



**Fakulteta za zdravstvo**

Jesenice

**Faculty of Health Care**

Jesenice

Diplomsko delo  
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje  
**ZDRAVSTVENA NEGA**

**ZAGOTAVLJANJE VARNOSTI V  
ENOTAH INTENZIVNE TERAPIJE IN NEGE  
ENSURING SAFETY IN INTENSIVE CARE  
UNITS**

Mentorica: Sedina Kalender Smajlović, pred.

Kandidatka: Maruša Indihar

Jesenice, oktober, 2015

## **ZAHVALA**

Zahvaljujem se mentorici Sedini Kalender Smajlović, pred., za strokovno pomoč v času nastajanja diplomskega dela.

Zahvaljujem se vodstvu Splošne bolnišnice Jesenice ter Univerzitetne klinike za pljučne bolezni in alergijo Golnik za pomoč pri izvedbi kvalitativne raziskave. Hkrati se zahvaljujem vsem medicinskim sestram in zdravstvenim tehnikom, ki so si vzeli čas za intervju.

Zahvaljujem se recenzentkama dr. Saši Kadivec, viš. pred., in doc. dr. Ivici Avberšek Lužnik za strokovno mnenje.

## POVZETEK

**Teoretična izhodišča:** Varnost pacientov postaja vedno bolj pomembna tematika v zdravstveni oskrbi. Za pacienta, ki se bori za svoje življenje, je vsak dejavnik v enoti intenzivne terapije lahko ključen za varnost in s tem za preživetje.

**Cilj:** Cilj je bil ugotoviti, kako je po navedbah medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov zagotovljena ustrezna varnost kritično bolnih v enotah intenzivne terapije in kako bi jo lahko izboljšali.

**Metoda:** Raziskava je temeljila na načelih kvalitativnega raziskovanja, na deskriptivni in na kavalni neeksperimentalni metodi empiričnega raziskovanja. Uporabili smo kombinirani pristop kvantitativne in kvalitativne metodologije. S kvantitativno neeksperimentalno metodo raziskovanja, s tehniko pisnega anketiranja, smo zbrali demografske podatke o udeležencih raziskave, pri kvalitativnem pristopu pa smo uporabili nestandardizirane polstrukturirane individualne intervjuje z diplomiranimi medicinskimi sestrami in zdravstvenimi tehnikami v enotah intenzivne terapije. Uporabili smo neslučajnostni namenski vzorec. Raziskovanje je potekalo v enotah intenzivne terapije Univerzitetne klinike za pljučne bolezni in alergijo Golnik in v Splošni bolnišnici Jesenice. Vzorec je sestavljalo 10 diplomiranih sester/zdravstvenih tehnikov. Po opravljenih intervjujih smo izvedli odprto kodiranje in kategoriziranje besedila ter izčrpno pojasnili proučevano temo.

**Rezultati:** Oblikovali smo dve glavni kategoriji: »komponente kakovostne in varne zdravstvene oskrbe« in »vloga medicinskih sester pri kakovostni in varni zdravstveni obravnavi«. Prva kategorija je vsebovala podkategorije: uporaba strokovnih smernic za kakovostno in varno obravnavo, izvajanje preventivnih ukrepov, smernice za izboljšanje kakovosti, dejavniki tveganja za varnostni zaplet. Druga kategorija pa je vsebovala podkategorije: zagotavljanje ustrezne komunikacije, preprečevanje okužb povezanih z zdravstvom, pomen izobraževanja medicinskih sester in varnost pri dajanju zdravil. V okviru podkategorij smo določili kode in navedli ključne izjave intervjuvancev.

**Razprava:** Ugotavljamo, da je varnost kritično bolnih ustrezno zagotovljena s pomočjo izvajanja intervencij zdravstvene nege po standardih zdravstvene nege, z zagotavljanjem individualne obravnave, z nenehnim izobraževanjem zaposlenih in tudi z izvajanjem korektivnih ukrepov.

**Ključne besede:** varnost, enota intenzivne terapije, varnostni zaplet.

## SUMMARY

**Theoretical origins:** Safety of patients is becoming an increasingly important topic in health care. For a patient, who is fighting for his life, each factor in the intensive care unit can be crucial for his safety and consequently survival.

**Goals:** The goal was to find out how the hospital provides adequate safety for the critically ill in intensive care unit according to nurses and health technicians and how it could be improved.

**Method:** The thesis was based on principles of qualitative research, on the descriptive and the causal non-experimental method of empiric research. We used a combined approach of quantitative and qualitative methodology. With the quantitative non-experimental research method, with the written survey technique, we obtained demographic data of the respondents and with the qualitative approach we used non-standardized semi-structured individual interviews with graduated nurses and health technicians in intensive care units. We used a non-random purposive sample. The research took place in intensive care units of the University Clinic of Respiratory and Allergic Diseases Golnik and in the General Hospital Jesenice. The sample consisted of 10 graduated nurses/health technicians. After the interviews we carried out open coding and categorization of the text and explained the studied topic in detail.

**Results:** We created two main categories: “components of quality and safe health care” and “the role of nurses in quality and safe health care”. The first category consisted of the following subcategories: the use of professional guidelines for quality and safe health care, execution of preventive measures, guidelines for the improvement of quality, risk factors for a security complication. The second category consisted of the following subcategories: ensuring proper communication, prevention of health care associated infections, the importance of education of nurses and safe administration of medicines. Within the subcategories we determined codes and provided key-statements of the questioned.

**Discussion:** We find that the safety of the critically ill is adequately provided with the help of health care interventions according to health care standards, with individual treatment, with constant education of employees and with the help of corrective measures.

**Keywords:** safety, intensive care unit, adverse event

# KAZALO

<b>1</b>	<b>UVOD</b> .....	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>TEORETIČNI DEL</b> .....	<b>3</b>
2.1	DEJAVNIKI TVEGANJA PRI KRITIČNO BOLNIH.....	3
2.1.1	Okužbe, povezane z zdravstvom .....	4
2.1.2	Pojav razjede zaradi pritiska .....	7
2.1.3	Varna uporaba zdravil.....	9
2.2	VARNOSTNI ZAPLETI IN NAPAKE .....	11
2.3	VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI VARNOSTI KRITIČNO BOLNIH .....	14
2.3.1	Zadovoljevanje osnovnih življenjskih potreb .....	14
2.3.2	Pomen izobrazbe medicinske sestre.....	15
2.3.3	Pomen komunikacije.....	17
<b>3</b>	<b>EMPIRIČNI DEL</b> .....	<b>19</b>
3.1	NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA.....	19
3.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA.....	19
3.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA.....	19
3.3.1	Metode in tehnike zbiranja podatkov.....	19
3.3.2	Opis merskega instrumenta.....	20
3.3.3	Opis vzorca .....	21
3.3.4	Opis poteka raziskave in obdelave podatkov .....	21
3.4	REZULTATI .....	22
3.4.1	Uporaba strokovnih smernic za kakovostno in varno obravnavo .....	23
3.4.2	Izvajanje preventivnih ukrepov .....	26

3.4.3 Smernice za izboljšanje kakovosti .....	28
3.4.4 Dejavniki tveganja za varnostni zaplet .....	30
3.4.5 Zagotavljanje ustrezne komunikacije .....	33
3.4.6 Preprečevanje okužb, povezanih z zdravstvom .....	37
3.4.7 Pomen izobraževanja medicinskih sester .....	38
3.4.8 Varnost pri dajanju zdravil .....	41
3.5 RAZPRAVA.....	43
<b>4 ZAKLJUČEK.....</b>	<b>48</b>
<b>5 LITERATURA .....</b>	<b>49</b>
<b>6 PRILOGE</b>	
6.1 INSTRUMENT	

## **KAZALO TABEL**

Tabela 1: Komponente kakovostne in varne zdravstvene obravnave.....	22
Tabela 2: Vloga medicinskih sester pri kakovostni in varni zdravstveni obravnavi.....	33



## 1 UVOD

Varnost pacientov postaja vedno bolj pomembna tematika v zdravstveni oskrbi. Robida in sodelavci (2006) navajajo, da se varnost pacientov zagotavlja z zmanjševanjem varnostnih zapletov pri pacientih med zdravljenjem, z diagnostičnimi postopki, s preprečevanjem in z rehabilitacijo in obsega tudi aktivnosti za preprečevanje, izogib ali popravo varnostnih zapletov. Na področju zdravstvene nege sta izogibanje nevarnostim v okolju in varnost opredeljena kot deveta temeljna življenjska aktivnost pacientov po Virginiji Henderson.

Maze in Plank (2012) poudarjata pomen seznanjenosti medicinskih sester o nevarnostih, ki pacienta ogrožajo, o sposobnostih, ki jih ima pacient za reševanje problemov, povezanih z varnostjo, ter pravočasnega ukrepanja v primeru pacientovega neustreznega odziva na okolje. V primeru, da se pacient ne zaveda nevarnosti v okolju, mora za njegovo varnost poskrbeti medicinska sestra. Prav tako je odgovornost medicinske sestre zagotoviti varnost pacientov pri določenih bolezenskih procesih, ki zmanjšajo dojemanje pacienta za varnost (npr. slabovidni in gluhi pacienti ter pacienti s psihičnimi motnjami, starostniki ...).

Mitchell (2008) navaja, da se je opredelitev za varnost pacientov pojavila sočasno z razvojem kakovosti v sistemih zdravstvenega varstva. Poudarek je na preprečevanju škode za pacienta in sistemu izvajanja oskrbe, ki preprečuje napake. Temelji na kulturi varnosti, ki vključuje zdravstvene delavce, organizacijo in paciente ter se uči iz napak, ki se pojavijo.

Robida (2011a) meni, da je varnost pacientov odsotnost za paciente nepotrebne škode ali potencialne škode v zvezi z zdravstveno obravnavo in pomeni izogibanje, preprečevanje in omilitev škodljivih izidov ali poškodb, izvirajočih iz procesov zdravstvene obravnave. Zagotavljanje varnosti pacientov vključuje delovne procese in sisteme, da do najvišje možne mere zvišajo možnost preprečevanja napak, ko se le-te zgodijo ter možnost nastanka napak zmanjšajo na najnižjo možno mero.

Varna in visoko kakovostna zdravstvena obravnava vsakega pacienta je prioriteta vsakega izvajalca zdravstvenih storitev ne glede na položaj ali poklicno skupino. Zaposleni v zdravstvu morajo pri vsakodnevnem delu prepoznavati možnosti za izboljševanje kakovosti in varnosti pacientov v zdravstveni obravnavi, pri tem pa tudi aktivno sodelovati z namenom zagotavljanja ravni zdravstvene oskrbe, na kateri ne bo prihajalo do nepotrebnih smrti ali škode za zdravje zaradi napak, izidi zdravstvene obravnave pa bodo skladni s standardi ali z najboljšimi praksami (Kiauta et al., 2010).

Kramar (2011a) ugotavlja, da so oddelki intenzivne terapije primerno okolje za vpogled v varnost kritično bolnih, saj sta v tem okolju prisotni visoka ogroženost bolnika in visoka stopnja intenzivnosti zdravstvene nege.

V diplomskem delu bomo ugotavljali, kakšen pomen medicinske sestre in zdravstveni tehniki pripisujejo zagotavljanju varnosti v enoti intenzivne terapije. Za pacienta, ki se bori za svoje življenje, je vsak dejavnik v enoti intenzivne terapije lahko ključen za varnost in s tem za preživetje. V diplomskem delu se bomo osredotočili na nekatere dejavnike tveganja pri kritično bolnih, to so: okužbe, povezane z zdravstvom, pojav razjede zaradi pritiska ter varna uporaba zdravil.

## 2 TEORETIČNI DEL

### 2.1 DEJAVNIKI TVEGANJA PRI KRITIČNO BOLNIH

V »Critical Care Nursing« (2014) so kritično bolne opredelili kot paciente, pri katerih obstaja visoko tveganje za dejanske ali potencialne zdravstvene težave, ki ogrožajo življenje. Človek, ki je kritično bolan, je zelo ranljiv, nestabilen in njegova obravnava je zapletena, medtem ko Lipovšek in Jokič (2007 povz. po Šafar, 2010) navajata, da kritično bolni lahko postane vsakdo kadarkoli. Preživetje kritično bolnega je odvisno od narave poškodbe, vitalnosti človeka, narave bolezni in življenjskega stila, ki ga je živel do hospitalizacije. Mavsar Najdenov (2011a) ugotavlja, da so prizadevanja zaradi življenjske ogroženosti osredotočena predvsem na tri organe: srce, pljuča in možgane. Na klinični izid bolnikov v enotah intenzivne terapije (v nadaljevanju EIT) imajo velik vpliv tudi okvare delovanja jeter in ledvic. Mavsar Najdenov (2011a, 249) še dodaja: »Bolniki prihajajo v EIT iz enote za nujno medicinsko pomoč, iz operacijskih dvoran, iz navadnih oddelkov bolnišnice ali pa so premeščeni iz drugih bolnišnic.«

Ob pregledu 14 temeljnih življenjskih aktivnosti po Virginiji Henderson: 1. normalno dihanje, 2. ustrezno prehranjevanje in pitje, 3. izločanje in odvajanje, 4. gibanje in ustrezna lega, 5. spanje in počitek, 6. oblačenje, izbira ustrezne obleke, 7. vzdrževanje telesne temperature ne glede na okolico, 8. ustrezna čistoča in nega telesa, 9. izogibanje nevarnostim v okolju in poškodbi drugih, 10. komunikacija, izražanje čustev, občutkov, 11. verovanje, 12. koristno delo, 13. razvedrilo, rekreacija, 14. učenje in pridobivanje znanja v »Nurses Guild - Theories in Nursing« (2012) ugotovimo, da kritično bolni ni zmožen izvesti niti ene izmed naštetih aktivnosti. Vse njegove temeljne življenjske aktivnosti so v kompetencah medicinskih sester. Navkljub vsem težavam je zaradi nezmožnosti in dolgotrajnega bivanja v bolnišnici kritično bolni bolj dovzeten tudi za bolnišnične okužbe oziroma okužbe, povezane z zdravstvom (v nadaljevanju OPZ).

### 2.1.1 Okužbe, povezane z zdravstvom

Kotnik Kevorkijan (2013) navaja, da so OPZ v Sloveniji opredeljene v Pravilniku o pogojih za pripravo in izvajanje programa preprečevanja in obvladovanja bolnišničnih okužb iz leta 1999 in kasnejših dopolnitvah ter v Zakonu o nalezljivih boleznih. V svojem članku o epidemiološkem spremljanju bolnišničnih okužb v Sloveniji ugotavlja, da rezultati epidemiološkega spremljanja OPZ spodbujajo zdravstveno osebje, da upošteva obstoječa priporočila in izvaja dobro klinično prakso. Hkrati zdravstveno osebje izboljša ali popravi določene procese ter izvaja, vrednosti in razvija novo prakso preprečevanja OPZ ter prispeva k znižanju incidence. Obenem dodaja še glavne cilje epidemiološkega spremljanja OPZ, ki so: spremljanje trendov incidenčnih stopenj, spremljanje in prepoznavanje dejavnikov tveganja za OPZ, spremljanje pojavljanja mikroorganizmov, ki povzročajo OPZ, in njihove občutljivosti za izbrana protimikrobna zdravila in zagotavljanje zgodnjega opozorila ob nepričakovanih spremembah trendov OPZ. Kotnik Kevorkijan (2013) ugotavlja tudi, da je v vseh bolnišnicah kljub zakonodaji, ki predpisuje kadrovske normative, še vedno premajhno število sistematiziranih zdravnikov za obvladovanje bolnišničnih okužb (ZOBO), prav tako pa tudi premajhno število medicinskih sester za obvladovanje bolnišničnih okužb (SOBO). Od leta 2006 je spremljanje OPZ eden izmed obveznih kazalnikov kakovosti v slovenskih bolnišnicah.

Garner in sodelavci (1996 povz. po Oštir, Šušteršič, 2005, str. 27) navajajo, da bolnišnične okužbe obsegajo bolezni, ki jih pacient dobi kot posledico negovalnih, terapevtskih in diagnostičnih postopkov med zdravljenjem osnovne bolezni. Lahko jih definiramo kot sistemsko ali lokalno stanje, ki je posledica reakcije na prisotnega povzročitelja oziroma na njegove toksine ter ni bilo izraženo v stanju inkubacije ob sprejemu pacienta v bolnišnico. Menijo, da o bolnišnični okužbi govorimo tudi, če se bolezenski znaki pojavijo več kot 48 ur po sprejemu in manj kot 48 ur po odpustu iz zdravstvene ustanove in bolezen med trajanjem hospitalizacije še ni bila izražena.

Šprajcar (2013) pa je mnenja, da pri obvladovanju in preprečevanju bolnišničnih okužb sodelujejo različni profili zdravstvenih delavcev, ki so organizirani v različnih

organizacijskih enotah. Vse aktivnosti, ki se izvajajo z namenom obvladovanja in preprečevanja okužb v zdravstveni organizaciji izvajajo z namenom preprečevanja in obvladovanja okužb lahko obravnavamo kot proces. V standardu ISO 9001 pa lahko razberemo, da je proces skupek povezanih aktivnosti.

