi. Povečujejo pa si spoštovanje in ugled v družbi. Včasih pa sodelujejo tudi v upravljanju zdravstvene organizacije.

Javni zdravstveni zavodi so nepridobitne organizacije, ki se od pridobitnih razlikujejo v mnogih značilnostih. Zaradi temeljnih razlik med profitnimi in neprofitnimi v zasledovanju osnovnega cilja, kjer prva sledi k maksimiziranju dobička in s tem vrednosti za lastnike, pa je glavni cilj neprofitnih organizacij, v tem primeru javnih zdravstvenih zavodov, zagotavljanje zdravstvenih storitev za doseganje zadovoljstva uporabnikov in blaginje skupnosti. Zato pri ugotavljanju uspešnosti javnih zdravstvenih zavodov ne moremo uporabiti meril, kot sta donosnost sredstev (angl. return on assets – ROA) in kapitala (angl. return on equity – ROE). Merjenje uspešnosti javnih zdravstvenih zavodov otežuje korektno vrednotenje opravljenega dela. Otežuje racionalen odgovor na vprašanja, ali sta bila obseg in sestava virov ustrezna ter ali so doseženi zdravstveni rezultati (doseženo boljše zdravje posameznikov in skupnosti) vredni porabljenih virov.

Zasebni lastniki pridobitnih podjetij načrtujejo dolgoročno. Ne želijo, da bi se njihovo premoženje zmanjšalo. Temu primerno ravna tudi menedžment v teh podjetjih. Dolgoročno načrtovanje je še kako potrebno tudi javnim zdravstvenim zavodom. Z zamenjavo oblastnikov pa se pogosto hitro menjajo tudi menedžerji. Ti so različno usposobljeni za dolgoročne in kratkoročne upravljalne in poslovodne naloge v javnem zdravstvenem zavodu. V takšnih primerih je načrtovanje raje kratkoročno kot dolgoročno ali pa ga sploh ni.

2.2. Značilnosti opravljanja zdravstvenih storitev

Opravljanje (»proizvodnja«) javnih zdravstvenih storitev ima nekaj posebnosti, po katerih se javni zdravstveni zavod močno loči od gospodarskih subjektov, ki

proizvajajo tržne dobrine. Najbolj očitne so neoprijemljivost uspešnosti opravljanja zdravstvenih storitev, neločljivost izvajanja storitev in njihove uporabe ter minljivost zdravstvenih storitev.

Zdravstvene storitve opravljamo z namenom, da bi uporabniku – pacientu izboljšali zdravje. Tudi če smo prepričani, da nam je to uspelo, ne moremo natančno ugotoviti, koliko »boljšega« zdravja smo dosegli, saj gre pri tem za nematerialno kakovost in ne za materialno količino, ki bi jo lahko izmerili ali stehali. Težave imamo pri določanju deleža zdravstvene oskrbe pri boljšem zdravju bolnika. Rezultati zdravljenja so precej odvisni tudi od odzivanja pacientovega organizma ter od njegovega sodelovanja v procesu zdravljenja. Zaradi nedoločljive uspešnosti zdravstvene oskrbe velja, da ni mogoče zanesljivo meriti ali ocenjevati vloge izvajalcev zdravstvene dejavnosti pri dobrih ali slabih zdravstvenih izidih. Prizadevanja za trajni napredek kakovosti zdravstvene oskrbe in varnosti pacientov gredo prav v smeri, da bi povečali delež zdravstvenih delavcev pri doseganju boljšega zdravja in da bi ta delež, če je le mogoče, tudi merili.

Bolnik je vselej neposredno vključen v opravljanje zdravstvenih storitev in je sestavni delle-teh. Neposredna navzočnost daje bolniku izjemne možnosti, da sam ocenjuje delo zdravstvenega osebja. Zelo objektivno lahko oceni primernost časa, ko je bil pozvan k zdravniku, opremljenost delovnih prostorov, organiziranost dela in druge razmere v zavodu. Lastna doživetja pacient strni v zadovoljstvo oziroma nezadovoljstvo z zdravstveno oskrbo.

Značilnost opravljanja zdravstvene dejavnosti je tudi minljivost zdravstvenih storitev. Teh ni mogoče ločiti v prostoru in času. Se takoj porabijo. To pa lahko povzroča izvajalcem kar nekaj preglavic pri uravnavanju tekočega povpraševanja po njihovih storitvah.

2.3. Standardizirana zdravstvena oskrba

Standardizacija opravljanja zdravstvenih storitev ni izključna lastnost zdravstvenih dejavnosti. Bolj znana je v industriji, kjer jo spremlja tudi tipizacija izdelkov množične proizvodnje. Pri standardizaciji zdravstvene oskrbe gre za napisana ali nenapisana jasna in trdna pravila ravnanja, ki so znana kot strokovna medicinska doktrina oziroma strokovni poklicni standardi. Uporaba standardiziranih postopkov v procesu zdravljenja, zlasti če so napisani, odstranjujejo pri izvajalcu negotovost, ki bi jih spremljala pri iskanju novih ali drugačnih metod zdravstvene oskrbe. Uporaba strokovnih poklicnih standardov ima precej prednosti. Omogoča korektno in sproščeno delo, povečuje učinkovitost in produktivnost dela, s katerim zdravstveni delavci dosegajo zdravstvene izide. Pri morebitnih zapletih in neželenih izidih zdravljenja pa imajo velike možnosti, da so oproščeni krivde iz subjektivnih razlogov. Z vsem navedenim bistveno pripomore h kvaliteti zdravstvenih storitev in varnosti pacientov.

V prihodnje pa bo vse težje standardizirati odnose med bolnikom in zdravnikom. Razvoj gre v smer širjenja človekovih individualnih pravic. Mnogi napovedujejo, da bo individualizacija zdravstvene oskrbe zelo pomemben dejavnik celovitega socialnega razvoja. Temu naj bi se prilagodila tudi ponudba zdravstvenih storitev. Morda

bo potreben nov razmislek o družbeni pravičnosti in o vzdržljivi ravni solidarnosti med ljudmi na področju zdravstvenega varstva. Do tedaj pa bodo standardi zdravstvene oskrbe za zavarovane osebe javnih zdravstvenih zavarovanj še vedno pomembno orodje pravičnega dostopa do dogovorjenega zdravstvenega varstva ter orodje obvladovanja javnih izdatkov za zdravstveno varstvo. V standardizaciji zdravstvene dejavnosti na javni račun bo tako ostal vgrajen pritajen, vendar trajen interesni spor med bolnikom in zdravnikom, ki oba želita zelo veliko, in javnim zdravstvenim zavarovanjem, ki jima vsega ne more dati.

2.4. Specifično oblikovanje ponudbe in povpraševanja zdravstvenih storitev

Ponudba javnih zdravstvenih storitev nastaja precej drugače kot ponudba tržnih dobrin. V pridobitnih organizacijah menedžment samostojno odloča o proizvodnem programu ter pogojih prodaje, skladno z usmeritvami lastnikov in ponudbe ter povpraševanja na trgu. Oblikovanje javnih zdravstvenih programov teče drugače. Menedžmentu javnega zdravstvenega zavoda so prihranjene tržne odločitve o proizvodnji in prodaji storitev, ki so v pridobitni organizaciji vir poslovnega tveganja. Preučevanje trga zdravstvenih storitev (razen ko gre za dodatno tržno dejavnost zavoda) ni potrebno. Trženje je torej odveč. Ciljna skupina možnih kupcev so vse zavarovane osebe javnega zdravstvenega zavarovanja. Drugače od tržnih dobrin, je splošna, neselektivna dostopnost do zdravstvenih storitev med ključnimi zahtevami delovanja javne zdravstvene službe.

Imamo pa tudi pri zdravstvenih programih opraviti s ciljnimi skupinami »odjemalcev«. Ti temeljijo na posebnih zdravstvenih potrebah določenih skupin prebivalstva, kot npr.: bolniki s kroničnimi nenalezljivimi boleznimi, duševni bolniki, invalidne osebe, ljudje z nezdravimi življenjskimi navadami, otroci, mladostniki, ženske v rodnem obdobju, starejši, brezdomci, etnične skupine itd. Za vse te skupine se oblikujejo posebni zdravstveni programi, ki so dostopni samo njim, ker jih drugi ne potrebujejo. Zdravstveni programi so pretežno dogovorjeni na nacionalni ravni in razdeljeni med konkretne izvajalce s pogodbami z javnim plačnikom. V njih so navedene tudi cene. V ponudbo in porabo zdravstvenih storitev pa se zelo radi vključujejo tudi politiki. Zanje je zdravstveno varstvo zelo odmevno področje, kjer si s »skrbjo za zdravje ljudi« naberajo dragocene politične točke.

3. Privatizacija v zdravstvu

Pritisk na privatizacijo javnih služb, ne le zdravstvenih, so pred desetletji vsiljevale zlasti konzervativne vlade (reaganizem, thatcherizem) in je bil tedaj spremljevalec začetka globalizacije svetovnega gospodarstva. Globalizacija se sicer ni imela namena širiti na področja socialne varnosti, saj naj bi države še naprej reševale socialne probleme prebivalstva. Kljub temu se je mnogim že tedaj zdelo, da je koristna tudi privatizacija v zdravstvu. Od nje so veliko pričakovali. Poveličevali so njene prednosti,

kot so: občutek za stroške, prilagodljivost, ustvarjalnost, motiviranost in odgovornost za poslovni uspeh.

Pri zasebnem opravljanju javne zdravstvene službe je nekaj pričakovanih zapletov, ki izvirajo iz pridobitne narave zasebnega dela in niso skladni z javnim zdravstvenim interesom. Privatizacijo monopolnih storitvenih dejavnosti, ki delujejo v javnem interesu, vselej spremlja nevarnost izkoriščanja posebnega tržnega položaja zasebnega izvajalca, v katerem največ izgubljajo uporabniki storitev. Nihče ne more trditi, da se to ne dogaja tudi v privatizirani javni zdravstveni službi. Zasebnemu delu v javni zdravstveni službi lahko dodamo še interese morebitnih zasebnih lastnikov po materialnih zmogljivostih, ki praviloma niso človekoljubni.

Danes še vedno iščemo odgovore na vprašanje o končnih ekonomskih in socialnih učinkih privatizacije javne zdravstvene službe. O tem, kaj z njo pridobivamo in kaj izgublamo, s tem pa končno tudi o smiselnosti zasebnega opravljanja javnih zdravstvenih storitev. Kanadski profesor Robert G. Evans (1997) pravi, da zagovorniki trga v zdravstvu dejansko niso nikdar želeli pravega kompetitivnega trga, temveč trg, ki bi ga upravljali s pomočjo in v korist določenih zasebnih interesov. Mednarodne izkušnje zadnjih štirideset let kažejo, da je večje naslanjanje na trg povezano z negativnim učinkom na sistem zdravstvenega varstva – neenakostjo, neučinkovitostjo, visokimi stroški in javnim nezadovoljstvom. Združene države Amerike so najboljši primer za te negativne učinke, zato ni čudno, da je v času največje gospodarske krize predsednik Obama uspel s pravkar sprejeto revolucionarno zdravstveno reformo, s katero bistveno omejuje prosti trg zdravstvene oskrbe državljanov.

Dejstvo je, da tržni mehanizmi v zdravstvu prinašajo koristi določenim vplivnim skupinam in sicer:

- Dražji sistem zdravstvenega varstva prinaša preko višjih cen višje dohodke oskrbovalcem (zdravnikom), farmacevtskim tovarnam in zasebnim zavarovalnicam.
- Zasebno plačilo razprši celotne stroške sistema glede na porabo (ali pričakovano porabo) zdravstvenih storitev, kar stane bogatejše in bolj zdrave sloje prebivalstva manj, kot če je financiranje sistema urejeno preko davkov, ki so odvisni od dohodka.
- Bogatejši bolj zdravi ljudje si lahko kupijo boljši dostop in kakovost zase, ne da bi jim bilo treba podpirati enak standard za druge.

Na ta način je vedno bilo in je tudi sedaj vzpostavljeno naravno zavezništvo ekonomskih interesov med izvajalci zdravstvenih storitev in bogatejšimi sloji prebivalstva, ki teži k premiku financiranja sistema zdravstvenega varstva od javnega k zasebnemu.

3.1. Privatizacija (podeljevanje koncesij) v zdravstvu v Sloveniji

Pravne podlage za mešan javno-zasebni model zdravstva smo v Sloveniji dobili že leta 1992 v pričakovanju, da bo soobstoj javnega in zasebnega spodbudil konkurenco in razvoj v zdravstvu. Pričakovanja so do danes ostala neizpolnjena. Brez prave strategije, netransparentno so ponekod ustanovitelji razgrajevali zdravstvene ustanove (predvsem zdravstvene domove na primarni ravni), namesto da bi skrbeli za njihov

obstoj in razvoj. Doslej smo tako privatizirali že več kot polovico zobozdravstva in tretjino ostalih dejavnosti na primarni ravni.

Zagovorniki koncesij sicer trdijo, da pri podeljevanju koncesij ne gre za privatizacijo. Žal takšna stališča ne zdržijo kritične in pravne presoje. Podeljevanje koncesij je privatizacija, saj koncesionar opravlja javno zdravstveno službo kot samostojen pravni subjekt in v zasebno-pravnem režimu. Koncesija je dejansko oblika privatiziranega izvajanja javne službe. S podelitvijo koncesije se vzpostavijo razmere, ko se v javni zdravstveni službi lahko ustvarjajo dobički oziroma presežki, ki jih ni treba vračati v dejavnost. Za zasebnika je dobiček pričakovana kategorija, njegovo omejevanje pa celo v nasprotju z ustavo.

