



Visoka šola
za zdravstveno nego
Jesenice

College
of Nursing
Jesenice

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

VLOGA DIPLOMIRANE MEDICINSKE SESTRE V REFERENČNI AMBULANTI

Mentorica: izr. prof. dr. Brigita Skela Savič Študentka: Barbara Potočnik

Somentorica: asist. Mateja Bahun

Jesenice, oktober, 2012

ZAHVALA

Za vso pomoč, nasvete in podporo pri pisanju diplomskega dela se zahvaljujem mentorici izr. prof. dr. Brigiti Skela Savič in somentorici asist. Mateji Bahun. Zahvalila bi se tudi dr. Matjažu Robleku za pomoč pri statistični obdelavi in lektorici Sonji Ficko. Za pomoč in podporo v času šolanja bi se rada zahvalila tudi vsem sodelavcem Zdravstvenega doma Tržič. Hvala tudi moji družini za podporo v času študija.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: V letu 2011 se je slovenska zdravstvena politika odločila, da naredi premik v zdravstvu, uvedla je referenčne ambulante. V tim na primarni ravni slovenskega zdravstva je vključila diplomirano medicinsko sestro.

Cilj: Cilj raziskave je ugotoviti, kako so se diplomirane medicinske sestre soočile z delom v referenčnih ambulantah, in raziskati, kakšne težave se pri tem pojavljajo.

Metoda: Uporabljali smo metodo anketiranja. Vprašanja smo sestavili na podlagi predhodnega neformalnega razgovora z diplomiranimi medicinskimi sestrami, ki delajo v referenčnih ambulantah. Možnih je bilo več odgovorov ter tudi možnost lastnega, dopisanega odgovora. Zajeli smo referenčne ambulante po celi Sloveniji, ki so pričele delovati aprila 2011. Poslanih je bilo 51 vprašalnikov. Vrnjenih je bilo 36 vprašalnikov, kar predstavlja 70 % vzorca. Pridobljene podatke smo obdelali s programoma Microsoft Excel in IBM SPSS, verzija 20. Uporabljali smo opisno statistiko, Spearmanov korelacijski koeficient in Pearsonov korelacijski koeficient.

Rezultati: V analizi ankete smo ugotovili, da so anketiranci, in po njihovem mnenju tudi pacienti, z delom v referenčnih ambulantah zadovoljni (91,8 %). Večinoma diplomirane medicinske sestre, zdravniki in srednje medicinske sestre/zdravstveni tehniki delujejo kot tim (79,6 %). Občasno imajo različne organizacijske težave, kar pa je v začetku projekta "Referenčne ambulante" pričakovano. V večini referenčnih ambulant so zaposlene medicinske sestre z visokošolsko izobrazbo (91 %), ki si želijo še dodatnih izobraževanj za vodenje te ambulante. K boljšemu delu bi pripomogla še aktivnejša vloga Ministrstva za zdravje in nadgrajen informacijski sistem, ki ga uporabljajo zdravstvene ustanove.

Razprava: Na podlagi raziskave so diplomirane medicinske sestre s potekom dela v referenčni ambulanti in izobraževalnimi moduli zadovoljne. Tudi pacienti in drugi zaposleni so jih dobro sprejeli. Pri nadaljnjem delu bi na podlagi raziskave lahko nadgradili informacijske sisteme in internetno stran Ministrstva za zdravje. Prav tako je potrebno nadaljnje podiplomsko izobraževanje izvajalcev zdravstvene nege na tem področju.

Ključne besede: referenčne ambulante, preventiva, kronične bolezni, kompetence diplomirane medicinske sestre, družinska medicina.

ABSTRACT

Background: In 2011, Slovenian health care decision makers decided to improve health care by introducing reference outpatient clinics, whereby registered nurses were included in the health care team at the primary level of health care.

Aim: The aim of the present study is to establish how registered nurses are coping with the work in reference clinics and to explore possible problems which might arise.

Method: A questionnaire method was employed. The questions were composed following prior informal discussions with registered nurses working in reference outpatient clinics. All questions were of multiple-choice type, with a comment field added at the end of each question for respondents' additional comments. Reference outpatient clinics across Slovenia which began their practice in April 2011 were included in the study. A total of 51 questionnaires were distributed and 36 were returned, making the response rate 70%. Acquired data were analyzed using Microsoft Excel and IBM SPSS (version 20). Descriptive statistics, Spearman's rank correlation coefficient and Pearson's product-moment correlation coefficient were used.

Results: Study results revealed that respondents were satisfied with the work conducted in reference clinics and, in their opinion, so were the patients (91.8%). Generally, registered nurses, doctors, nurses with secondary education and assistant nurses work together as a team (79.6%). They occasionally encounter organizational problems, as can be expected at the beginning of the national project 'Reference outpatient clinics'. Registered nurses work in most reference clinics (91%). They expressed a desire for additional training in order to take on leadership positions in these clinics. A more active role of the Slovenian Ministry of Health and an upgraded information system used by the health care institutions would contribute significantly towards better work of reference outpatient clinics.

Discussion: Based on the study results, registered nurses are generally satisfied with the working process at reference clinics and with nurse training modules. Moreover, patients and other employees have accepted registered nurses well. However, the information system and the website of The Ministry of Health of Slovenia should be upgraded to facilitate future work of reference clinics. Finally, further (postgraduate) education for nurses working in reference clinics should be provided.

Keywords: reference outpatient clinics, prevention, chronic diseases, registered nurse competences, family medicine.

KAZALO

1	UVOD	1
2	TEORETIČNI DEL	7
2.1	Kaj so referenčne ambulante	7
2.2	Stanje po svetu.....	8
2.3	Zdravstvena nega in referenčne ambulante.....	10
2.4	Nastajanje referenčnih ambulant	14
2.5	Vloga diplomirane medicinske sestre v referenčni ambulanti	16
2.6	Namen referenčnih ambulant	19
3	EMPIRIČNI DEL	22
3.1	Namen in cilji raziskovanja.....	22
3.2	Raziskovalna vprašanja	22
3.3	Raziskovalna metodologija	23
3.3.1	Metode in tehnike zbiranja podatkov	23
3.3.2	Opis instrumentarija	23
3.3.3	Opis vzorca	24
3.3.4	Opis obdelave podatkov	24
3.4	Rezultati	25
3.4.1	Povezave med spremenljivkami.....	34
3.5	Razprava.....	37
4	ZAKLJUČEK	41
5	LITERATURA	42
6	PRILOGE	47
6.1	Instrument.....	47

KAZALO TABEL IN GRAFOV

Tabele

Tabela 1: Število dodatnih mnenj glede zadovoljstva z izobraževalnimi moduli	27
Tabela 2: Pozitivne izkušnje pri obravnavi pacientov v referenčni ambulanti (RA)	Napaka! Zaznamek ni
Tabela 3: Negativne izkušnje pri obravnavi pacientov v RA.....	32
Tabela 4: Kaj pacienti po mnenju medicinskih sester v RA potrebujejo	33
Tabela 5: Povezave med odgovori, kaj menijo medicinske sestre, da so pacienti pričakovali od medicinskih sester pri prvem obisku v RA	35
Tabela 6: Povezave med odgovori, kaj menijo medicinske sestre, da so pacienti pričakovali od medicinskih sester pri prvem obisku v RA	36

Grafi

Graf 1: Odločitev za delo v RA	25
Graf 2: Struktura sodelujočih glede na mnenje o zadostnosti znanja za vodenje RA	26
Graf 3: Zadovoljstvo s potekom izobraževanja za delo v RA.....	26
Graf 4: Potek dela v timu	27
Graf 5: Zadovoljstvo s pomočjo spletne strani Ministrstva za zdravje in njihovo odzivnostjo	28
Graf 6: Zadovoljstvo z internim informacijskim sistemom	29
Graf 7: Način, kako pacienti obišejo RA.....	30
Graf 8: Zadovoljstvo pacientov z delom medicinskih sester v RA	30
Graf 9: Zadovoljstvo pacientov z delom diplomirane medicinske sestre v RA	31

1 UVOD

Zdravje je ena izmed najpomembnejših vrednot v življenju ljudi. Bahunova (2011) navaja, da sodobna definicija za zdravje zajema tudi bistveni vir za produktivno in kakovostno življenje slehernega posameznika in skupnosti kot celote.

Zdravje je temelj socialnega in gospodarskega razvoja ter odsev razmer v družbi v različnih zgodovinskih obdobjih. Na zdravje vplivajo tudi socialne, biološke, tehnološke, kulturne, demografske, politične in civilizacijske razmere in seveda odzivnost zdravstvenega sistema na zdravstvene potrebe ljudi (Zdravje, 2011; povz. po Bahun, 2011, str. 362).

Javno zdravje se nanaša na vse organizirane ukrepe v javnem ali zasebnem zdravstvenem sektorju za preprečevanje bolezni, spodbujanje zdravja, tako duševnega kot telesnega, in kakovostno podaljšanje življenja. Cilj javnega zdravstva je zagotoviti pogoje, v katerih ljudje lahko zdravo živijo in se osredotočajo na celotno populacijo ne samo na posameznike ali samo na posamezno bolezen. Javno zdravje je multidisciplinirano področje, katerega cilj je tudi proučevanje in reševanje dejavnikov, ki vplivajo na zdravje vse populacije prebivalstva, na njihove življenjske navade, socialno strukturo, zdravstveni sistem, delovno dobo, idr. (Marks, Hunter in Alderslade, 2011).

Ameriško združenje za javno zdravje je opredelilo šest osnovnih načel sodobne teorije javnega zdravja:

1. Odgovornost za zdravje je kolektivna in država ima glavno vlogo pri varovanju in spodbujanju javnega zdravja.
2. Javno zdravje se osredotoča na celotno prebivalstvo.
3. Poudarek je na preventivni dejavnosti, zlasti na primarnem nivoju javnega zdravja.
4. Pomembna je skrb za socialno ekonomski standard, ki prav tako vpliva na javno zdravje.
5. Multidisciplinirana dejavnost, ki vključuje kvantitativne in kvalitativne metode varovanja javnega zdravja.
6. Sodelovanje z vso populacijo prebivalcev (prav tam).

Po svetu in tudi v Sloveniji je vedno več pacientov s kroničnimi obolenji. Zdravstveno oskrbo bo potrebno iz leta v leto povečevati in na to vpliva veliko dejavnikov (staranje, demografske spremembe, spremembe zdravstvene politike po svetu ...). Svetovna zdravstvena organizacija opozarja na skokovito naraščanje s starostjo in življenjskim slogom povezanih bolezni, kot so sladkorna bolezen, srčno žilna obolenja, respiratorna in rakava obolenja. Globalni problem v kroničnih obolenjih se kaže tudi v socioloških spremembah, ki vključujejo potrebe po prilagajanju urbanistične in ekonomske sfere. Poleg hitrega povečevanja deleža starejših pa se po drugi strani podaljšuje delovna doba, kar pomeni delati s kronično boleznijo. Skrb pacientov za lastno zdravje je vse pomembnejša. Na pomenu pridobiva ozaveščanje pacientov, ki na različne načine lahko pripomorejo k preprečevanju, obvladovanju in rehabilitaciji pri kroničnih obolenjih. V primarnem zdravstvenem varstvu medicinske sestre s pravim pristopom, z vsebinami s področja promocije zdravja in zdravstveno vzgojnim delom zajamejo večji del prebivalstva v lokalni skupnosti (Štemberger Kolnik in Klemenc, 2010).

Obseg dela in storitev v primarnem zdravstvenem varstvu se je povečal predvsem zaradi staranja prebivalstva, naraščanja kroničnih bolezni, povečanja pričakovanih pacientov in hitrejšega odpuščanja pacientov v domačo oskrbo. Hkrati pa se povečujejo stroški zdravstvenega delovanja. Število zdravnikov je omejeno, zato je ena izmed rešitev trenutne situacije prenos določenih del in nalog z zdravnikov na medicinske sestre na področju kroničnih bolezni (Laurant idr., 2009).

Univerzalna cilja vsake zdravstvene politike sta izboljševanje kakovosti in podaljševanje življenja, seveda ob sočasnem zmanjševanju razlik med prebivalci. Sistematičen in celovit pristop mora biti usmerjen v promocijo zdravja in zmanjševanje tveganih vedenj na ravni celotnega prebivalstva. Prav tako pa je potrebno aktivno iskati in razvrščati ogrožene posameznike, še preden zbolijo. Zajemati mora tudi rehabilitacijo že obolelih in prispevati k dolgoročnemu preprečevanju vnovičnih akutnih zagonov bolezni (Fras in Maučec Zakotnik, 2009).

Povečevanje deleža starejših in kroničnih bolnikov, omejeni viri za zdravstveno dejavnost, pomanjkanje kadrovskih virov, predvsem zdravnikov, razvoj zdravstvenih ved, nova znanstvena spoznanja, globalizacija evropskega in svetovnega prostora,

potrebe prebivalstva po zdravstveni negi naraščajo in terjajo hitre in učinkovite ter dolgoročne rešitve. Potrebe po bolj prožnem pristopu pri zagotavljanju zdravstvene oskrbe še nikoli niso bile tako izražene kot v času nedostopnosti oziroma prikrajšanosti skupnosti do zdravstva. Potrebno je zagotoviti najkakovostnejšo zdravstveno oskrbo družbe. To pomeni sposobnost sodelovanja zdravnikov, medicinskih sester in drugih zdravstvenih delavcev (Požun in Skela Savič, 2011).

Potrebe po sodobni zdravstveni oskrbi prebivalstva ter doseganje ciljev, ki jih pred nas postavlja zdravje, zahteva več kot samo napredek v tehnologiji. Iz zahtev po zdravju prebivalstva izhajajo tudi zahteve po razvoju novih poklicnih pristojnosti, veščin in odnosov, novih tehničnih napredkov in enakopravno sodelovanje zdravstva v partnerstvu z različnimi poklici (Premik, 2006).

Področje družinske medicine je v svojem razvoju doseglo raven, ki jo je potrebno nujno nadgraditi, da ostane temeljni nosilec zdravstvenega varstva. Prenos dela s sekundarnega na primarni nivo je vedno večji, število kroničnih bolnikov narašča, izobraženost in zahtevnost bolnikov se povečujeta, večanje glavarine na zdravnika, hiter razvoj medicinskih smernic in priporočil je samo nekaj dejavnikov, ki zahtevajo spremembe na primarnem nivoju zdravstvenega varstva. Dodatni dejavniki, ki prav tako zahtevajo spremembe, so staranje zdravnikov, vedno manjše odločanje mladih zdravnikov za specializacijo iz družinske medicine in izjemno slaba pokritost določenih regij z zdravniki ter neke vrste podcenjenost stroke na primarnem nivoju. Danes vemo, da so vsebina dela, organizacija dela in način plačevanja timov družinske medicine neustrezni potrebam prebivalcev oziroma pacientov in za izboljšanje opisanega stanja so nujne spremembe (Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, 2011).

Družinska medicina predstavlja področje medicinske specialnosti, ki zagotavlja celostno in trajno primarno zdravstveno varstvo za vse člane družine. Temelji na splošnosti, dostopnosti, stalnosti, celostnosti, usmerjenosti v družino in skupnost, neosebni odnosu in skupinskem delu (Govc Eržen, 2011).

V osnovni zdravstveni dejavnosti, predvsem v splošnih ambulantah, postaja izvajanje zdravstvene nege vse manj vidno in slabo dokumentirano. Zdravstvene reforme zmanjšujejo število osebja v zdravstveni negi, diplomiranim medicinskim sestram in zdravstvenim tehnikom pa je naloženo vedno več nalog v kurativi in preventivi (Železnik idr., 2011).