Šprajcar (2013) ugotavlja tudi, da lahko z zagotavljanjem učinkovitega in uspešnega preprečevanja okužb povežemo nekatere zahteve standarda. Omenila je zahteve za ustrezno usposobljenost zaposlenih, ki sodelujejo v procesu za ustrezno vzdrževanje infrastrukture, obvladovanje delovnega okolja, razvijanje in planiranje izvajanja procesa za določitev jasnih zahtev za morebitne zunanje izvajalce posameznih aktivnosti v procesu kot so npr. čiščenje, pranje, prehranske storitve. Zahteve standarda zajemajo tudi določanje strokovnih zahtev za nabavo (npr. medicinskega in laboratorijskega potrošnega materiala) do zahtev za merjenje, nadzorovanje in analiziranje delovnega procesa ter ustrezno preventivno in korektivno ukrepanje. Kasneje je Šprajcar (2013) dodala pomen uporabe enega ali več standardov za zdravstveno organizacijo. Meni, da z vzpostavitvijo sistema vodenja varnosti in kakovosti ter z zagotavljanjem njegovega stalnega izboljševanja in delovanja pa organizacija predvsem dobi orodje vodenja, ki predstavlja temelj za učinkovito in uspešno delovanje.

Kerin Povšič (2013) navaja, da se pri kritično bolnem ustna flora po sprejemu v intenzivno enoto hitro spremeni. Prevladovati začnejo aerobni po Gramu negativni bacili (*Staphylococcus aureus* in *P. aeruginosa*). Zaradi imunosupresije in prisotnosti endotrahealnega tubusa so zaščitni mehanizmi dihal oslabljeni. Endotrahealni tubus odpre pot bakterijam iz zgornjih dihal v spodnja dihala, zavira refleks kašlja, poškoduje epitelij traheje, zmanjša mukociliarno aktivnost in odstranjevanje bakterij. Kolonizacija dihal z bakterijami se ob oslabljeni odpornosti stopnjuje in vodi v okužbo pljučnega parenhima. Lahko se razvijeta sepsa in multiorganska odpoved. Kerin Povšič (2013) dodaja še, da je okužba dihal pri bolniku v intenzivni enoti po nastanku endogena ali eksogena. Izjemnega pomena sta poznavanje dejavnikov tveganja in dosledno izvajanje preventivnih ukrepov. Pravilno in hitro antibiotično zdravljenje pa izboljša možnost preživetja.

Kodila (2008) navaja dejavnike tveganja za prenos okužb v enoti za intenzivno terapijo. Ti dejavniki so: pogosti in tesni stiki med koloniziranimi pacienti, pogosti operativni posegi, preveliko število pacientov v bolniški sobi; standard je 20–25 metrov na posteljno enoto, imunsko oslabljeni pacienti, pacienti s številnimi kroničnimi ranami in drenažami, pacienti z vstavljenimi žilnimi in urinskimi katetri, neizkušeno in nepoučeno zdravstveno osebje, endotrahealni intubirani in traheotomirani pacienti, pogosta uporaba široko spektralnih antibiotikov in pridobljena bakterijska odpornost.

Konečnik, Pungartnik in Konečnik (2013) so mnenja, da je preprečevanje širjenja bolnišničnih okužb ena izmed temeljnih skrbi zdravstvenih delavcev, ki nudijo zdravstveno oskrbo. Vse zdravstvene organizacije morajo prevzemati aktivno vlogo pri organiziranju dejavnosti pri zmanjševanju prenosa bolnišničnih okužb. Še posebno na oddelkih za intenzivno terapijo je širjenje bolnišničnih okužb od pacienta do pacienta težko preprečiti, ker je glede na zasedenost postelj z najbolj ogroženimi pacienti premalo medicinskih sester in gre tudi za prostorsko stisko ali neprimerno prostorsko razporeditev.

Ahec in Kramar (2013) menita, da je higiena rok eden izmed najpomembnejših ukrepov pri preprečevanju okužb, ki so povezane z zdravstvom in zdravstveno oskrbo. Higiena rok vključuje: umivanje rok, razkuževanje rok, uporabo rokavic, nego kože rok in tehniko nedotikanja. Obenem poudarjata, da z doslednim izvajanjem higiene rok zagotavljamo varno delo in okolje za zaposlene, paciente in obiskovalce. Pri izvajanju higiene rok sta ključnega pomena uporaba učinkovitega razkužila za roke ter prepoznavanje priložnosti za izvedbo higiene rok. Dodata še, da so zahteve vseh standardov kakovosti merljivi kazalniki, ki so izhodišče za vzpostavitev učinkovitega sistema za preprečevanje in obvladovanje okužb, povezanih z zdravstvom.

Perme in Prosen (2013, str. 53) ugotavljata, da je v Sloveniji znanje o higieni rok na visoki ravni, hkrati pa nam manjka implementacija znanja v vsakdanjo prakso. Obenem pa se sprašujeta ali je že prišel čas, da bi bili sposobni sprejeti kritiko glede higiene rok s strani sodelavcev, pacientov, svojcev, podrejenih, nadrejenih. Menita, da bi morali profesionalno dozoreti do te mere, da bi bili to sposobni sprejeti.

Zaključujeta pa z mislijo: »Naj higiena rok postane bolnišnični zakon!«

### 2.1.2 Pojav razjede zaradi pritiska

Prav tako je kritično bolni dovzeten za pojavnost razjede zaradi pritiska (v nadaljevanju RZP). Bricman, Pungartnik in Volmajer (2013) trdijo, da je kritično bolni pacient s povečanim tveganjem za poškodbo kože in nastanek RZP. RZP podaljšujejo čas zdravljenja in zvišujejo umrljivost. Ključnega pomena za preprečevanje RZP sta zgodnje odkrivanje kritično bolnih pacientov z zvišanim tveganjem za nastanek RZP in uporaba pravilnih zaščitnih ukrepov. S pomočjo ocenjevalne lestvice je treba oceniti stanje kože kritično bolnega pacienta za oceno ogroženosti in glede na rezultat izdelati individualni načrt obravnave. Ker pa se stanje kritično bolnega pacienta nenehno spreminja, mora ta proces potekati dinamično.

Po definiciji EPUAP in NPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009) je RZP lokalizirana poškodba na koži in/oziroma podkožnem tkivu, običajno prek kostne prominence, ki nastane kot posledica pritiska oziroma pritiska v kombinaciji s strižnimi silami.

Skela Savič in sodelavci (2010) navajajo, da neposredni pritisk na kožo povzroči ishemijo tkiva, delovanje sil trenja in strižnih sil pa povzroči mehanično okvaro kože. Pretok krvi v tkivu se prekine, zato pride do kopičenja presnovnih odpadkov, hipoksije in odmrtja tkiva. RZP se pojavi na mestih, kjer so kosti bolj izpostavljene (gležnji, pete, boki, lopatice, trtica, komolci). Kljub temu da so kritično bolni v večini najbolj ogroženi za poškodbo kože in nastanek RZP, lahko z zadostno preventivo bistveno zmanjšamo njihovo pojavnost, kar za kritično bolnega pomeni manj neugodja in bolečine, nižje stroške oskrbe in krajšo ležalno dobo. Določitev pravilnih preventivnih ukrepov ni enostavna, izbrani in prilagojeni morajo biti individualno. Ključnega pomena sta zgodnje odkrivanje kritično bolnih z zvišanim tveganjem za nastanek RZP in uporaba pravilnih zaščitnih ukrepov za njihovo preprečevanje.

Lipovšek (2011) ugotavlja, da so pacienti, ki se zdravijo v enotah intenzivne terapije, zaradi zdravstvenega stanja dnevno izpostavljeni nastanku RZP. Dejavniki, ki dodatno povečujejo tveganje za nastanek, so: številni terapevtski posegi in nadzor z aparaturami, ki zahtevajo mirovanje pacienta, agresivne terapije, tudi v svojem gibanju so zelo omejeni. Lipovšek (2011) hkrati ugotavlja, da je delovanje zdravstvene nege že od sprejema naprej usmerjeno v preprečevanje RZP.

Kritično bolni je poleg RZP in nastanka OPZ izpostavljen tudi drugim nevarnostim. Dolgoročni zapleti pri kritično bolnih vključujejo z intenzivno enoto pridobljeno šibkost in nevropsihiatrične bolezni (Brahmbhatt, Murugan, Milbrandt, 2010).

Puh, Jakovljević in Kacin (2013, str. 116) menijo: »Daljše zdravljenje na oddelku za intenzivno medicino in neustrezna odzivnost pacientov na zdravljenje pogosto povzročita hude zaplete, kot so mišična šibkost, zmanjšana telesna pripravljenost, ponavljajoči se simptomi, spremembe razpoloženja in slaba kakovost pacientovega življenja.«

Narayana Hrudayalaya Cardiac Hospital (v nadaljevanju NHCH) v Indiji je ena izmed največjih in najbolj zasedenih svetovnih bolnišnic za bolezni srca. V raziskavi, ki so jo izvedli v začetku leta 2009, so imeli v NHCH močno povečano število opravljenih kirurških posegov, hkrati pa se je povečalo tudi število bolnišnično pridobljenih RZP. Osnovni podatki so v petmesečnem obdobju opazovanj pokazali, da je povprečno pri 6 % vseh operiranih odraslih in pediatričnih kirurških pacientih pričakovana RZP v času, ko so v prebujevalnici ali kasneje v enoti intenzivne terapije. Bolnišnica je skušala zmanjšati razširjenost RZP z izvajanjem strategij za izboljšanje kakovosti. Elementi, ki so znatno pripomogli k uspešnosti programa, so vključevali: učinkovito vodstvo, izboljšanje sodelovanja medicinska sestra – zdravnik, poudarek na osebni odgovornosti, izboljšali so dokumentacijo in komunikacijo ter uvedli so stalno izobraževanje in usposabljanje zaposlenih (Rohini et al., 2014).



### 2.1.3 Varna uporaba zdravil

Mavsar Najdenova (2011b) je raziskovala, na kakšne načine se zagotavlja varnost pri dajanju zdravil. Navaja, da se proces dajanja zdravila pacientu prične na podlagi predpisa zdravila, ki ga predpiše zdravnik. Naloga odgovornih oseb za dajanje zdravil je, da predpis pozorno preberejo in vse ugotovljene nejasnosti razjasnijo pred dajanjem zdravila. Venomer se morajo posvetovati z zdravniki, s farmacevti ter z medicinskimi sestrami, odvisno od vrste nejasnosti. Pomembno je, da se problema nikoli ne rešuje z ugibanjem ter se obenem pravočasno prepreči morebitne zaplete.

Pri predpisovanju in dajanju zdravil je izjemnega pomena, da odgovorni dobro poznajo zdravila, s katerimi ravnajo pri svojem delu. Mavsar Najdenova (2011b, str. 49) hkrati ugotavlja, da morajo biti dobro seznanjeni z osnovnimi značilnostmi zdravila, kot so: sestava, farmacevtska oblika, indikacije, odmerjanje in način uporabe, kontraindikacije, posebna opozorila in previdnostni ukrepi, interakcije, uporaba v času nosečnosti in dojenja, vpliv na vožnjo in upravljanje s stroji, neželeni učinki, farmakodinamika in farmakokinetika, inkompatibilnosti«. Pomembno pa je tudi to, da so seznanjeni z rokom uporabnosti, z načinom shranjevanja zdravila, s pripravo zdravila ter tudi z načinom odstranjevanja zdravila iz uporabe. Mavsar Najdenov (2011b) opozarja na pomembnost rednega izpopolnjevanja in obnavljanja znanja tudi po zaposlitvi.

Panić in Vidmar (2011) poudarjata pomen vloge medicinske sestre pri postopkih varne uporabe, priprave in aplikacije zdravil. Velik pomen pripisujeta multidisciplinarnemu sodelovanju vseh, ki so vpleteni v proces zdravljenja (zdravnik, medicinska sestra/zdravstveni tehnik ter klinični farmacevt). Veliko je dejavnikov, ki pripomorejo k varni uporabi, pripravi in aplikaciji zdravil. Dolžnost zaposlenih je stremeti k ničelni stopnji napak pri izvedbi naslednjih postopkov:

- pomembno je, da imajo ustrezen dostop do zdravstvenih podatkov o pacientu (medicinska anamneza in diagnoza, predpisana terapija, negovalna diagnoza, znane alergije);
- standardiziranost in ustreznost postopkov pri pripravi in aplikaciji zdravil. To vključuje ustrezno urejen in osvetljen prostor za pripravo zdravil, odstranitev

motečih dejavnikov in čas za nemoteno aplikacijo zdravila. Pomembno je tudi, da izvajalec, ki je pripravil zdravilo, zdravilo tudi aplicira;

- upoštevanje pravila 10 P, ki zajema: pravo zdravilo, pravi odmerek, pravi čas, pravi način, pravemu pacientu, pravilo informiranja, pravilo pristanka, pravilo dokumentiranja, pravilo opazovanja, pravilo vrednotenja (Berman et al., 2008 povz. po Musič, 2010);
- računalniško napisana terapija (jasnost navodil in natančen zapis);
- ustrezen dostop do podatkov o zdravilih (terapevtski učinek, možni stranski učinki, način priprave zdravila, indikacija za uporabo zdravila, podatki o shranjevanju zdravila);
- priprava in aplikacija zdravil potekata po aseptični metodi dela;
- ustrezno preprečevanje zapletov: zamenjava pacienta, zamenjava infuzijske raztopine, prehitra aplikacija ...;
- uporaba tehnično izpopolnjenih črpalk;
- izobraževanje medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, da za aplikacijo uporabijo pravilno označena in shranjena zdravila ter venomer preverijo rok uporabe zdravila.

Panić in Vidmar (2011, str. 66) menita: » Pri zagotavljanju varne priprave, uporabe in aplikacije zdravil je poudarek na kontinuiranem usposabljanju in izobraževanju zaposlenih, pridobivanju novih informacij o zdravilih, razvijanju in uporabi protokolov. Predvsem je pomembno zavedanje in spremljanje dejavnikov, ki ogrožajo varnost pacienta.« Obenem poudarjata tudi, da je pomemben dejavnik pri zagotavljanju varnosti aplikacije zdravila tudi to, da je pri izvedbi intervencije medicinska sestra samostojna. V prihodnosti vidita računalniško podprti sistem kot enega ključnih dejavnikov za izboljševanje varnosti pacienta. Sistem omogoča takojšnje opozorilo na neustreznost odmerka zdravila, na nevarne kombinacije.

Kadivec (2011) meni, da je za vzpostavitev sistema varnosti v procesu zdravljenja z zdravili bistveno zbiranje točnih in pravočasnih informacij o napakah ali o skorajšnjih napakah v procesu zdravljenja z zdravili. V namen vzpostavljanja sistema varnosti vključujejo razne aktivnosti, med katere štejejo tudi primerno poimenovanje zdravil,

primerno pakiranje zdravil, dobro označevanje izdelkov, izobraževanje zdravstvenega osebja in pacientov ter ustrezno distribucijo zdravil. Kadivec (2011) poudarja tudi, da nastane večja verjetnost napak pri zdravilih s podobno embalažo ali pri zdravilih s podobnimi imeni, zdravilih, na katera so pacienti pogosteje alergični, in zdravilih, ki se redko uporabljajo. Pomemben vzrok napak so tudi motnje med razdeljevanjem zdravil. Z zagotavljanjem varnosti je povezano tudi spremljanje neželenih učinkov zdravil.

## 2.2 VARNOSTNI ZAPLETI IN NAPAKE

Robida in sodelavci (2006, str. 9) navajajo: »Varnostni zaplet pri pacientu je nenameren ali nepričakovan dogodek, ki je ali bi lahko škodoval pacientu ob prejemanju zdravstvene oskrbe in ne nastane zaradi narave pacientove bolezni.« Ministrstvo za zdravje (2006) navaja, da s pomočjo varnostne vizite, ki je proces, v katerem vodstvo obišče enoto ali oddelek in se pogovarja z osebjem, ki neposredno dela s pacienti, preprečujemo varnostne zapete. Vodstvo sprašuje osebje ali obiskovalce o varnostnih zapletih, ki so pripeljali do škode za pacienta, ter govori o varnostnih zapletih, ki bi lahko pripeljali do škode.

Cilji varnostnih vizit so: vključiti varnost v dnevno rutino, spremeniti kulturo obnašanja, povečati zavedanje osebja o problemih varnosti za paciente ter ustvariti okolje, kjer se bo osebje svobodno pogovarjalo o varnostnih problemih, ne da bi se ustrašilo posledic (Ministrstvo za zdravje, 2006).

Po Priporočilu Rec (2007) na varnost pacientov vpliva mnogo dejavnikov: dovolj virov, primerne zgradbe, zadovoljivo financiranje, zadostno število dobro usposobljenega osebja, uporaba visoko kakovostnega materiala ter tehnične opreme in zdravil, jasna opredelitev nalog in odgovornosti, uveljavitev standardnih diagnostičnih in terapevtskih postopkov (klinične smernice), primerna in neovirana povezava procesov, informacijski sistem, natančna dokumentacija in dobra komunikacija med zdravstvenim osebjem in timi ter pacienti. Primerne delovne razmere in ustvarjanje delovnega vzdušja s pomočjo dobre organizacije dela, zmanjševanje stresa in napetosti ter ustvarjanje dobrih in varnih socialnih in zdravstvenih pogojev za zdravstvene delavce zmanjšujejo vlogo »človeških dejavnikov« pri varnostnih zapletih pri pacientih.