Velika pomanjkljivost in slaba izkušnja v zvezi s koncesijami je dejstvo, da dela koncesionarjev z izjemo ZZZS nihče ne nadzoruje, zaradi česar prihaja do mešanja javne in zasebne dejavnosti in interesov, in to pretežno v škodo javne zdravstvene dejavnosti. Kakovost je v takem nepreglednem zasebništvu, še posebej na specialistični ravni, ogrožena, s tem pa tudi varnost pacienta. Zasebnik in njegov tim nimata osnovnega strokovnega nadzora, ki ga izvaja izkušen predstojnik oziroma skupina izkušenih strokovnjakov. Ni strokovne podpore, ki jo lahko nudijo kolegi sodelavci. Ni vsakodnevnih strokovnih sestankov in posvetovanj. Ni zaveze k neprestanemu izobraževanju, ki je v javnih zavodih delovna obveznost in eden izmed pogojev napredovanja zdravstvenega delavca. Nista podvržena neprestanemu preverjanju kakovosti svojega dela. Zato vsi ti problemi v javnosti sprožajo plaz nezadovoljstva in zahtev po spremembah na tem področju.

4. Izzivi menedžmenta v zdravstvu v luči večje varnosti pacientov

Naloga menedžerjev je, da s pomočjo planiranja, organiziranja, vodenja in kontroliranja uresničujejo zastavljene cilje združbe na učinkovit in uspešen način. Menedžerji v zdravstvu poleg poslovnih ciljev zasledujejo in izpolnjujejo tudi občutljive zdravstvene in socialne cilje, povezane s solidarnostjo, enakostjo in pravično dostopnostjo do zdravstvenih storitev. Delujejo pod močnim vplivom zunanega in notranjega okolja. Omejujejo jih mnogi predpisi.

Menedžerji v zdravstvu morajo obvladovati stroške in hkrati povečevati učinkovitost dela, tako da se kljub omejeni rasti prihodkov povečujejo kakovost, obseg in raznolikost zdravstvenih storitev. Imeti morajo multidisciplinarno znanje s področja sociologije, ekonomije, statistike, matematike, psihologije, organizacije in drugih ved. Za menedžerja v zdravstvu je zato izjemno pomembna verodostojnost, ki temelji na lastnem trdnem stališču in zmožnosti za pošteno in razumno razpravljanje z drugačnimi mnenji in stališči, ter pravičnosti, poštenosti in socialni občutljivosti. Iz take vloge in lastnosti menedžerjev v zdravstvu izvirajo mnogi problemi oziroma izzivi, s katerimi bodo v prihodnje soočeni menedžerji na ravni posameznih institucij in na ravni države.

4.1. Jasna določitev razmerja med funkcijo upravljanja in funkcijo menedžmenta ter odgovornosti

Ena od večjih slabosti javnih zdravstvenih zavodov je slabo definirano razmerje med funkcijo upravljanja in funkcijo menedžmenta. Zdravstvenim ustanovam so naloženi številni cilji, ki so večkrat medsebojno protislovni, ker socialni in politični cilji pogosto niso v skladu z ekonomskimi. Organ upravljanja v zdravstvenem zavodu je svet zavoda, ki ga sestavljajo predstavniki ustanoviteljev (države ali lokalne skupnosti), zaposlenih zavoda in zavarovancev. Kljub dejstvu, da imajo večino članov sveta, in s tem možnost nadzora nad menedžmentom, ustanovitelji, v večini primerov sveti zavodov ne opravljajo svoje nadzorne vloge. Za nadzor niso vzpostavljeni poenoteni mehanizmi in enoten sistem, ki bi vseboval konkretnije kazalce merjenja uspešnosti upravljanja in menedžmenta javnih zavodov, zlasti z vidika preverjanja učinkov izrabe javnih sredstev, in zasledovanje cilja, da mora zavod uporabniku za prejeta javna sredstva zagotavljati čim bolj kakovostne storitve. Tudi pri ugotavljanju odgovornosti menedžerjev za slabo delo in poslovanje zdravstvenih zavodov se sveti raje zatekajo k iskanju objektivnih vzrokov in krivcev izven zavodov. Menedžerjem v praksi svet zavoda marsikdaj deluje kot nepotreben privesek, s katerim ne vedo, kaj bi počeli. Po drugi strani se v vlogi neformalnih predstavnikov ustanoviteljev pojavljajo drugi vplivni posamezniki in skupine, zlasti predstavniki političnih strank in dobaviteljev. V odsotnosti jasnih kriterijev in nedorečene odgovornosti se dozdeva, da so menedžerji odgovorni številnim kategorijam. Žalostno pri vsem tem je, da so najmanj odgovorni uporabnikom, zaradi katerih zdravstveni zavodi sploh obstajajo. To pa ustvarja podlago za slabo delo, neučinkovitost in nepripravljenost na izboljšave ter povzroča manjši občutek odgovornosti menedžmenta za uspešno delovanje in rezultate poslovanja zdravstvenih zavodov. Zato je nujno jasno definirati razmerje med funkcijo upravljanja in funkcijo menedžmenta.

4.2. Profesionalizacija menedžmenta oziroma menedžersko znanje

Za zdravstveni sistem je značilno, da se menedžment v primerjavi z menedžmentom v gospodarskem sektorju ni razvijal in prilagajal novim zahtevam in izzivom dovolj hitro in kakovostno. Obveljala je tehnokratska miselnost, da je lahko uspešen menedžer zdravstvenega zavoda le zdravnik, ki za vodenje zavoda sploh ne potrebuje poslovno-organizacijskega in menedžerskega znanja in izkušenj. Menedžersko znanje je bilo tako povsem zapostavljeno, še posebej funkcija vodenja, ki ima prav v zdravstvenem sistemu, kjer je človeški faktor, njegova motiviranost in zavzetost še kako pomembna za uspešno, kakovostno in varno delo. Podobno velja za informacijski sistem in znanje o IT, ki sta se razvijala le kot podpora posamezni osnovni dejavnosti in ne kot integralna funkcija celotnega poslovnega in delovnega procesa.

Posledica take miselnosti in delovanja sistema je danes nefleksibilna in neučinkovita organiziranost javnih zavodov. Tehnična delitev dela je premalo usmerjena v procesno organiziranost, še vedno prevladuje poslovnofunkcijska organiziranost, ki zmanjšuje pomembnost skupnega cilja zavoda, saj so zaposleni predvsem navezani na svoj poklic in probleme poklica, ne pa na uresničevanje skupnih ciljev zavo-

da. Oddelki se težje sporazumevajo med seboj, kar dodatno otežuje koordinacijo in multidisciplinarni pristop ter timsko delo, ki je v zdravstvu še kako pomembno. Prevladuje linijska zvrst hierarhije. Takšna organiziranost zdravstvenih zavodov nosi s sabo vse slabosti, ki so znane tudi iz literature: zapiranje v svoj oddelek, spodbujanje oddelčnega partikularizma, zaostrovanje konkurence med posameznimi oddelčnimi menedžerji, celo sabotiranje delovanja drugih oddelkov in institucij (Lipovec, 1987). Ob organizaciji, ki zaostaja za razvojem lastne dejavnosti (v zdravstvu za razvojem diagnostike, zdravljenja in zdravstvene nege), se učinkovitost in zanesljivost izrabe virov zmanjšuje. Povečuje se tveganje za napake, ki lahko pripeljejo tudi do škode za zdravje pacienta. Potreben je pospešen razvoj organizacije vseh procesov v sistemu zdravstvenega varstva in pomembnih veščin vodenja, kot so: komunikacija, timsko delo, izobraževanje in usposabljanje zaposlenih.

Posledica neprofesionalizacije menedžmenta je tudi neracionalno trošenje denarja, neprimerno, avtoritarno vodenje. Pojavljajo se koruptivni odnosi na področju javnih naročil, nabave zdravil, opreme in potrošnega materiala. Za zdravstvo je značilen velik vpliv znanosti in tehnologije, saj sta medicinska in farmacevtska znanost eni najbolj propulzivnih v svetu. Menedžment se tako sooča z organiziranjem visokotehnoloških procesov in postopkov ter vodenjem vrhunsko usposobljenih strokovnjakov, kar od njega zahteva izjemno menedžersko oziroma vodstveno znanje. Taka narava dela od menedžmenta zahteva tudi naravnost in usmerjenost v trajnostni razvoj, upoštevanje okoljevarstvenih oziroma ekoloških standardov in izzivov. V večjih javnih zavodih je nujno vzpostaviti profesionalen menedžment, ki bo kos vse bolj kompleksnemu in spreminjajočemu se okolju, v katerem predstavlja zdravstvo eno najpomembnejših kategorij narodnega blagostanja. S tem bo posredno poskrbljeno tudi za večjo varnost pacientov.

4.3. Jasna vizija in poslanstvo

Izhajanje iz poslanstva in njegovih zahtev je prva stvar, ki bi se je lahko gospodarski menedžerji naučili od menedžerjev neprofitnih organizacij. Organizacijo namreč usmeri k delovanju. Določi posamezne strategije, potrebne za doseganje ciljev. Ustvari disciplinirano organizacijo. Samo to lahko prepreči najpogostejšo degenerativno bolezen podjetij, zlasti velikih: razpršitev njihovih vedno omejenih virov na stvari, ki so zanimive ali se zdijo dobičkonosne, namesto da bi jih skoncentrirali na zelo majhno število produktivnih naporov. Najboljše nepridobitne organizacije v svetu, kamor spadajo tudi zdravstvene organizacije, veliko razglabljajo o svojem poslanstvu. Izogibajo se zanosnim izjavam, ki prekipevajo od dobrih namenov, in se namesto tega usmerijo v cilje z jasnimi posledicami za delo, ki ga opravljajo. Izkušnje velike verige katoliških bolnišnic na ameriškem jugozahodu kažejo, kako produktivna sta lahko jasen občutek poslanstva in usmerjenost v rezultate. Kljub zelo okleščnim plačilom zdravstvene zavarovalnice in krajšanju bivanja v bolnišnici, so se njihovi prihodki v zadnjih desetih letih povečali za petnajst odstotkov (in tako so se izvlekli iz izgub), hkrati pa so močno razširili svoje storitve ter zvišali standarde tako zdravstvene kot zdravniške oskrbe. To se je zgodilo, ker je menedžerska ekipa razumela, da je njeno

delo in delo njenega osebja zagotavljati zdravstveno nego (še posebej revnim), ne pa upravljati bolnišnico (Drucker, 2004). Jasno določeno poslanstvo zagovarja inovativne zamisli in pomaga drugim razumeti, zakaj morajo biti uresničene – ne glede na to, kako se posmehujejo tradiciji. Menedžment v opisanem primeru južnoameriških bolnišnic je začel s poslanstvom, ne pa s svojo lastno nagrado.

Pri nas razen zelo redkih izjem menedžerji v zdravstvenih zavodih teh elementov strateškega menedžmenta niso razvili. Zavodi so še daleč od razvitega sistema poslanstva in ciljev po zasnovah financ, medčloveških in organizacijskih odnosov, znanja in ustvarjalnosti. Podlaga za odločanje je poleg rutine, ki izhaja iz vnaprej določenega programa, večinoma intuicija. Strateško odločanje je slabo razvito in temelji na kratkih rokih in v razmerju do okolja zavoda na obrambnih strategijah, namesto na razvojnih strategijah rasti. Namesto da bi zdravstveni menedžerji in zavodi aktivno vplivali na okolje, bolj pogosto okolje obvladuje menedžment in organizacije. Takšno stanje pa zmanjšuje varnost pacientov.

4.4. Poslovna avtonomija in pripravljenost za spremembe

Zahteve po spremembah pritiskajo tudi na javno zdravstveno službo. Če je še razumljivo hitro prilagajanje gospodarstva na nove razmere na globalnem trgu, pa so revolucionarne spremembe v zdravstvenem varstvu gotovo manj potrebne. Poslanstvo in namen zdravstvenega varstva je obvladovanje obolenosti in izboljševanje zdravja ljudi, ki pa se spreminja počasi in na dolgi rok. Kriteriji za spremembe so drugačni kot v gospodarskih združbah, saj jih ne narekuje toliko skrb za učinkovitost poslovanja kot javni interes. Spremembe morajo biti zato dobro premišljene, celovite in postopne.

Intenzivno krčenje javnofinančnih sredstev v zdravstvu sili menedžment in tudi ustanovitelje zdravstvenega zavoda, ki se ne more prilagoditi novim razmeram, da se loti krčenja programov, zmanjševanja števila zaposlenih, dezinvestiranja itd. Čeprav bi bilo takšno dejanje v izjemnih primerih strokovno in ekonomsko opravičljivo, pa z vidika javne zdravstvene politike kar na splošno in vnaprej ne bi bilo razumno. Dejstvo je, da bodo dolgoročno zdravstvene potrebe zaradi vseh znanih dejstev naraščale in z njimi tudi javno ali zasebno povpraševanje po zdravstvenih storitvah. Namesto krčenja človeških in materialnih zmogljivosti ali celo ukinjanja zavodov bi bilo dolgoročno koristneje dati javnim zdravstvenim zavodom in menedžmentu več poslovne avtonomije, jasno in transparentno odgovornost za kakovost, varnost in uspešnost dela ter z jasnimi kriteriji določen nadzor s strani ustanoviteljev. Menedžerji bi bili tako sami prisiljeni uvajati postopne, domišljene, celovite, varne organizacijske in druge spremembe in zanje tudi odgovarjati. V sedanji praksi se namreč dogaja, da spremembe, ki največkrat niso dovolj domišljene in celovite, od vsakič nove oblasti postavljene s strani države, menedžerji sprejemajo z veliko zadržanostjo, skepso in odklonilno, saj jim v najboljšem primeru pomenijo motnjo v utečenem poslovanju.