Osnovno zdravstvo je izpostavljeno velikim obremenitvam in organizacijskim spremembam. Potrebno je najti rešitev, ki bo prerazporedila obremenitve zdravnikov in ohranila visoko kakovost obravnave pacientov. Z uvedbo referenčnih ambulant se v osnovno zdravstvo uvaja nov koncept dela na področju kadrovskega normativov, vsebine dela ter organizacije dela. Dobra osnovna zdravstvena dejavnost omogoča večjo kakovost, manjše stroške, večjo enakost in na splošno večje zadovoljstvo uporabnikov. V zdravstvenem sistemu se spremembe pogosto usmerjajo v nepravo smer. Zato marsikje pridejo v ospredje komercializacija, potrošništvo in želja po zaslužku. Zdravstveni sistemi postajajo vse manj pravični, zato jih je treba na osnovni ravni nadgraditi in jim omogočiti pospešen strokovni nadzor, kakovostno obravnavo vseh pacientov na primarni ravni do stopnje, ko je nujna napotitev na sekundarno raven. Potrebno je povečati kakovost in stroškovno učinkovitost obravnave pacientov. Poleg vsega je potrebno še povečati zadovoljstvo pacientov in zaposlenih na primarnem nivoju. V primarnem zdravstvenem varstvu peša predvsem preventivna dejavnost, stroko pa obremenjujejo tudi nepotrebne administrativne storitve. Zaradi tega je potrebno družinski tim nadgraditi z diplomirano medicinsko sestro. Z zaposlovanjem tovrstnega kadra, ki ga osnovno zdravstvo ni imelo, razen v patronažnem varstvu, blažimo obremenjenost zdravnikov in krepimo zdravstvo in zdravstvene dejavnosti nasploh (Poplas Susič in Marušič, 2011).

Nadgradnja zdravstvenega sistema po besedah takratnega ministra za zdravje Dorijana Marušiča (2011) želi zagotoviti pozitivno zdravje prebivalstva Slovenije. Na strateški način naj bi vzpostavili prožni zdravstveni sistem, ki naj bi s kakovostnimi in varnimi zdravstvenimi storitvami učinkovito zadovoljeval potrebe slovenskega prebivalstva.

Temeljna načela nadgradnje zdravstvenega sistema so:

1. Zagotavljanje geografske dostopnosti do zdravstvenih storitev preko decentralizacije in krepitev regionalizacije ob istočasnem zagotavljanju razvoja strokovnosti ter prenašanju in povezovanju znanja med ravnmi.
2. Zagotavljanje kakovostne dostopnosti preko zagotavljanja kakovostnih in varnih zdravstvenih storitev.
3. Zagotavljanje finančne dostopnosti s strateškim zagotavljanjem storitev posameznim kategorijam prebivalstva preko definiranja košarice zdravstvenih storitev v skladu z načeli klinične in stroškovne učinkovitosti ter sprememb sistema zdravstvenega zavarovanja (Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, 2011).

Sistem v zdravstvu mora zmanjševati neenakost v zdravju, hkrati pa mora postati konkurenčen in razvojno naravn. Ključna izziva za doseganje načel nadgradnje zdravstvenega sistema sta v prvi vrsti preventiva in promocija zdravja. Sledijo še finančna vzdržnost, učinkovito upravljanje z javnimi sredstvi ter ločitev javnega in zasebnega sektorja. S potrebami državljanov naj bi se uskladilo vlaganje v človeške vire in zdravstvene tehnologije. Hkrati pa tudi optimizacija pretoka podatkov, informacij in analiz (prav tam).

Usmeritve zdravstvenega sistema temeljijo na krepitevi primarnega zdravstva, ker je zelo učinkovito pri ohranjanju in krepitevi zdravja vseh državljanov. Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije se zaveda, da je obstoječe primarno zdravstveno varstvo nujno potrebno nadgraditi, da bo v prihodnje kos zdravstvenim izzivom. Kot eden pomembnejših vsebinskih projektov na tem področju so nastale referenčne ambulante, ki bodo s svojo nadgradnjo dela timov družinske medicine tako v organizacijskem, vsebinskem kot ne nazadnje finančnem vidiku pokazale pot razvoja tega področja (Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, 2011; povz. po Panikvar Žlahtič in Klemenc, 2011).

Bizjakova (2010) ugotavlja, da so pacienti s kroničnimi boleznimi dobro seznanjeni s svojo boleznijo in dejavniki tveganja, ki pospešujejo nastanek in poslabšanje obolenja. Vendar pa je še veliko pacientov, ki v prid zdravju niso spremenili svojega življenjskega sloga. Prav tako ugotavlja, da pacienti žal še vedno mislijo, da je večino

kroničnih bolezni moč pozdraviti, to pa pričakujejo od zdravstvenih delavcev. Zato je potreba po razumevanju poteka kronične bolezni, s katero bo treba živeti do konca življenja, pomembna za sprejemanje in tudi obvladovanje bolezni. Pacient mora spoznati dejstva, da je za nastanek kroničnih bolezni več vzrokov in da se vedno ne da vseh odstraniti. Da je potek nekaterih kroničnih bolezni velikokrat prikrit in jih zato težko identificiramo. Lahko jih iščemo s preventivnimi pregledi, presejanjem in specifičnimi programi. In konec koncev so bolezni ob pravilnem vodenju obvladljive predvsem pa so ob zgodnjem odkrivanju preprečljive.

Na slovenskem primarnem nivoju zdravstvenega varstva so 1. aprila 2011 začele delovati referenčne ambulante. Zanimivo bi bilo raziskati, kako so pacienti informirani o delu teh ambulant in kako to delo izvajajo diplomirane medicinske sestre.

2 TEORETIČNI DEL

2.1 KAJ SO REFERENČNE AMBULANTE

Referenčna ambulanta je naziv za ambulanto družinske medicine z razširjenim timom zdravstvenega osebja. Poleg zdravnikov in zdravstvenih tehnikov oziroma tehnikov zdravstvene nege, bo paciente spremljala tudi diplomirana medicinska sestra. Ta bo prevzela spremljanje parametrov določenih kroničnih bolezni ter preventivne dejavnosti. Trenutno bi imel zdravnik diplomirano medicinsko sestro le polovični delovni čas, saj kadrovski in finančni položaj ne dopuščata drugače (Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, 2011).

V Sloveniji smo naredili prve korake v smeri prenosa del in nalog med zdravniki in diplomiranimi medicinskimi sestrami na primarnem nivoju. S tem bomo omogočili izboljšanje in večjo dostopnost do zdravstvene oskrbe, ki bo temeljila na kakovosti in varnosti zdravstvene oskrbe. Pomembno je prevzemanje odgovornosti za lastno delo (Požun in Skela Savič, 2011).

Referenčne ambulante bodo populacijo obravnavale načrtovano in dispanzersko. To pomeni, da bodo ljudje deležni aktivnega presejanja za posamezne vrste kroničnih obolenj, hkrati pa bodo okrepljene tudi zdravstveno vzgojne obravnave. Poudarek je na širši skrbi za preventivo kroničnih bolezni. V referenčni ambulanti bo torej zdravstveni tim podkrepjen z 0,5 diplomirane medicinske sestre in bo še naprej opravljal vse naloge družinske medicine (Panikvar Žlahtič in Vidmar, 2011).

Celovita obravnava predstavlja prvi stik z zdravstveno službo. To pomeni, da je dostop do zdravstvene službe odprt in neomejen in se ukvarja z vsemi vrstami zdravstvenih težav ne glede na starost, spol ali druge značilnosti obravnavane osebe. Celovita obravnava pomeni tudi sočasno obvladovanje akutnih in kroničnih zdravstvenih problemov posameznih pacientov in zaupane populacije. Hkrati pa spodbuja zdrav način življenja in blagostanje pacientov z ustreznim in učinkovitim ukrepanjem (Kersnik, 2011).

2.2 STANJE PO SVETU

Svetovna zdravstvena organizacija (2008) si je zastavila končni cilj primarnega zdravstvenega varstva, in to je boljše zdravje za vse. Opredelila je pet ključnih elementov za doseganje tega cilja:

1. Zmanjševanje izključenosti in socialnih razlik v zdravstvu.
2. Organizacija zdravstvenih storitev za vse ljudi, ki to potrebujejo.
3. Vključevanje skrbi za zdravje v vse javne sektorje.
4. Uresničevanje skupnih reform in političnega dialoga.
5. Večja udeležba vseh, ki pri tem sodelujejo.

Globalizacija in številni stresi po svetu so dokazali, da zdravstveni sistemi ne delujejo tako dobro, kot bi morali. Zdravstveni sistemi bi se morali bolje in hitreje odzivati na potrebe prebivalcev (WHO, 2008).

Laurant idr. (2009) pravijo, da so pri pregledu literature in različnih študij ugotovili, da če medicinska sestra prevzame prvi stik s pacientom in mu nudi svetovanje glede vodenja kroničnih bolezni, je pacient bolj zadovoljen z obravnavo, kot bi bil z obravnavo pri zdravniku. Kajti medicinske sestre so bolj dostopne, dajejo več informacij in izvajajo bolj kakovostno svetovanje kot pa zdravniki. Na zmanjšanje obsega dela in obremenitve zdravnikov in zmanjšanje stroškov zdravstvenega varstva pa pri tej študiji ni bilo bistvenega vpliva.

V Avstraliji se prav tako ukvarjajo z reorganizacijo primarnega zdravstvenega varstva. Kljub temu, da se v primarnem zdravstvu rešujejo vedno bolj zapletene zdravstvene težave pacientov, se diplomirane medicinske sestre pogosto ne želijo zaposliti v primarnem zdravstvu, raje se zaposlujejo v bolnišničnem okolju (intenzivna nega) ali na oddelkih za nujno pomoč. Ohranjanje kakovosti zdravstvene nege v primarnem zdravstvu je odvisno od kvalitete izobraževanj medicinskih sester in njihovih kariernih poti. V Avstraliji vodi razvoj primarnega zdravstva v širitev zdravstvene nege in ustrezno usposobljene/diplomirane medicinske sestre. Vloga diplomiranih medicinskih sester je zasnovana predvsem kot pomoč splošnim zdravnikom v smislu preventivne dejavnosti in promocije zdravja oziroma jih v določenih nalogah celo nadomestijo. Pri

tem pa kakovost oskrbe in zdravstveno stanje pacientov ni ogroženo, je le izboljšano (Parker, Keleher, Francis in Abdulwadud, 2009).

Tudi v Nemčiji se ukvarjajo s težavami, kot so pomanjkanje zdravnikov ali pa so zdravniki tik pred upokojitvijo. Te težave so predvsem na podeželju in v bolj oddaljenih krajih. Tudi infrastruktura poti jim ni prijazna. Pogosto so razdalje med pacientom in zdravstveno ustanovo dolge. Splošni zdravniki ne zmorejo več zadostno skrbeti za starejšo populacijo ljudi, ki imajo pogosto kronične bolezni. Zato prav tako razmišljajo, da bi diplomirane medicinske sestre prevzele večjo odgovornost in delo pri kakovostni oskrbi pacientov (Dreier idr., 2010).

Zdravniki včasih delajo pokroviteljsko in delujejo nedostopno, vendar so le tako naučeni, da rešujejo zdravstvene težave pacientov. Pacienta kot enakopravnega partnerja pri reševanju njegovih težav ne upoštevajo vedno. V primerjalni študiji med delom zdravnika in delom diplomirane medicinske sestre pri prvem stiku in svetovanju pacientu, ki jo je izvedla Paniagua ("advanced practice nurse"), so pacienti čutili, da imajo malo možnosti za izražanje svojega mnenja in soodločanja pri zdravljenju. Končna analiza te študije je, da so se pacienti na vse stopnje prvega srečanja in posvetovanja odzvali na diplomirano medicinsko sestro drugače kot na zdravnika. Pacienti so pri diplomirani medicinski sestri bolj sodelovali pri pogovoru, izražali svoje mnenje ter bili bolj sproščeni pri sami obravnavi (Paniagua, 2011).

Številne države si prizadevajo za izboljšanje zagotavljanja zdravstvenih storitev. Po raziskavi OECD (Organizacija za gospodarsko sodelovanje in razvoj), imajo ključno vlogo prav medicinske sestre. Na Finskem in v Veliki Britaniji že kar dolgo časa medicinske sestre izvajajo aktivno vlogo na primarnem nivoju zdravstvenega varstva. Na podlagi teh raziskav se izboljša dostop do zdravstvenih storitev in zmanjšajo se čakalne dobe. Medicinske sestre morajo imeti visokošolsko, univerzitetno izobrazbo ali pa celo magisterij s področja zdravstvene nege (Delamaire in Lafortune, 2010).

Strokovno svetovanje ustrezno izpopolnjenih zdravstvenih delavcev, v glavnem medicinskih sester, je tako lahko ključnega pomena v vodenju pacientov s kroničnim obolenjem. Brez pacientovega sodelovanja seveda ni uspeha. Tukaj gre za dolgotrajen

proces spreminjanja nezdravih življenjskih navad. Partnerski odnos med zdravstvenim delavcem in pacientom je ključnega pomena (Bizjak, 2011).

2.3 ZDRAVSTVENA NEGA IN REFERENČNE AMBULANTE

Zdravstvena nega je stroka, ki deluje v okviru zdravstvenega varstva in obsega splet vseh družbenih aktivnosti, ukrepanj in ravnanj posameznikov in skupin, ki so usmerjene v ohranjanje, krepitev in povrnitev zdravja (cit. po Hajdinjak in Meglič, 2006).

Poslanstvo zdravstvene nege je obravnava človeka, zdravega ali bolnega, ki je enkratno in neponovljiv v času in prostoru in je zato najvišja vrednota vrednostnega sistema medicinske sestre. Diplomirana medicinska sestra mora s svojim znanjem, izkušnjami in sposobnostmi ob nenehnem prilagajanju razumeti človeka kot celoto. Do sebe, drugih in okolice mora imeti pozitiven odnos, ki ga stalno prilagaja in nadgrajuje (Železnik idr., 2011).

Zdravstvena nega je tudi neposredna pomoč, pri kateri izkušnje, čustva, vdanost in razmerja, kar pomeni delo s pacienti in drugimi zdravstvenimi delavci, predstavljajo velik del vsakodnevnega dela. Skrbstveno delo se nanaša na ljudi, vključuje pa znanje, izmenični ritem, kar pomeni gibanje med minulo izkušnjo in sedanjo situacijo, med omenjeno možnostjo in drugimi možnostmi. Zajema pa tudi potrpežljivost, odkritost, zaupanje, skromnost, upanje in pogum (Tschudin, 2004).

Že od nekdaj je delo na področju zdravstvene nege zelo zahtevno. Poleg negovanja pacientov v bolnišnicah so medicinske sestre prevzemale vedno več del in nalog tudi na preventivnem, pedagoškem in zdravstveno vzgojnem področju. Znanje diplomiranih medicinskih sester je z vsako spremembo študijskega programa kvalitetnejše in kompleksnejše. Diplomirane medicinske sestre in zdravstveniki pridobivajo nova znanja in spretnosti tudi na drugostopenjskem študiju zdravstvene nege, mnogi so pridobili znanstvene magisterije in doktorate znanosti. Strokovno izpopolnjevanje je nujno za sprotno spremljanje novosti v stroki ter za obnavljanje licence. V zadnjih letih se v Evropski uniji in tudi v naši državi vloge medicinskih

sester znotraj zdravstvenega tima hitro spreminjajo. Ne samo nova znanja, uporaba sodobne tehnologije, skrbi za varnost in kakovost pacientov, ampak tudi pomanjkanje zdravnikov vodi v prenos nekaterih aktivnosti na medicinske sestre, ki so jih v preteklosti opravljali zdravniki (Zaletel, 2011).

