



Fakulteta za zdravstvo **Angele Boškin**
Angela Boškin Faculty of Health Care

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje

ZDRAVSTVENA NEGA

OBREMENTIVE KOORDINATORJEV KIRURŠKE ZDRAVSTVENE OSKRBE

WORKLOADS OF SURGICAL COORDINATORS

Diplomsko delo

Mentor: mag. Miran Rems, viš. pred.

Kandidat: Sandro Petrović

Jesenice, marec, 2022

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorju, mag. Miran Remsu., viš. pred., za ustrežljivost in za vso pomoč ter nasvete pri pisanju diplomskega dela.

Recenzentki gospe Mateji Bahun, viš. pred., bi se rad zahvalil za končne popravke in usmeritve pri diplomskem delu.

Gospe Katarini Kejžar pa se zahvaljujem za lektoriranje diplomskega dela.

Zahvaljujem se tudi sodelavkam in sodelavcem, gospe Mojci Strgar Ravnik in gospe Sabini Mulalić za strokovno pomoč in za prave usmeritve pri nastajanju mojega diplomskega dela.

Posebne zahvale tudi moji družini za spodbujanje v času študija in ob pisanju diplomskega dela.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: V vsakoletni povečavi števila obravnav pacientov, ki potrebujejo kirurško oskrbo, ki ima svoje specifike, sodeluje nemalo zaposlenih različnih zdravstvenih profilov. Med najbolj dejavnimi, ki omogočajo in vzdržujejo neprekinjen proces obravnav, so koordinatorji zdravstvene obravnave.

Cilj: Cilj diplomskega dela je bilo prikazati specifično delo koordinatorja kirurške oskrbe, njegovo porazdelitev in razmerja določenih segmentov dela ter raziskati njihovo obremenitev.

Metoda: Raziskava je temeljila na eksplorativni metodi neeksperimentalnega raziskovanja z anketno metodologijo in samoopazovanjem. V raziskavi je sodelovalo 5 koordinatorjev kirurške zdravstvene oskrbe, ki so zaposleni v Splošni bolnišnici Jesenice. Raziskava je potekala decembra 2021. Statistična analiza je bila izdelana s programom IBM SPSS 27.0 in programom Excel (Microsoft Office, verzija 2010).

Rezultati: V študiji je sodelovalo 5 koordinatorjev kirurške zdravstvene oskrbe. Vsi koordinatorji se popolnoma strinjajo (PV = 5,0; SO = 0,0), da so dovolj izobraženi za opravljanje trenutnega dela. Vsi koordinatorji (N = 5; 100 %), ki so sodelovali v študiji, se strinjajo (PV = 5), da bi se želeli dodatno izobraževati na področju, na katerem delajo. Z povprečno oceno 4,0 (SO = 0,0) ali *strinjam se* so koordinatorji ocenili trditev, da se na delovnem mestu počutijo obremenjeno. Vsi koordinatorji (N = 5; 100 %) se strinjajo, da jih telefonski klici obremenjujejo (PV = 4,0; SO = 0,0 oz. »*strinjam se*«). Z enako povprečno oceno so ocenili trditev, da jih obremenjuje podajanje informacij pacientom in njihovim svojcem. Iz kontrolne liste je razvidno, da so koordinatorji kirurške oskrbe v enem tednu opravili 2128 aktivnosti, ki smo jih izbrali za beleženje. Največ vpliva na skupno število intervencij ima obveščanje po telefonu (skupaj 722).

Razprava: Koordinatorji zdravstvene obravnave so najbolj obremenjeni z mehкими metodami dela pri pacientu. Velik del predstavlja komunikacijo s pacientom in njihovimi svojci. Vse koordinatorke zdravstvene oskrbe želijo dodatna izobraževanja, ki bi jim pomagala pri opravljanju njihovega dela.