Večja avtonomija in s tem odgovornost menedžmenta v zdravstvu je še kako pomembna tudi z vidika motiviranosti menedžmenta in zaposlenih. Ob tem velja izpostaviti sistem plač v javnem sektorju, ki je za področje zdravstva povsem neprimeren, saj plača menedžerjev in zaposlenih ni odvisna od delovnega učinka, ampak zgolj od

uvrstitve v plačni razred, časa prisotnosti na delovnem mestu, delovne dobe v javnem sektorju in od dodatkov, ki so vezani na pogoje dela in ne na učinke. Menedžment mora dobiti primerna orodja za kadrovanje in stimuliranje zaposlenih, prav tako pa mora biti primerno stimuliran in nagrajen tudi sam. Brez teh orodij menedžment ne more izpolniti pričakovanj zaposlenih, ki delajo več in bolje in dajati vtisa pravičnosti, ki je predpogoj za motivirane in zadovoljne zaposlene.

5. Zaključek

Zdravo prebivalstvo je nujni pogoj za zdravo gospodarstvo. Je strukturni indikator razvoja gospodarstva in blaginje držav, kot je zapisano v Lizbonski strategiji. Zastoji in ovire pri dostopnosti do zdravstvenih storitev ter nižja kakovost in standard zdravstvenih storitev pomenijo podaljšanje trajanja zdravljenja in zmanjšujejo varnost pacientov, kar posledično pomeni manj zdrave ljudi.

Zaradi soočanja z zaostrenimi razmerami pospešene rasti izdatkov zdravstvenega varstva na eni strani in kritičnimi javnimi financami v državi na drugi strani, se porajajo vedno večje zahteve po povečevanju učinkovitosti, kakovosti in odgovornosti za skrbno ravnanje z viri v javnem zdravstvenem sektorju, kar povzroča vse bolj agresivni prenos metod, orodij in aktivnosti podjetništva in ekonomizacije v zdravstvu. Vendar je treba poudariti, da vrednote, kot so solidarnost, pravičnost, etika, enakopravna dostopnost, ki predstavljajo temeljni vrednostni input v javno zdravstveno službo, ne sodijo v ekonomiko. Prav tako uvajanje pretirane ekonomizacije v zdravstvo s pretiranim varčevanjem na delovni sili, materialnih stroških in opremi lahko resno ogroža varnost pacientov.

Mnogim se zdi koristna privatizacija v javni zdravstveni službi. Od nje veliko pričakujejo, saj povečujejo njene prednosti, kot so: občutek za stroške, prilagodljivost, ustvarjalnost, inovativnost, motiviranost in odgovornost za poslovni uspeh itd. Prepričani so, da je privatizacija pravo zdravilo za dvig celovite kakovosti zdravstvene službe ter učinkovito obvladovanje javnih izdatkov zanjo. Zaenkrat pa žal dejstva oziroma rezultati privatizacije ne kažejo zelenih rezultatov. Kakovost je v takem nepreglednem zasebništvu, še posebej na specialistični ravni, ogrožena, s tem pa tudi varnost pacienta.

Države se vse bolj obračajo k menedžerjem v zdravstvu, ki naj s strokovnim znanjem pomagajo blažiti naraščajoče finančne stiske. Njihova naloga naj bi bila organizirati in voditi delovne procese tako, da bo mogoče ohraniti doseženo raven zdravstvenih storitev in s tem socialnega blagostanja ljudi v objektivno omejenih javnih finančnih virih. Pomanjkanje javnega denarja za zagotavljanje zdravstvenih storitev in pravic naj torej delno nadomesti dober menedžment. Menedžerji v javni zdravstveni službi bodo znali najti notranje rezerve v zdravstvenih organizacijah, pravilno organizirati in razporediti delo in urediti delovne procese, se osredotočiti na odhodke (stroške) in ne le na prihodke ter tako povečati učinkovitost in uspešnost izvajalcev zdravstvene dejavnosti. Vnesli naj bi menedžersko znanje in inovativno tveganje, zna-

čilno za podjetnike, ter sebi lastno poslovno, ekonomsko in organizacijsko kulturo. Iz tako videne vloge menedžerjev v zdravstvu izvirajo mnogi problemi oziroma izzivi, s katerimi bodo v prihodnje soočeni menedžerji tako na ravni posameznih institucij kot na ravni države.

Nejasna razmerja med funkcijo upravljanja in funkcijo menedžmenta v zdravstvu ustvarja podlago za slabo delo, neučinkovitost in nepripravljenost na izboljšave ter povzroča manjši občutek odgovornosti menedžmenta za uspešno delovanje in rezultate poslovanja zdravstvenih zavodov, kar pa pomeni večje tveganje za varnost pacientov. Zato je treba jasno definirati razmerje med funkcijo upravljanja in funkcijo menedžmenta.

Za zdravstveni sistem je značilno, da se menedžment v primerjavi s tistim v gospodarskem sektorju ni razvijal in prilagajal novim zahtevam in izzivom dovolj hitro in kakovostno. Obveljala je tehnokratska miselnost, da je lahko uspešen menedžer zdravstvenega zavoda le zdravnik. Menedžersko znanje je bilo tako povsem zapostavljeno, še posebej funkcija vodenja. Nujno je v večjih javnih zavodih vzpostaviti profesionalen menedžment, ki bo kos vse bolj kompleksnemu in spreminjajočemu se okolju, v katerem predstavlja zdravstvo eno najpomembnejših kategorij narodnega blagostanja. S tem bo posredno poskrbljeno tudi za večjo varnost pacientov.

Izhajanje iz poslanstva in njegovih zahtev je pomembna prvina menedžmenta, ki organizacijo usmeri k delovanju, zagovarja inovativne zamisli in pomaga drugim razumeti, zakaj morajo biti uresničene. Pri nas razen zelo redkih izjem menedžerji v zdravstvenih zavodih teh elementov strateškega menedžmenta niso razvili. Zavodi so še daleč od razvitega sistema poslanstva in ciljev po zasnovah financ, medčloveških in organizacijskih odnosov, znanja in ustvarjalnosti. Strateško odločanje je slabo razvito in temelji na kratkih rokih, v razmerju do okolja zavoda pa na obrambnih, namesto na razvojnih strategijah rasti. Takšno stanje pa zmanjšuje varnost pacientov.

Iz vsega navedenega lahko zaključimo, da z zgolj pretirano ekonomizacijo in lahkotnim prenašanjem menedžerskih metod in aktivnosti iz sveta podjetništva v svet javnega zdravstvenega varstva ne bo možno reševati njegove finančne vzdržnosti. Kljub temu pa bo treba začeti novo zgodbo, ki bo govorila o uspešnem in učinkovitem menedžmentu v zdravstvu, katerega končni cilj bo tudi večja kakovost zdravstvenih storitev in varnost pacienta.

Milena Kramar Zupan

The effect of economisation of operations on patient safety

In recent decades, public expenditure on social security has increasingly threatened the balance and coherence of the economic and social development of countries. High labour costs along with taxes and social security contributions in developed European countries, which also includes Slovenia, resulted in lowering the competi-

veness of their national economies in international markets. In recent years, this has been joined by the great general financial, economic and value crisis. Despite all the unfavourable conditions in European countries, there is a belief that good health and well-being of people is still a priority development objective. High quality of life based on health, solidarity and no exclusion is a fundamental human right and a matter of public interest and public accountability.

A healthy population is a prerequisite for a healthy economy. It is a structural indicator of the economic development and prosperity of countries, as enshrined in the Lisbon strategy. Only healthy citizens will be able to create, maintain and search for much-needed jobs, and can more easily cope with uncertainty and stress of the increasingly demanding global market. The link between health and well-being is demonstrated by a number of professional studies. Waiting lists and obstacles in access to health services and lower quality and standards of health services cause longer treatment and reduce patient safety, which in turn means less healthy people. On the other hand, the health sector, which constitutes 10 % of the European GDP, is becoming an important national economic category of each country. Health services and related institutions are among the largest employers in the EU. Disease prevention with timely access to effective treatment and care is a key economic component of any society.

Thus, it is not surprising that the country is increasingly turning to managers in health care to use their expertise to help alleviate the growing financial distress. Their task will be to organise and manage work processes so that it will be possible to maintain the achieved level of health services and the social well-being of people with objectively limited public financial resources. A lack of public money to ensure health and rights is therefore partially replaced by good management. Managers in the public health service will be able to find internal reserves in health care organisations, properly organise and delegate work and manage work processes to focus on expenditure (costs) and not only on income, thus increasing the efficiency and effectiveness of health care providers. They should have managerial skills and innovative risk characteristics of entrepreneurs and own a business, thereby ensuring economic and organisational culture.

Many people think that the privatisation of the public health service is beneficial. They expect much from it and emphasise its advantages, such as: a sense of cost, flexibility, creativity, innovation, motivation and accountability for business success, etc. They believe that privatisation is the right way to raise the overall quality of health services and effective management of public expenditure. So far, unfortunately, the facts and the results of privatisation have not yet showed the desired results. Higher quality of private work remains questionable in terms of health expenditure because it is still rising too fast. The only reliable change is that private monopolies replace public ones.

A growing need for increasing the efficiency, quality and accountability for the careful handling of resources in the public health sector was triggered by an increasingly aggressive transfer of methods, tools and activities, entrepreneurship and economisation in health care. However, it should be noted that values such as solidarity,

justice, ethics and equal access to an essential input value in the public health services are not included in the economics. In addition, the introduction of excessive economisation in health care by excessive savings in labour, material and equipment costs can pose a serious threat to patient safety. Despite all these considerations, it is necessary to open a new health story that will deal with effective and efficient management, with the ultimate goal of improving the quality of health services and patient safety.

Managers must manage health care costs while increasing the efficiency of work, so that they increase quality, scope and diversity of health care services, in spite of limited revenue growth. They should have multi-disciplinary knowledge in the field of sociology, economics, statistics, mathematics, psychology and other sciences. Therefore, it is extremely important for credibility that managers in health care have a strong opinion and the ability to fairly and reasonably deal with different opinions and views as well as equity, fairness and social sensitivity. The roles and characteristics of managers in health care cause many problems and pose challenges that will be faced in the future, both at the level of institutions and at the national level.

LITERATURA

1. Drucker, P. (2004). O managementu. Ljubljana: GV Založba.
2. Evans, R. G. (1997). Going for the gold: the redistributive agenda behind market-based health care reform. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 22 (2), 427-465.
3. Lipovec, F. (1987). Razvita teorija organizacije. Maribor: Založba Obzorja.

Pravni vidik pacientove varnosti

Znanstveni prispevek

UDK 614.253.8+614.8:34

KLJUČNE BESEDE: varnostni zapleti, kultura varnosti, kultura strahu, preventiva, pravo

POVZETEK - Zdravljenje pacientov je visoko rizična dejavnost. Postavlja se vprašanje, ali lahko z ustrežno pravno kodifikacijo pripomoremo k izboljšanju varnosti. Namen prispevka je s pravnega vidika dodati kamenček k mozaiku za dosego skupnega cilja, to je zmanjšanja števila zapletov, ki tako ali drugače ogrožajo varnost pacientov v zdravstvenem sistemu. Poiškati moramo ustrezne pravne mehanizme, s katerimi bi lahko vplivali na ostale dejavnike v zdravstvu v skupnem prizadevanju za dosego zgoraj omenjenega cilja. Samo pravo s svojim izključno kurativnim delovanjem tega nikoli ne more doseči. Pogosto pretirana pravna kurativa zaradi javnega demonstracijskega učinka povzroči, da pozitivni učinki razvoja »kulture varnosti« razvedenijo zaradi vpliva »kulture strahu«. Identificirati moramo načine in možnosti preventivnega delovanja prava in jih čim bolj vključiti v organizacijska prizadevanja zdravstva za konstantno dvigovanje »kulture varnosti« v zdravstvenih sistemih.

Scientific article

UDC 614.253.8+614.8:34

KEY WORDS: safety complications, culture of safety, culture of fear, preventive, law

ABSTRACT - Treatment of patients is a high risk activity. There is a question whether we can contribute to the improvement of safety with appropriate legal codification. The aim of this paper is to add a piece to the mosaic from the legal point of view in order to achieve the common goal, more precisely to reduce the number of complications that jeopardise the safety of patients in the health care system. We should seek appropriate legal mechanisms to influence other factors in health care so that we achieve the aforementioned goal. Using law itself does not guarantee success, since law has a curative effect. Frequent and exaggerated legal curative acts due to public demonstration effects cause that positive effects of the development of the »culture of safety« lose efficacy due to the effect of the »culture of fear«. We should identify the ways and possibilities of the preventive action of law and include them in organisational efforts in health care to constantly improve the »culture of safety« in health care systems.