Kramarjeva (2011) pravi, da različne raziskave dokazujejo, da bolj izobražene medicinske sestre pomembno pozitivno vplivajo na izide zdravstvene obravnave, medtem ko se smrtnost in invalidnost pacientov ter napake pri delu v večjem številu pojavljajo pri slabše izobraženih medicinskih sestrah. Izziv za zdravstveno nego je torej vsekakor izobraževanje zaposlenih v zdravstveni negi. Ne samo, da imajo medicinske sestre možnost oskrbe pacientov v procesu zdravljenja in bolezni, ampak imajo tudi znanja in spretnosti, da spodbujajo zdrav način življenja pri posamezniku in v skupnosti.

Zdravstvena nega se sooča z zdravo in bolno populacijo. To so posledice demografskih trendov, razvoja tehnologije, vse večjega zavedanja pravic in izražanja pričakovanj uporabnikov zdravstvenih storitev. Pomembno je ustrezno izobraževanje na visokošolski ravni, da se zadosti potrebam visoke tehnologije v zdravstveni obravnavi, zahtevnega spremljanja pacientov in pojavu novih nalezljivih bolezni. Potrebna je komunikacijska sposobnost medicinskih sester, kritično razmišljanje in pripravljenost na vseživljenjsko učenje, kar omogoča uporabo pridobljenih dokazov iz raziskav v praksi. Nujna so tudi podiplomska znanja. Populacija potrebuje bolj široko izobražene medicinske sestre, ki se bodo ukvarjale s pacienti in njihovimi zdravstvenimi težavami ter preventivno dejavnostjo. Zadnja študija in izkušnje dvanajstih razvitih držav članic OECD kažejo, da so za prevzemanje vedno bolj kompleksnih del in nalog v zdravstveni negi nujna tudi podiplomska znanja. V večini evropskih držav prevzemajo dela in naloge diplomirane medicinske sestre z najmanj univerzitetno izobrazbo ali magisterijem iz zdravstvene nege, ponekod s specializacijami (Skela Savič in Klemenc, 2011).

Zdravstvene organizacije so praktično odvisne tudi od svojih zaposlenih. Kako se odzivajo na spremembe, prilagoditve in sodelujejo pri izboljšanju zdravstvenega varstva. Preventiva v primarnem zdravstvenem varstvu je področje, na katerem so

diplomirane medicinske sestre prevzele vodilno vlogo. Zajemalo naj bi zdravstveno vzgojo, promocijo zdravja, zgodnjo diagnostiko in pomoč pri reševanju zdravstvenih težav in nadaljnjem ukrepanju. V Veliki Britaniji že od leta 1990 medicinske sestre opravljajo preventivne preglede, presejanje na različne bolezni, spremljanje zdravstvenega stanja pacientov po končanem zdravljenju in vodenje bolnikov s kroničnimi boleznimi (Dubois in Singh, 2009).

OECD je v letu 2010 objavila raziskavo »Nurses in advanced roles - a descriptions and evaluation of experiences in 12 developed countries«, v kateri so raziskali in opisali izkušnje s področja podiplomskih znanj v zdravstveni negi v dvanajstih razvitih državah. Bistvene ugotovitve iz raziskave kažejo, da so razlogi, ki so motivirali razvoj novih vlog medicinskih sester, na prvem mestu izboljšanje dostopnosti do zdravstvene oskrbe v kontekstu pomanjkanja zdravnikov, zagotavljanje višje kakovosti zdravstvene oskrbe, še posebej za kronične bolnike na primarnem nivoju, in navsezadnje tudi obvladovanje stroškov ter izboljšanje kariernih perspektiv medicinskih sester. Raziskava se je posebej omejila na dve glavni skupini nazivov medicinskih sester, ki se pojavljata v več državah. Medicinska sestra praktik in medicinska sestra klinični specialist. Medicinska sestra praktik običajno deluje v primarnem zdravstvenem varstvu in zagotavlja niz storitev, ki bi jih sicer lahko izvajal zdravnik (npr. prvi stik s pacientom z lažjimi obolenji, izvaja rutinsko spremljanje pacientov s kroničnimi boleznimi, predpisovanje zdravil ali naročanje preiskav). V veliki meri to vključuje prenos nalog z zdravnikov na medicinske sestre z glavnim ciljem zmanjševati učinke pomanjkanja zdravnikov in izboljšati dostopnost do zdravstvene oskrbe in s tem zmanjševati stroške. Na drugi strani pa so medicinske sestre klinični specialisti, ki običajno delujejo v bolnišnicah, kjer njihove odgovornosti zajemajo izvajanje izobraževanja ter vodenja zdravstvene nege za zagotavljanja visokih standardov kakovostne oskrbe in varnosti pacientov (Delamaire in Lafortune, 2010; povz. po Požun in Skela Savič, 2011, str. 34 – 44).

V raziskavi OECD je bilo ugotovljeno, da imajo različne države različne zahteve po izobraževanju za pridobitev specializacije, a v večini držav se zahteva magisterij. Nekatero države, kot so Ciper, Irska, Češka, Francija, Poljska, Velika Britanija, se poslužujejo reševanja potreb po prenosu del in nalog z zdravnikov na medicinsko

sestro ter izvajanja bolj zahtevnih in kompleksnih nalog v zdravstveni obravnavi tudi s specializacijami kot obliko podiplomskega izobraževanja v zdravstveni negi. V splošnem je raziskava pokazala, da lahko vključevanje medicinskih sester s podiplomskimi znanji izboljša dostopnost do zdravstvenih storitev in zmanjšuje čakalne dobe. Medicinske sestre specialistke so usposobljene, da zagotavljajo enako kakovost zdravstvene oskrbe kot zdravniki za določeno vrsto pacientov vključujoč tudi tiste z lažjimi boleznimi in tiste, ki potrebujejo rutinsko spremljanje. Večina evalvacij je prikazala visoko stopnjo zadovoljstva pacientov, predvsem pa so medicinske sestre posvetile več časa pacientom, jim posredovale različne informacije in jim dale možnost posvetovanja. Prihranek pri stroških je bil bodisi prikazan v zmanjšanju ali pa je bil nevtralen. Kot zaviralci ali spodbujevalci razvoja vloge medicinskih sester specialistk pa delujejo poklicni interesi vsakega posameznika, organizacija zdravstvenega varstva in financiranje, zakonodaja in regulacija ter izobraževanje in usposabljanje (Delamaire in Lafortune 2010; povz. po Požun in Skela Savič, 2011, str. 34 – 44).

International Council of Nurses (ICN) bolj kot o medicinski sestri specialistu govori o »advance practice nurse«, ki jo definira tako, da je diplomirana medicinska sestra/zdravstvenik, ki je pridobil/a osnovna strokovna znanja in veščine kompleksnega odločanja ter klinično usposobljenost, kompetence za razširjeno prakso, katere značilnosti oblikuje okolje in/ali država, v kateri je kvalificiran/a za delo oziroma za opravljanje poklica (ICN, 2005; cit. po Požun in Skela Savič, 2011, str. 34 – 44).

Skela Savič (2011) pravi, da bi bilo prav, da sledimo evropskim rešitvam in priporočilom zapisanih v študiji OECD (Delamaire, Lafortune, 2010), ki omogočajo večjo dostopnost in kakovost obravnave, večje število pregledov pri kroničnem pacientu, ko je to potrebno, svetovanje ter preprečevanje zapletov bolezni in nepotrebnih hospitalizacij.

Kakovostna zdravstvena oskrba je pravica bolnikov in hkrati tudi dolžnost izvajalcev zdravstvenega varstva. Izvajalcem zdravstvenega varstva na področju splošne medicine je potrebno zagotoviti takšne pogoje dela, da bodo lahko svoje delo

opravljali strokovno, kakovostno in učinkovito v dobro bolnikov (Govc Eržen, 2011; povz. po Panikvar Žlahtič in Klemenc, 2011).

2.4 NASTAJANJE REFERENČNIH AMBULANT

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveze strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije (v nadaljevanju Zbornica – Zveza) je zavedajoč se problema izvajanja zdravstvene nege v ambulanti splošne ali družinske medicine imenovala skupino, ki so jo sestavljale Božena Istenič, Irena Vidmar in Karmen Ponikvar Žlahtič z namenom, da na svojih delovnih sestankih opredelijo problem izvajanja zdravstvene nege, predlagajo standarde izvajanja aktivnosti zdravstvene nege in prikažejo potrebe po izvajalcih zdravstvene nege v splošnih in družinskih ambulantah. Imenovana delovna skupina je opredelila predlog standarda izvajanja aktivnosti zdravstvene nege v ambulanti splošne/družinske medicine, ki ga je izdelala na podlagi dokumenta »Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi« (Železnik idr., 2008), ob upoštevanju najpogostejših aktivnosti, ki se izvajajo v klinični praksi zdravstvene nege navedenega področja. V prvi polovici leta 2010 je bil na Zbornici – Zvezi sklican posvet in nacionalna koordinacija na temo prenosa aktivnosti z zdravnika na diplomirano medicinsko sestro v ambulantah družinske medicine. Pritisk za prenos kompetenc z zdravnikov na diplomirane medicinske sestre je bil velik in Zbornica – Zveza je odgovorna, da opozori svoje člane, izvajalce zdravstvene in babiške nege ter management, da posameznik lahko prevzame tiste kompetence, za katere ima ustrezno znanje in usposobljenost, seveda po predhodnem dogovoru stroke in ministrstva ter tudi po predhodnem usklajevanju na nivoju Zdravniška zbornica in Zbornica – Zveza. Vse drugo je strokovna, etična, pravna in kazenska odgovornost vsakega posameznika. K prenosu kompetenc je potrebno pristopiti sistematično, s posebnimi znanji, usposobljenostjo in zakonsko podlago (Panikvar Žlahtič in Klemenc, 2011).

Z namenom razvijanja in sledenja poteka projekta ter njegovega usmerjanja, vključno s sprejemanjem odločitev glede organizacijskih, strokovnih, tehničnih vsebinskih in drugih rešitev, je minister za zdravje (2011) imenoval projektni svet projekta »Referenčne ambulante«. V projektni svet so bili imenovani predstavniki Ministrstva

za zdravje, Zbornice – Zveze, Zdravniške zbornice, Združenja zdravnikov družinske medicine pri Slovenskem zdravniškem društvu, Katedre za družinsko medicino Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani, Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Strokovnega združenja zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov in direktor Zdravstvenega doma Ljubljana (Panikvar Žlahtič in Klemenc, 2011, str. 22).

Naloge projektne sveta za referenčne ambulante so obravnavanje vsebinskih in organizacijskih vprašanj, skrb za ustrezno sodelovanje pristojnih institucij pri izvedbi projektnih aktivnosti, obravnava in potrditev poročil in končnih zaključkov projekta, obveščanje vodij pristojnih institucij o poteku projekta, kadar je to potrebno, poročanje o končnih rezultatih projekta Ministrstvu za zdravje in izvajanje drugih aktivnosti za uspešno in celovito vodenje projekta. Cilj uvedbe referenčnih ambulant je bolj kakovostna in stroškovno bolj učinkovita obravnava pacientov, dokler njihova napotitev k specialistom ni nujna. Tovrstne ambulante bodo morale uvesti registre in protokole vodenja kroničnih pacientov, se vključevati v preventivne aktivnosti ter dosegati kazalnike kakovosti. Na Ministrstvu za zdravje planirajo v vsako referenčno ambulanto za začetek zaposliti polovico diplomirane medicinske sestre, polovico pa administratorja. Poleg povezovanja znotraj tima bo naloga referenčnih ambulant tudi povezovanje s sekundarnim nivojem (Panikvar Žlahtič in Klemenc, 2011).

Diplomirana medicinska sestra lahko prevzame tista opravila, za katera je usposobljena in ima potrebna znanja. Prvi modul izobraževanja je bil iz vsebin organizacije dela, veščin komunikacije, naročanja, triaže, informacijske tehnologije, vodenja dokumentacije, registrov kroničnih pacientov, preventive, presejalnih testov, zdravstveno vzgojnega dela. Nato so sledili moduli vodenja urejenih kroničnih pacientov. V prvem letu so bila izvedena tri izobraževanja za kronično obstruktivno pljučno bolezen (v nadaljevanju KOPB), astmo in sladkorno bolezen. Koordinator dodatnega izobraževanja je Katedra za družinsko medicino Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani. Pri izvajanju sodeluje z Zdravniško zbornico, Zbornico – Zvezo in Zdravstveno fakulteto Univerze v Ljubljani in po potrebi tudi z drugimi visokimi šolami na področju zdravstvene nege (prav tam).

Minister za zdravje v letu 2011 Dorijan Marušič pravi, da bodo referenčne ambulante populacijo obravnavale načrtovano in dispanzersko. To pa pomeni, da bodo ljudje deležni aktivnega presejanja za posamezne vrste kroničnih obolenj in bolniki tudi okrepljene zdravstveno vzgojne obravnave. Poudarek je torej na širši skrbi za preventivo, kot so je bili državljani doslej deležni (Panikvar Žlahtič in Klemenc, 2011).

Vloga zdravstvene nege je danes popolnoma drugačna, kot je bila včasih, saj se nenehno spreminja, nalaga si zahtevnejše ter samostojnejše naloge, išče nove načine dela in izpopolnjuje organiziranost dela (Ivanuša in Železnik, 2008; povz. po Panikvar Žlahtič in Klemenc, 2011, str. 18 – 30).

2.5 VLOGA DIPLOMIRANE MEDICINSKE SESTRE V REFERENČNI AMBULANTI

Namen organiziranja zdravstvene nege je zagotavljanje najvišje možne kakovosti storitev, holistična obravnava pacientov, racionalna in učinkovita poraba finančnih sredstev in vseh drugih virov, potrebam in zahtevam prilagojeno razporejanje ustrezno strokovno usposobljenega osebja, krepitev delovanja in sodelovanja negovalnega in zdravstvenega tima ter doseganje osebnih in profesionalnih potreb izvajalcev zdravstvene nege. Poslanstvo zdravstvene nege je obravnava človeka, zdravega ali bolnega, ki je enkraten in neponovljiv v času in prostoru in je zato najvišja vrednota vrednostnega sistema medicinske sestre. Sposobnost doživljanja in razumevanje človeka kot celote telesnega, duševnega, duhovnega in socialnega bitja usklajuje diplomirana medicinska sestra s svojimi znanji, izkušnjami in sposobnostmi ob nenehnem prilagajanju in spreminjanju svojega pozitivnega odnosa do sebe, do drugih in do okolice (Železnik idr., 2011).

Znanje diplomiranih medicinskih sester je z vsako spremembo študijskega programa kvalitetnejše in kompleksnejše. Vloga zdravstvene nege je danes popolnoma drugačna, kot pa je bila včasih, nalaga si zahtevnejše in samostojnejše naloge. Zato diplomirane medicinske sestre/zdravstveniki potrebujejo poleg strokovnega znanja na splošnih in specialnih področjih še usmerjenost v potrebe pacientov in širše družbe. Prepoznati

mora nove vloge v zdravstveni obravnavi, se vključevati v razvojno delo, spremljati in zagotavljati kakovost, skrbeti za varnost pacientov in prevzemati odgovornost za lastno delo (Skela Savič, 2011; povz. po Panikvar Žlahtič in Klemenc, 2011, str. 18 – 30).

Diplomiranim medicinskim sestram je zagotavljanje kakovosti potrebno zaradi strokovnih, etičnih, pravnih, družbenih in političnih razlogov (Panikvar Žlahtič in Klemenc, 2011).