Ključne besede: kirurška obravnava, zdravstvena nega, koordinacija, informiranje, obremenjenost

SUMMARY

Theoretical background: Every year, there is an increase in the number of treatments of patients in need of surgical care which has certain specifics and includes many medical profiles. Among the most active in enabling and maintaining the continuity of the treatment process are surgical health care coordinators.

Aims: The aim of this diploma thesis was to present the specific work of the coordinator of surgical care, the distribution and shares of certain part of their work as well as to assess their workload.

Methods: The research was based on the exploratory method of non-experimental research with survey methodology and self-observation. The study involved 5 coordinators of surgical health care (100% response rate), who are employed in Jesenice General Hospital. The survey was conducted in October 2019. Statistical analysis was performed using IBM SPSS 27.0 and Excel (Microsoft Office, version 2010) software.

Results: 5 surgical health care coordinators participated in the study. All coordinators fully agree (MV = 5.0; SD = 0.0) that they are sufficiently educated to perform the current work. All coordinators who participated in the study agree (MV = 5.0) that they would like to receive additional education in the field in which they work (N = 5; 100%). With an average score of 4.0 (SD = 0.0) (“*I agree*”), the coordinators rated the claim that they felt overwhelmed in the workplace. All coordinators (N = 5; 100%) agree that they are burdened by telephone calls (statement rated with MV = 4.0; SD = 0.0 or “*I agree*”). The same level of agreement (MV = 4.0) was recorded for the claim that they are burdened by providing information to patients and their relatives. The checklists show that surgical care coordinators performed 2,128 activities in one week, which we selected for recording. Telephone notifications represented the greatest share of the total number of interventions (722 in total).

Discussion: Surgical care coordinators are most burdened with soft methods of working with patients. A large share of their work consists of communication with the patient and their relatives. All surgical care coordinators declared they wanted additional training to help them do their job.

Keywords: surgical treatment, nursing care, coordination, information, workload

KAZALO

1	UVOD	1
2	TEORETIČNI DEL	3
2.1	KLJUČNE KOMPONENTE ZA KOORDINACIJO PRIMEROV	4
2.1.1	Presejanje primerov	5
2.1.2	Ocenjevanje tveganja.....	6
2.1.3	Načrtovanje oskrbe	6
2.1.4	Usklajevanje oskrbe.....	8
2.1.5	Zaključek primera	8
2.2	KOORDINATOR KIRURŠKE ZDRAVSTVENE OSKRBE	9
2.3	OPREDELITEV DELOVNIH NALOG KOORDINATORJA KIRURŠKE ZDRAVSTVENE OSKRBE	9
2.3.1	Koordiniranje obravnave pred, med in po hospitalizaciji.....	10
2.3.2	Komunikacijske veščine	12
2.3.3	Pomen zdravstveno vzgojnega dela	12
2.4	OBREMENITVE KOORDINATORJEV KIRURŠKE ZDRAVSTVENE OSKRBE	14
3	EMPIRIČNI DEL	16
3.1	NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA.....	16
3.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA.....	17
3.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA.....	17
3.3.1	Metode in tehnike zbiranja podatkov	17
3.3.2	Opis merskega instrumenta	18
3.3.3	Opis vzorca	18
3.3.4	Opis poteka raziskave in obdelave podatkov.....	19
3.4	REZULTATI	20
3.5	RAZPRAVA.....	30
3.5.1	Omejitve raziskave	34
4	ZAKLJUČEK	35
5	LITERATURA	36
6	PRILOGE	48

6.1 INSTRUMENT	48
----------------------	----

KAZALO SLIK

Slika 1: Linearni prikaz koordinacije primerov.....	5
Slika 2: Komunikacija koordinatorjev kirurške zdravstvene oskrbe.....	26
Slika 3: Razmerje komunikacije koordinatorjev kirurške zdravstvene oskrbe....	27
Slika 4: Podatki iz strokovnih poročil Splošne bolnišnice Jesenice od 2015 do 2017	28
Slika 5: Edukacija pacientov in svojcev/skrbnikov.....	29