Kingston et al. (2004, povz. po Valiee, Peyrovi, Nikbakht, 2014 str. 206 ) ugotavljajo da je delo brez napak standard, ki se pričakuje od zdravstvenih poklicev, vendar zdravstveni sistem in osebje niso nezmotljivi. Obenem ugotavljajo tudi, da so napake še vedno precej pogoste v praksi, kljub vedno večji pozornosti, ki je namenjena varnosti pacientov in kakovostni zdravstveni oskrbi Flotta et al. (2012, povz. po Valiee et al., 2014).

Robida (2012, str. 19) opozarja: »Analiza napak se morda zdi kakšnemu vodstvu zdravstvene ustanove, stanovskim organizacijam in pravosodnemu sistemu preprosta. Iščejo 'gnila jabolka' ali 'grešne kozle'. Nihče pa ne pogleda globokih lukenj v zdravstvenem in pravosodnem sistemu.«

Valiee in sodelavci (2014) so v svoji raziskavi iskale vzroke varnostnih zapletov v zdravstveni negi v intenzivnih enotah. Med najpomembnejšimi vzroki napak v intenzivni terapiji so bili posamezni razlogi, ki so vključevali tri podkategorije: izčrpanost, pomanjkanje izkušenj in znanja ter osebne lastnosti. Z vidika udeležencev je bila izčrpanost med glavnimi razlogi, ki bi lahko imeli za posledico škodo za pacienta in njegovo zdravje.

Robida (2011b) meni, da kljub temu da so za kakovost in varnost zdravstvene obravnave pacientov odgovorni vsi, je ta odgovornost različno porazdeljena. Odgovornost pomeni odgovarjati za lastno delovanje, zadolžitve in obnašanje. Robida (2011b, str. 8) dodaja: »Sistemske pristop k varnosti pacientom omogoča zdravstvenim strokovnjakom, da izboljšujejo varnost pacientov na znanstvenih osnovah, da sporočajo napake, ker vedo, da se napake pravično obravnavajo in da ne bo prišlo do neupravičenega obtoževanja posameznika.« Da bi prešli na sistemski pristop k napakam in na nov sistemski način razmišljanja, pa je potrebno novo znanje. Da je varnost pacientov naša prva skrb, mora postati dosledno udejanjanje systemskega in sistematičnega pristopa k varnosti pacientov. Vodstvo pa nosi odgovornost za izboljšanje varnosti pacientov. Robida (2011b) hkrati opozarja, da je dolžnost vodstva, da poskrbi za človeške finančne in materialne vire, ki so potrebni za izboljševanje

varnosti pacientov ter za določen čas za osebje, da se nauči veščin in da lahko sodeluje pri izboljševanju varnosti pacientov.

Po mnenju Ministrstva za zdravje (2006) so pogovori o varnosti priložnost za učenje, saj udeleženi v pogovoru razpravljajo o varnostnih problemih in možnostih rešitev. Pri pogovoru o varnosti je pomembno, da se osebje počuti svobodno, pomembno je, da si med pogovorom nihče ničesar ne zapisuje. Hkrati je pomembno, da so pogovori o varnosti kratki, da ne odtegujejo osebja od rednega dela.

Robida (2012) meni, da lahko zdravstveno oskrbo izboljšamo le, če se zavedamo, da njena varnost in kakovost ne slonita le na ramenih zdravstvenih strokovnjakov, ampak je v veliki meri odvisna od tega, kako uspešno reševati vsakdanje probleme, ter od poznavanja načinov, kako so stvari v zdravstveni ustanovi urejene ali neurejene. Zdravstvena ustanova, ki želi izboljševati varnost pacientov in kakovost zdravstvene obravnave, potrebuje (Robida, 2010):

- spremembo kulture, tako da se zagotovi, da skupne vrednote podpirajo idejo o izboljševanju kakovosti;
- strukturo, ki koordinira in spremlja delo pri izboljševanju kakovosti in varnosti pacientov;
- primerno usposabljanje osebja na področju kakovosti, vključno s presojo lastne zdravstvene prakse in varnosti pacientov.

Maze in Plank (2012, str. 115) dodajata: »Potreba po varnosti je za človeka zelo pomembna, zato je treba upoštevati razvoj vseh aktivnosti in vplivnih dejavnikov, pacienta pa obravnavati celostno s fizičnega, psihičnega in socialnega vidika.« Prav tako ugotavljata, da je namen usmeritev za razvoj kakovosti in varnosti pacientov v spodbujanju zdravstvenih zavodov, upravljavcev zdravstvenega varstva, pacientov, zdravstvenih delavcev in sodelavcev ter drugih udeležencev k oblikovanju strateških ciljev in zavzemanju za njihovo uresničitev ter razvijanju kakovosti.

## 2.3 VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI VARNOSTI KRITIČNO BOLNIH

Medicinske sestre v intenzivnih enotah opravljajo delo v okoljih, kjer so kritično bolni deležni zahtevne zdravstvene oskrbe, intenzivnosti terapij so visoke ter zahtevajo stalno zdravstveno nego in pazljivost. Medicinske sestre v intenzivnih enotah se zanašajo na specialno znanje, spretnosti in izkušnje. Hkrati pa ustvarjajo okolje, ki zdravi, plemeniti in skrbi, da je kritično bolnim in njihovim družinam zagotovljena ustrezna oskrba. Najpomembnejše je, da je medicinska sestra v intenzivni enoti zagovornica pacienta. American Association of Critical-Care Nursing (AACN) opredeljuje zagovorništvo s tem, da podpira in spoštuje temeljne pravice, vrednote in ohranja vero v kritično bolnega (Critical Care Nursing, 2014).

Mitchell (2008) trdi, da je varnost pacientov temelj kakovostnega zdravstvenega varstva. Večina opredelitev varnosti pacienta in ravnanj, ki preprečujejo škodo za pacienta, je osredotočenih na negativne izide oskrbe, kot sta umrljivost in obolevnost. Medicinske sestre pa so ključnega pomena pri organizaciji in delu, ki znižuje negativne izide oskrbe.

### 2.3.1 Zadovoljevanje osnovnih življenjskih potreb

V enoti intenzivne terapije je kritično bolni pri zadovoljevanju temeljnih življenjskih aktivnosti povsem odvisen od medicinske sestre. Ustrezno usposobljena medicinska sestra v skladu z ugotovljenimi potrebami za posameznega pacienta ter v skladu z medicinsko diagnozo izdelava načrt zdravstvene nege, ki zajema vse potrebe in aktivnosti kritično bolnega, ki morajo biti zadovoljene. Hkrati mora upoštevati tudi načela timskega pristopa k delu, analizo zbranih podatkov in postavljene negovalne diagnoze (Vršič, Dolar, 2009 povz. po Cimbola, 2010). Podobnega mnenja glede poudarjanja podpornega načrta zdravljenja je tudi Kramar (2011a, str. 4): »Vloga medicinske sestre in zdravstvene nege pri zdravstveni obravnavi življenjsko ogroženega pacienta je podpora načrtu zdravljenja, iz katerega je razvidno, da je vloga medicinske sestre v enoti intenzivne terapije soodvisna in samostojna funkcija.« Mnenju se pridružuje Kodila (2008), ki meni, da se samostojna vloga medicinske sestre nanaša na

zadovoljevanje pacientovih potreb po zdravstveni negi, ki izhajajo iz štirinajstih osnovnih življenjskih aktivnostih po Virginiji Henderson. Namen intervencij zdravstvene nege je vzdrževanje in izboljševanje pacientovega fizičnega in psihičnega ravnovesja, zagotavljanje varnosti pacienta, preprečevanje nastanka zapletov ter zagotavljanje optimalnega dobrega počutja pacienta. Cilj pa je doseči čimprejšnjo (vsaj delno) samostojnost pacienta. Kodila (2008) je tudi mnenja, da so vse aktivnosti zdravstvene nege kontinuiran proces, ki lahko popolnoma deluje le na osnovi pisnega načrta. Pomembno je, da medicinska sestra ali zdravstveni tehnik pri svojem delu upoštevata kodeks etike in profesionalna načela. Medicinska sestra/ zdravstveni tehnik se mora zavedati, da ima na področju zdravstvene nege svojo povsem samostojno vlogo, obenem pa tudi polno odgovornost za svoje delo in ravnanje.

### 2.3.2 Pomen izobrazbe medicinske sestre

Aiken in sodelavci (2014) so v svoji raziskavi, ki je bila objavljena v reviji *The Lancet* in je potekala v tristo bolnišnicah v devetih evropskih državah, ugotovili, da lahko večji poudarek na izobraževanju medicinskih sester znatno pripomore k manjšemu številu smrti v bolnišnicah in k znatnemu varčevanju. Raziskava opozarja na to, kako pomembno je število zaposlenih v zdravstveni negi ter njihova izobraženost. V raziskavi so Aiken in sodelavci (2014) prišli tudi do spoznanja, da v bolnišnicah, kjer je delež medicinskih sester z diplomo visok in skrbijo le za nekaj pacientov, je smrtnost znatno nižja kot v bolnišnicah, kjer je delež medicinskih sester z nižjo izobrazbo višji in skrbijo za več pacientov. Rezultati raziskave sicer kažejo na varno raven dela medicinskih sester, kljub nekaterim razlikam v programih izobraževanja v različnih državah, kjer je študija potekala. V raziskavi Aiken s sodelavci (2014) so omenjeni tudi rezultati Evropske kirurške študije, kjer so pozvali k zmanjšanju kirurških umrljivosti, kar bi po mnenju raziskovalcev lahko dosegli z dodatnim zaposlovanjem medicinskih sester. Omenili so tudi pomen finančnega vidika, saj v času finančne krize države omejujejo zaposlovanje medicinskih sester, tudi izobrazba državo stane. V raziskavi pa so prišli do spoznanja, da vsak zaplet pri pacientu tudi stane, zaplete oziroma smrti pa bi lažje preprečili z višjim deležem ustrezno usposobljenih in izobraženih medicinskih sester.

Na izobraženost medicinskih sester v intenzivnih enotah pa opozarja tudi Critical Care Nursing (2014). Medicinske sestre v intenzivnih enotah bodo morale držati korak z najnovejšimi smernicami in razvijati sposobnosti za opravljanje novih metod zdravljenja z najnovejšo tehnologijo. Če bodo želele slediti najnovejši tehnologiji, bodo morale postati vedno bolj izobražene.

Kramarjeva v drugem članku (2011b) meni, da je za izboljšanje varnosti pacientov pomembno znanje o varnosti vseh, ki so vključeni v neposredno in posredno delo s pacienti. Varnost in kakovost morata biti vsakdanja skrb in močno vpeti v vsakdanje delo vseh zaposlenih v ustanovi. Vodilni delavci morajo imeti znanje in možnosti za motiviranje zaposlenih pri nenehnem uvajanju varnostne kulture in ocene tveganja na področju varnosti. Prvi korak za izboljšanje kulture varnosti v bolnišnicah je merjenje obstoječe kulture varnosti in ugotavljanje področij za izboljšave. Robida (2011b) še dodaja, da je delovna dolžnost vsakega člana osebja sodelovati pri izvajanju programov in strategije. Dolžnost je tudi, da sodeluje pri posameznih projektih za izboljševanje kakovosti in varnosti. Pri projektih (torej v tistem času, ko se projekt še ne izvaja kot vsakdanja praksa) pa je osebju treba zagotoviti zaščiten čas, jih izobraziti za nove veščine, kot je na primer zbiranje podatkov o modelu za izboljšave, ter jih navdušiti za nekaj novega in boljšega.

Mitchell (2008) navaja, da je najbolj ključen prispevek na področju varnosti pacientov sposobnost usklajevanja številnih vidikov kakovosti. Poudarek je na preprečevanju škode za paciente in na učenju iz napak. Zdravstvena oskrba je zgrajena na kulturi varnosti, ki vključuje zdravstvene strokovnjake, organizacije in paciente. V svojem članku je Mitchell (2008) omenila tudi opredelitev ameriškega Inštituta za medicino (IOM), kjer so elemente kakovostne zdravstvene oskrbe za 21. stoletje opredelili tako, da je kakovost oskrbe varna, učinkovita, pravočasna, pravična in osredotočena na pacienta.

Več različnih avtorjev ugotavlja, da so medicinske sestre kot člani zdravstvenega tima so v ospredju zdravstvene prakse in igrajo bistveno vlogo pri preprečevanju napak, povezanih z zdravstveno nego. Chipps et al. 2011( povz. po Valiee et al., 2014, str. 206)



obenem ugotavljajo, da medicinske sestre v primerjavi z drugimi člani zdravstvenega tima preživijo več časa s pacientom, saj s tem zagotavljajo neprekinjeno zdravstveno oskrbo. Takšen odnos s pacienti pa prinaša tudi nevarnost, saj jih izpostavlja večjemu tveganju, da storijo napake (Thomas, 2010, povz. po Valiee et al., 2014 ).

Healey in Everett (2009) opozarjata na pomen varnosti ob širjenju oddelkov intenzivne terapije. V tujini zaposlujejo novo osebje, ki je sestavljeno iz številnih medicinskih sester, ki nimajo predhodnih izkušenj na oddelkih intenzivne terapije. To predstavlja velik izziv, saj te medicinske sestre potrebujejo stalno podporo in usmerjanje pri njihovem usposabljanju, varnost pacientov pa mora biti kljub temu še vedno na prvem mestu.

### 2.3.3 Pomen komunikacije

Robida (2010) opozarja na pomen komunikacije s pacientom. Meni, da se morajo zdravstveni strokovnjaki, ki načrtujejo zdravljenje in zdravstveno nego, naučiti drugačne komunikacije s pacientom. Večkrat menijo, da pacient informacije, ki jih prejme, razume, a pogosto ni tako. Poudarja tudi, da je pomembno, da se prepričajo o tem, saj je uspeh zdravljenja pogosto odvisen od tega.

Pri predaji pacienta Kramar in Marinšek (2009) navajata, da pride do prenosa ključnih informacij o stanju in oskrbi pacienta med strokovnjaki. V primeru, da ne pride do prenosa informacij je lahko zdravstvena oskrba pacienta nepopolna, obstaja tudi verjetnost ogroženosti varnosti pacienta. Po mnenju avstralske komisije za varnost in kakovost v zdravstvu (ACSQHC, 2012) je predaja pacientov zelo spremenljiv proces, ki je lahko nenatančen tako na oddelkih kot tudi v celotni organizaciji zdravstvene službe. Ta variabilnost procesa predstavlja veliko tveganje za varnost pacientov. Komunikacijske težave ob predaji pacientov so eden izmed glavnih vzrokov, ki vodijo k povečanemu tveganju za neželene dogodke v zdravstveni obravnavi pacientov. ACSQHC (2012) navaja, da delež neželenih dogodkov narašča med predajo pacienta med oddelki, zdravniki in zdravstvenimi timi. Pomanjkljiva ali slaba komunikacija ob predaji pacienta poveča tveganje za neželene dogodke ter ima lahko hude posledice za pacienta. Klinična predaja je pomemben element za zagotovitev varne in visoke

kakovosti pri izvajanju zdravstvenega varstva. Učinkovita klinična predaja lahko zmanjša komunikacijske napake med zdravstvenimi delavci ter izboljšuje varnost pacientov in njihovo oskrbo.

Vrankarjeva (2013) je v izvedeni raziskavi v Univerzitetni kliniki za pljučne bolezni in alergijo Golnik na osnovi formuliranja glavnih kategorij »ustvarjanje uspešne in varne predaje pacientov« in »vzrokov za nastanek skorajšnjih napak pri predaji pacientov« ugotovila, da preiskovanci niso bili zadovoljni z dosedanjim načinom predaje pacienta in da je bila dokumentacija predaje pacientov pomanjkljiva.

### **3 EMPIRIČNI DEL**

#### **3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA**

Namen diplomskega dela je ugotoviti, kakšen pomen pripisujejo diplomirane medicinske sestre in zdravstveni tehniki, zaposleni v enoti intenzivne terapije, varnosti kritično bolnih ter kakšna je njihova vloga pri zagotavljanju varnosti.

Cilji:

- opisati, na kakšne načine je na osnovi navedb medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov zagotovljena ustrezna varnost kritično bolnih,
- izvesti posnetek stanja varnosti kritično bolnih s strani medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov,
- ugotoviti, kako bi lahko izboljšali varnost kritično bolnih.

#### **3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA**

Na podlagi opredeljenih ciljev smo oblikovali naslednja raziskovalna vprašanja:

- Kateri dejavniki s strani zaposlenih v zdravstveni negi najbolj vplivajo na varnost kritično bolnih?
- Kako zaposleni v zdravstveni negi zagotavljajo varnost kritično bolnih?
- Katere varnostne zaplete navajajo zaposleni v zdravstveni negi?
- Kako poteka skrb za zagotavljanje varnosti kritično bolnega na ravni posameznika v zdravstveni negi?