Diplomirana medicinska sestra bo postala del tima in bo prevzela naloge, ki jih v skladu s svojo pristojnostjo lahko opravlja. Področje njenega dela bi bilo predvsem spremljanje parametrov urejene kronične bolezni. V prvem koraku bi njeno delo zajemalo spremljanje KOPB, astme in sladkorne bolezni tipa 2. Hkrati pa bi izvajala presejanje srčno žilnih bolezni, presejanje za sladkorno bolezen, depresijo, KOPB, povišan arterijski tlak ter kajenje in pitje alkohola (Poplas Susič in Marušič, 2011).

Delo medicinske sestre v referenčni ambulanti je kakovostna obravnava pacientov z opredeljenimi kazalniki kakovosti ter cilji za kazalnike kakovosti in ne toliko število obravnav (Kadivec, 2011; povz. po Panikvar Žlahtič in Klemenc 2011, str. 18 – 30).

Delo v referenčnih ambulantah se razlikuje od dela v drugih ambulantah družinske medicine. Zdravnik še naprej opravlja delo na področju oskrbe akutno obolelih pacientov in skrbi za kronične paciente, pri katerih je prišlo do poslabšanja kronične bolezni, srednja medicinska sestra/tehnik zdravstvene nege opravlja vsa dela in ima pristojnosti kot do sedaj. Znotraj tima veljajo enakopravni odnosi, ki temeljijo na zaupanju, komunikaciji in sodelovanju (Govc Eržen, 2011).

Prenos aktivnosti z zdravnika na diplomirano medicinsko sestro mora biti usklajen med obema poklicnima skupinama in seveda mora potekati postopoma. Za določene aktivnosti diplomirane medicinske sestre potrebujejo dodatna znanja. Dodatno usposabljanje bo potekalo po modulih, v katere bodo vključeni strokovnjaki s posameznih strokovnih področij. Lahko pa je to izhodišče za bodoče podiplomsko izobraževanje. Pogoj za razporeditev diplomirane medicinske sestre v referenčno

ambulanto je vsaj tri leta delovnih izkušenj v osnovni zdravstveni dejavnosti (Panikvar Žlahtič in Vidmar, 2011).

Diplomirana medicinska sestra v referenčni ambulanti sodeluje pri obravnavi pacientov v smislu zgodnjega odkrivanja kroničnih bolezni, izvaja zdravstveno vzgojo in sodeluje z ostalimi strokovnimi sodelavci v skrbi za kronične paciente tako z urejeno kot z napredujočo boleznijo. Takšna obravnava namenja pacientom več časa za ugotavljanje njihovih potreb in problemov in v okviru njenih kompetenc so informacije o poteku in zdravljenju bolezni. Ker je diplomirana medicinska sestra novost v timu družinske medicine, jo je potrebno primerno predstaviti pacientom in s tem vzpostaviti zaupanje pri pacientu. Diplomirana medicinska sestra pacientom v referenčni ambulanti s pomočjo vprašalnikov svetuje pri preventivnih dejavnostih in z njimi pregleda dejavnike tveganja, kot so alkohol, kajenje, neustrezna prehrana, visok krvni pritisk, holesterol, depresija. Tako je pacient deležen aktivnega pristopa glede na posamezno vrsto problema. Pacient dobi izčrpne informacije, kako obvladati dejavnike tveganja, kaj storiti, če se bolezen poslabša, kakšnega pomena je zdrav življenjski slog. Hkrati se oblikujejo registri kroničnih bolnikov, zdravih ali zdravih z dejavniki tveganja. Tiste, pri katerih se ugotovijo določeni dejavniki tveganja za razvoj določene bolezni, se pogosteje naroča na kontrolo in spremlja njihovo sodelovanje. Pacient z že razvitimi kroničnimi obolenji pa je glede na urejenost te bolezni naročen na kontrolne preglede v določenem časovnem intervalu (Eder, 2012).

Delo diplomirane medicinske sestre temelji na učenju pacienta zdravega življenjskega sloga in ohranjanja zdravja, kar v današnjem času zahteva veliko sposobnost in motivacijo posameznika, ki želi svoj življenjski slog spreminjati na bolje (Štemberger Kolnik in Klemenc, 2010).

Medicinske sestre morajo v svojem vsakodnevem delu izvajati promocijo zdravja. Še posebej na primarnem nivoju zdravstvenega varstva, ki je ključno okolje za spodbujanje zdravega življenjskega sloga. Za večino ljudi je to prva točka, kjer se srečajo z zdravstveno dejavnostjo. Potrebno je, da imajo dober dostop do zdravstvenih storitev in da so pri upravljanju s svojim zdravjem čim bolj samostojni (Merrel, 2011).

Zdravstvena vzgoja si prizadeva, da bi vsak posameznik in tudi družba sprejela zdravje za največjo vrednoto, da bi do zdravja izoblikovali pozitivna stališča in jih v življenju tudi uresničili. Z zdravstveno vzgojo poskušamo vplivati na ljudi, da postanejo dejavni, kajti le aktivno sodelovanje posameznikov je temeljni pogoj, da lahko prevzamejo svoj del odgovornosti za lastno zdravje (Hoyer, 2005; povz. po Bahun 2011, str. 362).

Kadarkoli se v življenju posameznika zgodi dogodek, ki močno vpliva na življenje ali na njegovo zdravstveno stanje, so ljudje bolj dojemljivi za spremembe življenjskega sloga in medicinske sestre igrajo pomembno vlogo pri ozaveščanju in informiranju (Maville in Huerta, 2008; povz. po Bahun 2011, str. 363).

2.6 NAMEN REFERENČNIH AMBULANT

Namen izvajanja referenčnih ambulant je, da se v prihodnosti razvije model ambulante zdravnika družinske medicine, ki bo temeljil na kakovostnem nivoju zdravstvene oskrbe. Vzpostavili naj bi registre kroničnih bolnikov in jih redno nadgrajevali. Sama organizacija dela v ambulantah naj bi se porazdelila, saj bi diplomirana medicinska sestra lahko prevzela različne aktivnosti v okviru njenih kompetenc. In obravnava bolnikov bi bila s tem bolj celovita (Referenčne ambulante, 2011).

Referenčne ambulante delujejo po načelu dispanzerske metode dela, ki zahteva poznavanje populacije, vodenje registrov ogrožene in bolne populacije. Potrebna sta aktiven pristop k izbranim skupinam prebivalstva in timsko delo. Orodje za presejanje so vprašalniki za izbrane dejavnike tveganja oziroma kronične bolezni. Vprašalnik za srčno žilne bolezni, vprašalnik za oceno stopnje telesne dejavnosti, za oceno tveganosti pitja alkoholnih pijač, presejalni test za kronično obstruktivno pljučno bolezen, vprašalnik za sladkorno bolezen tipa 2, vprašalnik za depresijo in arterijsko hipertenzijo. Vključitveni kriteriji v preventivni program za srčno žilne bolezni je starost nad 30 let in družinska ogroženost. Presejanje za srčno žilne bolezni se ne bo izvajalo, če imajo pacienti že ugotovljeno sladkorno bolezen, arterijsko hipertenzijo in že ugotovljene srčno žilne bolezni. Izidi presejanja prinesejo tri možnosti, in sicer:

1. Register zdravih, ki so vabljeni na naslednji preventivni pregled po predvideni periodi.
2. Register oseb z dejavnikom tveganja. Ti pacienti potrebujejo intervencijo ali napotitev v zdravstveno vzgojni center, postavitve ciljev ukrepanja.
3. Register bolnikov srčno žilnih bolezni (Bulc, 2011).

Kersnik (2011) meni, da elementi dispanzerske metode dela temeljijo na tem, da moramo paciente, ki imajo kronične bolezni in paciente, ki spadajo pod ogrožene za kronične bolezni, poznati in jih voditi na posebnem seznamu. Pri dispanzerskem načinu dela je nujen timski način dela, kar za zdravstvene delavce pomeni delitev dela, in seveda tesno sodelovanje ne samo ambulantno pač pa tudi terensko, s čimer mislimo predvsem patronažno službo. Potrebna je skupinska obravnava pacientov (pacienti s sladkorno boleznijo, kadilci, alkoholiki ...) in pa seveda sistematično izvajanje usmerjenih ukrepov. Vodenje posebnih seznamov/registrov nam nudi celovit in stalen pregled nad pacienti z določenimi stanji, kar tudi poveča kakovost obravnave pacientov.

Medicinske sestre imajo torej edinstveno priložnost, da izvajajo zdravstveno vzgojo in promovirajo zdravje in to pogosto v trenutkih, ko so posamezniki bolj dojemljivi in motivirani za spremembo v življenjskem stilu in vedenju (Naidoo in Wills, 2009; povz. po Bahun, 2011, str. 361 – 67).

Panikvar Žlahtičeva in Vidmarjeva (2011) navajata, da je sedanji normativ iz zdravstvene nege v ambulanti družinske medicine le tehnik zdravstvene nege. S takšnim kadrovskim normativom niso upoštevane dejanske obremenitve izvajalcev in zahtevnosti izvajanja zdravstvene nege. Povečan obseg dela vsiljuje manj kakovostno predvsem pa manj varno zdravstveno nego. Zaradi prenosa številnih zdravstvenih obravnav s sekundarnega nivoja na primarni nivo, porasta števila kroničnih pacientov, preventivnih programov, številnih administrativnih postopkov, demografskih in socialno ekonomskih dejavnikov se je pojavila potreba po spremenjenem kadrovskem normativu in tudi spremenjenem načinu dela v ambulantah družinske medicine. Panikvar Žlahtičeva in Vidmarjeva pravita, da je na primarni ravni potrebno zagotoviti ustrezno kadrovsko zasedbo, kar nam potrjuje kategorizacija pacientov v ambulanti

družinske medicine. Kategorizacija pacientov je orodje pri merjenju količine dela za lažji izračun časa, ki ga izvajalec zdravstvene nege potrebuje za pacienta. Z opredeljevanjem kategorij pacientov so pridobljeni ustrezni podatki, ki so pomembni pri uravnavanju in vrednotenju delovnih obremenitev izvajalcev zdravstvene nege in določanju kompleksnosti zdravstvene nege. S kategorizacijo je pridobljena možnost izboljšanja organizacije dela in kadrovske strukture, s tem pa se poveča kakovost izvajanja zdravstvene nege (Panikvar Žlahtič in Vidmar, 2011, povz. po Železnik idr., 2010).

Obravnava pacientov je nadgrajena v skladu s protokoli vodenja kroničnih pacientov, vodenjem registrov kroničnih pacientov in širšo preventivo in s tem doseganje kazalnikov kakovosti ter opravljanjem čim več posegov na primarnem nivoju. Z referenčnimi ambulantami naj bi se razvil model, kakšna naj bo ambulanta družinske medicine v prihodnje z vidika vsebine, organizacije dela, kadrovske strategije in modela plačevanja (Panikvar Žlahtič in Vidmar, 2011, povz. po Poplas Susič, 2011).

3 EMPIRIČNI DEL

LEGENDA:

RA – referenčna ambulanta

DMS – diplomirana medicinska sestra ali medicinska sestra z visokošolsko izobrazbo

TZN – tehnik zdravstvene nege, zdravstveni tehnik ali srednja medicinska sestra

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomske naloge je raziskati vlogo DMS v referenčni ambulanti. Zanimala so nas predvsem stališča DMS, ki opravljajo delo v referenčnih ambulantah, s kakšnimi težavami se spopadajo pri svojem delu (dosedanje izobraževanje, izbira delovišča, odziv ostalega zdravstvenega kadra v splošni ambulanti ...).

CILJI:

- Ugotoviti, ali so se za delo v referenčni ambulanti diplomirane medicinske sestre odločile same ali so jih motivirali nadrejeni.
- Raziskati, kako so diplomirane medicinske sestre zadovoljne s potekom izobraževanja za delo v referenčni ambulanti, potekom dela, njihovim informacijskim sistemom, odzivom spletne strani za pomoč referenčnim ambulantam Ministrstva za zdravje.
- Raziskati izkušnje diplomiranih medicinskih sester, ki delajo v referenčnih ambulantah, z delom le-teh po Sloveniji.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

- Kakšne so izkušnje diplomiranih medicinskih sester z obravnavo pacientov v referenčni ambulanti?
- Ali so se diplomirane medicinske sestre za delo v referenčni ambulanti odločile same ali so jih motivirali nadrejeni?
- Ali so diplomirane medicinske sestre zadovoljne s potekom izobraževanja za delo v referenčni ambulanti?

- Kako so se dogovorili za potek dela v timu zdravnik, diplomirana medicinska sestra, tehnik zdravstvene nege v referenčni ambulanti?
- Ali so zadovoljni z njihovim informacijskim sistemom, odzivom spletne strani za pomoč referenčnim ambulantam Ministrstva za zdravje?
- Kakšno je stališče diplomiranih medicinskih sester do organizacije dela, predhodnih izobraževanj, podpore vodstva, izkušenj v referenčni ambulanti?
- Ali medicinske sestre menijo, da imajo dovolj znanja za vodenje referenčnih ambulant?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Raziskava temelji na kvantitativni metodi empiričnega raziskovanja. Teoretični del naloge temelji predvsem na pregledu slovenske in tuje literature. Podatke smo pridobili s pregledom literature in iz podatkovnih baz: COBISS, CINAHL, MEDLINE, SPRINGERLINK. Kvantitativne podatke smo pridobili z anketiranjem diplomiranih medicinskih sester, ki delajo v referenčnih ambulantah. Za iskanje literature smo uporabili naslednje ključne besede: primarno zdravstveno varstvo, referenčne ambulante, kompetence diplomiranih medicinskih sester, preventiva v primarnem zdravstvenem varstvu; advanced practice nurse, primary care, prevention on primary care, nurse practitioner.

3.3.2 Opis instrumentarija

Za izvedbo raziskave smo uporabili metodo anketiranja. Vprašalnik je bil namenjen diplomiranim medicinskim sestram, ki delajo v referenčnih ambulantah (v nadaljevanju RA) po celi Sloveniji in so pričele delovati v prvi polovici leta 2011. Vprašanja v vprašalniku smo oblikovali glede na namen in cilj diplomskega dela, po pregledu literature ter po predhodnem neformalnem pogovoru z različnimi diplomiranimi medicinskimi sestrami, ki delajo v referenčnih ambulantah (na območju Gorenjske). Ti odgovori so bili pomembni za pridobivanje osnovnih podatkov in razumevanje stanja v RA. Vprašalnik je vseboval vprašanja, kjer so odgovori že podani, in so jih anketiranci

le obkrožili, dodana pa je bila tudi možnost dodatnega lastnega odgovora. V prvem delu vprašalnika smo zbrali demografske podatke, drugi del vprašanj pa se je nanašal na praktične izkušnje z delom v referenčni ambulanti.