1. Uvod

Svetovna zdravstvena organizacija je že maja 2002 na skupščini sprejela resolucijo WHA 55.18 in z njo pozvala države članice, naj bodo »kar najbolj pozorne na problem varnosti pacientov« in naj vzpostavijo ter ojačajo na znanosti osnovane sisteme za izboljševanje varnosti pacientov in kakovosti zdravstvene obravnave.

Običajno se pri nas začnemo o varnosti pacientov intenzivneje pogovarjati po tragičnih dogodkih, ki nastanejo kot posledica domnevnih zdravstvenih napak.

Ob tem je pojem varnosti v zdravstvu največkrat razumljen kot odgovornost posameznega zdravstvenega delavca, ki mora biti pri opravljanju nalog pozoren, da ne bi naredil napake. In ko govorimo o odgovornosti, skoraj vedno to povežemo s krivdo, kar javnost razume, da kdor je odgovoren, je tudi kriv. Postavlja se vprašanje, ali morebiti takšno razumevanje odgovornosti ne povzroča pri že nastalih zdravstvenih napakah njihovo prikrievanje, pri nadaljnjem delu zdravstvenih delavcev pa povišano stopnjo »kulture strahu«, kar vse lahko zmanjšuje varnost pacienta.

2. Povezanost medicine in prava

Če primerjamo pravo in medicino, lahko zaključimo, da sta medicina in pravo tudi znanost in stroka.

Družbena odgovornost prava na področju medicine je, da poskuša preko pravnih načel in pravil vnaprej reševati hipotetične primere vedenja vseh udeležencev v procesu zdravljenja, in to predvsem tam, kjer bi lahko nastali konfliktni odnosi, ob tem pa tudi predvidevati načine reševanja teh konfliktov.

Hiter razvoj medicinske znanosti povečuje nevarnost poseganja medicine na najbolj občutljiva področja človekovega bitja, poseganje v njegovo telo in osebnostne pravice, povezane z njegovo duhovnostjo.

Ne postavlja se več vprašanje kaj medicina zmore, temveč kje so meje medicinskega poseganja v človeka (Šelih, 2011). Te meje pa ne more postaviti pravo samo, temveč se morajo tudi pravu kot znanosti in stroki postaviti meje, ki pa jih lahko postavimo izključno z moralnimi in etičnimi normami.

To lahko podkrepimo s poglobljeno analizo Oviedske konvencije, kigovori o:

- prvenstvu človeškega bitja,
- privolitvi v zdravstveni poseg,
- varstvu zasebnosti,
- človeškem genomu,
- znanstvenem raziskovanju,
- odvzemu organov in živih tkiv darovalcev,
- prepovedi pridobivanja živih tkiv,
- razpolaganju z deli človeškega telesa.

S poglobljeno analizo glavnih točk Oviedske konvencije lahko ugotovimo, da so se z njo postavile splošne moralne in etične norme.

Ne moremo torej govoriti niti o izključno medicinskem niti o izključno pravnem urejanju okvirov delovanja medicine.

Splošne moralne in etične norme so oziroma bi morale biti skupni imenovalc medicine in prava in to ne samo na nivoju obeh znanstvenih področij, temveč tudi na strokovno-izvedbenem nivoju v vsakdanjem življenju.

3. Napake in odgovornost za napake

Vzgoja in pravni sistem vcepljata v nas odgovornost - skrbnost, kar je z vidika »delovanja sistema« sicer razumljivo, pri tem pa pozabljamo, da so zmotljivost, nepozornost, neskrbnost normalne funkcije človeških možganov (Čampa, 2011).

Ko govorimo o napakah, le-te običajno povežemo s slabimi delavci, vendar tudi najboljši delavci z vsem potrebnim znanjem medicine in odgovornostjo bi lahko še vedno zaradi naravnih značilnosti človeških možganov delali napake.

Napake so neizogibne in so povezane s človekovo naravo.

Ljudje nismo in nikoli ne bomo popolni, kar še nekako razumemo, ne uspemo pa dojeti in razumeti, da delamo v nepopolnih sistemih.

Z ustrezno organiziranimi sistemi lahko zmanjšamo škodljiv vpliv napak na paciente. Še tako idealen posameznik brez sistemske organizacije ne more dovolj zmanjšati škodljivega vpliva na pacienta.

Hiter razvoj medicine in povečevanje števila pacientov prinašata več zdravstvenih napak. Nacionalna akademija znanosti Združenih držav Amerike ugotavlja, da gre na področju zdravstvene dejavnosti za pravo epidemijo zdravstvenih napak (nekateri jih imenujejo zmote), posledice pa so primerljive s posledicami pri prometnih nesrečah. Mnogo pacientov ima zaradi zdravstvenih napak resne posledice ali celo izgubi življenje, pri tem pa ugotavljajo, da bi se številnim dalo izogniti (Merry&McCall, 2001).

Tu se takoj postavlja vprašanje, ali predstavlja vsaka zdravstvena napaka malomarno zdravljenje?

V tem smislu deklaracija o malomarnosti zdravnikov v svojem četrtem členu navaja, da je treba »ustvariti pogoje za aktivno nasprotovanje neargumentiranim, pavšalnim obtožbam zdravnikov, ki jih širijo predvsem novinarji in odvetniki in ki v končnem stadiju škodijo predvsem samim pacientom in državi« (Dolenc, 1998).

Pravilno prepoznavanje zdravstvene napake je resen izziv tako s pravnega kot tudi z medicinskega vidika. Da je to res, nam dokazuje že to, da se pojem zdravstvena napaka pojavlja v različnih miselnih povezavah (Radišić, 2008):

- kot kršitev dolžnostnega ravnanja (ravljanje »contra legem artis«),
- kot sinonim za opravičljivo strokovno zmoto,
- kot komplikacija,
- kot napaka pri zdravljenju.

Ugotovitev zdravstvene napake bi morala v začetni fazi predstavljati le indic kaznivega dejanja.

Drugačna kazenskoppravna obravnava in posledično neutemeljena represija v povezavi z zaostrenim kaznovanjem, kodificiranim v 179. členu KZ-1, pomeni zaradi »kulture strahu« dodaten pritisk na zdravstvene delavce v smeri prikrivanja zdravstvenih napak in s tem zmanjševanje varnosti (Čampa, 2011).

Vse zgoraj navedeno je prav gotovo velika ovira za prehod iz »kulture strahu« v »kulturo varnosti«, kar resnično še najbolj škodi pacientom.

Po drugi strani pa moramo razumeti tudi oškodovane paciente oziroma njihove svojce, ki so zaradi zdravstvene napake utrpeli škodo, zaradi katere upravičeno pričakujejo neko odmeno, pri tem pa jih ne zanima vzrok nastale škode.

Postavlja se vprašanje, kako se izviti iz zgoraj navedenega konglomerata nasprotij, da bi se zmanjšalo število zdravstvenih napak in s tem povečala varnost pacientov. Kaj lahko na tem področju pripomore pravo kot znanost in stroka?

Da bi pravo lahko učinkovito izvedlo svoje družbeno poslanstvo na področju medicine, moramo hipotetične konfliktne dogodke v pravnih pravilih dovolj natančno poimenovati.

Cilj kakovostne pravne kodifikacije mora biti enovito razumevanje konfliktnega dogodka in šele takrat lahko sledi ustrezen družbeni odziv, ki pa ni nujno v obliki pravne represije.

Če analiziramo običajne odzive zdravstvenih ustanov ob zdravstvenih napakah, vidimo, da ni ustreznega družbenega konsenza glede razumevanja odgovornosti.

Ko se zgodi nezaželen dogodek, je običajen odziv zdravstvene ustanove, da zavrne odgovornost in imenuje komisijo, ki naj bi poiskala krivca in s tem pokaže svojo odličnost.

Ob tem se postavlja vprašanje, kdo je lahko odgovoren za nezaželen dogodek, ki se je zgodil v zdravstveni ustanovi, če le-ta odgovorno izpolnjuje poslanstvo zdravljenja ljudi in ima za to vse potrebne strokovne, kadrovske in materialne kompetence (Ihan, 2012).

Odgovor, ki je lahko tudi ključ za nadaljnje reševanje problematike varnosti v zdravstvu, je v družbeni in posledično pravni spremembi razumevanja odgovornosti (angl. competence, responsibility).

Kot odgovornega bi v širši družbeni skupnosti morali razumeti subjekt, ki mu je zaupana določena družbena naloga, za kar mora imeti ustrezne materialne, kadrovske in strokovne kompetence, da jo lahko odgovorno opravlja.

Seveda mora na takšen način odgovornost razumeti tudi subjekt, ki opravlja zdravstveno dejavnost, in sicer kot njegovo pozitivno lastnost, da lahko opravlja določene družbene naloge z vso odgovornostjo, ki mora generirati ustrezen odziv v smeri odpravljanja vzrokov nezaželenih dogodkov.

»Odgovornost« ni sinonim za »krivdo«.

4. Prevzem odgovornosti ob neželenem dogodku

Varnost pacienta je največkrat odvisna od odgovornosti zdravstvenega sistema in manj od odgovornosti posameznega zdravstvenega delavca.

Tudi če na problem gledamo s pravnega vidika, je pacient nesporno v pogodbenem razmerju z zdravstveno ustanovo in ne z zdravnikom ali medicinsko sestro. Zdravnik in medicinska sestra sta v pogodbenem odnosu izključno z zdravstveno ustanovo, v kateri sta zaposlena in iz tega pogodbenega razmerja izhajajo medsebojne pravice in obveznosti.

Pri konfliktnem dogodku mora zato »odgovornost« prevzeti pogodbeni partner pacienta, to je zdravstvena ustanova.

Zdravstveni delavec ne more v razmerju do pacienta prevzemati nase odgovornosti zdravstvene ustanove oziroma zdravstvenega sistema.

Iz konkretnih primerov v praksi pa lahko na žalost ugotovimo, da v večini primerov zdravstvene ustanove ne prevzemajo odgovornosti za zdravljenje, temveč iščejo krivdo v posamezniku.

Takšen način reševanja konfliktov problemov ne rešuje, temveč jih samo poglablja.

Pogosto v svojih delih in predavanjih primerjamo medicino z vidika rizika z letalstvom, atomskimi elektrarnami ipd.

Ljudje brez težav razumemo, da je pri letalski nesreči za vso škodo odgovorna letalska družba, kajti le-ta je prodala potniku letalsko karto.

Logično je, da dokler ne ugotovijo vzroka nesreče, prepovejo letenje celotni seriji letal, iz katere je v nesreči udeleženo letalo.

Vprašanje je, ali smo sposobni s podobno logiko razmišljali tudi ob napakah v zdravstvu.

Sprašujemo se, zakaj »odgovorne« zdravstvene ustanove ne prevzemajo odgovornosti za zdravstvene napake in ob tem še pogosto neustrezno komunicirajo z oškodovanci in njihovimi svojci ter javnostjo.

Prvi razlog je prav gotovo v vsesplošnem napačnem razumevanju odgovornosti, ki ga večina ljudi enači s krivdo.

Takšno neustrezno družbeno razumevanje pa pomeni, da če nekdo priznava odgovornost, ki bi morala sicer biti razumljena kot pozitivna lastnost subjekta, priznava krivdo, ki za sabo lahko potegne kazensko, odškodninsko in še kakšno odgovornost. In zakaj bi se izpostavljali takšnim nevarnostim?

Napaka se ponavadi prikrije, če pa se zanjo slučajno izve, objavijo, da je šlo za zaplet, če se tudi tega ne more dokazati, se nadaljuje igra mačke z mišjo po sodiščih.

Seveda se odgovorne ustanove in njihove zavarovalnice prav dobro zavedajo, da so oškodovani pacienti oziroma njihovi svojci šibkejši element, in temu prilagajajo svoje ravnanje.

In komu lahko takšni odnosi koristijo?

Dolgoročno prav gotovo nikomur, ker so generator konfliktnosti, ki zaradi prikrivanja napak preprečuje celovito sistemsko vzpostavitev sistema varnosti, dolgotrajni sodni postopki z medijskim izpostavljanjem povzročajo nezaupanje javnosti do zdravstvenih delavcev, na zdravstvene delavce pa ti isti sodni procesi lahko delujejo kot pritisk, ki generira »kulturo strahu« z odzivi, ki na koncu škodijo predvsem pacientom.

Kratkoročno lahko takšno stanje koristi samo zavarovalnicam, ki delujejo kot kapitalške družbe, katerih cilj je ustvarjanje dobička, in je njihovo ravnanje s tega vidika razumljivo. Vprašanje pa je, ali je takšno ravnanje razumljivo in dopustno tudi s širšega družbenega vidika.

Spremembe v odnosih med pacienti in zdravstvenimi delavci bomo dosegli, ko bo večina udeležencev v procesu zdravljenja razumela pomen odgovornosti kot pozitivne lastnosti izvajalca zdravstvenih storitev, ki izhaja iz njegove družbene vloge in ustreznih kadrovskih, strokovnih in materialnih kompetenc.

Temu mora slediti še sprememba razumevanja odškodninske odgovornosti, ki izhaja iz Ustave RS in iz Obligacijskega zakonika.

V skladu s subjektivno odgovornostjo, prevladujočo po slovenskem pravu, je zdravstveni delavec odgovoren za škodo ne glede na stopnjo krivde, če ne dokaže, da ni kriv.