#### **3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA**

##### **3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov**

Raziskava je temeljila na načelih kvalitativnega raziskovanja, na deskriptivni in kavzalni neeksperimentalni metodi empiričnega raziskovanja. Uporaba kvalitativnih metod je v raziskavi pomembna za identifikacijo tem in kategorij na neraziskanem

področju, saj kot navaja Vogrinc (2008), daje poudarek proučevanju subjektivnih doživetij posameznika in ugotavljanju pomena, ki ga posameznik pripisuje posameznim dogodkom, pri čemer niso zanemarjeni niti subjektivni pogledi raziskovalca na proučevano situacijo.

Za potrebe teoretičnega dela je bila pregledana strokovna in znanstvena literatura iz podatkovnih baz Cinahl, COBISS, PubMed ter s pomočjo spletnega brskalnika Google učenjak. Iskanje literature je potekalo s pomočjo naslednjih ključnih besed: kritično bolni, varnost pacientov, enota intenzivne terapije; ter v angleškem jeziku: critically ill, patient safety, intensive care unit. Pri iskanju literature prek svetovnega spleta smo dosledno upoštevali kriterije verodostojnosti virov in avtorjev. Za empirični del je bila uporabljena kvalitativna tehnika zbiranja podatkov, in sicer polstrukturirani individualni intervju, s pomočjo katerega smo pridobili podatke o okoliščinah oz. kontekstu, prepričanjih, mnenjih, stališčih, vrednotah in globljih vidikih problema, kot so izkušnje, motivacija in način razmišljanja medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, ki izvajajo negovalno oskrbo pri kritično bolnih.

### 3.3.2 Opis merskega instrumenta

Uporabili smo kombinirani pristop kvantitativne in kvalitativne metodologije. S kvantitativno neeksperimentalno metodo raziskovanja, s tehniko pisnega anketiranja, smo zbrali demografske podatke o udeležencih raziskave, s kvalitativnim pristopom pa smo uporabili nestandardizirane polstrukturirane individualne intervjuje z diplomiranimi medicinskimi sestrami in zdravstvenimi tehniki v enotah intenzivne terapije. Demografske podatki smo zbrali s strukturiranim anketnim vprašalnikom. Vprašanja so bila odprtega in zaprtega tipa. Anketirance smo vprašali po imenu in priimku, zdravstvenem zavodu, delovnem mestu, letih delovne dobe in izobrazbi. Pridobili smo tudi podpis intervjuvanca. Podatke o varnosti smo pripravili na osnovi pregleda strokovne in znanstvene literature (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, 2012; Kramar, 2011a; Mitchell, 2008; Valiee et al., 2014; Vrankar, 2013).

Intervjuje smo s predhodnim dovoljenjem intervjuvancev snemali z diktafonom. Pri snemanju je bila zagotovljena zasebnost, okolje, kjer smo izvajali intervju v obeh ustanovah, je bilo mirno motečih dejavnikov ni bilo. Vsi so bili seznanjeni o možnostih zavrnitve sodelovanja v raziskavi ter o namenu in vsebini raziskave.

### 3.3.3 Opis vzorca

V diplomskem delu smo uporabili neslučajnostni namenski vzorec. Raziskovanje je potekalo v kliničnem okolju, na ciljni populaciji zaposlenih v zdravstveni negi v enotah intenzivne terapije Univerzitetne klinike za pljučne bolezni in alergijo Golnik in v Splošni bolnišnici Jesenice. Vzorec je sestavljalo 10 diplomiranih sester/zdravstvenih tehnikov, vsi zaposleni v enotah intenzivne terapije, po 5 iz vsakega zgoraj omenjenega zdravstvenega zavoda. Glede na izobrazbo je bilo 5 diplomiranih medicinskih sester in 5 zdravstvenih tehnikov. Glede na spol je bilo 6 žensk in 4 moški. Glede na leta delovne dobe je en intervjuvanec zaposlen manj kot 5 let, 5 intervjuvancev je zaposlenih med 5 in 10 let, 4 intervjuvanci pa so zaposleni več kot 10 let. Pridobili smo tudi podpise vseh intervjuvancev, da se strinjajo s pogoji raziskave. Vsi intervjuvanci, ki so sodelovali v raziskavi, so bili intervjuvani pod enakimi pogoji.

### 3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Raziskovalni del naloge smo pričeli z oblikovanjem merskega inštrumenta, kar so izhodišča in smernice za intervju. Z izvedbo raziskave smo pričeli po odobritvi dispozicije na Komisiji za diplomske zadeve na Fakulteti za zdravstvo Jesenice, ki je potekala v mesecu oktobru. V mesecu decembru smo pridobili soglasje zavoda za izvedbo raziskave s strani Univerzitetne klinike za pljučne bolezni in alergijo Golnik. V mesecu februarju pa smo pridobili soglasje zavoda s strani Splošne bolnišnice Jesenice. Vsi intervjuji so bili posneti v mesecu februarju. Intervjuvanci so bili seznanjeni, da se je intervju posnel za namene raziskave in pozneje prepisal. Ponudili smo jim možnost, da lahko odstopijo od udeležbe v intervjuju. Zagotovili smo anonimnost v rezultatih raziskave, njihova identiteta ostaja skrbno varovana. Po opravljenih intervjujih smo natančno prepisali besedilo in ga analizirali v skladu s kvalitativno analizo besedil, torej

smo izvedli odprto kodiranje in kategoriziranje besedila in pripravili izčrpno pojasnitev proučevane teme. S kodiranjem besedila smo oblikovali teoretično razlago oziroma pojasnitev proučevane teme. Pri procesu kodiranja smo uporabili induktivni pristop, kar pomeni, da smo kode določali med analizo besedila in ne prej (odprto kodiranje). Na podlagi dobljenih kod smo oblikovali dva tematska sklopa. Oblikovali smo 2 glavni kategoriji, 8 podkategorij ter 47 kod. Pod posamezne kategorije oz. podkategorije smo pripisali pomembne navedbe intervjuvancev.

### 3.4 REZULTATI

Na podlagi izvedenih intervjujev in analize besedila smo oblikovali 2 glavni kategoriji: »komponente kakovostne in varne zdravstvene oskrbe« in »vloga medicinskih sester pri kakovostni in varni zdravstveni obravnavi«. Za vsako kategorijo smo oblikovali 4 podkategorije ter posamezne kode, ki so predstavljene v tabelah 1 in 2. Na podlagi določanja kod smo navedli tudi nekaj posameznih izjav (citatov) medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, s katerimi so bili opravljeni intervjuji.

**Tabela 1: Komponente kakovostne in varne zdravstvene obravnave**

**Glavna kategorija: komponente kakovostne in varne zdravstvene obravnave**

<b>PODKATEGORIJE</b> Uporaba strokovnih smernic za kakovostno in varno obravnavo	<b>Izvajanje preventivnih ukrepov</b>	<b>Smernice za izboljšanje kakovosti</b>	<b>Dejavniki tveganja za varnostni zaplet</b>
	KODE		
Delo po standardih zdravstvene nege	Uporaba ocene ogroženosti za padec in RZP	Strokovnost pri delu Posvetovanje v timu	Zdravstveno stanje pacienta Pomanjkanje kadra
Ustrezna predaja pacienta	Uporaba varovalnih sredstev	Varnostne vizite	Nepopolna predaja
Dokumentiranje aktivnosti zdravstvene nege	Preprečevanje padcev in OPZ	Individualna obravnava pacientov	Transport pacienta
Celostna obravnava pacienta	Uporaba zaščitnih sredstev za varno delo	Odgovornost posameznika	Nepripravnost prostorov v intenzivni terapiji
Stalni nadzor pacientov	Uporaba pripomočkov za preprečitev RZP	Stalni nadzor pacientov Nenehno izobraževanje	Preobremenjenost medicinskih sester Narava dela v intenzivni terapiji

Tabela 1 prikazuje glavno kategorijo »komponente kakovostne in varne zdravstvene obravnave« s podkategorijami in kodami, ki smo jih prepoznali v procesu analize besedila kvalitativne raziskave.

#### 3.4.1 Uporaba strokovnih smernic za kakovostno in varno obravnavo

V podkategorijo »uporaba strokovnih smernic za kakovostno in varno obravnavo« smo vključili naslednje kode: delo po standardih zdravstvene nege, ustrezna predaja pacienta, dokumentiranje aktivnosti zdravstvene nege, celostna obravnava pacienta, izvajanje preventivnih ukrepov in stalni nadzor pacientov.

##### *Delo po standardih zdravstvene nege*

Medicinske sestre in zdravstveni tehniki so v svojih trditvah v intervjujih izpostavili pomen dela po standardih zdravstvene nege že zaradi številnih dejavnikov tveganja v enoti intenzivne terapije. Navedli so, da predvsem za kritično bolnega pacienta pomeni še večjo vrednost, da se intervencije izvajajo po standardih zdravstvene nege:

MS 1: »Ja, zares je pomembno, da pri izvajanju intervencij tudi upoštevaš standarde, da zaščitiš sebe in pacienta.«

MS 4: »Tako kot sem že rekla, z upoštevanjem vseh šestih P-jev, pa pač vso terapijo, ki jo imaš naročeno, jo prištimaš skupaj pa po standardu apliciraš.«

MS 6: »Kot posameznik zagotovim pacientu varnost tako, da delam po strokovnih standardih, ki so napisani za področje zdravstvene nege.«

##### *Ustrezna predaja pacienta*

Medicinske sestre in zdravstveni tehniki so spregovorili o pomembnosti ustrezne predaje med oddelki, med ustanovami. Izpostavljajo pomen pisne komunikacije, včasih gre za zaplet ali informacijo, ki ni bila dokumentirana, včasih gre za moteče dejavnike, težave so tudi v nepopolnih informacijah, da se kaj pozabi povedati:

MS 1: »Pomembna je predaja, pomembno je, da transportirata take paciente dve osebi, opazovanje, nameščene ograjice. Po mojem je predaja tukaj ena izmed bolj pomembnih.«

MS 2: »Varnost se zagotavlja s popolno predajo, ki jo imamo, varnost se zagotavlja tudi tako, se mi zdi, če mi pišemo določene podatke v negovalno poročilo, da se res ne pozabi, pri ustnih predajah se kaj pozabi, tako pa imaš v negovalnem poročilu notri vse napisano.«

MS 5: »Med samimi premeščanji med oddelki je pa pomembna tudi dobra predaja.«

MS 6: »Je pa tudi tako, vseh varnostnih zapletov se ne da preprečiti, trudimo se po maksimalnih zmožnostih, da te zaplete preprečimo. Pomembno je, da na predaji res vse povemo, ne da se določene stvari pozabi predati.«

#### *Dokumentiranje aktivnosti zdravstvene nege*

Pomen dokumentiranja je izjemen. Medicinske sestre in zdravstveni tehniki so v svojih trditvah izpostavljali pomen dokumentiranja pri neželenih dogodkih in pri dajanju zdravil, saj je del pravila desetih P-jev tudi pravilno dokumentiranje:

MS 2: »Zdaj če je padec, takoj se pacientu pomaga, se napiše incident, se zapiše v negovalno poročilo, seveda se ob tem obvesti zdravnika.«

MS 4: »Najprej ga zabeležimo, mislim, najprej oskrbimo koga, če ga je treba oskrbeti, sploh če nastane RZP, pravilna obloga, ustrezno se obvesti koordinatorja za RZP, zabeležimo v računalniku, damo ustrezno dokumentacijo in potem naprej.«

MS 5: »Recimo pri pripravi terapije, da upoštevaš vse posamezne komponente, se pravi, da razkužiš delovno površino, kjer pripravljáš terapijo, potem pripraviš terapijo za pravega pacienta, prave odmerke, jo pravilno apliciraš, preveriš, da se gre za pravega pacienta, ter pravilno dokumentiraš.«



*Celostna obravnava pacienta*

Medicinske sestre in zdravstveni tehniki so navedli, da se zavedajo pomembnosti celostne obravnave pacientov in da je skrb za pacienta njihova odgovornost:

MS 4: »Kot prvo, da je fizično varen, potem, da se varujejo njegovi podatki, da ni dostopa podatkov za vsakega. Da nekako vodimo to varnostno kulturo, spremljamo z vnašanjem v računalnik, preprečujemo kakšne padce, previdnost pri aplikaciji terapije, da ne zamešamo identitete pacienta, tako na ta način.«

MS 10: »Gre se za celostno obravnavo, od sprejema do odpusta smo odgovorni mi. Vsak posameznik je odgovoren, da je zadolžen za zagotavljanje varnosti.«

*Stalni nadzor pacientov*

Večina intervjuvanih medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov se zaveda, da je stalen nadzor pri pacientih v enotah intenzivne terapije pomemben pri večini zdravstvenih aktivnosti. Izpostavili so nadzor pri posedanju, pri razdeljevanju terapije, monitoring:

MS 2: »Kontinuiran nadzor, potem recimo pri vseh pacientih pri nas je posteljna ograjica prvi način preprečevanja padcev, sploh če so pacienti kakšni dementni oziroma v fazi zbujanja po sedaciji, po ukinitvi zdravil, tako da so kakšni zelo nemirni. Potem stalen nadzor tudi pri posedanju pacientov, ker zdaj imamo kar nekaj pacientov tako, ko se jih tud poseda, tako da so čim bolj aktivni, potem pomoč pri vstajanju iz postelje, takrat, ko vstajajo, seveda ne drseči copati, da preprečiš padce, potem pri aplikaciji terapije, pri teh pacientih upoštevanje desetih P-jev.«

MS 7: »Varnost zagotavljamo s stalnim nadzorom pacientov, z različnimi pripomočki pri deljenju terapije, potem z nadzorom pri deljenju terapije, da redno opravljamo nadzore.«

MS 8: »Tisti pacienti, ki so v izolaciji, sploh v sobi s podtlakom, imamo tudi kamero, tako da je pacient pod stalnim nadzorom, čeprav sestre ni ves čas zraven, tako in tako so pa vsi na monitorju.«

### 3.4.2 Izvajanje preventivnih ukrepov

V podkategorijo »izvajanje preventivnih ukrepov« smo vključili naslednje kode: uporaba ocene ogroženosti za padec in RZP, uporaba varovalnih sredstev, preprečevanje padcev in OPZ, uporaba zaščitnih sredstev za varno delo, uporaba pripomočkov za preprečitev RZP.

#### *Uporaba ocene ogroženosti za padec in RZP in uporaba pripomočkov za preprečitev RZP*

V obeh zdravstvenih zavodih, kjer smo opravljali intervjuje, so omenili, da posvečajo veliko pozornosti preventivnim ukrepom, prav tako navajajo, da večkratno po potrebi uporabljajo različne sheme, ocene ogroženosti za padec ter za RZP, prav tako ves čas uporabljajo pripomočke za preprečitev RZP:

MS 1: »Uporabljamo Northonovo shemo, uporabimo jo ob sprejemu, po 24 urah, po 72 urah oziroma ob spremembi zdravstvenega stanja, pa pri premestitvah na druge oddelke.«

MS 2: »Pač tisti, ki je najbolj ogrožen, če je le možnost, se ga da res na najboljšo posteljo, kar jih imamo, potem uporaba ustreznih pripomočkov za preprečevanje RZP, to so obliži, ki jih nalepimo preventivno. Potem uporaba teh losjonov, olj, masaža, obračanje, sprememba lege telesa na dve uri ali pa še bolj pogosto, odvisno, koliko je kakšen pacient občutljiv.«

MS 3: »Z ustrezno blazino, z zaščito, se pravi s stanjšanimi hidro koloidi, potem je tukaj pomembna tudi prehranjenost, seveda s samo nego, z različnimi olji, mazili, s

pregledom kože večkrat, ne samo ob negi, ampak večkrat, z razbremenitvijo okončin, če se le da oziroma če zdravstveno stanje to dopušča.«

MS 4: »Trudimo se, da so čim prej nameščeni na dinamično blazino, imamo dve na razpolago, ki so res za preventivo, za take res kritične, dobre.«

MS 6: »Za pojavnost RZP uporabljamo shemo Waterlow. Ob sprejemu se vodja izmene odloča, ali je pacient primeren za oceno, to pomeni ob anamnezi. Če bomo oceno naredili, pa ob spremembi stanja ter vsak torek v tednu in ob premestitvi na drugi oddelek.«

MS 8: »Uporabljamo Waterlow, uporabi se pa takrat, ko se preceni, da se potrebuje, ko sestra presodi, da je pacient ogrožen, se naredi oceno in se dela po navodilih.«

*Uporaba varovalnih sredstev, uporaba zaščitnih sredstev za varno delo, preprečevanje padcev in OPZ*

Medicinske sestre in zdravstveni tehniki navajajo, da se vedno bolj poslužujejo metod uporabe zaščitnih in varovalnih sredstev, prav tako navajajo, da so uspešni pri preprečevanju okužb in padcev:

MS 3: »Z naše strani je zagotovljena varnost, da ima vsak svoje pripomočke tam, da se ne hodi iz ene enote v drugo, uporaba osebnih varovalnih pripomočkov.«

MS 4: »Ja, ne vem, če imamo pacienta, ki je nemiren, mu pač damo posteljno ograjico, tako jo majo več ali manj vsi, potem z vnosom teh točk za preventivo padcev v računalnik, ob sprejemu, pa čez 24 ur, pa čez 72 ur, da se to redno nadzira.«

MS 5: »To, koliko točno je prenosov, ne vem, se mi pa zdi, da smo zelo dobri v naši enoti, da je zelo malo prenosov oziroma jih sploh ni. Naša enota je glede na svetovna merila na visokemu nivoju, kar se tiče v naši enoti prenosov s pacienta na pacienta.«

MS 7: »Procentualno ne vem, vem pa, da ni veliko prenosov okužb.«

MS 9: »Nazadnje je bilo z gripo, s pacienta na pacienta. Drugače pa ni nekaj, delamo ves čas neke študije. Se pa zelo držimo teh ukrepov, če pa vemo, da pride kakšen tak pacient, ki je že okužen, pa pride gor potem higieničarka, pa pove, česa se moramo držati. Kolikor vem, imamo pa dobre rezultate glede razkuževanja, pa uporabe teh zaščitnih sredstev, tle se res ne špara. Nisem pa že dolgo slišal, da bi mi kaj prenesli, po navadi z okužbo že pridejo k nam.«

MS 10: »Ja, seveda so tudi tukaj prenosi, kakšna MRSA, gripa je zdajle zelo aktualna. Velikokrat se prenos naredi, pa se sploh ni vedelo, da je okužen, šele potem po parih dneh pridejo izvidi, ko je pa že prepozno.«

### 3.4.3 Smernice za izboljšanje kakovosti

V podkategorijo »smernice za izboljšanje kakovosti« smo vključili naslednje kode: strokovnost pri delu, posvetovanje v timu, varnostne vizite, individualna obravnava pacientov, odgovornost posameznika, stalni nadzor pacientov in nenehno izobraževanje.