3.3.3 Opis vzorca

Raziskavo z anketnim vprašalnikom smo izvedli v različnih regijah Slovenije v 60 referenčnih ambulantah, ki so pričele delovati 1. aprila 2011. Podatek smo pridobili na internetni strani Ministrstva za zdravje namenjene referenčnim ambulantam. Uporabili smo namenski vzorec anketiranja. Vprašalniki in vsa dodatna dokumentacija (po navodilih Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice) je bila poslana po pošti s priloženo povratnico glavnim medicinskim sestram zdravstvenih zavodov oziroma vodjem zdravstvene ustanove. V regijo Celje 7, v regijo Koper 3, v regijo Kranj 4, Zdravstveni dom Kranj ni dovolil anketiranja, v regijo Krško 3, v regijo Maribor 6, v regijo Murska Sobota 3, v regijo Nova Gorica 4, v regijo Novo mesto 4, v regijo Ravne na Koroškem 2 in v regijo Ljubljana 15 vprašalnikov. Poslanih je bilo 51 vprašalnikov, izpolnjenih in vrnjenih pa smo dobili 36 vprašalnikov, kar pomeni 70 % odzivnost. 91% anketirancev ima visokošolsko izobrazbo. Od tega jih je 27 % dodatno dopisalo, da imajo dodatna specialna znanja s področja sladkorne bolezni, klinične dietetike in dodatna znanja iz modulov za vodenje referenčne ambulante. 2,8 % pa je magistric zdravstvene nege. Zaposlenih s srednješolsko izobrazbo na podlagi ankete ni v referenčnih ambulantah. V anketi so najpogosteje sodelovale osebe s skupno delovno dobo med 0 in 5 let, to je 27,8 %. Hkrati so bile v anketi zastopane osebe v vseh določenih razredih. Od 6 do 10 let in od 21 do 25 let jih je bilo 5,6 %, od 11 do 15 let jih je bilo 22,2 %, od 16 do 20 let jih je bilo 8,3 %, od 26 do 30 let delovne dobe jih je bilo 19,4 % ter nad 31 let jih je bilo 11,1 %.

3.3.4 Opis obdelave podatkov

Podatke, ki smo jih pridobili s pomočjo vprašalnika, smo najprej obdelali s pomočjo računalniškega programa Microsoft Windows Excel in nato statističnega programskega orodja IBM SPSS (Statistical package for social sciences), verzija 20.

Uporabljali smo opisno statistiko. Na podlagi pridobljenih odgovorov, ki smo jih obdelali z opisnimi statistikami, smo poskušali najti povezave med podatki odgovorov. V ta namen smo uporabili Spearmanov korelacijski koeficient, ki se ga uporablja za primerjavo odvisnosti med dvema spremenljivkama, za kateri ne moremo vnaprej vedeti, ali med njima obstaja linearna povezava. Kjer smo sklepali na povezavo, smo izračunali Pearsonov korelacijski koeficient. Zagotovljena je bila anonimnost diplomiranih medicinskih sester pri izpolnitvi anketnega vprašalnika in nadaljnji obdelavi podatkov.

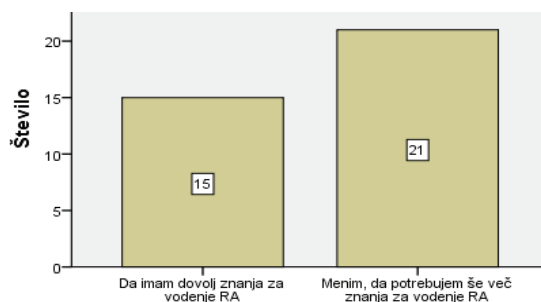
3.4 REZULTATI

Graf 1 prikazuje da se je 50,0 % DMS samih odločilo za delo v RA. Za prav tak delež DMS so se odločili njihovi nadrejeni in jih motivirali za to delo.



Graf 1: Odločitev za delo v RA.

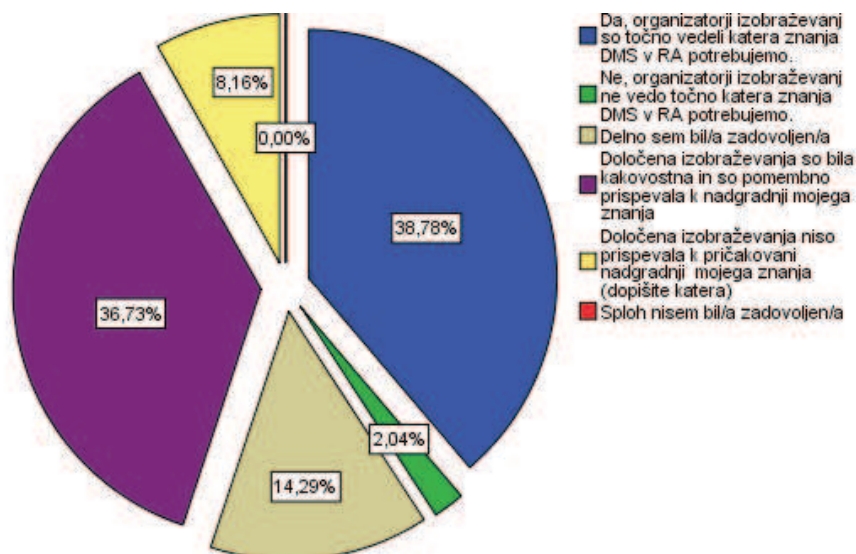
Od 36 sodelujočih v anketi se jih je 15 opredelilo, da imajo dovolj znanja za vodenje RA, 21 pa jih je mnenja, da potrebujejo še več znanja, da bi uspešno vodile RA. Rezultat ankete je bil, da 41,7 % DMS meni, da imajo dovolj znanja za vodenje referenčne ambulante. 58,3 % DMS pa meni, da potrebujejo še več znanja za vodenje referenčnih ambulant (Graf 2).



Graf 2: Struktura sodelujočih glede na mnenje o zadostnosti znanja za vodenje RA.

Glede na izhodišča o izobrazbeni strukturi zaposlenih, skupni delovni dobi, odločitvi za delo v RA in glede na izhodiščno mnenje anketirancev o zadostnosti znanja za vodenje RA, smo anketirancem zastavili vprašanja, ki bi čim širše pokazala njihovo mnenje oziroma kakšno vlogo imajo po njihovem mnenju DMS v RA.

Anketirance, DMS smo vprašali, kakšno je njihovo zadovoljstvo s potekom izobraževanj za delo v RA. Pri tem smo dobili strukturo odgovorov, kot jo prikazuje graf 3.



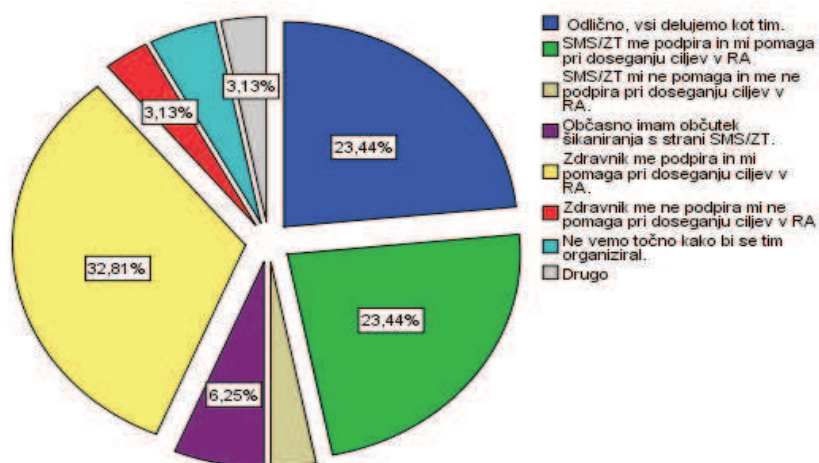
Graf 3: Zadovoljstvo s potekom izobraževanj za delo v RA.

Izmed 36 anketirancev se jih je največ (38,78 %) opredelilo, da so organizatorji izobraževanj točno vedeli, katera znanja DMS v RA potrebujejo. Zelo podoben delež anketirancev (36,73 %) se je opredelil, da so bila vsaj določena izobraževanja

kakovostna in so pomembno prispevala k nadgradnji znanja DMS za delo v RA. Da organizatorji izobraževanj niso vedeli, katera znanja DMS v referenčni ambulanti potrebujejo, se je odločilo le 2,04 % anketirancev. Da so bile delno zadovoljne s potekom izobraževanj, se je odločilo 14,29 % DMS. Da pa določena izobraževanja niso bila kakovostna in niso prispevala k pričakovani nadgradnji znanja, se je odločilo 8,16 % DMS. Iz tega lahko sklepamo, da je večina anketirancev mnenja, da so izobraževanja za vodenje RA ustrezna. Poleg podanih odgovorov o zadovoljstvu izobraževanj za delo v RA je bila možnost tudi dodanega pisnega odgovora, kjer so bila določena izobraževanja opredeljena kot zelo dobro izvedena ali slabo izvedena. Mnenje DMS prikazuje naslednja tabela 1.

Tabela 1: Število dodatnih mnenj glede zadovoljstva z izobraževalnimi moduli.

Izobraževalni modul	Dobra izvedba	Slaba izvedba
Kronična obstruktivna pljučna bolezen	15	
Astma	15	
Sladkorna bolezen	12	2
Arterijska hipertenzija	8	
Organizacija dela v referenčni ambulanti	4	3

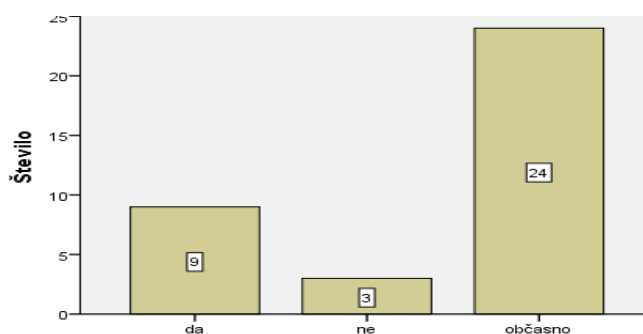


Graf 4: Potek dela v timu.

Zdravstveni tim splošne ali družinske medicine je poleg zdravnika (1), srednje medicinske sestre ali zdravstvenega tehnika (1,1), administratorja (0,36), laboratorijskega tehnika (0,16) od aprila 2011 pridobil novo delovno moč, to je

diplomirana medicinska sestra (0,5). Zanimalo nas je, kako poteka delo v tem timu sedaj. Odlično, da vsi delujejo kot tim, se je opredelilo 23,44 %. Da DMS v referenčni ambulanti podpira srednja medicinska sestra ali zdravstveni tehnik, se je odločilo prav tako 23,44 %. Da DMS pri delu v referenčni ambulanti pomaga zdravnik, se je opredelilo 32,81 %. Da srednje medicinske sestre ali zdravstveni tehniki ne pomagajo pri doseganju ciljev v referenčni ambulanti, se je opredelilo 3,13% DMS. Da diplomirane medicinske sestre čutijo šikaniranje s strani srednjih medicinskih sester oziroma zdravstvenih tehnikov, se je opredelilo 6,25 % DMS. Da jih ne podpirajo zdravniki pri doseganju ciljev v referenčni ambulanti, se je opredelilo 3,13 % DMS. Da ne vedo točno, kako bi se celoten zdravstveni tim organiziral, se je opredelilo 4,69 % anketirancev. Pod možnostjo drugo, brez česar koli dopisanega, pa je izbralo 3,13 % anketirancev. Na grafu 4 lahko razberemo, da je splošna klima glede timskega dela v RA dobra. Vsota odstotkov odgovorov, da je delo v timu odlično, da TZN podpira DMS pri doseganju ciljev RA, in enako zdravnik, skupaj dosega 79,69 % vseh anketirancev. Iz tega lahko sklepamo, da je večina DMS zadovoljnih s timskim delom in podporo TZN oziroma zdravnikov pri doseganju ciljev RA.

Anketirance smo tudi vprašali, ali jim je spletna stran Ministrstva za zdravje in njihova odzivnost v primeru težav pri vodenju RA v pomoč (Graf 5).

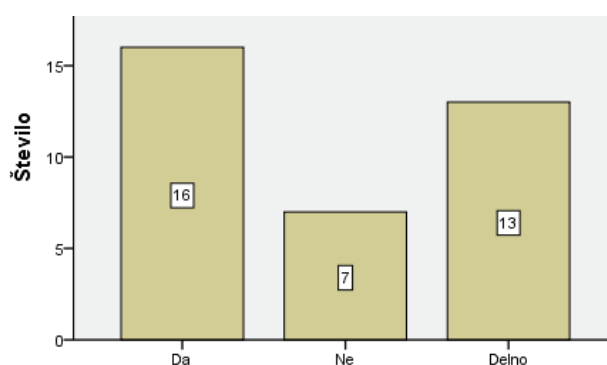


Graf 5: Zadovoljstvo s pomočjo spletne strani Ministrstva za zdravje in njihovo odzivnostjo.

Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije (MZS) je za pomoč pri organizaciji referenčnih ambulant, pošiljanje poročil, izmenjavanje izkušenj odprl internetno stran

referenčne ambulante. Zanimale so nas izkušnje in odzivnost te internetne strani pri reševanju težav pri vodenju referenčne ambulante. Rezultat ankete je pokazal, da je 25,0 % vprašanih DMS odgovorilo, da jim je v pomoč, 8,3 % jim ni v pomoč ter 66,7 % jim je občasno v pomoč.

Podobno vprašanje smo zastavili glede internega informacijskega sistema. Želeli smo dobiti odgovor, ali nudi ustrezno pomoč za vodenje RA (Graf 6).

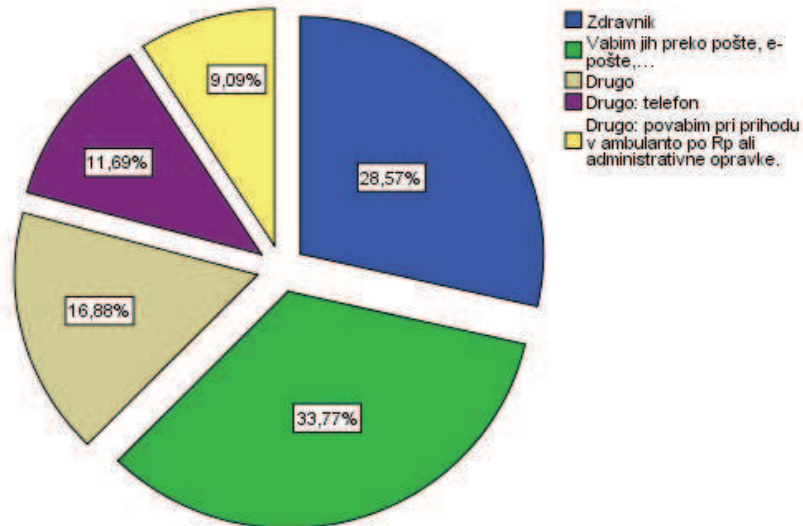


Graf 6: Zadovoljstvo z internim informacijskim sistemom.

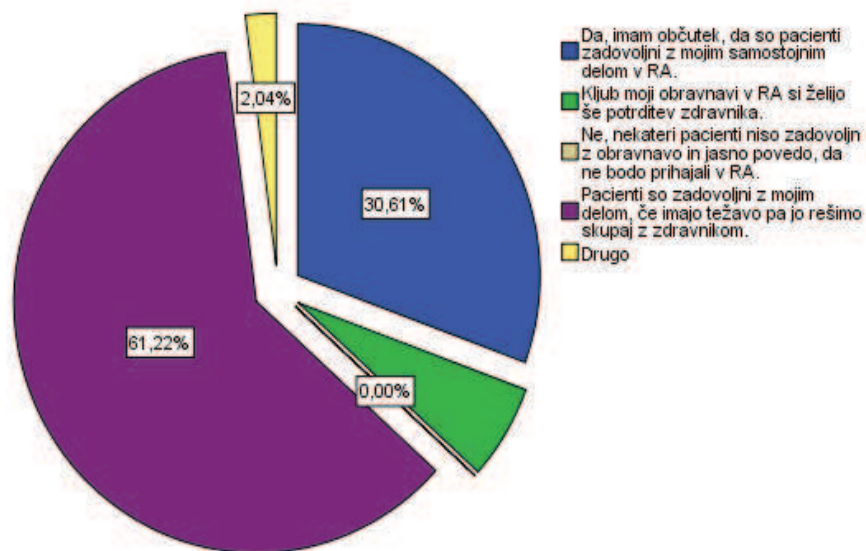
V Sloveniji imajo različne zdravstvene ustanove različne informacijske sisteme. Zanimalo nas je, ali so se ti informacijski sistemi prilagodili specifični dela v referenčnih ambulantah in so v pomoč pri organizaciji in vodenju. 44,4 % DMS je odgovorilo, da jim je interni informacijski sistem v pomoč, 19,4 % jih je odgovorilo, da jim ni v pomoč, 36,1 % pa jih je odgovorilo, da jim je informacijski sistem delno v pomoč.