Po obstoječem razumevanju odgovornosti in krivde pa je zdravstveni delavec »kriv«, kadar ravna odgovorno. Takšno razumevanje najbolj negativno vpliva na hitrejši razvoj varnostnih sistemov in s tem na varnost pacientov.

Seveda obstaja velika verjetnost, da bodo takšnemu razumevanju najbolj nasprotovale zavarovalnice, ki bodo v vsakem priznanju »odgovornega« ravnanja videle nevarnost za plačilo odškodnin in s tem svoje manjše dobičke.

Ob takšnem razmišljanju mora družba kot celota ugotoviti svojo oportuniteto in presoditi, ali je z vidika družbe kot celote pomembnejši dolgoročni razvoj sistemov varnosti v zdravstvu z zmanjšanjem števila napak ali kratkoročni finančni učinki.

Vzporedno z razvojem poenotenja razumevanja odgovornosti in krivde bi izvedli premik odgovornosti za škodo iz t. i. »subjektivne« odgovornosti proti »objektivni« odgovornosti in s tem še dodatno zmanjšali pritisk na zdravstvene delavce tako, da bo njihovo temeljno družbeno poslanstvo resnično le skrb za kakovostno, primerno in varno zdravstveno oskrbo.

Ko govorimo o objektivni odgovornosti, je zdravstvena ustanova odgovorna za škodo vedno, kadarse ta pojavi, razen če ni vzrok škode v okoliščinah, ki niso bile predvidljive in jih zdravstveni delavec ni mogel preprečiti, ali pa gre za dejanje tretje osebe oziroma oškodovanca.

Iz zgoraj navedenega izhaja, da je lahko eskulpacija za odškodninsko odgovornost odgovorne zdravstvene ustanove edino zaplet, ki ni bil predvidljiv in ga zdravstvena ustanova ni mogla preprečiti, ali dejanje tretje osebe oziroma samega oškodovanca.

Podoben model imata na primer Švedska ali Nova Zelandija, kjer govorijo o t. i. »nekrivdni« odškodnini. Če ugotovijo, da se je pacientu zaradi napake, ki bi jo lahko preprečili, zdravje poslabšalo, je pacient upravičen do določene odškodnine (Bogdan, 2011).

Tudi Evropska komisija je že leta 1990 predlagala Svetu evropske skupnosti, da se uvede t. i. objektivna odgovornost, kar pa na žalost do danes ni uspelo (Geddes, 1992).

5. Zaključek

Tako kot povsod drugod so tudi v zdravstvu možne napake, zmote, zapleti pa tudi napačno zdravljenje.

Ljudje nismo in nikoli ne bomo popolni, kar večina od nas verjetno razume, neka-ko pa moramo dojeti in razumeti, da delamo v nepopolnih sistemih.

Če pa sisteme ustrezno organiziramo, lahko zmanjšamo število napak in s tem škodljiv vpliv na paciente.

Še tako idealen posameznik brez ustrezne systemske organizacije ne more sam dolgoročno učinkovito zmanjšati škodljivega vpliva na pacienta.

Takšno systemsko organizacijo pa lahko vzpostavi samo »odgovoren« sistem, ki ima jasen cilj delovanja, ki izhaja iz njegove družbene naloge in kadrovskih, strokovnih in materialnih kompetenc, ki pa jih mora nenehno dopolnjevati in razvijati.

Eden izmed največjih problemov pri zagotavljanju primerne, kakovostne in predvsem varne zdravstvene oskrbe nastaja pri razumevanju odgovornosti zdravstvenih ustanov, ki jo pogosto razumemo kot nekaj negativnega, čeprav je izrazito pozitivna. »Odgovornost« razumemo kot »krivdo«, čeprav to ni. Neodgovoren subjekt ne more skrbeti za primerno, kakovostno in varno zdravstveno oskrbo, ker nima na razpolago ustreznih inicialnih kadrovskih, strokovnih in materialnih kompetenc, še manj pa možnosti za njihov razvoj in dopolnitev.

Eden od elementov razvoja in s tem tudi jasen znak »odgovornosti« zdravstvenih ustanov je tudi ugotavljanje, priznavanje in odpravljanje posledic napak z vzpostavitvijo varnostnega sistema, ki bo v prihodnje odpravljaj možnost podobnih napak.

Seveda družba kot celota ne sme priznanja odgovornosti zdravstvene ustanove razumeti kot priznanja »krivde«, kajti »odgovornost« in »krivda« nista sinonima. Tistega, ki prizna odgovornost za napako, ne smemo imeti za »šibko osebo«, za osebo, ki jo je treba obsoditi, temveč za osebo, ki se zaveda svojega družbenega poslanstva, ki se zaveda, da človek ni popolno bitje in da lahko odgovorno ravna samo tako, da evidentira vsako napako, jo kot odgovorna oseba tudi prizna, ugotovi njene vzroke in posledice ter se zaveda, da je treba vzpostaviti sistem, ki bo v prihodnje preprečil ponavljanje podobnih napak.

Samo na tak način bo omogočen sistem varnosti, ki bo evidentiral vsako napako, ne glede na to, ali je v določenem trenutku povzročila škodo ali ne.

Da smo to poenoteno razumevanje osvojili, bo najbolj vidno, ko bodo izjave odgovornih oseb zdravstvenih ustanov posredovane v javnost na naslednji način:

»Priznavamo odgovornost, ker imamo poslanstvo in vse kompetence za zdravljenje ljudi. Obžalujemo konfliktni dogodek, ki se je zgodil v nasprotju z vizijo našega poslanstva in odgovornosti. Zato bomo storili vse potrebno, da bomo odkrili vzroke konfliktnega dogodka, ki jim bo sledilo tudi ustrezno ukrepanje. Predlagali bomo tudi ukrepe, ki bodo v bodoče preprečili podobne dogodke. Ker smo odgovorna ustanova, bomo storili vse, da zmanjšamo na minimum tudi vse posledice neljubega dogodka« (Ihan, 2012).

Prepričani smo, da bi ob takšnem razumevanju »odgovornosti« in ob ustrezni komunikaciji z oškodovanimi pacienti in njihovimi svojci zmanjšali število konfliktnih dogodkov na minimum.

Če bi temu sledila še ustrezna zavarovalniška zakonodaja, na podlagi katere bi zavarovali paciente za škodo, nastalo v procesu zdravstvene oskrbe (brez ugotavljanja

krivde v dolgotrajnih sodnih postopkih), potem se zdravstveni delavci resnično lahko ob maksimalnem razvoju »kulture varnosti« posvetijo svojemu temeljnemu poslanstvu.

Milan Čampa

Legal aspects of patient safety

Medical treatment of patients is a high risk activity. From the global perspective, approximately 1 out of 10 patients suffer damages in the process of receiving medical treatment. Every year, more than 15 million people suffer damages as a result of medical errors in the EU alone. We as a society should aspire to lower the number of such cases to as few as possible. This gives rise to the question of how we can contribute to the improvement of patient safety with appropriate legal codification. We should seek and implement appropriate legal mechanisms in health care systems, so that we achieve the aforementioned goal.

If we compare medicine and law, we may conclude that medicine as well as law are both a science and a profession. The social responsibility of law in the field of medicine is to try and predict hypothetical cases pertaining to all participants in the process of health care, especially in the areas where conflicts are most likely to arise and, at the same time, establish ways of solving such conflicts.

In May 2002, the World Health Assembly passed the WHA55.18 resolution, which called for member states to pay careful attention to the problem of patient safety, and establish and improve scientifically based systems for the improvement of patient safety and health care quality. Unfortunately, however, we did not take this resolution seriously enough, and it is more common for our society to start considering patient safety only after tragic events connected with medical errors have taken place.

To understand another ail that diminishes patient safety, we have to take notice of a common misconception present in our society. Patient safety is closely connected with the responsibility of an individual health worker to show due diligence while performing his or her tasks, in order to prevent the health worker from making errors. However, because there is a common misconception that responsibility is synonymous with guilt, this further develops the culture of fear in health workers and medical institutions and lowers their willingness to assume responsibility for a medical error. This, in turn, reduces patient safety. Therefore, I believe that it is essential for the society as a whole to differentiate between legal responsibility and guilt (culpa), if we are to make any improvement in the sense of assuming responsibility for medical errors.

The rapid development of medical science and technology in the last decades has also had negative effects on patient safety, as it is increasing the danger of medicine intruding into the most sensitive area of human rights and freedoms and is also the cause of more and more medical errors. The National Academy of Sciences (USA)

reports nothing less than an epidemic of medical errors. Many patients have suffered dire consequences or even died as a result of medical errors. At the same time, it has been established that many of these errors could have been avoided. The question of what medicine is capable of is no longer valid. The real question is where lie the boundaries of medical intrusion into a human being. These boundaries cannot be put in place by law alone, because even law as a science and a profession should be given boundaries, and these boundaries may only be set by moral and ethical norms.

An in-depth analysis of the Oviedo Convention supports this argument. Amongst other topics, the Oviedo Convention speaks of:

- primacy of the human being;
- patients' informed consent to a medical procedure;
- protection of privacy;
- the human genome;
- scientific research;
- organ removal and live tissue;
- prohibition of financial gain and disposal of part of the human body.

The in-depth analysis of the Oviedo Convention reveals that the convention has set general moral and ethical norms. There should neither be an exclusively medical nor an exclusively legal regulation of medical conduct. The general moral and ethical norms are, or at least should be the common denominator for both law and medicine.

During our upbringing and through the help of the legal system, we are infused with the concepts of responsibility and diligence. This is, of course, understandable from a systemic point of view, because a society needs responsible and diligent people in order to function. But we sometimes forget that making mistakes, being unattentive and undiligent are also normal functions of the human brain. Even the best of workers with all the required knowledge and expertise can make mistakes because of the natural qualities of the human brain. Errors are therefore unavoidable and are part of human nature. However, it is possible to greatly reduce damage arising from such human errors with appropriately organised systems.

Another question that poses itself is whether every medical error is the result of undiligent conduct. To answer this question, there should exist such conditions that make it possible to actively oppose unargued accusations of medical workers. Such unwarranted accusations only cause damage to patients, health care and the state. In order for law to reach its goal in the field of medicine, it should therefore accurately predict and depict hypothetical cases of conflict. The aim of a quality legal code has to be a singular understanding of particular conflicts, because only then can there be an appropriate social and legal reaction to it. If we analyse the common reactions of medical institutions to medical errors, we can see that there is no real social consensus to the understanding of the term responsibility. When a medical error occurs, the most common reaction of a medical institution is to deny responsibility and name a commission which is tasked to find the guilty party.

The answer that may be the key to solving future problems regarding safety in health care is a change in the understanding of the term responsibility. Society should

view a responsible legal entity as a subject who has been given a certain social task, the fulfillment of which requires the entity to possess appropriate material means, personell and professional competence. Responsibility is not to be understood as guilt (culpa).

Patient safety mostly depends on the responsibility of the health care system and, in a lesser extent, on the responsibility of an individual health worker. This also holds true from a legal point of view, since a patient is in a contractual relationship with a medical institution and not with an individual doctor or nurse. Doctors and nurses are in a contractual relationship exclusively with medical institutions that employ them. It is therefore obvious that in case of a conflict, the responsibility should be taken by the patients contractual partner (e.g. the medical institution). A health worker cannot take upon him or herself the responsibility of the medical institution which employs him or her. Sadly, it is completely opposite in real life, as most medical institutions seek to put responsibility onto individual health workers. Solving conflicts in this way only worsens the problem of patient safety, as it further develops the »culture of fear« in health workers and prolongs legal procedures.

Humans are fallible and health workers are no exception. We are not and probably never will be perfect beings, which is something most of us understand, but we must also understand, that we work in imperfect systems. It is mostly by improving the systems we work in that we can reduce the number of occuring errors and thus improve patient safety, but only a responsible social system with a clear goal has the capacity to implement such an organisation.

One of the biggest obstacles that stands in the way of a high quality and safe health care system is in the understanding of the concept of medical institution responsibility. We should no longer see responsibility as synonymous with guilt.

An important developmental element and a clear sign of medical institution responsibility is realising, admitting and remunerating in cases of errors, by establishing a safety system that will prevent similair errors from occurring in the future.

It is also vital for the society not to view a medical institution that takes responsibility for a medical error as the guilty party.

Only such conditions can make it possible to establish a system of safety that will take notice of every error; regardless of whether it has caused any damage.