*Strokovnost pri delu, odgovornost posameznika, nenehno izobraževanje, posvetovanje v timu*

Medicinske sestre in zdravstveni tehniki navajajo, da se zavedajo odgovornosti svojega dela. Prav tako so mnenja, da je posvetovanje v timu pomemben dejavnik, pomen nenehnega izobraževanja pa je neprecenljiv:

MS 4: »V bistvu v timu se pogovarjamo, če pa to ne, pa pač z nadrejenimi naprej.«

MS 5: »Mislim, da je varnost pacientov kar precej pomembna, zagotavljamo jo pa tako, da svoje delo delamo strokovno, profesionalno, odgovorno.«

MS 6: »Vsekakor pomen izobraževanja ter pogovori s sodelavci.«

MS 7: »Mislim, da je najboljše res usposabljanje, pa čim več poudarka na tem, pa pogovarjati se, razmišljati, tako, da se pač o tem govori.«

#### *Varnostne vizite*

Medicinske sestre in zdravstveni tehniki poudarjajo, kako zelo je pomembno, da se v timu pogovarjajo o zapletih, ki se jim pripetijo na delovnem mestu:

MS 1: »Če pride pač do tega, izvedemo varnostno vizito, pogovore, s pogovori rešujemo, zakaj je do tega prišlo, kaj bi lahko naredili. V bistvu ja, varnostna pa negovalna vizita.«

MS 2: »Preprečiti ne moreš, če pa pride do tega, je pa treba čim več razpravljati o temu oziroma poiskati neke rešitve, kaj bi bilo najboljše, pa izobraževanja na tem področju seveda.«

MS 5: »Ja, spet so to varnostne vizite, delati preventivno, pogovori v timu, izobraževati se na tem področju ...«

MS 5: »V primeru pojava takoj ukrepamo na različne načine, opravi se varnostna vizita s čim večjim številom zaposlenih, da se vidi, zakaj je do tega prišlo, kako ukrepati, kako preventivno delovati, da se pri drugih pacientih to ne bos spet pojavilo. Tako da pol se na tisti napaki naučimo za naprej, da smo pač na to bolj pozorni pri naslednjih pacientih.«

MS 10: »V večini to, da se posvetuješ v timu, mamo pa tud v okviru bolnice enkrat mesečno sestanek, pogovore o varnosti, kjer so po navadi predstavljeni primeri, ki so se zgodili, potem se pa analizira, ugotavlja, zakaj se je to zgodilo, postavlja se korektivne ukrepe. Brez varnostnih zapletov pa teh stvari, pa pač ne bo šlo, tudi v svetu je to zelo velik dejavnik smrtnosti.«

#### 3.4.4 Dejavniki tveganja za varnostni zaplet

V podkategorijo »dejavniki tveganja za varnostni zaplet« smo vključili naslednje kode: zdravstveno stanje pacienta, pomanjkanje kadra, nepopolna predaja, transport pacienta, neprimernost prostorov v intenzivni terapiji, preobremenjenost medicinskih sester in narava dela v intenzivni terapiji.

##### *Zdravstveno stanje pacienta, narava dela v intenzivni terapiji*

Intervjuvane medicinske sestre in zdravstveni tehniki navajajo, da sta narava dela v intenzivni terapiji in zdravstveno stanje pacienta na zelo visoki težavnosti, zato je lahko vsak zaplet ključen za preživetje pacienta:

MS 1: »Tudi stanje pacienta, lahko narediš vse, pa še zmeraj pride do stvari, pri kritično bolnih pa sploh.«

MS 2: »Odvisno, koliko je kakšen pacient občutljiv. Zdaj, če je kakšen res kahektičen, če bo dve tri ure ležal tam na boku, bo zelo hitro rdečina.«

MS 3: »Zaradi same narave dela, zaradi tega, ker so tukaj življenjsko ogroženi pacienti. Se pa kdaj naredi tudi naša napaka, ker smo samo ljudje. Večino stvari, ki se zgodijo pri nas, se ne da preprečiti.«

MS 3: »RZP, ampak to pač pri pacientih, pri katerih se ne da preprečiti, v smislu njegovega bolezenskega stanja, če ga ne smeš, če ga ne moreš obračat, če je kahektičen recimo, da je rdečina že prisotna, da kakor ga obrneš, ogrožaš njegovo življenje, da ne zdrži v položaju zaradi bolečin.«

MS 6: »Nastanek RZP zaradi na primer neinvazivne ventilacije, nekateri pacienti niso zmožni dihati brez neinvazivne ventilacije preko celega dneva, in se zna zgoditi, da pridelamo kakšno RZP. Največji zaplet je pa zaradi same potrebe po zdravljenju tega pacienta.«

MS 7: »Izpad intravenoznih kanil, samoekstubacija zelo redko, to dvoje.«

MS 10: »Samoekstubacije se tja pa sem zgodijo, ker je nekaj pacientov zmedenih, teh intubiranih. Drugače pa pacienti sami izvlečejo ive kanilo, tega je največ, pa ni veliko.«

*Pomanjkanje kadra, preobremenjenost medicinskih sester, neprimernost prostorov v intenzivni terapiji*

Velikokrat so birokratske zadeve vzrok za moten potek dela medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, omenjajo tudi težave z neprimernimi prostori, neprimernimi razdaljami med posteljami, s premajhnim številom kadra. Ob povečanem obsegu dela in premajhnem številu kadra pa se hitro zgodi neželen dogodek. Povprašali smo jih, kaj je po njihovem mnenju razlog za varnostni zaplet:

MS 3: »Z naše strani je zagotovljena varnost, da ima vsak svoje pripomočke tam, da se ne hodi iz ene enote v drugo, uporaba osebnih varovalnih pripomočkov. Kar se pa prostorske ureditve tiče, pa ne moremo nič, preblizu so, to vemo in to je to.«

MS 4: »Premalo kadra, povečan obseg dela, več ali manj je to.«

MS 5: »Do varnostnih zapletov prihaja iz različnih razlogov, recimo pomanjkanje tima, mislim kadra, mogoče kdaj izčrpanost, pa najbrž je še kakšen razlog.«

MS 5: »Mogoče kakšen RZP, da mogoče zaradi pomanjkanja časa ne moreš pacienta obračat res redno, ker maš še toliko drugih stvari za narediti, ker imaš sprejeme pa to.«

MS 9: »Od premalo kadra do preobremenjenosti, včasih je neznanje, veliko je novih sodelavcev, treba jih je naučiti od osnove dalje, tako, kot smo se mi.«

*Transport pacientov*

Poleg že naštetih razlogov za varnostni zaplet je tudi transport pacienta še ena situacija, v kateri lahko pride do dodatnih zapletov.

Medicinske sestre in zdravstveni tehniki so naštevati, na kaj vse je treba biti pozoren pri transportu pacienta:

MS 2: »Ja, zagotoviti moramo, da pacienta pripeljemo varno do enote, naši pacienti morajo biti na monitorju zaradi vitalnih funkcij, aplikacij kisika, treba je paziti, da ne pride do izpadov katetra, zagotavljati moramo tudi zasebnost, da se ga ustrezno pokrije, poskrbimo, da je pot čim krajša. V enoti pa isto, poskrbimo za dobro predajo.«

MS 3: »Pri nas, kadar je transport, moramo to mi vedeti kar dosti vnaprej, da bo transport za kamorkoli, ali gre na CT ali gre v operacijsko. Ta prvo moramo vedeti, kdaj bo šel, kako bo šel, katere aparature rabi s seboj, potem je pomembno, če je kužen, vedno je zraven zdravnik pri nas pa dve sestri. Potem vsi pripomočki, ki se jih vzame s sabo, nikoli ne gredo brez reanimacijskega nahrbtnika, ambuja, stetoskopa, monitorja pa pač prenosnega ventilatorja, če ga rabi, ali pa samo kisik. Drugače pa je res planirano veliko vnaprej, razen če je res huda urgencia, drugače pa vsaj pol ure prej, da vemo, da bomo kam šli, da ga od vsega odklopimo, če je potrebno, pa da tista zdravila, ki jih rabimo za sabo, da jih naštimamo. Med ustanovami pa obstaja obrazec proces zdravstvene nege, potem je pa ura odhoda določena, vse vnaprej.«

MS 5: »Upoštevati je treba varnostne ukrepe, recimo, da so posteljne ograjice dvignjene, da se tudi takrat razbremenijo okončine, da imamo s sabo kovček z reanimacijskimi zdravili, ambu balon, pač to, kar rabiš za primer reanimacije med transportom.«

MS 10: »Kar nekaj stvari je, na katere moramo biti pozorni, velikokrat gre lahko samo za ograjice, ki niso nameščene, pa lahko pride do padca. Iz operacijske je pa polno infuzij, ki je treba biti pozoren pri prelaganju z operacijske mize na posteljo, pa potem urinski katetri, pa drenaže, da je fiksirano vse to na posteljo. Potem seveda je pomembno, da imamo zraven vso opremo za hitro nudenje prve pomoči, ambu, monitoring, če je potrebno.«



**Tabela 2: Vloga medicinskih sester pri kakovostni in varni zdravstveni obravnavi**  
**Glavna kategorija: vloga medicinskih sester pri kakovostni in varni zdravstveni obravnavi**

<b>PODKATEGORIJE</b> Zagotavljanje ustrezne komunikacije	<b>Preprečevanje OPZ</b>	<b>Pomen izobraževanja ms</b>	<b>Varnost pri dajanju zdravil</b>
	KODE		
Ozaveščenost pacienta o aktivnostih zdravstvene nege	Uporaba zaščitnih delovnih oblačil	Sprotno obnavljanje znanja	Ustrezna označenost zdravil
Uporaba pripomočkov za lajšanje komunikacijskih težav	Uporaba higienskih pripomočkov	Sledenje novim smernicam	Previdnost pri aplikaciji zdravil
Vključevanje svojcev	Odvzem kužnin	Predavanja, delavnice	Upoštevanje pravila 10 P
Individualne prilagoditve glede na sposobnosti pacienta	Osamitev pacientov z okužbami	Ustrezno usposabljanje novo zaposlenih	Upoštevanje datumov za menjavo sistemov
Verbalna/ neverbalna komunikacija	Razkuževanje rok	Vključevanje študentov v kliničnem okolju	Opazovanje po aplikaciji terapije
Ustrezna komunikacija v timu	Dodatna uporaba zaščitnih sredstev v izolaciji		

Tabela 2 prikazuje glavno kategorijo »vloga medicinskih sester pri kakovostni in varni zdravstveni obravnavi« s podkategorijami in kodami, ki smo jih prepoznali v procesu analize besedila kvalitativne raziskave.

#### 3.4.5 Zagotavljanje ustrezne komunikacije

V podkategorijo »zagotavljanje ustrezne komunikacije« smo vključili naslednje kode: ozaveščenost pacienta o aktivnostih zdravstvene nege, uporaba pripomočkov za lajšanje komunikacijskih težav, vključevanje svojcev, individualne prilagoditve glede na sposobnosti pacienta, verbalna/neverbalna komunikacija in ustrezna komunikacija v timu.

*Ozaveščenost pacienta o aktivnostih zdravstvene nege*

Medicinske sestre in zdravstveni tehniki so navedli, da ne glede na to, ali je pacient pri polni zavesti ali ne, ima pravico vedeti, katere zdravstvene intervencije opravljamo.

Vedno se mu predstavi postopek, pove, kaj bomo delali:

MS 1: »Drugače komuniciramo, vsakemu pač poveš, razložiš, tudi če ti ne more nazaj odgovoriti, recimo drugače imamo pa eno komunikacijsko tabelo, s katero si pomagamo, tako, da to. Pa tud beremo z ustnic.«

MS 2: »Že sam proces zdravstvene nege je tak, da je tvoja dolžnost tudi, če te ne sliši, da mu razložiš vsak poseg, ki ga boš izvajal, tako da ga obvestiš o vseh zdravstvenih aktivnostih.«

MS 4: »Uporabljamo tabelo, kjer lahko pacienti znake pokažejo, kar si pač želijo, tudi za napisat jim damo, vsekakor pa tud besedno komuniciramo ves čas. Po navadi s tem, da napišejo ali pa pokažejo.«

MS 5: »Uporabljamo verbalno pa neverbalno komunikacijo, tako da z dotikom, verbalno, tok da mi povemo, kaj bomo delal, da je seznanjen z vsemi postopki in posegi.«

*Individualne prilagoditve glede na sposobnosti pacienta, verbalna/neverbalna komunikacija, uporaba pripomočkov za lajšanje komunikacijskih težav*

V vseh intenzivnih enotah, kjer smo intervjuvali medicinske sestre in zdravstvene tehnike, so navedli, da imajo za lajšanje komunikacijskih težav ustrezne pripomočke, komunikacijo pa prilagodijo glede na sposobnosti pacienta:

MS 2: »Mi imamo za to kakor neverbalno obliko eno tabelo v bistvu, če je pacient intubiran, pa ne zmore nekaj povedat, imamo sličice, pa podvprašanja so spodaj, recimo

ne morem dihati, lačen, pa pacient pokaže. Ali pa se poslužujemo tega, da napiše, če je možno, take stvari.«

MS 3: »Mamo tak plakat za tiste osnovne stvari, ki ga je naredila naša kolegica, ki je naredila diplomsko nalogo s tega. Zdaj imamo za tiste osnovne potrebe pacientov, recimo sem žejen, me boli ... Potem imamo pa tudi abecedo, da lahko tud po posameznih črkah kaže ali pa tudi napiše, mu damo pa prazen list, če je zmožen.«

MS 5: »Neverbalno z dotikom, z mimiko obraza, uporabljamo tudi kartone, kjer so gor črke, da lahko sestav besedo oziroma so besede že napisane, recimo boli me, pa potem pokaže.«

MS 6: »Za paciente, ki ne komunicirajo verbalno, imamo za to narejeno shemo črk in števil, kjer nam napiše besedo. Nekaterim to ne ustreza, jim damo trdo podlago in list, na katerega napišejo. Za paciente, ki težko razumejo, imamo pa tudi slikice in potem po slikicah pokažejo, kaj želijo.«

MS 9: »Imamo take formate, kjer so gor črke, številke, tudi besede, pač pacient pokaže, imamo pa tudi slikovne prikaze, pa spodaj piše, kaj predstavlja, žejen sem, boli me, pa pacient pokaže. Drugače pa tudi beremo z ustnic, s ključnimi besedami, ne da se matra cel stavk povedat.«

MS 10: »Neverbalna komunikacija, predvsem prek črk, simbolov, znakov, ki jih imamo na raznih tablah napisane. Potem tudi s pisanjem, tisti, ki so pač sposobni kaj napisati.«

#### *Vključevanje svojcev*

Medicinske sestre in zdravstveni tehniki navajajo, da so v proces komunikacije vključeni tudi svojci pacienta, tudi njim ponudijo tabele, sheme za lajšanje komunikacijskih težav. Omenili so tudi, da jim razložijo tudi to, da bo komunikacija otežena:

MS 1: »Ja tudi, jim damo te tabele, če vidi pa če razume, če pa ne, jih pa tudi spodbujamo, da pač oni govorijo najrazličnejše stvari, pač enosmerna komunikacija.«