V nadaljevanju smo anketirance spraševali o tem, kako pacienti obiščejo RA (Graf 7). Prvi stik s pacientom je zelo pomemben za stopnjo zaupanja. Zanimalo nas je, kateri način so izbrali zdravstveni delavci za prvi obisk pacientov v referenčni ambulanti. Da jih po pogovoru zdravnik usmeri v referenčno ambulanto je izbralo 28,57 %. 33,77 % se jih je odločilo, da jih vabijo tudi preko pošte in elektronske pošte. Za drugo se je odločilo 16,88 %. Preko telefona jih vabijo 11,69 % in ob prihodu v ambulanto brez obiska zdravnika (po recepte ali druge administrativne opravke) pa 9,09 %. Iz

odgovorov lahko zasledimo, da paciente najpogosteje povabi v RA DMS preko običajne ali elektronske pošte ali pa jih napoti zdravnik.



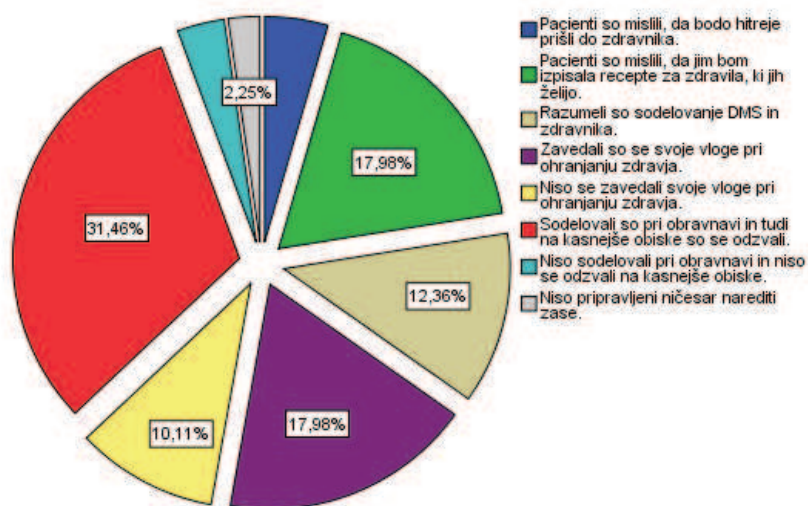
Graf 7: Način, kako pacienti obiščejo RA.



Graf 8: Zadovoljstvo pacientov z delom medicinskih sester v RA.

Kako DMS ocenjujejo, da so pacienti zadovoljni z njihovim delom, je različno. Da so pacienti zadovoljni z njihovim samostojnim delom v referenčni ambulanti, je obkrožilo

30,6 % anketirank. Da si kljub obravnavi pri DMS še vedno želijo potrditev zdravnika je obkrožilo le 6,1 % medicinskih sester. Najbolj pogost odgovor, kar 61,22 %, pa je bil, da je pacient zadovoljen z delom DMS, če pa odkrijeta pri obravnavi težavo, pa jo rešijo skupaj z zdravnikom. Za odgovor drugo se je odločilo 2,0 % anketirancev (Graf 8). Torej je 1/3 anketirancev mnenja, da so zadovoljni s samostojnim delom DMS v RA.



Graf 9: Zadovoljstvo pacientov z delom DMS v RA.

Odgovori DMS so bili različni. Po njihovem mnenju je 4,49 % pacientov mislilo, da bodo hitreje prišli do zdravnika. 3,4 % pacientov ni želelo sodelovati pri obravnavi v referenčni ambulanti in tudi na kasnejša vabila se niso odzvali. 17,98 % je pričakovalo izpis recepta. Prav toliko se jih je zavedalo svoje vloge pri ohranjanju zdravja, le 10,1 % pacientov se ni zavedalo svoje vloge pri ohranjanju zdravja. 12,4 % pacientov je razumelo sodelovanje DMS in zdravnika. 31,5 % pacientov je sodelovalo pri obravnavi v referenčni ambulanti in so se tudi kasneje vračali na ponovne obiske. Le 2,2 % pacientov pa po mnenju DMS ni bilo pripravljene ničesar narediti za svoje zdravje. Zelo velik odstotek pacientov (17,98 %) pa je bil mnenja, da jim bo DMS izpisala recepte za zdravila, ki jih želijo. To pomeni, da je potrebno še dodatno izpostavljati, kaj je primarni namen RA in kaj lahko pacienti od RA pričakujejo (Graf 9).

Pri naslednjem vprašanju smo anketirance vprašali o pozitivnih in negativnih izkušnjah pri obravnavi pacientov v RA. Dopustili smo, da anketiranci izkušnje prosto opišejo (brez vnaprej pripravljenega šifranta možnih odgovorov). V tabelah 2 in 3 imamo obdelane odgovore.

Pri pozitivni izkušnji smo se odločili, da je bilo na splošno izraženo zadovoljstvo pacientov z obravnavo v 35,3 %. V 17,6 % je bilo izraženo, da je pacientom namenjeno dovolj časa za zdravstveno vzgojo in razlago. V 32,9 % je bilo dobro sodelovanje pacienta pri obravnavi v referenčni ambulanti. V 10,6 % je bilo na novo odkritih nenalezljivih kroničnih boleznih ali dejavnikov tveganja. V 3,5 % pa je bila pozitivna izkušnja izražena pri poudarku na rednem in pravilnem jemanju zdravil (Tabela 2).

Tabela 2: Pozitivne izkušnje pri obravnavi pacientov v RA.

Pozitivna izkušnja	Odgovori	
	N	Odstotek
Izraženo je bilo zadovoljstvo pacientov.	30	35,3 %
Pacientu je bilo namenjenega dovolj časa za zdravstveno vzgojo in razlago.	15	17,6 %
Izraženo je bilo sodelovanje pacienta pri obravnavi.	28	32,9 %
Izraženo je bilo na novo odkrivanje boleznih (dejavniki tveganja za nenalezljive kronične bolezni).	9	10,6 %
Poudarek na rednem jemanju terapije.	3	3,5 %
SKUPAJ	85	100,0 %

Tabela 2: Negativne izkušnje pri obravnavi pacientov v RA.

Negativna izkušnja	Odgovori	
	N	Odstotek
Pacienti se ne odzovejo vabilu na pregled v RA.	8	17,4 %
Pacienti izrazijo nezaupanje v DMS.	10	21,7 %
Pacienti ne sodelujejo pri obravnavi v RA.	15	32,6 %
Organizacija RA (informacijski sistem, prostor, delovni čas, neenotnost).	11	23,9 %
Preveliko pričakovanje pacientov glede reševanja vseh njihovih težav.	2	4,3 %
SKUPAJ	46	100,0 %

Pri negativni izkušnji smo prav tako izbrali pet podobnih izkušenj, ki pa niso vedno povezane z obravnavo pacientov v referenčni ambulanti. V 17,4 % so DMS opisovale,

da se pacienti ne odzovejo vabilu na pregled v referenčni ambulanti. V 21,7 % so pacienti izrazili nezaupanje v diplomirano medicinsko sestro. V 32,6 % pacienti ne sodelujejo aktivno pri obravnavi v referenčni ambulanti. 4,3 % pacientov je po mnenju DMS pričakovalo preveč pri reševanju vseh njihovih težav. V 23,9 % pa so se anketiranci pritožili na samo organizacijo dela referenčnih ambulant, informacijski sistem, prostor za delo diplomiranih medicinskih sester, delovni čas, neenotnost referenčnih ambulant (Tabela 3).

Zadnje vprašanje se nanaša na mnenje anketiranih diplomiranih medicinskih sester, kaj pacienti pri diplomirani medicinski sestri v RA najbolj potrebujejo in cenijo. Na voljo smo dali 4 stopenjsko lestvico odgovorov, kjer 1 pomeni, kaj pacienti najmanj potrebujejo in 4, kaj najbolj potrebujejo (Tabela 4).

Tabela 3: Kaj pacienti po mnenju medicinskih sester v RA potrebujejo.

	N	Min.	Mak.	Povp.	Std. odklon
Strokovnost in znanje o medicini	36	1	4	3,28	0,914
Znanje komunikacije	36	1	4	3,58	0,806
Svetovanje glede zdravega načina življenja	36	1	4	3,69	0,668
Praktični in uporabni zdravstveni nasveti	36	1	4	3,72	0,615
Prijaznost	36	1	4	3,86	0,543
Dostopnost DMS	36	1	4	3,78	0,591
Zaupanje v DMS	35	1	4	3,83	0,568
Da si vzame dovolj časa	36	1	4	3,89	0,523
Možnost, da pacienti postavljajo vprašanja	36	1	4	3,75	0,604
Možnost, da se pacienti aktivno vključujejo v obravnavo	36	1	4	3,64	0,639
Preventivni pregledi za odkrivanje srčno žilnih bolezni	36	1	4	3,61	0,645
Spremljanje parametrov pri pacientih (merjenje pljučne funkcije, krvnega pritiska, krvnega sladkorja v krvi ...)	36	1	4	3,64	0,639
Presejanje kroničnih bolezni (sladkorne bolezni, astme, kronične obstruktivne pljučne bolezni ...)	36	1	4	3,61	0,645
Skrajšanje čakalnih vrst v ambulanti	36	1	4	3,22	0,959

Strokovnost in znanje o medicini, znanje komunikacije in skrajšanje čakalnih vrst so medicinske sestre ocenile s povprečjem od 3,22 do 3,58. Standardni odklon od

povprečja je bil od 0,8 do 0,9. Svetovanje glede zdravega načina življenja, praktične in uporabne nasvete, možnost, da pacienti postavljajo vprašanja in se aktivno vključijo v obravnavo, preventivne preglede in presejanje kroničnih nenalezljivih bolezni ter merjenje različnih parametrov (pljučne funkcije, krvnega sladkorja v krvi ...) so diplomirane medicinske sestre v povprečju ocenile od 3,61 do 3,75. Standardni odklon je bil 0,6. DMS so ocenile, da pacienti najbolj potrebujejo prijaznost, dostopnost, zaupanje v diplomirano medicinsko sestro in dovolj časa, ki si ga diplomirana medicinska sestra vzame za pacienta. Povprečje ocene je bilo od 3,78 do 3,89. Standardni odklon pa je bil 0,5. Odgovori na vsa zastavljena vprašanja imajo povprečje med občasno in najbolj potrebujejo oziroma pričakujejo v RA. Opazimo le, da je standardni odklon pri odgovorih »strokovnost in znanje o medicini« ter »skrajšanje čakalnih vrst« zelo velik (velikost ene stopnje), kar pomeni, da je bil raztros mnenja diplomiranih medicinskih sester večji kot pri ostalih odgovorih.

3.4.1 Povezave med spremenljivkami

Na podlagi pridobljenih odgovorov, ki smo jih obdelali z opisnimi statistikami, smo poskušali najti skrite povezave (korelacije) med podatki odgovorov. V ta namen smo izračunavali Spearmanov korelacijski koeficient, ki je primeren za primerjavo odvisnosti med dvema spremenljivkama, za kateri ne moremo vnaprej vedeti, ali med njima obstaja linearna povezava (v SPSS: neparametrična korelacija). Kjer smo sklepali na linearno povezavo, smo izračunavali Pearsonov korelacijski koeficient.

Zanimalo nas je, ali obstajajo povezave med odgovori, kjer so se anketiranci (diplomirane medicinske sestre) izjasnili, kaj pacient najbolj potrebuje v RA, saj smo iz opisne statistike dobili odgovor, da vse naštetu v zelo podobni moči. Zato smo izdelali primerjavo med vsemi možnimi odgovori (Tabela 5). Ugotavljamo naslednjo močno medsebojno povezanost mnenj diplomiranih medicinskih sester:

Tabela 4: Povezave med odgovori, kaj menijo diplomirane medicinske sestre, da so pacienti pričakovali od medicinskih sester pri prvem obisku v RA.

Pearsonov koeficient korelacije	Pacienti so mislili, da bodo hitreje prišli do zdravnika.	Pacienti so mislili, da jim bom izpisala recepte za zdravila, ki jih želijo.	Razumeli so sodelovanje DMS in zdravnika.	Zavedali so se svoje vloge pri ohranjanju zdravja.	Niso se zavedali svoje vloge pri ohranjanju zdravja.	Sodelovali so pri obravnavi in tudi na kasnejše obiske so se odzvali.	Niso sodelovali pri obravnavi in niso se odzvali na kasnejše obiske.	Niso pripravljene ničesar narediti zase.
Pacienti so mislili, da bodo hitreje prišli do zdravnika.	1							
Pacienti so mislili, da jim bom izpisala recepte za zdravila, ki jih želijo.	0,217	1						
Razumeli so sodelovanje DMS in zdravnika.	-0,235	-0,229	1					
Zavedali so se svoje vloge pri ohranjanju zdravja.	0,217	-0,012	0,013	1				
Niso se zavedali svoje vloge pri ohranjanju zdravja.	-0,204	0,258	-0,244	0,000	1			
Sodelovali so pri obravnavi in tudi na kasnejše obiske so se odzvali.	0,189	0,075	-0,226	0,209	-0,463**	1		
Niso sodelovali pri obravnavi in niso se odzvali na kasnejše obiske.	-0,107	0,135	-0,200	0,337*	0,522**	0,161	1	
Niso pripravljene ničesar narediti zase.	-0,086	-0,217	-0,161	0,027	0,140	0,130	0,366*	1

** korelacija je statistično pomembna na stopnji $p=0.01$

* korelacija je statistično pomembna na stopnji $p=0.05$

V tabeli 5 smo poskusili najti linearno povezavo (Pearsonov koeficient korelacije) med odgovori, kaj menijo DMS, da so pacienti pričakovali od DMS pri prvem obisku RA. Ugotovili smo dokaj močno obratno linearno povezavo med odgovorom »Niso se zavedali svoje vloge pri ohranjanju zdravja« in »Sodelovali so pri obravnavi in tudi na kasnejše obiske so se odzvali« ($r = -0,463$, $p = 0,004$). Torej, bolj ko se niso zavedali svoje vloge pri ohranjanju zdravja, manj so sodelovali pri obravnavi in tudi na kasnejše obiske so se manj odzvali. To potrjuje tudi druga močna pozitivna povezava ($r = 0,522$, $p = 0,001$): bolj ko se niso zavedali svoje vloge pri ohranjanju zdravja, bolj niso sodelovali pri obravnavi in niso se odzvali na kasnejše obiske.

Tabela 5: Povezave med odgovori, kaj menijo diplomirane medicinske sestre, da so pacienti pričakovali od medicinskih sester pri prvem obisku v RA.