LITERATURA

1. Bogdan, J. (2011). Should their system be replicate here? Center for Justice and Democracy. Medical malpractice in Sweden and New Zeland.
2. Čampa, M. (2011). Možni modeli nekrivdnega zavarovanja v sistemu celostne obravnave pacientov. V: Filej, B. (ur.), Celostna obravnava pacienta - kako daleč smo še do cilja? Pomen integralne nege in integrativne medicine za paciente (str. 41-48). Novo mesto: Visoka šola za zdravstvo Novo mesto.
3. Dežman, Z. (2010). Zakon o pacientovih pravicah in njegov kazenskopравни vidik. V: Rijavec, V., Reberšek Gorišek, J., Flis, V., Planinšec, V. in Kraljić, S. (ur.), Medicina in pravosodobne dileme II

- (str. 375-388). Maribor: Pravna fakulteta Maribor, Zdravniško društvo Maribor.
4. Dolenc, A. (1998). Kazenskoppravna odgovornost za zdravniško napako doma in drugod. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta.
 5. Geddes, A. (1992). Product and Service Liability in the EEC. Sweet & Maxwell.
 6. Ihan, A. (2012). V: Pomen pravnega urejanja medicine v sodobni družbi - pogled zdravnika (str. 87-95). Maribor: Univerzitetni klinični center Maribor.
 7. Merry, A. in McCall, S. A. (2001). Errors, Medicine and Law. Cambridge: University Press.
 8. Obligacijski zakonik (OZ), Uradni list RS, št. 832/2001, 32/2004, 28/2006 Odl. US: U-I-300/04-25, 29/2007, Odl. US: U-I-267/06-41, 40/2007, 97/2007-UPB1, 30/2010 Odl. US: U-I-207/08-10, Up-2168/08-12.
 9. Radišić, J. (2008). Medicinsko pravo, II. prerađeno i dopunjeno izdanje. Beograd: Pravni fakultet Univerziteta Union u Beogradu.
 10. Šelih, A. (2011). V Odziv prava na probleme sodobne medicine (str. 15-16). Maribor: Univerzitetni klinični center Maribor.
 11. Ustave Republike Slovenije (URS), 26. člen, Uradni list RS, št. 33I/1991, 42/1997, 66/2000, 24/2003, 69/2004, 69/2004, 68/2006.

Primarno zdravstveno varstvo občanov: partnerstvo med lokalno skupnostjo in zdravstvenimi domovi

Znanstveni prispevek

UDK 614.2+352

KLJUČNE BESEDE: primarna zdravstvena dejavnost, občine, zdravstveni domovi, proračun

POVZETEK - Javno zdravstvo v Sloveniji je poleg vzgoje in izobraževanja po mnenju avtorjev eno od najpomembnejših dejavnosti v življenju vsakega posameznika in je hkrati pomembno tudi za delovanje celotne družbe. V okviru zdravstvenega varstva imamo v Sloveniji organizirano zdravstveno službo, izvajalci le-te pa so bolnišnice, zdravstveni zavodi in zdravstveni domovi. Javna zdravstvena služba izvaja dejavnost v okviru pravic, ki jih zagotavlja obvezno zdravstveno zavarovanje na primarni, sekundarni in terciarni ravni. Avtorja se v prispevku osredotočita na izvajanje primarne zdravstvene dejavnosti, ki na tej ravni najbolj ustreza potrebam prebivalstva na lokalni ravni. Na podlagi analize proračunskih kazalnikov občin v Sloveniji prikažeta delež sredstev, ki jih lokalne skupnosti namenjajo za delovanje primarne zdravstvene dejavnosti in ugotavljata, da delež sredstev za zdravstveno dejavnost na občana ni odvisen samo od pravno formalnih pogojev, temveč tudi od velikosti in premoženja posamezne občine.

Scientific article

UDC 614.2+352

KEY WORDS: primary health activity, municipality, health center, budget indicators

ABSTRACT - According to the authors of this paper, in addition to the fields of education and training, public health in Slovenia is one of the most important activities in the life of each individual and, at the same time, important for the functioning of society as a whole. In the context of health care in Slovenia, we have organised health services in hospitals, health institutions and health centers. Public health services are provided within the context of the rights guaranteed by the compulsory health insurance at the primary, secondary and tertiary levels. The authors of this paper concentrated on the implementation of primary health activities that, at this level, are the most appropriate for the needs of the population at the local level. On the basis of the analysis of the financial indicators of municipalities in Slovenia, they show the share of the resources that the local community pays for the provision of primary health care activities, and note that the share of funding for health activity per citizen depends on the legal formal requirements and the size and wealth of the individual municipality.

1. Uvod

Kakovost življenja vsakega izmed nas je odvisna od zdravja, ki je najprej ena od temeljnih pravic vsakega posameznika, je individualna in družbena vrednota. Danes se bolj kot kdajkoli prej v vsakdanjem in družbenem življenju ukvarjamo z zdravjem. Zdravje in promocija zdravega življenja postaja vse bolj pomembno področje, s katerim se ukvarjajo strokovnjaki in laiki. V Sloveniji se srečujemo na eni strani z zahtevo po večjem obsegu sredstev za financiranje zdravstvene dejavnosti na primarni, sekundarni in terciarni ravni, po drugi strani pa se zaradi sedanjih družbenih razmer soočamo z nenehnimi vladnimi reformami, katerih cilj je zmanjševanje stroškov delovanja celotnega javnega sektorja in s tem tudi področja zdravstvenega varstva.

V prispevku bomo prikazali rezultate analize proračunskih kazalnikov in podatkov Ministrstva za finance z vidika primarne zdravstvene dejavnosti v občinah za enajstletno obdobje in z vidika velikosti občin. Partnerstvo med lokalno skupnostjo in zdravstvenim domom bomo prikazali na primeru manjše občine, tj. občine Velike Lašče, ki po zakonu svojo nalogo o zagotavljanju primarne zdravstvene dejavnosti za svoje občane združuje z drugimi občinami.

2. Zdravje in zdravstveno varstvo: primarno zdravstvo in lokalna skupnost

Zdravje je ena od najpomembnejših vrednot, ki nam omogoča in zagotavlja kakovostno življenje in je temelj razvoja vsake družbe. Skrb za zdravje ni le stvar posameznika, temveč postaja vedno bolj tudi skrb družbe. To pomeni, da zdravje ni le osebna, temveč tudi družbena vrednota. Dobro zdravje vpliva na vse pore družbenega življenja, je poglavitni dejavnik socialnega, gospodarskega in osebnostnega razvoja in je pomembna dimenzija kakovosti življenja (Nagelj, 2006).

Na zdravje vplivajo biološke, socialne, kulturne, tehnološke, psihološke, demografske, politične in civilizacijske razmere ter odzivanje zdravstvenega sistema na zdravstvene potrebe ljudi (Wikipedija, 2012). Definicije zdravja se med seboj tudi razlikujejo. Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) je leta 1946 v svoji Ustanovni listini zapisala, da je zdravje stanje popolnega telesnega, duševnega in socialnega blagostanja in ne le odsotnost bolezni. Uživanje največje možne stopnje zdravja je osnovna pravica vsakega posameznika. Novejša definicija SZO pa definira zdravje kot celovit in dinamičen sistem, ki predstavlja za posameznika prilagoditveno funkcijo in mu omogoča opravljanje biološke, socialne in poklicne funkcije, hkrati pa pomaga pri obrambi telesa pred boleznimi (imunski sistem), oslabelostjo (fizična kondicija) in prehitro smrtjo. Kadarkoli govorimo o zdravju, moramo imeti v mislih zdravje posameznika in zdravje družbe, če se pogovarjamo o odgovornosti, tudi to zadeva tako posameznika in družbo (Voljč, 1990, str. 301).

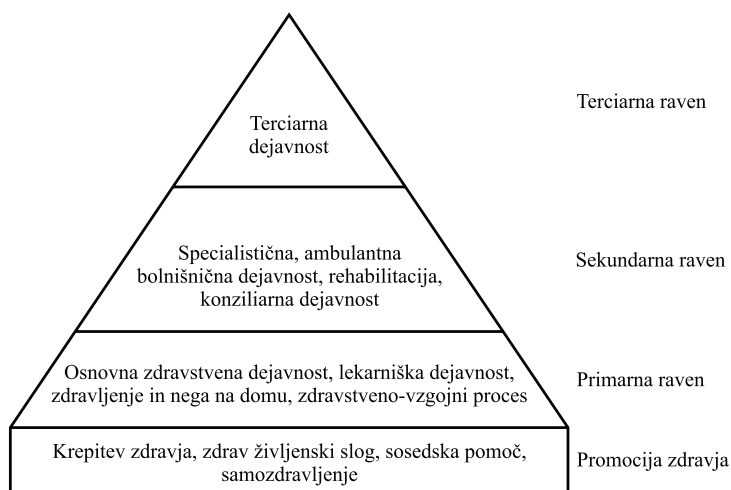
Danes zdravje definiramo kot splošno vrednoto in bistveni vir za produktivno in kakovostno življenje slehernega posameznika in skupnosti kot celote. Zdravje je po tej definiciji dinamično ravnovesje telesnih, duševnih, čustvenih, duhovnih, osebnih in socialnih prvin, ki se kaže v zmožnosti neprestanega opravljanja funkcij in prilagajanja okolju. V tem smislu zdravje in skrb zanj ni le interes posameznika, medicinske stroke ali institucij zdravstvenega varstva, marveč odgovornost celotne družbene skupnosti (<http://www.zimbio.com/Fitness/articles/UPoYDHqj4mW/Kaj+Je+Zdravje+Moderna+Definicija+Zdravja>). Selič (1994) meni, da se zdravje ne nanaša samo na naše telo, temveč pomeni »nekaj več« (prav tam: 151). Po njenem mnenju je opredelitev zdravja določena tudi s kulturnimi okviri. Določena stanja, ki so v neki kulturi vrednota, kakovost oz. so zaželeni, so v drugi kulturi lahko izredno negativno stigmatizirana. Tudi znotraj ene kulture lahko veljajo določene oblike vedenja za nekaj časa znak socialnega prestiža, nato pa jih taista družba označi kot razvade ali bolezen.

Zdravje je koncept, ki ima v izkustvu vsakega posameznika vsaj občasn centralni pomen. Je namreč dejavnik, ki zadeva temelj posameznikove eksistence, kar pride najbolj jasno do izraza pri »odsotnosti zdravja«. Pojav bolezni ne pomeni le napada na telo posameznika v instrumentalnem pomenu, pač pa pomeni tudi napad na njegovo »utelešeno sebstvo«, samopodobo. Bolezen je tisto, kar posameznikovo samopodobo ruši, jo 'deformira'. Telo namreč ni le instrument gibanja, dihanja, pač pa je predvsem tudi utelešenje posameznikovih predstav o sebi, ki so hkrati tudi ponotranjene družbene predstave (Toš, 2002, po Kenda, 2006).

Za zdravje je torej najprej odgovoren vsak posameznik, država pa je v sodelovanju s stroko in znanostjo pristojna in odgovorna za ustvarjanje pogojev zdravega življenja. Zdravje je temelj socialnega in gospodarskega razvoja ter odsev razmer v družbi v posameznem zgodovinskem obdobju. Je odsev preteklih in sedanjih dogajanj, učinkov dednosti in okolja ter človekovega odzivanja (Sušanj, 2007).

Ustava Republike Slovenije (1991) zagotavlja državljanom pravico do zdravstvenega varstva pod pogoji, ki jih določa zakon. Zakon določa pravice do zdravstvenega varstva iz javnih sredstev, ki zagotavlja preventivo, kurativo in rehabilitacijo. Cilj vseh teh dejavnosti je po besedah Kobal Straus (2012) boljše zdravje posameznika in družbe. Zakon o zdravstveni dejavnosti (1992) natančno določa, kaj obsega zdravstvena dejavnost, kako in kdo jo izvaja. Slovenski zdravstveni sistem deli zdravstveno dejavnost na primarno, sekundarno in terciarno raven. Zdravstvena dejavnost na primarni ravni obsega osnovno zdravstveno in lekarniško dejavnost, sekundarna raven vključuje specialistične ambulante in bolnišnično zdravljenje, s čimer podpira primarno raven, terciarna pa obsega dejavnosti klinik, inštitutov in drugih pooblaščenih zdravstvenih zavodov, kar je razvidno iz slike 1.

Slika 1: Piramida zdravstvenih dejavnosti.



Vir: Toth, M. (2003). Zdravje, zdravstveno varstvo, zdravstveno zavarovanje. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, str. 14.

V okviru javnega zdravstva imamo državljani Republike Slovenije zagotovljeno vso zdravstveno in strokovno pomoč, ki jo potrebujemo in jo nekateri bolj, drugi manj tudi koristimo. Zaradi preobremenjenosti javnega zdravstva in pomanjkanja denarja pa državljani mnogokrat uporabimo tudi zdravstvene storitve v zasebnem sektorju. Javni zavodi na področju zdravstva so zdravstveni domovi, bolnišnice, lekarne, zavodi za zdravstveno varstvo, zdravilišča. Zdravstveno zavarovanje občanov vodi Zavod za zdravstveno zavarovanje, prostovoljno zavarovanje pa zavarovalnice.

Lokalne skupnosti imajo ključno vlogo pri zagotavljanju zdravja svojih občanov. Zakon o lokalni samoupravi (Uradni list RS, št. 72/93), natančneje 22. člen, vsaki lokalni skupnosti predpisuje med drugim zagotavljanje in delovanje informacijsko-dokumentacijskih, kulturnih, znanstvenih, socialnih, varstvenih in zdravstvenih ustanov, ki so pomembne za širšo lokalno skupnost ali za državo. Do leta 1999 so resorna ministrstva v sodelovanju z občinami pripravila merila in izračun obsega javnih sredstev za posamezno dejavnost za vsako občino posebej. Merila so vplivala na finančno izravnavo občin, tj. dopolnilnih dohodkov iz državnega proračuna, do katerih so bile upravičene tiste občine, ki s svojimi lastnimi viri niso več zagotavljale sredstev za izvajanje svojih nalog. Ministrstvo za finance je nato sektorske izračune povzelo v letni obseg sredstev za občino, in sicer: (1) kot vodilo občinam, koliko morajo prispevati oz. planirati v občinskih proračunih za financiranje izvirmih občinskih nalog (osnovne šole, vrtci, kultura, raziskovalna dejavnost, socialno skrbstvo, zdravstvo, komunala, civilna zaščita itn.), in (2) kot izračun obsega sredstev za občine iz državnega proračuna kot finančno izravnavo občinam, ki imajo slabšo finančno strukturo (Avbelj Valentan, 2010).