MS 2: »Ja, oni pridejo k posteljnim enotam, se pomenijo, če potrebujejo našo pomoč, tudi s temi tabelami, ali da kaj napišejo, pokažejo, tako da se trudimo, da bi ugotovili neko potrebo, ki jo pacient takrat izraža.«

MS 3: »Mi svojcem povemo, že zdravnik naj bi jih malo pripravil na to, kako njihov svojec izgleda, kaj lahko in kaj ne sme, da jih pripravimo, ker je za vsakega svojca šok, a ne. Potem imamo osnovno brošurico, ki jim jo damo za domov, seveda lahko pa tudi oni komunicirajo s svojcem.«

MS 5: »Kar se tiče naše strani, jim povemo, kar jim lahko povemo, kako skrbimo za njega, zakaj ima kakšen kateter vstavljen pa to, pa tudi z njimi komuniciramo, naučimo jih, kako se komunicira s pacientom, z njihovim svojcem.«

MS 7: »Spet odvisno od primera do primera, svojcem priporočamo, naj dajo pacientom taka vprašanja, na katera lahko prikimajo ali odkimajo, da naj jih ne sprašujejo stvari, na katere ne morejo odgovoriti.«

MS 10: »Razloženo jim je, da pacient ne more komunicirati, pri intubiranih recimo, ko pač ne zmorejo povedati nobene stvari, da je komunikacija otežena, se jim ravno tako z znaki in s temi stvarmi se jih nauči, pokaže, vključi zraven.«

#### *Ustrezna komunikacija v timu*

Za nemoten potek dela je potrebna tudi dobra komunikacija znotraj tima. Tudi intervjuvane medicinske sestre in zdravstveni tehniki so izrazili pomen komunikacije v timu ter s kom se posvetujejo v primeru dileme:

MS 1: »Ja, obrnemo se pač na svojega nadrejenega, če pa še to ni dovolj, se pa obrnemo na koordinatorja za oskrbo kronične rane, da se skupaj posvetujemo.«

MS 4: »V bistvu v timu se pogovarjamo, če pa to ne, pa pač z nadrejenimi naprej.«

MS 5: »Pogovorim se s sodelavko, ki je tisti dan z mano v službi, na vodjo, se pravi na koordinatorico zdravstvene nege se obrnem ali pa na zdravnika, ki je takrat v enoti.«

MS 8: »Seveda, najprej se posvetuješ s sodelavci v timu, potem tudi z nadrejenimi pa z zdravnikom.«

#### 3.4.6 Preprečevanje okužb, povezanih z zdravstvom

V podkategorijo »preprečevanje OPZ« smo vključili naslednje kode: uporaba zaščitnih delovnih oblačil, uporaba higienskih pripomočkov, odvzem kužnin, osamitev pacientov z okužbami, razkuževanje rok in dodatna uporaba zaščitnih sredstev v izolaciji.

##### *Uporaba zaščitnih delovnih oblačil, uporaba higienskih pripomočkov*

Medicinske sestre in zdravstveni tehniki so v intervjujih spregovorili o pomembnosti uporabe zaščitnih delovnih oblačil ter o uporabi higienskih pripomočkov, saj se nanaša na varnost pacienta, prav tako pa tudi na varnost zaposlenih:

MS 1: »Ja, po mojem še bolj kakor pri tistih, ki niso, tako da se še bolj trudimo, ker res nosimo zaščitna sredstva, ker imamo tako malo prostora, da packarija hitro pripelje do tega, da se dotakneš tam, kjer ni treba.«

MS 2: »Karkoli počneš, obvezna zaščita delovnih oblačil, vsega.«

MS 5: »Vsak pacient ima svoje higienske pripomočke, koš za umazano perilo, za smeti, zaščitna sredstva ...«

##### *Odvzem kužnin, osamitev pacientov z okužbami, razkuževanje rok, dodatna uporaba zaščitnih sredstev v izolaciji*

Ukrepi v izolacijah so strogi. Intervjuvane medicinske sestre in zdravstveni tehniki so

povedali, da se ukrepov držijo, sicer hitro pride do prenosa okužb:

MS 2: »Mi katerega koli pacienta dobimo, ga damo v kontaktno izolacijo, odvzamejo se nadzorne kužnine in dokler ni izvidov, se ta izolacija tretira, kot da je pacient kužen. In takrat je vse od rokavic, kap, mask, predpasnikov zase in je v izolaciji in se ne dotikaš nobenega drugega.«

MS 4: »Tako, trudimo se, da so izolacije čim bolj uštimane, da imajo res vsi, ki so v izolaciji, kontaktni ali pa da imajo že znano kakšno bolnišnično okužbo, da so čim bolj osamljeni, pa da imajo vse svoje pripomočke pa razkuževanje rok. Se jih še bolj strogo obravnava pa vsem vzamemo brise ne glede na to, ali so v izolaciji ali ne, tako da to je prvi ukrep, več ali manj so pa res vsi poštmani.«

MS 7: »Imamo dve samici, sobi za enega pacienta, imamo tud sobo s podtlakom, v kateri so pacienti s tuberkulozo ali drugimi multirezistentnimi bakterijami. Tisti, kateri so pa kužni, da že imajo bolnišnične okužbe, se pa striktno držimo, da se ločujejo stvari, da so samo pri pacientu, da razkužujemo roke, da če se le da, je ena oseba pri enem pacientu.«

#### 3.4.7 Pomen izobraževanja medicinskih sester

V podkategorijo »pomen izobraževanja MS« smo vključili naslednje kode: sprotno obnavljanje znanja, sledenje novim smernicam, predavanja, delavnice, ustrezno usposabljanje novo zaposlenih in vključevanje študentov v kliničnem okolju.

##### *Sprotno obnavljanje znanja, sledenje novim smernicam*

Medicinske sestre in zdravstveni tehniki so v intervjujih izpostavili, kako pomembno je, da sledijo najnovejšim smernicam, da sproti obnavljajo svoje znanje, saj lahko le tako svoje delo opravljaš kakovostno in strokovno:

MS 1: »Se mi zdi, da kar precej vključujemo tega, tako da je kar v redu. Po mojem je bolj to, da sproti obnavljamo svoje znanje, pa da sledimo smernicam, se mi zdi, da je to najbolj pomembno.«

MS 5: »Ja, imamo različna izobraževanja, varnostne vizite, pogovore v timu, da si podamo mnenja.«

MS 7: »Mislim, da je najboljše res usposabljanje, pa čim več poudarka na tem, pa pogovarjat se, razmišljat, tako, da pač se o tem govori.«

MS 9: »Sploh v intenzivi je veliko stvari, ki so specifične, ki jih je treba nadgraditi, povezati med sabo. To te mora veseliti, ves čas so nove smernice, ki jim moraš slediti, če ne, lahko zmrzneš, tako da izobraževati se je treba, pa obnavljati znanje.«

MS 10: »Ja, je kar nekaj, tudi v okviru oddelka imamo velikokrat kakšno delavnico o zagotavljanju varnosti pacientov, specifične stvari.«

#### *Predavanja, delavnice*

Medicinske sestre in zdravstveni tehniki so v intervjujih povedali, da so jim na bolnišnični ravni na voljo izobraževanja z različnih področij v obliki predavanj, delavnic, usposabljanj ...:

MS 1: »Ja, na vsake toliko časa so delavnice, kar se tega tiče, na temo varnosti, predavanja ...«

MS 3: »Delavnice, izobraževanja.«

MS 4: »Jaz mislim, da imamo kar maksimalne, delavnice, predavanja.«

MS 7: »Mamo mesečne delavnice, razna interna predavanja o kakšnih novostih in tako.«

MS 8: »V primeru varnostnega zapleta imamo v naši kliniki izdelan interni obrazec, kjer poročamo o zapletih, ki so se zgodili. V primeru, da so to zapleti, ki se ponavljajo, dogajajo pogosto, imamo pa za to določene sestanke, tam sklenemo skupaj določene dogovore, nato nas napotijo na dodatna izobraževanja.«

MS 10: »Več ali manj je to interno na oddelku, sicer pripravljamo vsake toliko časa za širši krog, pripravniki, novo zaposleni, zaposleni po daljši odsotnosti, pa tisti, ki hočejo obnoviti znanje, se naredijo delavnice v okviru celotne bolnice.«

#### *Ustrezno usposabljanje novo zaposlenih*

Intervjuvane medicinske sestre in zdravstveni tehniki so navedli, da je usposabljanje novo zaposlenih in zaposlenih, ki se vračajo po daljših odsotnostih, zelo pomembno. Navajajo, da ima novo zaposleni ob sebi mentorja, s katerim v času usposabljanja dela, prav tako navajajo, da se morajo v bolnišnicah udeležiti določenih predavanj, usposabljanj z različnih področij:

MS 2: »Sama narava dela je taka, da se takoj zjutraj pove to, to, to mora biti tako, posteljne ograjice obvezno gor, takrat ko obračaš pacienta, posedaš, vedno moraš biti zraven. Povemo, da če se kaj ne ve, naj vpraša, stojiš zraven ti, kot nek mentor, ga gledaš, mu pomagaš. Imajo izobraževanja, imamo tudi svoje interne delavnice, tako da pa še bolnica ima svoja predavanja.«

MS 4: »Vsi, ki pridejo v enoto, se najprej uvajajo, imajo svojega mentorja, mentor jih v tem času uvede, po treh mescih imajo izpit, potem ene pol leta rabijo, da spoznajo ves ta proces, isto je pa tudi z varnostjo, so seznanjeni in potem tudi to izvajajo pod nadzorom, dokler niso samostojni.«

MS 5: »Novo zaposleni imajo veliko izobraževanja na vseh področjih, na splošno imamo veliko izobraževanj za vse, večkrat na leto, potem pa kadar prideš na vrsto, v skupinah si, na voljo so tudi projektne skupine.«



MS 9: »Imajo določene delavnice, določena predavanja, tako da sproti obnavljajo svoje znanje, ker se v enem letu zelo veliko stvari spremeni in hitro ven padeš.«

#### *Vključevanje študentov v kliničnem okolju*

V obeh bolnišnicah, kjer smo opravljali intervjuje, navajajo, da dajejo velik poudarek usposabljanju študentov ter vključevanju na kliničnih praksah. Tudi zaposleni se zavedajo pomena izobraževanja:

MS 1: »Ja, poskušaš jim prikazati svoje delo, povedati, kaj drugega pa že težko, če ni ravno takrat te nastale situacije, so težko vpleteni v sam primer. V bistvu bolj preko razlage, pa ne vem, če pride do sprejema, kaj naredimo kot preventivo. Se jim pa sigurno pove tako, kot naj bi bilo.

MS 2: »Ja, isto tako vedno dobi študent mentorja, dela se v paru, recimo pri negi, pri prevezi tubusa si ob študentu, da delata skupaj, da ja pač ne bi prišlo do zapletov.«

MS 5: »Ja, dobijo svojega mentorja, delajo z mentorjem, dobijo individualno delo študenta, seminarske naloge, vključujejo se v samo delo. Odvisno je pa vse od tega, koliko imamo dela takrat v sami enoti pa koliko se mu lahko posvetiš.«

MS 7: »Ves čas so pod okriljem mentorja, udeleženi so na raznih delavnicah po oddelkih in tako.«

MS 10: »V bistvu se jim pa tukaj razloži stvar, če je možno, se jih vključi v vsako delavnico, vsako predavanje, karkoli, da so zraven, ker to je samo pozitivno, da še slišijo.«

#### 3.4.8 Varnost pri dajanju zdravil

V podkategorijo »varnost pri dajanju zdravil« smo vključili naslednje kode: ustrezna označenost zdravil, previdnost pri aplikaciji zdravil, upoštevanje pravila 10 P,

upoštevanje datumov za menjavo sistemov in opazovanje pacienta po aplikaciji terapije.

*Ustrezna označenost zdravil, previdnost pri aplikaciji zdravil*

Zdravstveni tehniki in medicinske sestre navajajo, da so embalaže zdravil zelo podobne ali pa so celo enake, zato je pri označevanju zdravil zelo pomembno, da imajo ustrezno označen odmerek zdravila, da ne pride do napake. Ravno tako je bistveno, da se ve, čemu in komu je zdravilo namenjeno, ter da je zdravnik na razpolago, če pride do dileme:

MS 1: »Zagotovimo, tako da imamo temperaturno listo ob sebi, ne da recimo hodiš gledat, da jo imaš pr sebi, da si pripraviš zdravila na pult, da narediš lahko kontrolo, pacienti imajo nameščene zapestnice, da ko greš k pacientu, imaš temperaturno listo zraven in še enkrat preveriš, kaj imaš pripravljeno na tasi, da je res prava tasa, pravi pacient. Da je u bistvu ta krog pacient, tasa pa temperaturni list, da so enaki.«

MS 3: »Kot prvo imamo mi temperaturno listo tipkano, ne pišejo se več na roke. Potem identiteta, ampak ker jih imamo samo pet, jih večinoma poznamo, vsak ima svojo temperaturno nalepko gor. Seveda, pravilo desetih P-jev, potem imamo pa še razna pomagala. V enoti imamo skoraj za vsa zdravila, kako se rečjo, kako se dajejo, če so pa dileme, je pa tukaj še zdravnik ali pa kolegica.«

MS 8: »Identifikacija pacienta, zdravilo, katero je, in moraš tudi vedeti, za kaj se uporablja, poznati, čemu je namenjeno.«

*Upoštevanje pravila 10 P, upoštevanje datumov za menjavo sistemov, opazovanje pacienta po aplikaciji terapije*

Nove smernice dajejo velik poudarek varni aplikaciji zdravil, medicinske sestre in zdravstveni tehniki so izpostavili, da je treba slediti smernicam tudi pri dajanju zdravil. Trenutno je to pravilo desetih P-jev, ki ga, kot so navedli, upoštevajo, hkrati pa

poudarjajo, da se posvetujejo v timu, vprašajo zdravnika, če kakšna stvar ni jasna, po aplikaciji zdravila pa pacienta opazujejo:

MS 2: »Pravila 10 P, zdaj če še zmeraj kaj ni jasno, da se ti zdi kakšna doza zdravil prevelika, vprašaj zdravnika, potem beleženje, predaja, da ne dobi pacient dvakrat isto zdravilo, potem pravilno označene infuzije, ustrezna menjava sistemov zaradi infektov, seveda tudi delovna površina mora biti čista, sama priprava, razkužene roke. Pa seveda opazovanje pacienta po aplikaciji, če se pojavijo kakšne motnje ritma, padec tlaka.«

MS 5: »To, kar sem prej govorila, pravo zdravilo, ob pravem času, pravemu pacientu, na pravi način, pravi odmerek, na ta način.«

MS 6: »Za to obstaja pravilo 10 P, po katerem se je treba ravnat.«

MS 10: »Spet je stvar delikatna, pojavljajo se nove smernice, imamo tudi predavanja vsake dva, tri mesece. Zelo pomembna je uporaba rokavic pri razdeljevanju zdravil, pincete, take stvari, ki se tudi pod razno ne uporablja nikjer. Poznavanje teh neskončnih P-jev, pa seveda pozornost, da če nekaj ne veš, vprašaj drugega.«

### **3.5 RAZPRAVA**

V okviru izvedene raziskave smo želeli pridobiti podatke o tem, na kakšen način je zagotovljena ustrezna varnost, zanimalo nas je tudi mnenje medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, zaposlenih v enotah intenzivne terapije, o varnosti kritično bolnih, na kakšne načine zagotavljajo varnost, kako kot posamezniki pripomorejo k zagotavljanju varnosti, kako bi lahko izboljšali varnost ter kako se soočajo z varnostnimi zapleti in napakami. S pomočjo pridobljenih rezultatov smo oblikovali dve glavni kategoriji, ki sta: »komponente kakovostne in varne zdravstvene obravnave« in »vloga medicinskih sester pri kakovostni in varni zdravstveni obravnavi«.

Na podlagi rezultatov raziskave smo ugotovili, da medicinske sestre in zdravstveni tehniki navajajo, da na varnost vpliva več dejavnikov. Ti dejavniki so: izobraženost

zaposlenih v zdravstveni negi, preobremenjenost medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov zaradi povečanega obsega dela, neprimernost prostorov v intenzivni terapiji ter premajhno število kadra. Po mnenju intervjuvanih medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov je mnogo dejavnikov, za katere vedo, da niso po standardih (razdalje med posteljami, neustrezni prostori v enotah intenzivne terapije, premajhno število kadra), pa ne morejo storiti ničesar, saj ni v njihovi moči.

V kategorijo »komponente kakovostne in varne zdravstvene obravnave« smo vključili naslednje podkategorije: uporaba strokovnih smernic za kakovostno in varno obravnavo, izvajanje preventivnih ukrepov, smernice za izboljšanje kakovosti ter dejavniki tveganja za varnostni zaplet. Med dejavnike tveganja za varnostni zaplet smo uvrstili: zdravstveno stanje pacienta, pomanjkanje kadra, nepopolna predaja, transport pacienta, neprimernost prostorov v intenzivni terapiji, preobremenjenost medicinskih sester in narava dela v intenzivni terapiji.