Spermanov koeficient korelacije	Strokovnost in znanje o medicini	Znanje komunikacije	Svetovanje glede zdravega načina življenja	Praktični in uporabni zdravstveni nasveti	Prijaznost	Dostopnost DMS	Zaupanje v DMS	Da si vzame dovolj časa	Možnost, da pacienti postavljajo vprašanja	Možnost, da se pacienti aktivno vključujejo v obravnavo	Preventivni pregledi za odkrivanje srčno žilnih bolezni	Spremljanje parametrov pri pacientih (merjenje pljučne funkcije ...)	Presejanje kroničnih bolezni (sladkorne bolezni, astme ...)	Skrajšanje čakalnih vrst v ambulantni
Strokovnost in znanje o medicini.	1													
Znanje komunikacije	0,480**	1												
Svetovanje glede zdravega načina življenja	0,025	0,295	1											
Praktični in uporabni zdravstveni nasveti	0,033	0,182	0,529**	1										
Prijaznost	0,015	0,496**	0,629**	0,143	1									
Dostopnost DMS	0,133	0,478**	0,365*	0,342*	0,443**	1								
Zaupanje v DMS	-0,053	0,212	0,512**	0,283	0,560**	0,804**	1							
Da si vzame dovolj časa	0,118	0,187	0,227	0,502**	0,402*	0,272	0,343*	1						
Možnost, da pacienti postavljajo vprašanja	0,042	0,366*	0,158	0,290	0,403*	0,385*	0,316	0,536**	1					
Možnost, da se pacienti aktivno vključujejo v obravnavo	0,018	0,038	0,290	0,276	0,299	0,091	0,208	0,431**	0,331*	1				
Preventivni pregledi za odkrivanje srčno žilnih bolezni	0,101	0,006	0,257	0,243	0,280	0,216	0,365*	0,414*	0,159	0,703**	1			
Spremljanje parametrov pri pacientih (merjenje pljučne funkcije ...)	0,221	0,195	0,290	0,276	0,299	0,243	0,208	0,431**	0,188	0,755**	0,703**	1		
Presejanje kroničnih bolezni (sladkorne bolezni, astme ...)	0,255	0,302	0,386*	0,508**	0,280	0,364*	0,188	0,414*	0,299	0,584**	0,533**	0,823**	1	
Skrajšanje čakalnih vrst v ambulantni	-0,042	0,215	0,311	0,350*	0,370*	0,342*	0,370*	0,118	0,275	0,251	0,188	0,168	0,323	1

Povezava se kaže pri svetovanju glede zdravega načina življenja, kjer diplomirane medicinske sestre podajajo praktične in uporabne nasvete, te informacije podajajo na prijazen način, da jim pacienti zaupajo ($r= 0,529$, $p= 0,001$; $r= 0,629$, $p= 0,000$; $r= 0,512$, $p= 0,002$). Diplomirane medicinske sestre pacientom posvetijo dovolj časa in pri svojem delu odkrivajo tudi dejavnike tveganja za nenalezljive kronične bolezni ($r= 0,502$, $p= 0,002$ ter $r= 0,508$ in $p= 0,002$). Pri teh povezavah lahko tudi sklepamo ($r= 0,508$ in $p= 0,002$), da paciente pri presejanju na kronične bolezni zanimajo praktični in uporabni nasveti za obvladovanje teh bolezni.

Močna povezava se je tudi pokazala med zaupanjem v diplomirano medicinsko sestro in njeno prijaznostjo ($r= 0,560$ in $p= 0,000$). Prav tako je tudi močna povezava ($r= 0,804$ in $p= 0,000$) med dostopnostjo, kar pomeni, da pacienti lahko aktivno sodelujejo in sprašujejo glede svojega zdravstvenega stanja, in zaupanjem v DMS. Tudi dovolj časa, ki ga DMS nameni pacientom, povečuje zaupanje v njeno delo ($r= 0,536$ in $p= 0,001$).

Preventivni pregledi za odkrivanje srčno žilnih obolenj so močno povezani z aktivnim pristopom pacientov k obravnavi in s tem posledično k aktivnem pristopu ohranjanja lastnega zdravja ($r= 0,703$, $p= 0,00$) in spremljanjem različnih parametrov (krvnega pritiska, krvnega sladkorja v krvi ...) korelacija, $r= 0,755$, $p= 0,00$. Prav tako pa so močno povezani ti parametri in presejanje na kronične nenalezljive bolezni $r= 0,823$, $p= 0,000$.

3.5 RAZPRAVA

V Sloveniji je z aprilom 2011 začelo delovati 60 referenčnih ambulant. Za to delovno mesto je Ministrstvo za zdravje zahtevalo diplomirano medicinsko sestro/zdravstvenika, kar je s stališča stroke edino pravilno. Tudi po drugih državah (Avstralija, Kanada, Združene države Amerike, Velika Britanija ...) kjer imajo prakso z medicinskimi sestrami, ki so na preventivnem področju in vodenju kroničnih nenalezljivih bolezni prevzele vodilno vlogo, morajo biti medicinske sestre z najmanj univerzitetno izobrazbo, ponekod z magisterijem ali dodatno specializacijo (Delamaire in Lafortune, 2010). Naše ugotovitve so, da so v referenčnih ambulantah zaposlene v večini diplomirane medicinske sestre, le 8,3 % je višjih medicinskih sester. Od vseh

anketiranih medicinskih sester je dodatno dopisalo, da ima 19,4 % specialna znanja iz izobraževalnih modulov za referenčne ambulante. Poplasova (2011) navaja v članku "Referenčne ambulante", da je pomembno, da je delo diplomirane medicinske sestre nadgrajeno za bolj kakovostno delo v smislu širokega poznavanja dela v ambulanti in obravnavi teh pacientov. V Aktivnostih zdravstvene nege za diplomirane medicinske sestre in tehnike zdravstvene nege v ambulanti družinske medicine Železnik idr. (2011) navajajo, da le diplomirana medicinska sestra z dodatnimi specialnimi znanji lahko opravlja določene naloge suvereno in kompetentno, za kar prevzame tudi etično, strokovno, materialno in kazensko odgovornost. V anketi se je večji odstotek diplomiranih medicinskih sester opredelilo, da potrebujejo še več znanja za vodenje referenčne ambulante. Zagotovo je potrebno diplomiranim medicinskim sestram omogočiti izobraževalne module in podiplomska izobraževanja za vodenje referenčne ambulante. Prav tako je pomembna pripravljenost diplomiranih medicinskih sester na vseživljenjsko učenje. V Veliki Britaniji ponujajo programe za usposabljanje medicinskih sester, ki želijo razširiti svoje znanje na določenih področjih, kot je npr. predpisovanje zdravil (Delamaire in Lafortune, 2010). Na podlagi raziskave smo ugotovili, da so diplomirane medicinske sestre na splošno zadovoljne s potekom izobraževalnih modulov. Največ kritik (3) je bilo na temo organizacije dela v referenčni ambulanti, kar pa je na začetku projekta najbrž pričakovano.

Glede na to, da smo pri začetnem neformalnem zbiranju informacij za sestavo vprašalnika naleteli na odziv diplomiranih medicinskih sester, da se niso same odločile za delo v referenčni ambulanti, temveč so se zanje odločili njihovi nadrejeni brez njihove podpore ali pa le začasno, nas je zanimala njihova dejanska odločitev za delo v referenčni ambulanti. Polovica anketiranih diplomiranih medicinskih sester se ni sama odločila za delo v referenčni ambulanti. Zato se nam poraja vprašanje, zakaj je temu tako. Ključno vprašanje je, ali so nekatere diplomirane medicinske sestre prostovoljno sprejele to delo ali zgolj zato, ker drugače v javnem zdravstvu ni šlo. V tem primeru je motivacija zdravnikov in diplomiranih medicinskih sester vprašljiva. Na ta vprašanja z našo raziskavo nismo dobili odgovora.

Z uvedbo referenčnih ambulant se v osnovno zdravstvo uvaja nov koncept dela na področju kadrovskih normativov, vsebine dela ter organizacije dela (Poplas, 2011). Z

raziskavo smo hoteli raziskati, kako poteka delo zdravstvenega tima sedaj. Ugotovili smo, da na splošno zdravstveni timi delujejo dobro. Da srednje medicinske sestre oziroma tehniki zdravstvene nege pomagajo in sodelujejo pri delovanju referenčne ambulante. Zanimivo je, da so se diplomirane medicinske sestre opredelile, da le v 32,8 % čutijo, da jim zdravniki pomagajo pri doseganju ciljev v referenčni ambulanti. Vsota pozitivnih odgovorov pa skupaj dosega skoraj 80 %, kar pomeni, da lahko rečemo, da je večina diplomiranih medicinskih sester zadovoljna s timskim delom v referenčni ambulanti.

Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije (2011), v nadaljevanju MZS, je za pomoč pri organizaciji referenčnih ambulant, pošiljanje poročil, izmenjavanje izkušenj odprl internetno stran referenčne ambulante. Vsaka referenčna ambulanta je dobila svoje geslo, da lahko dostopa do teh informacij. Na podlagi te internetne strani nas je zanimalo, koliko jim je ta stran v pomoč pri delu v RA. Glede na to, da je največ medicinskim sestram (skoraj 67 %) internetna stran MZS le občasno v pomoč, bi lahko sklepali, da je možno kvaliteto, vsebino in njihovo odzivnost pri reševanju problemov še izboljšati in nadgraditi. Prav tako smo ugotovili, da je večina anketiranih medicinskih sester delno ali celo nezadovoljna z njihovimi internimi informacijskimi sistemi. Iz tega bi lahko sklepali, da je možno z boljšo definicijo potreb v referenčni ambulanti izboljšati informacijsko podporo, ki bi bila diplomiranim medicinskim sestram v večjo pomoč pri vodenju RA.

Z vlogo diplomirane medicinske sestre v RA so pacienti zadovoljni. Prvi odziv pacientov v RA po mnenju anketiranih diplomiranih medicinskih sester pa je bil različen. Skoraj 18 % pacientov je pričakovalo izpis recepta. Pozitivno pa je, da je več kot 60 % pacientov po mnenju anketiranih zadovoljnih in razumejo sodelovanje DMS in zdravnika in je sodelovalo pri obravnavi in se tudi na kasnejše obiske odzivalo. Pri pozitivni izkušnji je na splošno izraženo zadovoljstvo pacientov z obravnavo v RA. Zadovoljni so z zdravstveno vzgojo, razlago in količino časa, ki jim ga diplomirana medicinska sestra nameni. Pri obravnavi pa se pogosto odkrijejo tudi nenalezljive kronične bolezni ali njihovi dejavniki tveganja. Negativna izkušnja anketiranih medicinskih sester pa je predvsem nesodelovanje obravnavanih pacientov v RA in

sama organizacija dela v RA kot so prostor, delovni čas in neenotnost delujočih referenčnih ambulant.

Diplomirana medicinska sestra mora imeti velik obseg znanja pri ocenjevanju, diagnosticiranju, načrtovanju, izvajanju in vrednotenju zdravstvene nege. Potrebuje izkušnje in kritično razmišljanje (Delamaire in Lafortune, 2010). Kaj pri DMS v RA pacienti najbolj potrebujejo in cenijo? Anketirane DMS so odgovarjale različno, vendar so v povprečju odgovorile, da je najbolj pomembno, da si DMS vzame dovolj časa za obravnavo pacienta. Analiza je pokazala, da po mnenju diplomiranih medicinskih sester pacienti potrebujejo prijaznost in zaupanje v DMS v večji meri kot pa strokovnost in znanje o medicini. Diplomirane medicinske sestre/zdravstveniki potrebujejo poleg strokovnega znanja na splošnih in specialnih področjih še usmerjenost v potrebe pacientov in širše družbe. Prepoznati mora nove vloge v zdravstveni obravnavi, se vključevati v razvojno delo, spremljati in zagotavljati kakovost, skrbeti za varnost pacientov in prevzemati odgovornost za lastno delo (Skela Savič, 2011; povz. po Panikvar Žlahtič, Klemenc, 2011, str. 18 – 30).

Pri različnih povezavah, ki smo jih naredili, se je pokazalo, da je pomembno, da imajo diplomirane medicinske sestre dovolj časa za paciente. Pri tem je pomembno, da imajo aktiven pristop k obravnavi pacienta pri odkrivanju kroničnih nenalezljivih bolezni ali merjenju različnih parametrov, kot so npr. krvni pritisk, krvni sladkor v krvi ... Da diplomirana medicinska sestra podaja praktične in uporabne nasvete za vodenje in obvladovanje kroničnih nenalezljivih bolezni ter da ima pacient pri tem možnost aktivnega pristopa k obravnavi. Vse to povečuje zaupanje v njeno delo v RA.

Torej sta promocija zdravja in zdravstvena vzgoja kot njen pomemben del ključna elementa v vlogi medicinske sestre. Kar je seveda v skladu s sodobno zdravstveno politiko, ki je usmerjena k znižanju zdravstvene neenakosti (Piper, 2009; povz. po Bahun 2011, str. 362).

4 ZAKLJUČEK

Zdravje je temelj vsake družbe. To je osnovna pravica vsakega posameznika. Vendar je ne more vedno zagotoviti ne politično stanje v državi ne zdravstveno osebje v zdravstvenih ustanovah. V veliki meri smo za svoje zdravje odgovorni sami. Vendar pa je pomembno, da nam v ključnih trenutkih življenja neka usposobljena oseba z visokim strokovnim znanjem in pravilno komunikacijo pove, ali nas samo usmeri na pravilno skrb za naše zdravje. Lahko so to naključni preventivni pregledi, ki jih ljudje opravljajo na primarnem nivoju slovenskega zdravstva, v smislu odkrivanja srčno žilnih bolezni. Ali pa že imamo kronično nenalezljivo bolezen sodobnega časa. In smo v poplavi velike količine informacij, ki jih dobimo, ob odpustu iz bolnišnice v dilemi in ne poznamo več pravih odgovorov. Osebni zdravnik pa v preobilici dela nima časa za svetovanje ali zgolj pogovor, saj je vaje reševanja akutnih problemov.

Medicinske sestre, ki delujejo na primarnem nivoju v ambulantah splošne medicine, po lastni presoji promovirajo zdrav življenjski slog, zdravstveno vzgojo, reševanje težav kroničnih pacientov, seveda v okviru svojih kompetenc. Prve so, ki se srečajo s pacientom, uporabnikom zdravstvenih storitev, poleg tega vodijo naročanje, administracijo in strokovno delo. Zato je nujno potreben razvoj splošnih ambulant in nadgradnja znanja in vlaganje v raziskovalno delo. Potrebe uporabnikov zdravstvenih storitev zahtevajo več časa za meritve različnih parametrov, razlago, svetovanje, reševanje zdravstvenih težav, za to pa je potrebna izobražena in usposobljena medicinska sestra, ki je na voljo za to. Prav tako je potrebno nadaljnje podiplomsko izobraževanje izvajalcev zdravstvene nege na tem področju.

5 LITERATURA

Bahun M. Stališča medicinskih sester do zdravstvene vzgoje. In: Skela Savič B, Hvalič Touzery S, eds. Na dokazih podprta zdravstvena obravnava – priložnosti za povezovanje zdravstvenih strok, potreb pacientov in znanj. Mednarodna znanstvena konferenca Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice; 2011 361-367; Jesenice, Slovenija. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice; 2011.

Bizjak T. Obravnava pacientov s kroničnimi obolenji – izziv in priložnost za zdravstveno in babiško nego. In: Štemberger Kolnik T in Majcen Dvoršak S, eds. Medicinske sestre zagotavljamo varnost in uvajamo novosti pri obravnavi pacientov s kroničnimi obolenji 12. simpozij zdravstvene in babiške nege Slovenije; 2010 Maj 7-10; Portorož, Slovenija. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije; 2010.

Bulc M. Presejanje in preventiva v referenčni ambulanti. Referenčne ambulante družinske medicine 2011. Dostopno na: <http://www.e-cho.org/learner/> (10. 12. 2011).

Delamaire, M; Lafortune, G.: Nurses in advanced roles: A description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries, Pariz, OECD, 2010.