KAZALO TABEL

Tabela 1: Starost (leta) in delovna doba (leta)	19
Tabela 2: Možnost izobraževanja na delovnem mestu koordinatorja.....	20
Tabela 3: Obremenjenost na delovnem mestu koordinatorja.....	21
Tabela 4: Obremenitve koordinatorjev med delovnim tednom (Kontrolna lista) – Priprava na sprejem in operativni poseg.....	22
Tabela 5: Obremenitve koordinatorjev med delovnim tednom (Kontrolna lista) – Sprejem pacienta.....	23
Tabela 6: Obremenitve koordinatorja med delovnim tednom (Kontrolna lista) – Priprava pacienta na varen odpust.....	24
Tabela 7: Obremenitve koordinatorja med delovnim tednom (Kontrolna lista) – Sestanki in drugo delo vezano na koordinatorstvo.....	25
Tabela 8: Posamezne aktivnosti na podlagi podatkov iz strokovnih poročil Splošne bolnišnice Jesenice.....	28

SEZNAM KRAJŠAV

FZAB	Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin
SBJ	Splošna bolnišnica Jesenice
KZO	Koordinator zdravstvene obravnave
SB	Splošna bolnišnica
KSPO	Kirurgija s pospešenim okrevanjem

1 UVOD

V Sloveniji smo po oceni Ministrstva za zdravje (2015), ki je na podlagi raziskave ocene optimizacije zdravstvene oskrbe ugotovil, slabo celovitost obravnave pacienta in njene kontinuitete oziroma sledljivosti gibanja pacienta v zdravstvenem sistemu. To lahko privede do dodatnih potreb zdravstvene oskrbe in do ponovnih hospitalizacij. Najpogostejši razlogi za to pa so nejasno definirane vloge in odgovornosti različnih profilov zdravstvene nege in samo pomanjkanje časa za celostno obravnavo. Po mnenju Pajnkihar in Jakl (2013) je zagotavljanje celostnega, individualnega, varnega in humanega pristopa izhodišče za razvoj višjih nivojev specialnega znanja v zdravstveni negi. Pri obravnavi pacienta s strani diplomirane medicinske sestre s specialnimi znanji se zmanjša možnost ponovnega sprejema v bolnišnico. Zaradi obravnave, ki temelji na dokazih podprte zdravstvene nege in kliničnih smernicah ustanove je delovanje diplomirane medicinske sestre s specialnimi znanji ključna pri zagotavljanju dolgoročne finančne vzdržnosti zdravstvenega sistema (Grothier, 2012). Preoblikovanje zdravstvenih sistemov, ki je posledica demografskih sprememb in spremenjenih značilnosti trenutne populacije zahteva uvajanje novih zdravstvenih profilov v zdravstveni negi, ki imajo specialna znanja (Doménech-Briz, et al., 2020).

Za uspešnost celovitega zagotavljanja in stalnega izboljševanja kakovosti zdravstvene nege je treba preoblikovati sisteme zdravstvene nege tudi v obliko kot je koordiniranje, upravljanje in vodenje tipičnega primera oziroma »case management«. Upravljanje s primeri je pomembno sredstvo za zagotavljanje visoko kakovostne zdravstvene oskrbe, nizkih upravnih stroškov in doseganje dobrih rezultatov. Potreben je pristop, ki je usmerjen na deljenje bolnišničnih aktivnosti, njihovega povezovanja, ter na njihovo koordinacijo. Tako vodenje zahteva zgodnje ocenjevanje potreb, splošnih negovalnih načrtov in intervencij, ki so potrebne za pacienta. Pri tem vključujemo tudi druge potrebne sistemske službe (Dolžan Lindič & Kramar, 2009). Urnik operacijske sobe je živ in dihajoč organizem, napolnjen s pacienti, ki potrebujejo elektivne, nujne in urgentne operacije. Ko razmišljamo kako povečati število kirurških posegov in pacientovega dostopa do le-teh, pogosto obstajata dve glavni strategiji: graditi dodatne kirurške kapacitete ali izboljšanje obstoječe kirurške dejavnosti. Prva jemlje pomemben čas,