Maček (2011, str. 11), ki v svojem članku »Etika in vprašanja v razmislek« razpravlja o etičnih dilemah medicinskih sester na delovnem mestu, ugotavlja: »Ustrezno zaposlovanje in zadostno število medicinskih sester nam mora omogočiti obvladljive delovne obremenitve, zagotavljanje varnosti pacientov in izvajanje celostne, optimalne zdravstvene nege. Pogosto se soočamo s preobremenjenostjo in z izgorevanjem medicinskih sester.« V svoji raziskavi so tudi Laschinger in sodelavci (2006) ugotovili, da rezultati kažejo, da je varnost pacientov povezana s kakovostjo delovnega okolja in kakovostjo prakse zdravstvene nege. Vodstvo zdravstvene nege pa igra temeljno vlogo pri kakovosti zagotavljanja delovnega okolja glede vključevanja v samo kadrovske zasedbo, v odnose medicinska sestra – zdravnik, kar tudi neposredno vpliva na čustveno izčrpanost medicinskih sester. Kiarie (2011) v svoji raziskavi ugotavlja, da je v enotah intenzivne terapije izjemno pomembno, da celotni zdravstveni tim ustrezno komunicira, saj to zmanjšuje možnost nastanka napak.

Z raziskavo ugotavljamo tudi, da je eden izmed dejavnikov ustrezna izobraženost medicinskih sester. Na podlagi pridobljenih rezultatov v naši raziskavi smo ugotovili, da se medicinske sestre in zdravstveni tehniki zavedajo pomena izobraženosti kadra, saj

več znanja pomeni večjo varnost tako za pacienta kot tudi za zaposlene. Jus (2009) dodaja, da je cilj kontinuiranega izobraževanja, strokovnega izpolnjevanja in usposabljanja kadrom omogočiti pridobivanje praktičnih in teoretičnih znanj na področju medicinsko tehničnih posegov in zdravstvene nege.

Glede na ugotovitve, ki smo jih pridobili s pomočjo raziskave, lahko povemo, da zaposleni v zdravstveni negi navajajo, da varnost kritično bolnih zagotavljajo tako, da izvajajo intervencije zdravstvene nege po standardih zdravstvene nege, da pacientom zagotavljajo individualno obravnavo glede na njihove potrebe in zmožnosti, pacientom je zagotovljena celostna obravnava. Ugotovili smo tudi, da so s strani svojega delodajalca deležni številnih delavnic in izobraževanj na različnih področjih, kjer svoje znanje obnavljajo teoretično, prav tako sta jim omogočena nenehen vpogled in uvajanje v najnovejše smernice, standard ali delo na področju zdravstvene nege. Prav tako so novo zaposleni v zdravstveni negi deležni dela z mentorjem ter številnih dodatnih usposabljanj in izobraževanj. Na podlagi pridobljenih rezultatov smo ugotovili tudi, da zaposleni varnost zagotavljajo s pomočjo uporabe preventivnih sredstev (pripomočki za preprečevanje RZP, uporaba zaščitnih sredstev za varno delo), da se zavedajo pomena ustrezne komunikacije v timu, ter tudi ustrezne predaje, kjer zajamejo vse podatke o tem, kaj se je dogajalo s kakšnim pacientom, saj lahko le na takšen način zagotovijo ustrezno varnost. Zaposleni v zdravstveni negi zagotavljajo varnost tudi z nenehnim izobraževanjem, ki jim je na voljo s strani delodajalca. Ugotovili smo tudi, da je mnogo odvisno od posameznika, če je željan novega znanja, bo s še večjo voljo pripomogel k temu, da se bo vključil v kakšno delavnico več, organiziral kakšno predavanje, kot nekdo, ki nima interesa za izobraževanje.

Podobnega mnenja sta Bregar in Skela Savič (2013), ki v svoji raziskavi poudarjata, da je velika ovira v pretežno srednje izobraženem kadru, ki po mnenju udeleženk v raziskavi ne vidi izziva ali priložnosti v nadaljnjem poklicnem razvoju. Problem vidita v tem, da zaradi pomanjkanja znanja ne morejo enakovredno nastopati na raziskovalnem področju in vseh področjih, ki so pomembna za razvoj stroke ter razvoj celotnega zdravstvenega področja. Jus (2009) meni, da morajo zdravstveni in negovalni timi zagotavljati kakovost pri izvajanju dela od začetka do konca obravnave. Za obravnavo

pacienta so potrebni strokovno usposobljeni in izobraženi kadri, ki se kontinuirano izobražujejo in s tem dvigujejo raven svojega znanja, sposobnosti in spretnosti. Hkrati dodaja, da se ob delu z življenjsko ogroženimi pacienti in njihovimi svojci zavedamo pomena strokovnega izpopolnjevanja in nenehnega izobraževanja. Razvijati je treba koncept učeče se organizacije posameznikov, strokovnjakov na področju zdravstvene nege, ki bi temeljila na neprekinjenem izobraževanju in znanju, s poudarkom na individualni odgovornosti, obvladovanju sprememb in razvoju kompetenc. Tudi Kelbič in sodelavci (2009) so mnenja, da karierni razvoj medicinskih sester prispeva k napredku sistemov zdravstvenega varstva, je neposredno povezan z vzdrževanjem visoke kakovosti oskrbe pacientov ter z zviševanjem poklicnih kompetenc. Na delovnem mestu je medicinskim sestram treba zagotoviti več možnosti za vseživljenjsko izpopolnjevanje, izobraževanje, večjo odgovornost in ustvarjalnost pri delu ter večjo avtonomnost pri delu.

Rothschild in sodelavci (2005) v svoji študiji proučujejo pojavnost in naravo neželenih dogodkov na intenzivni terapiji. Med neželenimi dogodki je bilo največ napak pri naročanju ali izvedbi zdravljenja, predvsem pri zdravilih. Ugotovili so tudi, da napake niso temeljile na neznanju, vseeno pa so bile pogoste in za kritično bolne paciente življenjsko nevarne.

Na podlagi pridobljenih rezultatov v raziskavi smo pridobili naslednje rezultate: sezonsko se pojavljajo prenosi okužb s pacienta na pacienta (gripa v zimskem času), sicer množičnih prenosov okužb ne beležijo. Občasno se pojavi kakšna bolnišnična okužba, vendar jo imajo pacienti po večini že ob prihodu v njihovo enoto, z njimi ustrezno ravnajo ter se držijo higienskih standardov in ukrepov. Sicer pa se varnostne napake po večini pojavljajo zaradi nezmožnosti preprečitve določene situacije. V raziskavi smo ugotovili, da je pojav RZP situacija, ki se dogodi največkrat. Intervjuvane medicinske sestre in zdravstveni tehniki so nam povedali, da je težava v tem, da je stanje kritično bolnega pacienta tako, da ne dopušča, da bi obračanje izvajali redno, na dve uri, zaradi bolečin in kaheksije, kar situacijo in celoten načrt zdravljenja dodatno oteži, druga možnost je, da nekateri pacienti niso zmožni dihati brez neinvazivne ventilacije prek celega dneva, in obstaja verjetnost, da se zaradi potreb zdravljenja

pojavi razjeda zaradi pritiska. Spet tretja možnost napake pa je, da pacienta zaradi pomanjkanja časa ne moreš obračati na dve uri. Za razliko od študije Rothschild in sodelavci (2005), je naša raziskava pokazala skoraj zanemarljivo vrednost pri napakah glede zdravil. Naša raziskava pa potrjuje tudi njihovo trditev, da napake niso temeljile na neznanju, pač pa na stanju pacienta, ki ne dopušča, da se bi držali načrta zdravljenja. V naši raziskavi so medicinske sestre in zdravstveni tehniki kot varnostne napake navedli še: izpad intravenozne kanile ter samoekstubacije, ki se dogodijo redko, večinoma v času, ko je pacient zmeden.

Na podlagi rezultatov, ki smo jih dobili v raziskavi, smo ugotovili tudi, da se medicinske sestre in zdravstveni tehniki zavedajo odgovornosti svojega dela in poklica, da s svojim podpisom zagotavljajo, da so izvedli intervencije zdravstvene nege. Zavedajo se pomena izobraževanja, saj je to pomembno za varnost pacientov kot tudi njih, predvsem pri varnosti in higieni je to izjemnega pomena. Sledijo najnovejšim smernicam in se trudijo, da delajo po standardih. Kritično bolnim pacientom nudijo kontinuirano zdravstveno oskrbo, jih stalno opazujejo. Znotraj tima se posvetujejo med seboj, z nadrejenimi, z zdravnikom, trudijo se, da komunikacija med njimi ter s svojci in pacienti poteka nemoteno, četudi večkrat oteženo zaradi stanja pacientov in šoka svojcev. Poudarili so, da se premalokrat zavedamo, da je narava dela in navsezadnje tudi stanje pacienta tisto, ki mnogokrat ne dopušča, da bi lahko storili še kaj, čeprav so storili vse, da bi izboljšali počutje in stanje pacienta, takrat so ob njih, ker jih potrebujejo. Obstaja pa, tako kot v vsakem poklicu in v vsakem človeku, lastno zavedanje, da si odgovoren za svoje delo, za nekoga, dodatno mero odgovornosti pa zagotovijo tudi s prisotnostjo svojega podpisa v dokumentaciji.

Omejitev v raziskavi predstavlja dejstvo, da smo ugotavljali mnenja intervjuvancev v dveh enotah intenzivnih terapij. Poleg tega smo ugotavljali samo nekatere komponente varnosti z vidika medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, pri čemer nismo vključili ostalih članov multidisciplinarnega tima.

## 4 ZAKLJUČEK

V raziskavi, ki smo jo izvedli, smo prek navedb medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov ugotovili, da je varnost kritično bolnih ustrezno zagotovljena s pomočjo izvajanja intervencij zdravstvene nege po standardih zdravstvene nege, z zagotavljanjem individualne obravnave. Zaposleni v zdravstveni negi zagotavljajo varnost tudi z nenehnim izobraževanjem, ki jim je na voljo, zagotavljajo jo tudi s pomočjo uporabe preventivnih sredstev.

Izvedli smo tudi posnetek stanja varnosti kritično bolnih s pomočjo intervjuja z medicinskimi sestrami in zdravstvenimi tehnikami. S pomočjo raziskave smo tudi ugotovili, kako bi lahko izboljšali varnost kritično bolnih: z boljšimi pogoji dela, z zadostnim številom zaposlenih, z modernejšo tehnologijo, s stalnim izobraževanjem in z ustrezno predajo. Menimo, da je naše diplomsko delo v času, ko se z vseh strani zmanjšujejo finančna sredstva v zdravstvene zavode, je število zaposlenih iz dneva v dan manjše, zahtevnost stanja pacientov ter zahteve po zagotavljanju varnosti pa iz dneva v dan večje, zelo pomembno. Naša spoznanja bi lahko v klinično okolje prispevala zavedanje, da je varnost tako bolnikov kot tudi zaposlenih izjemnega pomena ter da večno varčevanje ne pomeni, da je varnost zagotovljena. Priporočamo, da se nadaljnje raziskave s področja zagotavljanja varnosti kritično bolnih v enotah intenzivne terapije izvedejo na večjem vzorcu intenzivnih terapij.



## 5 LITERATURA

Ahec L, Kramar Z. Izkušnje nenehnega izboljševanja na področju higiene rok. In: Grmek Košnik I, Hvalič Touzery S, Skela Savič B, eds. Okužbe, povezane z zdravstvom: zbornik prispevkov z recenzijo, Kranj, 15. oktober 2013. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice; 2013: 60–5.

Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse R, et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet*. 2014; 383. Dostopno na: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)62631-8/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)62631-8/fulltext) (22. 8. 2015).

Australian Commission on Safety and Quality in Health Care [ACSQHC]. Safety and Quality Improvement Guide Standard 6: Clinical Handover (October 2012). Sydney, 2012.

Brahmbhatt N, Murugan R, Milbrandt EB. Early mobilization improves functional outcomes in critically ill patients. *Critical Care*. 2010;14:321. Dostopno na: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/cc9262.pdf> (1. 9. 2014).

Bregar B, Skela Savič B. Pomen vključevanja zaposlenih v zdravstveni negi pri oblikovanju politike zdravstvenega sistema. *Obzor Zdr N*. 2013;47(1):18–27.

Bricman L, Pungartnik J, Volmajer B. Preprečevanje nastanka razjede zaradi pritiska v enoti intenzivne terapije operativnih strok Splošne bolnišnice Slovenj Gradec. In: Buhvald A, ed. 40 let zdravstvene nege v enoti Intenzivne medicine operativnih strok Splošne bolnišnice Slovenj Gradec: zbornik predavanj z recenzijo, Slovenj Gradec, junij 2013. Slovenj Gradec: Splošna bolnišnica Slovenj Gradec; 2013: 95–102.

Cimbola K. Prehranjevanje pacienta v intenzivni terapiji: [diplomsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede Maribor; 2010: 1–2.

Critical Care Nursing, 2014. Dostopno na: <http://www.aacn.org/wd/publishing/content/pressroom/aboutcriticalcarenursing.pcms?menu=> (28. 6. 2014).

European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. Treatment of pressure ulcers: Quick Reference Guide. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009. Dostopno na: [http://www.epuap.org/guidelines/Final\\_Quick\\_Treatment.pdf](http://www.epuap.org/guidelines/Final_Quick_Treatment.pdf) (15. 9. 2014).

Healey LG, Everett B. Charge Nurse Alerts: A Tool for the New Critical Care Nurse to Enhance Communication, Performance and Safety. AACN National Teaching Institute Research Abstracts. 16.-21.5.2009. New Orleans, Louisiana. American Journal of Critical Care; 18(3): 1-17. Dostopno na: <http://www.nursinglibrary.org/vhl/handle/10755/157114> (10. 4. 2015)

Jus A. Kontinuirano izobraževanje kadrov v centru za nujno medicinsko pomoč Maribor. In: Majcen Dvoršak S, Kvas A, Kaučič BM, Železnik D, Klemenc D, eds. 7. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije: zbornik predavanj z recenzijo, Ljubljana, 11.–13. maj 2009. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2009. Dostopno na: [http://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/kongres\\_zbn\\_7/pdf/222D.pdf](http://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/kongres_zbn_7/pdf/222D.pdf) (8. 6. 2015).

Kadivec S. Vloga zdravstvene nege pri zagotavljanju varnosti v procesu zdravljenja z zdravili. In: Kramar Z, Skela Savič B, Hvalič Touzery S, Kraigher A, Skinder Savič K, eds. 4. dnevi Angele Boškin: Strokovno srečanje: Varnost – rdeča nit celostne obravnave pacientov: zbornik prispevkov, Gozd Martuljek, 7.–8. april 2011. Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice in Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice; 2011: 59–60. Dostopno na: <http://www.sb-je.si/wp-content/uploads/2012/12/Zbornik-2011-celota.pdf> (20. 5. 2015).

Kelbič A, Fekonja Z, Pajnkihar M, Jus A, Peršak B, Škrjanec R. Razvoj kariere medicinskih sester v izobraževanju, raziskovanju in praksi zdravstvene nege. In: Majcen Dvoršak S, Kvas A, Kaučič BM, Železnik D, Klemenc D, eds. 7. kongres zdravstvene

in babiške nege Slovenije: zbornik predavanj z recenzijo, Ljubljana, 11.–13. maj 2009. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2009. Dostopno na: [http://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/kongres\\_zbn\\_7/pdf/313C.pdf](http://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/kongres_zbn_7/pdf/313C.pdf) (8. 6. 2015).

Kerin Povšič M. Pljučnice v enoti za intenzivno zdravljenje. In: Petrovec M, ed. 5. Baničevi dnevi – Okužbe povezane z zdravstvom: zbornik srečanja, Šempeter pri Novi Gorici, november 2013. Medicinski razgledi. 2013;52(6):42–8. Dostopno na: [http://www.imi.si/strokovna-zdruzenja/strokovna-srecanja/datoteke/20135Banicevi\\_okuzbepovezanezzdravstvom.pdf](http://www.imi.si/strokovna-zdruzenja/strokovna-srecanja/datoteke/20135Banicevi_okuzbepovezanezzdravstvom.pdf) (15. 5. 2015).

Kiarie P. Aspects on patient safety in intensive care unit. A literature review. Bachelor's Thesis Degree Programme Nursing, Turku University of applied sciences, Turku: Finland; 2011.

Kiauta M, Poldrugovac M, Rems M, Robida A, Simčič B. Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010–2015). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije; 2010: 11–2. Dostopno na: [http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/kakovost/nacionalna\\_strategija\\_kakov\\_in\\_arn\\_2010-2015/Nacionalna\\_strategija\\_kakovosti\\_in\\_arnosti\\_v\\_zdravstvu\\_2010-2015.pdf](http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/kakovost/nacionalna_strategija_kakov_in_arn_2010-2015/Nacionalna_strategija_kakovosti_in_arnosti_v_zdravstvu_2010-2015.pdf) (18. 5. 2014).