Dreier A, Rogalski H, Oppermann RF, Terschuren C, van den Berg N, Hoffmann. A curriculum for nurses in Germany undertaking medically delegated tasks in primary care. *Journal of Advanced Nursing*. 2010; 66 (3): 635-44. Dostopno na: <http://baze.vszn-je.si:2058/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&hid=9&sid=466ae378-caa3-4e05-a817-a7d2b195f17d%40sessionmgr13> (9. 2. 2012).

Dubois AC, Singh D. From staff-mix to skill - mix and beyond: towards a systemic approach to health workforce management, 2009. *Human resources for health*. Dostopno na: <http://www.human-resources-health.com/content/7/1/87> (9. 1. 2012).

Eder, J.: Organizacija dela diplomirane medicinske sestre v referenčni ambulanti. In: Istenič B eds. Referenčne ambulante po prvem letu delovanja; 2012 5-11; Ljubljana, Slovenija. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, 2012.

Fras Z, Maučec Zakotnik J. Krepitev zdravja in kakovostno izvajanje ukrepov preprečevanja bolezni srca in žilja – naše prvenstvo, prioriteta in ... poslanstvo? In: Vrbovšek S, Luznar N in Maučec Zakotnik J eds. Skupaj varujemo in krepimo zdravje zbornik ob letnem srečanju izvajalcev nacionalnega programa primarne preventive srčno-žilnih bolezni 2009; 2009 7-8; Ljubljana, Slovenija. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenija; 2009.

Frekvently asked questions. WHO.

Dostopno na: <http://www.who.int/suggestions/faq/en/index.html> (5. 2. 2012).

Govc Eržen J. Pomen in vloga sodelovanja zdravnika družinske medicine in medicinske sestre v referenčni ambulanti. In: Bobnar A, eds. Vloga medicinske sestre na primarni ravni zdravstvene dejavnosti – izziv za prihodnost. Dan Stane Kavalič; 2011 Dec 38-43; Ljubljana, Slovenija. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta; 2011. (CD).

Hajdinjak G, Meglič R., Sodobna zdravstvena nega. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo; 2006.

Kersnik J. Dispanzerska metoda dela. Referenčne ambulante družinske medicine. 2011. Dostopno na: <http://www.e-cho.org/learner/> (10. 12. 2011).

Kramar Z. Strategija razvoja zdravstvene nege in oskrbe v sistemu zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji. Obzornik zdravstvene nege 2011; 45; 3: 169-236.

Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B., Substitution of doctors by nurses in primary care. Cochrane Database System Reviews 2004; 4. izdaja.

Marks L, Hunter JD, Alderslade R. Strengthening public health capacity and services in Europe. A concept paper. WHO, 2011. Dostopno na internetni strani http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/152683/e95877.pdf (5. 1. 2012).

Marušič D, Poplas Susič T, Živčec Kalan G, Fakin S, Kersnik J, Švab I, Dolšak R, Klemenc D, Klančič D. Referenčne ambulate družinske medicine. Projekt Ministrstva za zdravje. 2011. Dostopno na: <http://www.referencna-ambulanta.si/?p=207> (30. 11. 2011).

Merrel J. Focusing upstream – the role of nurses in health promotion. In: Skela Savič B, Kaučič BM, eds. Trajnostni razvoj zdravstvene nege v sodobni družbi-na raziskovanju temelječi razvoj zdravstvene nege 3. Mednarodna znanstvena konferenca s področja raziskovanja v zdravstveni negi in zdravstvu; 2010 September 70-78.; Ljubljana, Slovenija. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2010.

Nadgradnja zdravstvenega sistema do leta 2020, Ministrstvo za zdravje, 2011.

Dostopno na:

http://www.vlada.si/fileadmin/dokumenti/si/projekti/2011/zdravstvena/NADGRADNJA_ZDRAVSTVENEGA_SISTEMA_DO_LETA_2020_pdf_160211.pdf (12. 12. 2011).

Paniagua H. Advanced nurse practitioners and GPs: what is the difference? Practice nursing. 2011; 22(7):386-8. Dostopno na:

<http://baze.vszn-je.si:2058/ehost/detail?vid=7&hid=9&sid=466ae378-cao3-4e05-a817-a7d2b195f17d%40sessionmgr13&bdata=Jmxhbmc9c2wmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=c8h&AN=2011226818> (9. 2. 2012).

Panikvar Žlahtič K in Vidmar I. Referenčne ambulate – pogoji za vzpostavitev. In: Skela Savič B, Hvalič Touzery S, eds. Moja kariera – QuoVadis – My Career Specializacije v zdravstveni negi – partnerstvo med zdravstveno nego in medicino 4. Posvet z mednarodno udeležbo; 2011 Marec 87-92; Jesenice, Slovenija. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2011.

Panikvar Žlahtič K in Klemenc D. Kako so nastajale referenčne ambulante – pogled zdravstvene nege. In: Bobnar A, eds. Vloga medicinske sestre na primarni ravni zdravstvene dejavnosti-izziv za prihodnost. Zbornik predavanj. Dan Stane Kavalič, 2011 Dec 18 – 30. (CD). Ljubljana, 2011.

Parker RM, Keleher HM, Francis K, Abdulwadud O. Practice nursing in Australia: A review of education and pathways. BMC Nursing, 2009.

Dostopno na:

<http://baze.vszn-je.si:2067/content/5460h5x6427329t8/fulltext.html> (9. 2. 2012).

Poplas Susič A. in Marušič D. Referenčne ambulante Bilten. Ekonomika, organizacija in informatika v zdravstvu. 2011;27;1, str. 9-17.

Poplas Susič T. Referenčne ambulante v družinski medicini – zakaj? In: Bobnar A. Vloga medicinske sestre na primarni ravni zdravstvene dejavnosti – izziv za prihodnost. Zbornik predavanj. Dan Stane Kavalič, 2011 Dec 31-37. (CD). Ljubljana, 2011.

Požun P in Skela Savič B Mednarodne usmeritve , priporočila in predpisi na področju podiplomskega izobraževanja v zdravstveni negi – OECD, EU direktiva za regulirane poklice, WHO, EFN in ICN. In: Skela Savič B, Hvalič Touzery S, eds. Moja kariera – Quo Vadis – My Career: Specializacije v zdravstveni negi – partnerstvo med zdravstveno nego in medicino 4. Posvet z mednarodno udeležbo; 34-44; Jesenice, Slovenija. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2011.

Premik M. Zdravniki in med poklicno sodelovanje v zdravstvu. Zdravniški vestnik 2007; 76: 49-53.

Skela Savič B in Klemenc D. Opredelitev izobraževanja v Strategiji razvoja zdravstvene nege in oskrbe v sistemu zdravstvenega varstva v RS za obdobje od 2011 do 2020. In: Skela Savič B, Hvalič Touzery S, eds. Moja kariera – Quo Vadis – My Career: Specializacije v zdravstveni negi – partnerstvo med zdravstveno nego in

medicino 4. Posvet z mednarodno udeležbo ; 2011 Marec 20-33; Jesenice, Slovenija. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2011.

The world health report 2008 – primary health care (Now more than ever) WHO. Dostopno na:<http://www.who.int/whr/2008/en/index.html> (2. 12. 2012).

Svetovna zdravstvena organizacija. 2008. svetovno zdravstveno poročilo za leto 2008 – primarno zdravstveno varstvo (danes bolj kot kdajkoli). Dostopno na: <http://www.who.int/whr/2008/en/index.html> (11. 12. 2011).

Štemberger Kolnik T in Klemenc D. Stroka zdravstvene nege ob mednarodnem dnevu medicinskih sester zagotavlja varnost in uvaja novosti. In: Štemberger Kolnik T in Majcen Dvoršak S, eds. Medicinske sestre zagotavljamo varnost in uvajamo novosti pri obravnavi pacientov s kroničnimi obolenji. 12. simpozij zdravstvene in babiške nege Slovenije; 2010 Maj 5-6, Portorož, Slovenija. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije; 2010.

Tschudin V. Etika v zdravstveni negi: razmerja skrbi. Prevod iz angleščine Ethics in nursing – the caring relationship, Resnik Kristina idr. Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov; Ljubljana: 2004;1-6.

Zaletel M. Predgovor. In: Bobnar A. Vloga medicinske sestre na primarni ravni zdravstvene dejavnosti – izziv za prihodnost. Zbornik predavanj. Dan Stane Kavalič, 2011 Dec 2-5. (CD). Ljubljana, 2011.

Železnik D, Panikvar Žlahtič K, Vidmar I, Istenič B, Filej B, Verbič M, Založnik S. Aktivnosti zdravstvene nege za diplomirane medicinske sestre in tehnike zdravstvene nege v ambulanti družinske medicine. In: Železnik D, eds. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2011: 5-15. Dostopno na: http://www.zbornica-zveza.si/dokumenti/Kompetence_ambulanta_druzinske_medicine.pdf (12. 12. 2011).

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT

VPRAŠALNIK ZA DIPLOMIRANE MEDICINSKE SESTRE V REFERENČNI AMBULANTI

Moje ime je Barbara Potočnik, sem absolventka Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice. Pripravljam diplomsko delo z naslovom »Vloga diplomirane medicinske sestre v referenčni ambulanti«, pod mentorstvom doc. dr. Brigitte Skela Savič in somentorice asist. Mateje Bahun. Vljudno Vas prosim, da si vzamete nekaj časa in odgovorite na vprašanja. Anketa je anonimna in bo uporabljena izključno za namene diplomskega dela. Za Vaše odgovore in sodelovanje se Vam že vnaprej iskreno zahvaljujem.

Barbara Potočnik

Na vprašanja odgovarjate tako, da obkrožite enega ali več ustreznih odgovorov. Če med podanimi odgovori ni Vam ustreznega odgovora, ga lahko dopišete.

Legenda:

- *RA – referenčna ambulanta*
- *DMS – diplomirana medicinska sestra/zdravstvenik*
- *SMS/ZT – srednja medicinska sestra/zdravstveni tehnik*

1. Prosim, če obkrožite stopnjo vaše izobrazbe in dodatna izobraževanja, če ste jih opravili.

- a) Srednja medicinska sestra/zdravstveni tehnik
- b) Višja medicinska sestra
- c) Diplomirana medicinska sestra
- d) Dodatna podiplomska izobraževanja (Prosim, če dopišete.)

2. Vaša celokupna delovna doba v letih (Prosim, če napišete.)

3. Ali je bila odločitev za delo v RA vaša ali so vas za to delo motivirali oziroma določili nadrejeni zaposleni? (Dopišite, če želite.)

- a) Da, popolnoma sama sem se odločil/a za delo v referenčni ambulanti.
- b) Nadrejeni so se odločili zame in me motivirali za to delo.
- c) Nadrejeni so se odločili zame le začasno, dokler ne najdejo druge diplomirane medicinske sestre/zdravstvenika.
- d) Drugo.

4. Ali menite, da imate za vodenje RA dovolj znanja?

- a. Menim, da imam za vodenje RA dovolj znanja.
- b. Menim, da potrebujem še več znanja za vodenje RA.

5. Ali ste bili zadovoljni z načinom poteka izobraževanja za delo v RA? (Dopišite, če želite.)

- a) Da, organizatorji izobraževanj so točno vedeli, katera znanja DMS v RA potrebujemo.
- b) Ne, organizatorji izobraževanj ne vedo točno, katera znanja DMS v RA potrebujemo.
- c) Delno sem bil/a zadovoljen/a (Prosim, če obrazložite.)
- d) Določena izobraževanja so bila kakovostna in so pomembno prispevala k nadgradnji mojega znanja (Dopišite katera.)
- e) Določena izobraževanja niso prispevala k pričakovani nadgradnji mojega znanja (Dopišite katera.)
- f) Sploh nisem bil/a zadovoljen/a.

6. Kako ste se dogovorili za potek dela v timu (zdravnik, diplomirana medicinska sestra, zdravstveni tehnik ...)? (Dopišite, če želite.)

- a) Odlično, vsi delujemo kot tim.
- b) SMS/ZT me podpira in mi pomaga pri doseganju ciljev v RA. _____
- c) SMS/ZT mi ne pomaga in me ne podpira pri doseganju ciljev v RA. _____
- d) Občasno imam občutek šikaniranja s strani SMS/ZT. _____
- e) Zdravnik me podpira in mi pomaga pri doseganju ciljev v RA. _____
- f) Zdravnik me ne podpira, mi ne pomaga pri doseganju ciljev v RA. _____
- g) Ne vemo točno, kako bi se tim organiziral. _____
- h) Drugo. _____

7. Vam je spletna stran Ministrstva za zdravje in njihova odzivnost pri vaših trenutnih težavah pri vodenju RA v pomoč? (Dopišite, če želite.)

- a) Da _____
- b) Ne _____
- c) Občasno _____
- d) Drugo _____

8. Ali vam je interni informacijski sistem (Birpis, Hipokrat ...) v pomoč pri vašem vodenju RA? (Dopišite, če želite.)

- a) Da _____
- b) Ne _____
- c) Delno _____
- d) Drugo _____

9. Kateri način ste izbrali za prvi obisk pacientov v RA? (Dopišite, če želite.)

- a) Zdravnik jih po pogovoru usmeri v RA.
- b) Vabim jih preko pošte, e-pošte ...
- c) Drugo.

10. Ali imate občutek, da so pacienti zadovoljni z vašim delom v RA?

- a) Da, imam občutek, da so pacienti zadovoljni z mojim samostojnim delom v RA.
- b) Kljub moji obravnavi v RA si želijo še potrditev zdravnika.
- c) Ne, nekateri pacienti niso zadovoljni z obravnavo in jasno povedo, da ne bodo prihajali v RA.
- d) Pacienti so zadovoljni z mojim delom, če imajo težavo, pa jo rešimo skupaj z zdravnikom.
- e) Drugo.

11. Kako so pacienti razumeli vlogo DMS v RA, ko so vas obiskali prvič?

- a. Pacienti so mislili, da bodo hitreje prišli do zdravnika.
- b. Pacienti so mislili, da jim bom izpisala recepte za zdravila, ki jih želijo.
- c. Razumeli so sodelovanje DMS in zdravnika.
- d. Zavedali so se svoje vloge pri ohranjanju zdravja.
- e. Niso se zavedali svoje vloge pri ohranjanju zdravja.
- f. Sodelovali so pri obravnavi in tudi na kasnejše obiske so se odzvali.
- g. Niso sodelovali pri obravnavi in niso se odzvali na kasnejše obiske.
- h. Niso pripravljene ničesar narediti zase.

12. Ali lahko opišete pozitivno in negativno izkušnjo pri obravnavi pacientov v RA?

Pozitivna izkušnja: _____

Negativna izkušnja: _____

13. Kaj po vašem mnenju menite da pacienti pri DMS v RA najbolj potrebujejo in cenijo?

Prosimo z X označite Vaš nivo strinjanja za vsako trditev.

	1 - pacienti najmanj potrebujejo	2 - pacienti delno potrebujejo	3 - pacienti občasno potrebujejo	4 - pacienti najbolj potrebujejo
Strokovnost in znanje o medicini				
Znanje komunikacije				
Svetovanje glede zdravega načina življenja				
Praktične in uporabne zdravstvene nasvete				
Prijaznost				
Dostopnost DMS				
Zaupanje v DMS				
Da si vzame dovolj časa				
Možnost, da pacienti postavljajo vprašanja.				
Možnost, da se pacienti aktivno vključujejo v obravnavo.				
Preventivni pregledi za odkrivanje srčno žilnih bolezni.				
Spremljanje parametrov pri pacientih (merjenje pljučne funkcije, krvnega pritiska, krvnega sladkorja ...)				
Presejanje kroničnih bolezni (sladkorne bolezni, astme, kronične obstruktivne pljučne bolezni ...)				
Skrajšanje čakalnih vrst v ambulanti				