Primarno zdravstvo na področjih lokalne skupnosti izvajajo zdravstveni domovi. Če lokalna skupnost ne dosega določenih standardov (npr. določenega števila prebivalstva), ne more organizirati na svojem področju samostojnega zdravstvenega doma, temveč mora: (1) imeti zdravstveno postajo, ki je del drugega javnega zdravstvenega doma, in/ali (2) razpisati koncesijo za delovanje in izvajanje zdravstvene službe v skladu z zakonom.

Javni zdravstveni zavod pridobiva največ sredstev od ZZZS (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije). Odnose med ZZZS in zdravstvenimi zavodi ter zasebnimi zdravstvenimi delavci ureja Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (2005). V Sloveniji je oblikovan partnerski sistem oblikovanja obsega in vsebine programa zdravstvenih storitev. V njem sodelujejo ZZZS, Ministrstvo za zdravje in izvajalci oziroma predstavniki izvajalcev (Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije, Zdravniška zbornica Slovenije, Lekarniška zbornica Slovenije, Skupnost slovenskih naravnih zdravilišč, Skupnost socialnih zavodov Slovenije in Skupnost organizacij za usposabljanje). Rezultat pogajanj je splošni dogovor, ki ga sprejmejo vsako leto posebej. Na podlagi splošnega dogovora ZZZS izvede javni razpis, na katerega se prijavijo izvajalci. Po izbiri sklene ZZZS z izvajalci letne pogodbe o obsegu storitev, v katerih je določena vrsta, obseg in cena storitve, način plačevanja ter nadzor nad izvajanjem pogodbe. V pogodbi je določeno število zaposlenih, ki jih bo ZZZS financiral, določen je standard po kvalifikacijski strukturi zaposlenih, vseh dodatkih, materialnih stroškov

in amortizaciji. Priloga k pogodbi so tudi urniki in odkupljeni čas, ki ga bo ZZZS plačal. Prihodek na podlagi omenjene pogodbe predstavlja glavni vir financiranja zdravstvenih zavodov (Štruc, 2006, po Avbelj Valantan, 2010).

Lokalna skupnost s pomočjo zdravstvenih delavcev lahko veliko naredi za promocijo zdravja svojih občanov. Cilj promocije zdravja je izboljšati splošno zdravstveno stanje ter preprečiti ali upočasniti pojav dejavnikov tveganja in kroničnih nalezljivih bolezni. Za zdravje, dobro počutje, fizično, psihično in socialno kondicijo si mora prizadevati najprej posameznik sam, lokalna skupnost pa lahko za promocijo zdravja organizira različne dejavnosti, delavnice, predavanja, projekte in programe, ki spodbujajo občane k aktivni skrbi za lastno zdravje. Naloge promocije zdravja so definirane v Ottawski deklaraciji iz leta 1986 (Sušanj, 2007). Kot partnerji v promociji zdravja občanov pa s svojim delom in pristopom lahko veliko pripomorejo zdravstveni domovi in posamezni zdravstveni delavci, šole in učitelji, mediji, knjižnica, razna športna in druga društva ter zavodi in delovne organizacije z zagotovitvijo zdravih in varnih pogojev dela in rekreacije.

3. Raziskovalni problem in metodologija

Problem raziskave je vezan na analizo proračunskih kazalnikov občin Slovenije in podatkov Ministrstva za finance Republike Slovenije ter na prikaz zagotavljanja zadostnih finančnih sredstev za delovanje primarne zdravstvene dejavnosti v eni od manjših občin, Občini Velike Lašče, ki kakovost izvajanja primarne zdravstvene dejavnosti zagotavlja najprej z zdravstvenim domom dr. Janeza Oražma v Ribnici ter v partnerstvu z drugimi inštitucijami, zavodi in organizacijami v občini. V prispevku se bomo osredotočili na prikaz proračunskih kazalnikov, ki so dostopni na spletni strani <http://www.fu.uni-lj.si/kazalniki/vhod.htm>.

Namen prispevka je ugotoviti: (1) koliko proračunskih sredstev lokalne skupnosti namenjajo: za posamezna področja dejavnosti občine in posebej za področja zdravstva, (2) kako je znesek proračunskih sredstev za zdravstvo na prebivalca v občini odvisen od velikosti (števila prebivalcev) občin; (3) kako se je delež občinskih proračunov za zdravstvo spreminjal na republiški ravni v obdobju 2000 do 2011.

S pomočjo proračunskih kazalnikov občin Slovenije in podatkov Ministrstva za finance RS želimo analizirati vpliv velikosti občine na višino proračunskih sredstev za primarno zdravstvo v občini. Predvidevamo, da so finančna sredstva za zdravstveno varstvo na primarni ravni sorazmerna z velikostjo občin (merjeno glede na število prebivalstva). Prav tako predvidevamo, da finančna kriza zadnjih let vpliva na zmanjšanje proračunskih sredstev za izvajanje primarne zdravstvene dejavnosti.

Podatki so bili obdelani s statističnim paketom SPSS-X PC in EXCEL.

4. Rezultati raziskave in razprava

4.1. Struktura proračunskih odhodkov slovenskih občin po posameznih nalogah

V tretjem poglavju Zakona o lokalni samoupravi (2007) je v 21. členu zapisano, da občina samostojno opravlja lokalne zadeve javnega pomena (izvirne naloge), ki jih določi s splošnim aktom ali pa so določene z zakonom. Zakon v istem členu zelo natančno predvideva 22 nalog, ki jih občina izvaja z namenom zadovoljevanja potreb svojih prebivalcev. Zanimalo nas je, kolikšen delež svojega proračuna občine v Sloveniji v povprečju namenjajo za realizacijo posameznih nalog. Za namen analize smo izpostavili deset nalog, kot so razvidne v tabeli 1. Za primerjavo smo vzeli leta 2000 do 2004 in leto 2008.

Tabela 1: Struktura proračunskih odhodkov slovenskih občin po posameznih nalogah za leta 2000 do 2004 in 2008

Št.	Naloga	Struktura 2000-2004	Struktura 2008
1	Javna uprava	15,20 %	18,93 %
2	Obramba (022 civilna zaščita)	0,30 %	0,19 %
3	Javni red in varnost (032 protipožarna varnost)	1,90 %	2,01 %
4	Gospodarske dejavnosti	21,80 %	22,29 %
5	Varstvo okolja	7,10 %	8,19 %
6	Stanovanjska dejavnost in prostorski razvoj	11,20 %	8,53 %
7	Zdravstvo	1,30 %	1,27 %
8	Rekreacija, kultura in dejavnosti neprofitnih organizacij, združenj, društev in drugih institucij	10,50 %	11,22 %
9	Izobraževanje	25,50 %	23,11 %
10	Socialna varnost	5,20 %	4,25 %
	<i>S k u p a j</i>	100,00 %	100,00 %

Analiza proračunskih kazalnikov pokaže, da največji proračunski odhodek za slovenske občine predstavlja izobraževanje (občina ustanavlja in financira delovanje vrtcev, tu so še materialni stroški za osnovno šolo, investicijsko vzdrževanje in investicije). Naslednji največji proračunski odhodek so gospodarske dejavnosti in nato delovanje javne uprave. Odhodki slovenskih občin za zdravstvo predstavljajo približno 1,3 % vseh odhodkov in odhodki za zdravstvo predstavljajo skoraj najmanjši delež proračunskih odhodkov občin, le za civilno zaščito občine namenjajo manj denarja kot za zdravstvo.

4.2. Struktura proračunskih odhodkov slovenskih občin za področje zdravstva

Da bi ugotovili, koliko je finančnih sredstev, namenjenih za zagotavljanje primarnega zdravstva v občini na prebivalca, smo občine razvrstili v pet kategorij (tabela 2).

Tabela 2: Odhodki za zdravstvo na prebivalca v letih 2006 do 2008 po velikostnih skupinah občin

<i>Število prebivalcev: od</i>	<i>Število prebivalcev: do</i>	<i>Število občin</i>	<i>xpov -povprečje v skupini (v EUR)</i>	<i>Std</i>
	2500	44	16,4	14,1
2500	5000	67	13,8	11,0
5000	10000	48	15,0	10,4
10000	20000	33	15,1	8,9
20000		18	11,6	7,0
	Slovenija	210	13,42	

V prvi kategoriji – sem spadajo občine do 2500 prebivalcev - je 44 občin in te namenajo v povprečju 16,4 evra na prebivalca za zagotavljanje primarnega zdravstva. V drugi kategoriji so občine od 2500 do 5000 prebivalcev. Takih občin je 67 in te namenajo v povprečju 13,8 evra za zdravstvo. V tretji kategoriji od 5000 do 10000 prebivalcev je 48 občin, njihovo povprečje pa je 15 evrov za zdravstvo na prebivalca. V četrti kategoriji od 10000 do 20000 prebivalcev je 33 občin; te zagotavljajo 15,1 evra na prebivalca za zdravstvo, v peti kategoriji se nahaja 18 občin. Te imajo nad 20000 prebivalcev in v povprečju odvajajo za zagotavljanje primarnega zdravstva občanov 11,6 evra. Ugotovili smo, da ima več kot polovica slovenskih občin do 5000 prebivalcev. Prav tako smo ugotovili, da so proračunski odhodki na prebivalca v obdobju analize najnižji v velikih občinah in največji v najmanjših občinah, da najbolj varirajo v majhnih občinah (največji standardni odklon), velika variabilnost po občinah pa je posledica investicijskih aktivnosti v zdravstvu, ki je pri majhnih občinah tudi najizrazitejša.

4.3. Trend spreminjanja deleža občinskih proračunskih sredstev za zagotavljanje primarne zdravstvene dejavnosti

Z analizo proračunskih kazalnikov občin, dostopnih na spletnih straneh Fakultete za upravo Univerze v Ljubljani (podatki do vključno za leto 2008), in s pomočjo podatkov Ministrstva za finance Republike Slovenije (podatki za leto 2009, 2010, 2011) smo želeli ugotoviti tudi, kako se je delež finančnih sredstev za zdravstveno varstvo na primarni ravni spreminjal. Zanimalo nas je, ali se delež finančnih sredstev za zagotavljanje primarnega zdravstva v občini povečuje ali pada.

Leta 2000 je delež proračunskih sredstev občin za zagotavljanje primarnega zdravstva predstavljal 1,21 %, 2001 – 1,39 %, 2002 – 1,34 %, 2003 – 1,3 %, 2004 – 1,06 %, 2005 – 1,24 % in leta 2006 – 1,83 %. V povprečju zaznamo pozitiven trend. V primerjavi z letom 2000 se sredstva povečujejo, razen leta 2004, ko zaznamo upad sredstev in nato občuten dvig leta 2006. Nadaljnja analiza proračunskih kazalnikov občin za zagotavljanje primarne zdravstvene dejavnosti pa pokaže negativen trend. Od leta 2007 do 2011 so slovenske občine v povprečju za zagotavljanje primarnega zdravstva namenjale vedno manj finančnih sredstev.

Analiza proračunskih kazalnikov in podatkov Ministrstva za finance nam pokaže, da so slovenske občine leta 2007 namenile 1,71 % za zagotavljanje primarne zdra-

vstvene dejavnosti, leta 2008 – 1,49 %, leta 2009 – 1,30 %, leta 2010 – 1,17 % in leta 2011 za 0,04 % več kot prejšnje leto, tj. 1,21 %. Naša predvidevanja, da finančna kriza zadnjih let vpliva na zmanjšanje občinskih proračunskih sredstev za izvajanje primarne zdravstvene dejavnosti, drži, zato je še kako pomembno okrepiti partnerstvo med občino kot ustanoviteljico zdravstvenih domov in zdravstvenimi domovi kot zavodi, ki »skrbijo« za primarno zdravstveno dejavnost v občini. S skupnimi močmi se da narediti marsikaj v prid občana in pacienta.

4.4. Partnerstvo med lokalno skupnostjo in zdravstvenim domom

Občina Velike Lašče ima 4200 prebivalcev in se razprostira na 103 kvadratnih kilometrih in ima skoraj 25 % populacije, ki je starejša od 60 let. Zakon o zdravstveni dejavnosti (2005) Občini Velike Lašče predpisuje organiziranje primarne zdravstvene dejavnosti za njene občane. Zakon v svojem 12. členu določa, da če v občini ali mestu ni zdravstvenega doma, mora občina oziroma mesto v sodelovanju z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije zagotoviti izvajanje preventivnih in drugih programov v osnovnem zdravstvenem varstvu s pogodbo z drugim zdravstvenim domom, zdravstveno postajo ali z zasebnimi zdravstvenimi delavci, ki opravljajo javno zdravstveno službo na podlagi koncesije. Tudi v Statutu občine Velike Lašče (2006) je v 7. členu med drugim določeno, da občina zagotavlja in pospešuje zdravstveno varstvo občanov tako, da ustanovi zdravstveni zavod in zagotavlja pogoje za njegovo delovanje in z različnimi ukrepi pospešuje zdravstveno varstvo občanov.