Kodila V. Osnovni vodnik po kirurški enoti intenzivnega zdravljenja: priročnik za medicinske sestre in zdravstvene tehnike. Ljubljana: Univerzitetni klinični center, Kirurška klinika, Klinični oddelek za anesteziologijo in intenzivno terapijo operativnih strok; 2008: 2–3.

Konečnik T, Pungartnik J, Konečnik M. Preprečevanje prenosa bolnišničnih okužb v enoti intenzivne medicine operativnih strok Splošne bolnišnice Slovenj Gradec. In: Buhvald A, ed. 40 let zdravstvene nege v enoti Intenzivne medicine operativnih strok Splošne bolnišnice Slovenj Gradec: zbornik predavanj z recenzijo, Slovenj Gradec, junij 2013. Slovenj Gradec: Splošna bolnišnica Slovenj Gradec; 2013: 84–8.

Kotnik Kevorkijan B. Epidemiološko spremljanje bolnišničnih okužb v Sloveniji in rezultati raziskav. In: Grmek Košnik I, Hvalič Touzery S, Skela Savič B, eds. Okužbe povezane z zdravstvom: zbornik prispevkov z recenzijo, Kranj, 15. oktober 2013. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice; 2013: 32–3.

Kramar Z, Marinšek N. Timska predaja pacienta in posvet po viziti sta pomembna elementa osredotočenja na pacienta. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2009. Dostopno na: [http://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/kongres\\_zbn\\_7/pdf/143C.pdf](http://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/kongres_zbn_7/pdf/143C.pdf) (17. 9. 2014).

Kramar Z. Organiziranost dela v Enoti intenzivne terapije – EITOS v SB Jesenice. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2011a. Dostopno na: [http://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/doc\\_attachments/pomen\\_timskega\\_modela\\_dela\\_v\\_negovalnih\\_timih\\_v\\_intenzivnih\\_enotah\\_nov\\_2011.pdf](http://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/doc_attachments/pomen_timskega_modela_dela_v_negovalnih_timih_v_intenzivnih_enotah_nov_2011.pdf) (20. 5. 2014).

Kramar Z. Uvajanje kulture varnosti- izkušnje Splošne bolnišnice Jesenice. In: Kramar Z, Skela Savič B, Hvalič Touzery S, Kraigher A, Skinder Savič K, eds. 4. dnevi Angele Boškin: Strokovno srečanje: Varnost – rdeča nit celostne obravnave pacientov: zbornik prispevkov, Gozd Martuljek, 7.–8. april 2011b. Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice in Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice; 2011b: 26. Dostopno na: <http://www.sb-je.si/wp-content/uploads/2012/12/Zbornik-2011-celota.pdf> (10. 9. 2014).

Laschinger S, Heather K, Leiter, Michael P. The Impact of Nursing Work Environments on Patient Safety Outcomes: The Mediating Role of Burnout Engagement. JONA. 2006;36(5):259–267. Dostopno na: [http://journals.lww.com/jonajournal/Abstract/2006/05000/The\\_Impact\\_of\\_Nursing\\_Work\\_Environments\\_on\\_Patient.19.aspx](http://journals.lww.com/jonajournal/Abstract/2006/05000/The_Impact_of_Nursing_Work_Environments_on_Patient.19.aspx) (2. 5. 2015).

Lipovšek B. Ogrožene skupine pacientov za nastanek razjede zaradi pritiska. In: Vilar V, ed. Evropske smernice za preventivo in oskrbo razjede zaradi pritiska, Portorož, marec 2011. Ljubljana: Društvo za oskrbo ran Slovenije; 2011: 98.

Maček M. Etika in vprašanja v razmislek. In: Požarnik T, ed. Zbornik XXVIII – Etika v perioperativni zdravstveni negi, Ljubljana, Hotel MONS, 2. december 2011. Ljubljana: Zbornica – Zveza, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti; 2012: 11. Dostopno na: [http://www.soms.si/publications/Zbornik\\_XXVIII.pdf](http://www.soms.si/publications/Zbornik_XXVIII.pdf) (2. 5. 2015).

Mavsar-Najdenov B. Bolnik v enoti intenzivne terapije. Farm vestn. 2011a;62(5):249. Dostopno na: [http://www.sfd.si/modules/catalog/products/prodfile/fv\\_5\\_2011\\_nr.pdf](http://www.sfd.si/modules/catalog/products/prodfile/fv_5_2011_nr.pdf) (18. 5. 2014).

Mavsar-Najdenov B. Zagotavljanje varnosti in kakovosti pri dajanju zdravil. In: Kramar Z, Skela Savič B, Hvalič Touzery S, Kraigher A, Skinder Savič K, eds. 4. dnevi Angele Boškin: Strokovno srečanje: Varnost – rdeča nit celostne obravnave pacientov: zbornik prispevkov, Gozd Martuljek, 7.–8. april 2011. Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice in Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice; 2011b: 48–55.

Maze H, Plank D. Zdravstvena nega in raziskovanje: skripta predavanj za študijsko leto 2012/2013. Celje: Visoka zdravstvena šola v Celju; 2012: 113–6, 123–4. Dostopno na: [http://www.vzsce.si/si/files/default/pdf/spletna\\_gradiva/Skripta\\_ZN2012-13\\_3646Z.pdf](http://www.vzsce.si/si/files/default/pdf/spletna_gradiva/Skripta_ZN2012-13_3646Z.pdf) (12. 9. 2014).

Ministrstvo za zdravje, Oddelek za kakovost v zdravstvu. Uvajanje izboljševanja kakovosti v bolnišnice. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije; 2006. Dostopno na: [http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz\\_dokumenti/delovna\\_podrocja/zdravstveno\\_varstvo/kakovost/uvajanje\\_kakovosti\\_avg\\_2006/00\\_uvajanje\\_izboljsovanja\\_kakovosti\\_v\\_bolnisnice.pdf](http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz_dokumenti/delovna_podrocja/zdravstveno_varstvo/kakovost/uvajanje_kakovosti_avg_2006/00_uvajanje_izboljsovanja_kakovosti_v_bolnisnice.pdf) (3. 9. 2014).

Mitchell P. Defining Patient Safety and Quality Care: An evidence Based Handbook for Nurses: Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008. Dostopno na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2681/> (4. 9. 2014).

Musič D. Varna uporaba peroralnih antibiotikov. Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije; 2010. Dostopno na:

[http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/Posveti\\_konference\\_2010/NK\\_antibiotiki\\_181110/D.\\_Music\\_-\\_Varna\\_uporaba\\_peroralnih\\_antibiotikov.pdf](http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/Posveti_konference_2010/NK_antibiotiki_181110/D._Music_-_Varna_uporaba_peroralnih_antibiotikov.pdf) (3. 4. 2015).

Nurses Guild - Theories in nursing: 14 Basic Human Needs; 2012. Dostopno na: <http://theoriesinnursing.blogspot.com/2012/05/14-basic-human-needs.html> (12. 9. 2014).

Oštir B, Šušteršič O. Pomen higiene rok pri zdravstveni negi bolnika na kronični hemodializi. *Obzor Zdr N.* 2005;39(1):27–31. Dostopno na: [http://www.obzornikzdravstvenenege.si/Celoten\\_clanek.aspx?ID=b4800725-33a9-405c-b627-827b8d75a15f](http://www.obzornikzdravstvenenege.si/Celoten_clanek.aspx?ID=b4800725-33a9-405c-b627-827b8d75a15f) (16. 9. 2014).

Panič Z, Vidmar L. Zagotavljanje varnosti pri uporabi in aplikaciji zdravil. In: Kramar Z, Skela Savič B, Hvalič Touzery S, Kraigher A, Skinder Savič K, eds. 4. dnevi Angele Boškin: Strokovno srečanje: Varnost – rdeča nit celostne obravnave pacientov: zbornik prispevkov, Gozd Martuljek, 7.–8. april 2011. Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice in Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice; 2011: 63 – 6.

Perme J, Prosen M. Dokumenti svetovne zdravstvene organizacije na temo higiene rok. In: Grmek Košnik I, Hvalič Touzery S, Skela Savič B, eds. Okužbe povezane z zdravstvom: zbornik prispevkov z recenzijo, Kranj, 15. oktober 2013. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice; 2013: 53.

Priporočilo Rec (2007) 7 Obora ministrov državam članicam o ravnanju z varnostjo pacientov in preprečevanju neželenih dogodkov v zdravstvu na 95. srečanju namestnikov ministrov. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije; 2007: 5. Dostopno na: [http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz\\_dokumenti/delovna\\_podrocja/zdravstveno\\_varstvo/kakovost/VARNOST/SE-Varnost\\_Pacientov\\_2007.pdf](http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz_dokumenti/delovna_podrocja/zdravstveno_varstvo/kakovost/VARNOST/SE-Varnost_Pacientov_2007.pdf) (19. 5. 2014).

Puh U, Jakovljević M, Kacin A. Novi fizioterapevtski postopki za vzdrževanje ali ponovno vzpostavitev optimalnega gibanja in funkcijskih sposobnosti. *Rehabilitacija*. 2013;XII;(supl. 1):113–20.

Robida A, Yazbeck AM, Kociper B, Mate T, Marušič D. Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije; 2006: 9. Dostopno na: [http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz\\_dokumenti/delovna\\_podrocja/zdravstveno\\_varstvo/kakovost/Nacionalne\\_usmeritve\\_za\\_razvoj\\_kakovosti\\_v\\_zdravstvu.pdf](http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz_dokumenti/delovna_podrocja/zdravstveno_varstvo/kakovost/Nacionalne_usmeritve_za_razvoj_kakovosti_v_zdravstvu.pdf) (23. 6. 2014).

Robida A. Pot do odlične zdravstvene prakse: vodnik za izboljšanje kakovosti in presojo lastne zdravstvene prakse. Ljubljana: GV; 2010: 68, 190.

Robida A. Varnost pacientov. *Prosunt*, 2011a. Dostopno na: <http://www.prosunt.si/varnost-pacientov> (28. 6. 2014).

Robida A. Kako priti do večje varnosti pacientov v zdravstvu. In: Bregar B, ed. Seminar sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji: Varnostni zapleti pri pacientu – priložnost za učenje: zbornik predavanj z recenzijo, Maribor, 12. oktober 2011. Ljubljana: Zbornica – Zveza, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji; 2011b: 1–9. Dostopno na: <http://www.sekcijapsih-zn.si/wp-content/uploads/2011/10/Zbornik-Varnostni-Zapleti-CB1.pdf> (2. 9. 2014).

Robida A. Kriminalizacija človeških napak v zdravstvu- rešitev ali poguba za paciente. *ISIS*. 2012;12.:17–23. Dostopno na: [http://www.zdravniska-zbornica.si/admin/categories/magazines/pdf/Isis2012-12\\_brezoglasov.pdf](http://www.zdravniska-zbornica.si/admin/categories/magazines/pdf/Isis2012-12_brezoglasov.pdf) (3. 9. 2014).

Rohini P, McCutcheon SP, Zenios SA, Tregarthen JP, Denend LT. Sustaining pressure ulcer best practices in a high-volume cardiac care environment. *Am J Nurs*. 2014;114(8):34–44.

Rotschild J, Landrigan C, Cronin J, Kaushal R, Lockley S, Burdick E et al. The Critical Care Safety Study: The incidence and nature of adverse events and serious medical

errors in intensive care. *Critical Care Medicine*. 2005;33(8):1694–700. Dostopno na: [http://journals.lww.com/ccmjournal/Abstract/2005/08000/The\\_Critical\\_Care\\_Safety\\_Study\\_The\\_incidence\\_and.3.aspx](http://journals.lww.com/ccmjournal/Abstract/2005/08000/The_Critical_Care_Safety_Study_The_incidence_and.3.aspx) (2. 5. 2015).

Skela Savič B, Kaučič BM, Filej B, Skinder Savič K, Mežik Veber M, Romih K e tal. Teoretične in praktične osnove zdravstvene nege - izbrana poglavja. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice; 2010: 230.

Šafar M. Naloge medicinske sestre pri transportu življenjsko ogroženega pacienta: [diplomsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede Maribor; 2010: 2, 5, 7.

Šprajcar D. Standardi – pomoč pri zagotavljanju kakovostne in varne zdravstvene oskrbe. In: Grmek Košnik I, Hvalič Touzery S, Skela Savič B, eds. Okužbe povezane z zdravstvom: zbornik prispevkov z recenzijo, Kranj, 15. oktober 2013. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice; 2013: 17–8.

Valiee S, Peyrovi H, Nikbakht A. Critical care nurses' perception of nursing error and its causes: A qualitative study. *Contemporary Nurse*. 2014;46(2):206–13.

Vogrinc J. Kvalitativno raziskovanje na pedagoškem področju. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta; 2008. Dostopno na: <http://pefprints.pef.uni-lj.si/179/1/Vogrinc1.pdf> (12. 10. 2014).

Vrankar K. Analiza predaje pacientov in uvedba standardiziranega orodja za zagotavljanje varne in uspešne predaje pacientov: [magistrsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede Maribor; 2013. Dostopno na: <http://dkum.uni-mb.si/Dokument.php?id=56343> (13. 10. 2014).



## **6 PRILOGE**

### **6.1 INSTRUMENT**

#### INTERVJU

Sem Maruša Indihar, absolventka Fakultete za zdravstvo Jesenice. Pišem diplomsko delo z naslovom: Zagotavljanje varnosti v enotah intenzivne terapije in nege. V veliko pomoč pri raziskavi mi bo Vaše sodelovanje v intervjuju, s katerim želim ugotoviti, kakšen pomen medicinske sestre in zdravstveni tehniki pripisujejo varnosti kritično bolnih ter kakšna je njihova vloga pri zagotavljanju varnosti.

Pred začetkom intervjuja bi želela izpostaviti, da na vprašanja ni pravih ali nepravilnih odgovorov. Namen intervjuja je predvsem spoznati Vaša prepričanja, mnenja, stališča o varnosti.

Za Vaše sodelovanje v raziskavi se že vnaprej zahvaljujem, saj so Vaši odgovori ključnega pomena pri pisanju diplomske naloge.

Pogovor se bo snemal, vendar bo Vaša identiteta ostala skrbno varovana. V raziskovalne namene bo intervju kasneje prepisan. Podatki, ki jih bomo zbrali v raziskavi, so zaupni.

Ime in priimek intervjuvanca:

Ustanova:

Delovno mesto:

Leta delovne dobe:

Izobrazba:

Podpis intervjuvanca:

#### VPRAŠANJA:

1. Kaj za vas predstavlja varnost pacientov? Kako zagotavljate varnost pri obravnavi pacientov kot posameznik?
2. Kako zagotavljate varnost pri obravnavi pacientov? Primer?
3. Katero shemo pri kritično bolnih uporabljate za oceno ogroženosti za padec in kdaj jo uporabite?
4. Katero shemo pri kritično bolnih uporabljate za oceno ogroženosti za pojavnost razjede zaradi pritiska in kdaj jo uporabite?
5. Kako preprečujete razjede zaradi pritiska pri pacientih, ki se jih praviloma ne sme obračati, pretirano premikati (npr. po operaciji hrbtenice)?
6. Kako komunicirate s pacienti, ki niso zmožni komunicirati verbalno? Kakšne pripomočke imate? Kakšne metode uporabljate za komuniciranje? Kako so svojci vključeni v proces komunikacije?
7. Ali po vašem mnenju izobrazba medicinske sestre vpliva na zagotavljanje varnosti kritično bolnega?
8. Katere varnostne zaplete najpogosteje zaznate pri kritično bolnih v vaši enoti? Ali se kot zaposleni čutite dovolj izkušene, da zagotovite varno obravnavo kritično bolnemu? Kako ravnate v primeru dileme, na koga se obrnete? Ali so vam v vaši ustanovi na voljo izobraževanja s področja zagotavljanja varnosti?
9. Kritično bolan je zaradi narave svoje bolezni življenjsko ogrožen, dodatni zapleti na področju varnosti niso zaželeni. Pa vendar, kako ravnate v primeru varnostnega zapleta (padec, pojav razjede zaradi pritiska)? Kakšne možnosti imate na bolnišnični/oddelčni ravni za izboljšanje zagotavljanja varnosti?
10. Zakaj po vašem mnenju prihaja do varnostnih zapletov? Imate kakšen predlog, kako bi izboljšali zagotavljanje varnosti kritično bolnih?

11. Zanima me, kako na vašem delovnem mestu poteka usposabljanje novozaposlenih/zaposlenih, ki pridejo nazaj po daljši odsotnosti na področju varnosti? Kako je z usposabljanjem študentov, ko pridejo na klinično prakso?
12. Kaj je pomembno upoštevati s stališča varnosti pri transportu pacienta iz operacijske dvorane v enoto intenzivne terapije ali med premeščanjem med oddelki in ustanovami?
13. Kako zagotavljate varnost pri dajanju zdravil?
14. Kako ocenjujete svoje delovne obremenitve? Kolikšen je dnevni in tedenski počitek? Kako ocenjujete varnost pacientov v povezavi z vašimi delovnimi obremenitvami?
15. Kako je z okužbami, povezanimi z zdravstvom? Koliko beležite prenosov okužb? V kolikšni meri je varnost zagotovljena pri pacientih, ki so v izolaciji?