Pred ustanovitvijo samostojne občine leta 1994 je območje Velikih Lašč, Roba in Turjaka spadalo pod Občino Ljubljana Vič - Rudnik, ki je med drugim z Zdravstvenim domom Ljubljana, s svojo Enoto Vič - Rudnik skrbela za zdravstveno varstvo občanov na tem področju. Mestna občina Ljubljana je septembra 2006 obvestila Občino Velike Lašče, da mora občina sama urediti primarno zdravstveno varstvo za svoje občane oz. Mestna občina Ljubljana kot ustanoviteljica Zdravstvenega doma Ljubljana je odpovedala sodelovanje na tem področju (prej z delitveno bilanco občin pa tudi nekatere druge dejavnosti). Mestna občina Ljubljana in Zdravstveni dom Ljubljana sta Občini Velike Lašče prepustila 2 programa splošne medicine in 1,7 programa patronaže. Občina Velike Lašče je imela na voljo šestmesečno prehodno obdobje, ki pa je bilo občutno prekratko za reševanje tako pomembnega in obsežnega problema. Ker je bil razpis za podelitev koncesije za splošno medicino in patronažo neuspešen, je občina leta 2008 pristopila k soustanoviteljstvu Javnega zavoda Zdravstvenega doma dr. Janeza Oražma Ribnica in se priključila občinam, ki so bile ustanoviteljice zdravstvenega doma že prej – Občina Ribnica, Občina Sodražica in Občina Loški potok.

Zdravstveni dom Ribnica je prevzel dejavnost splošne medicine in patronaže v Občini Velike Lašče s 1. 9. 2009. Občina in Zdravstveni dom dobro sodelujeta. Občina skrbi za investicijsko vzdrževanje, ki ga glede na starost objekta in načina takratne gradnje ni malo. Zdravstvena postaja v Velikih Laščah je bila zgrajena leta 1985 iz sredstev samoprispevka. V zadnjih desetih letih je občina financirala obnovo notranjih prostorov in opreme, zamenjala vsa okna in na razpisu Ministrstva za zdravje pridobila sredstva za sofinanciranje zamenjave strešne kritine. Ker je bil narejen le prenos

splošne in družinske medicine in v določenem delu pediatrije ter patronaže se občina skupaj z Zdravstvenim domom trudi pridobiti še nekatere druge dejavnosti. Občina Velike Lašče zato dodatno financira program logopedije za predšolske otroke (občina je odgovorna za delovanje predšolske vzgoje), preventivne programe – športna rekreacija, sofinancira delovanje Koronarnega kluba. Občina in Zdravstveni dom sodelujeta s Knjižnico Frana Levstika (v sklopu Knjižnice Prežihov Voranc iz Ljubljane) z različnimi predavanji in predstavitevijo knjig o zdravem načinu življenja in prehrane. Partnerstvo sta občina in Zdravstveni dom razširila na področje osnovne šole (čeprav preventivo osnovnošolske mladine še vedno opravlja Ljubljana), kjer izvajajo predavanja za starše in otroke – šola zdravega obnašanja.

5. Sklep

Javno zdravstvo je eno od najpomembnejših dejavnosti v življenju vsakega posameznika in družbe kot celote. Zdravje posameznika je vrednota, kako velika vrednota je, pa se zavemo šele takrat, ko zbolimo. Je bistveni vir za produktivno in kakovostno življenje slehernega izmed nas. Zdravje je celovit in dinamičen sistem, ki predstavlja za posameznika prilagoditveno funkcijo in mu omogoča opravljanje biološke, socialne in poklicne funkcije, hkrati pa pomaga pri obrambi telesa pred boleznimi, oslabeletjstjo in prehitro smrtjo (Voljč, 1990). Za zdravje je odgovoren vsak posameznik, država pa je v sodelovanju s stroko in znanostjo pristojna in odgovorna za ustvarjanje pogojev zdravega življenja (Sušan, 2007). Po Ustavi Republike Slovenije (1991) imajo državljani pravico do zdravstvenega varstva iz javnih sredstev. Le-to jim zagotavlja preventivo, kurativo in rehabilitacijo.

Zakon sicer jasno določa, kaj obsega zdravstvena dejavnost, kako in kdo jo izvaja, vendar smo s pomočjo analize proračunskih kazalnikov ugotovili, da primarna zdravstvena raven, ki obsega osnovno zdravstveno in lekarniško dejavnost in ki se izvaja na lokalni ravni (po Zakonu o lokalni samoupravi), v zadnjem desetletju sledi trendu zmanjševanja finančnih sredstev. Analiza je pokazala, da slovenske občine le področju civilne zaščite namenjajo manj denarja. Področje zdravstva predstavlja v povprečju 1,3 % odhodka proračunskih sredstev. Občine so prepričane, da bi moral Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije s finančnimi sredstvi pokrivati delovanje zdravstvenih domov, ki skrbijo za primarno zdravstveno dejavnost v občini. Za promocijo zdravja, katere cilj je izboljšati splošno zdravstveno stanje ter preprečiti ali upočasniti pojav dejavnikov tveganja in kroničnih nalezljivih bolezni, si mora najprej prizadevati posameznik sam, pri tem pa mu mora pomagati njegova lokalna skupnost. Ta v partnerstvu z zdravstvenim domom ter drugimi zavodi v občini (vrtec, šola, knjižnica, društva in organizacije) in z dodatnimi finančnimi sredstvi (kar smo v prispevku prikazali na študiji primera v Občini Velike Lašče) lahko za promocijo zdravja organizira različne dejavnosti, delavnice, predavanja, izpelje razne projekte in programe, hkrati pa zagotavlja zdrave in varne pogoje življenja in dela ter rekreacije na svojem področju.

Tatjana Devjak, Srečko Devjak

Primary health care of citizens: a partnership between the local community and health care centres

According to the authors, public health in Slovenia is one of the most important activities in the life of each individual, in addition to education, and, at the same time, plays an important role in the functioning of a society as a whole. Good health affects all the pores of social life, is the primary factor in the social, economic and personal development and also assumes an important dimension of the quality of life. (Nagelj, 2006) Human health is influenced by biological, social, cultural, technological, psychological, demographic, political and civilisation conditions and the response of the health system to the health needs of the people. (Wikipedia, 2012) In defining health, we come across various definitions. However, one of the more recent definitions of the World Health Organisation defines health as a comprehensive and dynamic system that represents individual's adjustment function and allows him to perform all the biological, social and occupational functions. It also assists in the defence of the body against disease (the immune system), weakness (physical fitness) and early death (Voljč, 1990, p. 301). Health is first and foremost responsibility of each individual, but the state in cooperation with the profession and science is responsible and accountable for creating the conditions for healthy living (Sušanj, 2007). The Constitution of the Republic of Slovenia (1991) defines the right of citizens to health care from public funds. Health care is a system that ensures prevention, curative and rehabilitation.

The authors of the paper establish that the citizens of Slovenia have guaranteed health and professional help in the context of public health, which we all need and more or less use. Due to the overburdened public health and a lack of money, the citizens often make use of health services in the private sector. Public institutions in the field of health care are health centres, hospitals, pharmacies, institutions and health spas. Medical insurance of citizens is provided by the Health Insurance Institute and supplementary health insurance by insurance companies. The authors of this paper focus on the implementation of the primary health care activities, which currently meet the needs of the majority of the population at the local level. Based on the analysis of budgetary indicators of municipalities in Slovenia, they show the share of assets that municipalities allocate for the operation of primary health care activities, and they note that the share of funding for health services per citizen does not only depend on the legal formal requirements, but also on the size of each municipality. Local communities play a vital role in ensuring the health of its citizens. The Local Self-Government Act (OGRS, No. 72/93), more specifically Article 22, lays down the provisions and operation of information-documentation, cultural, scientific, social, and health care institutions for each local community, which have implications for the wider local community or the state. Until 1999, the resource ministries in cooperation with the municipalities prepared the criteria and calculation of the extent of public funding for each activity and for each municipality separately. The criteria had an impact on the

financial resources of municipalities, meaning the supplementary income tax from the state budget, to which municipalities, which could not carry out their duties with their own resources, were entitled. Therefore, the Ministry of Finance summarised sectoral scopes in the annual calculations of the assets for the municipality: (1) as a guide for municipalities how much they have to contribute for the financing of the original municipal objectives (primary schools, kindergartens, culture, research, social welfare, health care, sanitation, civil protection, etc.), and (2) as the calculation of the amount of assets of the municipality from the state budget as financial compensation to municipalities having a weak financial structure. (Avbelj Valentan, 2010).

The law clearly specifies what health activity is, and how, in what way and who runs it, but the authors of the paper learned through the analysis of budgetary indicators that the primary health care level, which comprises the basic health and pharmaceutical services and which is implemented at the local level (under the Local Self-Government Act), has been subjected to the trend of diminishing financial resources in the last decade. For the purpose of the analysis, which was to determine how many financial resources is intended for the provision of primary health care in the municipality per citizen, they grouped municipalities into five categories. In the first category (municipalities up to 2,500 inhabitants), there are 44 municipalities and they allocate an average of €16.4 per person for the provision of primary health care. The second category includes the municipalities of 2,500 to 5,000 inhabitants. There are 67 and they contribute €13.8 for health. In the third category of 5,000 to 10,000 inhabitants, there are 48 municipalities and their average is €15 for health care per citizen. In the fourth category of 10,000 to 20,000 inhabitants, there are 33 municipalities and they provide €15.1 per citizen for health care, and in the last, fifth category, there are 18 municipalities. These have more than 20,000 inhabitants and allocate an average amount of €11.6 for the provision of primary health care of their citizens. The analysis of the financial indicators showed that more than half of Slovene municipalities have up to 5,000 inhabitants. The authors note that the budgetary expenditure per citizen during the analysis period was the lowest in large municipalities and the highest in the smallest municipalities, and most variable in small municipalities (the highest standard deviation). The great variability within the municipalities is the result of investment activities in the health care sector, which is even more pronounced in small municipalities. The expenses of Slovene municipalities for health care present approximately 1.3 % of the total expenditure, and expenditure on health services presents almost the smallest share of the budgetary expenditure of the municipalities. Only civil protection is less funded by the municipalities than health care.

According to the authors, Slovene municipalities are believe that compulsory health insurance should provide the financial resources for the operation of health centres which offer primary health services in the municipality. For the promotion of health, whose aim is to improve the general state of health and prevent or slow down the onset of risk factors and chronic infectious diseases, the individual should be responsible, but he/she should be helped by his local community. The local community with the help of health workers can ensure a great deal of health promotion for their

citizens by organising various activities, workshops, lectures, projects and programmes that encourage citizens to actively care for their own health. The tasks of health promotion are defined in the Ottawa Declaration of 1986 (Sušanj, 2007). As partners in the promotion of the health of citizens, health centres as well as individual health workers, schools, teachers, library, various sports and other clubs and societies and companies can be a great help by providing a healthy and safe working conditions and recreation. The authors of the paper justify the importance of the integration and collaboration between the local community and health care centres, as well as with other institutions and organisations with the aim of ensuring the quality implementation of the public health service.

LITERATURA

1. Avbelj Valentan, M. (2010). Analiza financiranja primarne zdravstvene mreže s proračunskimi sredstvi občin. Magistrsko delo. Ljubljana: Fakulteta za upravo.
2. <http://sl.wikipedia.org/wiki/Zdravje> [Citirano 25. 9. 2012].
3. <http://www.fu.uni-lj.si/kazalniki/vhod.htm>.
4. <http://www.zimbio.com/Fitness/articles/UPoYDHqj4mW/Kaj+Je+Zdravje+Moderna+Definicija+Zdravja> [Citirano 25. 9. 2012].
5. Kenda, B. (2006). Program »zdrava šola« v luči sodobnega pogleda na zdravje. Ljubljana: Filozofska fakulteta Univerze v Ljubljani.
6. Kobal Straus, K. (2012). Organiziranost zdravstvenega varstva. <http://www.najblog.com/media/5991/20090310-Odgovori%20na%20izpitna%20vpra%C5%A1anja.pdf>.
7. Nagelj, G. (2006). Organizacija osnovne zdravstvene dejavnosti v EU in Sloveniji. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
8. Statut Občine Velike Lašče (2006).
9. Sušanj, D. (2007). Promocija zdravja v lokalni skupnosti – vpliv na spremembo vedenja občanov. Koper: Fakulteta za management Univerze na Primorskem.
10. Toth, M. (2003). Zdravje, zdravstveno varstvo, zdravstveno zavarovanje. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
11. Voljč, B. (1990). Kaj je odgovornost za zdravje? Zdravstveno varstvo, 11/12, 301–302.
12. Zakon o lokalni samoupravi (1993). Uradni list RS, št. 72.
13. Zakon o lokalni samoupravi (2007). Uradni list RS, št. 94.
14. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Uradni list RS, št. 9/92, 13/93, 9/96, 29/98, 6/99, 56/99, 99/01, 42/02, 60/02, 126/03, 76/05, Uradno prečiščeno besedilo – Uradni list RS, št. 100/05.
15. Zakon o zdravstveni dejavnosti (2005). Uradni list RS, št. 23.

*Dr. Tatjana Devjak, izredna profesorica na Pedagoški fakulteti Univerze v Ljubljani.
E-naslov: tatjana.devjak@guest.arnes.si*

*Dr. Srečko Devjak, redni profesor na Fakulteti za upravo Univerze v Ljubljani.
E-naslov: srecko.devjak@fu.uni-lj.si*