načrtovanje in finančna sredstva, slednja pa zahteva močno vodstvo in organizacijsko načrtovanje z učinkovito ekipo. Učinkovita organizacija in upravljanje urnika operacij je ključnega pomena za zagotovitev hitrega dostopa za vse vrste pacientov znotraj organizacije in ustrezen delovni čas za kirurge. Hkrati pa zagotavlja uspeh kirurškega tima, kirurške prakse, bolnišnice in zdravstvene oskrbe (Levine & Dunn, 2015).

Pristop kirurgije s pospešenim okrevanjem se je v zadnjih desetih letih izjemno razvil in prinesel veliko sprememb na področju vloge medicinskih sester in njihovih odgovornosti (Specht, et al., 2015). Delovno mesto »case manager« ali koordinatorica zdravstvene obravnave je bilo v dnevni bolnišnici operativnih strok uvedeno zaradi potrebe po boljši organizaciji dela. Na tem delovnem mestu celoten proces zdravljenja samostojno usmerja kvalificirana medicinska sestra (Hafner, 2011). Njene naloge so načrtovanje in usklajevanje operativnega programa, spremljanje odklonov pri izvajanju operativnega programa, beleženje prenaročenih in odpadlih operativnih posegov, predvsem pa spremlja pacienta, ko je ta še doma in ga pripravlja na poseg. Hkrati je del tima na oddelku, kjer sodeluje pri načrtovanju odpusta pacienta, ter skrbi, da je optimalno pripravljen za odhod domov (Mulalič & Rems, 2016). Model koordinatorja oskrbe v slovenskem zdravstvenem sistemu je najbolj uporaben na oddelkih, kjer so bolj ali manj obravnavani pacienti z enakimi oz. podobnimi diagnozami. Petnajst do dvajset srednje kompleksnih obravnav pacientov lahko vodi en koordinator primera (Maze & Plank, 2012). Pri obravnavi kirurškega pacienta v Splošni bolnišnici Celje je pacientov prvi kontakt s koordinatorjem primera že telefonski klic koordinatorja, ko pacienta obvesti o datumu in uri prvega sestanka v bolnišnici. Na tem sestanku koordinator in zdravnik preverita pripravljenost pacienta na operacijo. Koordinator nato s predstojnikom in glavno medicinsko sestro sodeluje pri načrtu operativnega programa. Na dan sprejema pacienta na oddelek je v pomoč ambulantni in oddelčni medicinski sestri. Pacienta seznaniti z navodili in mu predstavi dela oziroma naloge osebja, ki bo skrbel za njega (Lah, 2012). Potek dela je zelo intenziven zaradi kratke ležalne dobe; to lahko privede do preobremenitve koordinatorja primera (Maze & Plank, 2012).

2 TEORETIČNI DEL

Case management se je najprej pojavil v socialnem varstvu in sicer v Združenih državah Amerike v sedemdesetih letih. Kasneje pa se je zaradi potrebe po zmanjševanju stroškov razvil tudi v zdravstvenih organizacijah oz. v zdravstvu. Proaktivna zdravstvena oskrba, katera temelji na omenjenem modelu, pa zajema; iskanja ogroženih pacientov, ocenjevanje oziroma presejanje, načrtovanje zdravstvene oskrbe in koordinacije le-te (Corvol, 2016). Temeljna predpostavka koordiniranja primerov temelji na dejstvu, da ko posameznik doseže optimalno raven dobrega počutja in funkcionalnih sposobnosti, imajo vsi koristi: posamezniki, ki jih oskrbujejo, njihovi svojci, sistemi za zdravstveno oskrbo in zavarovalnice. Upravljanje primerov služi kot sredstvo za doseganje dobrega počutja in neodvisnosti pacientov s pomočjo zagovarjanja, komunikacije, izobraževanja, identifikacije virov storitev in posredovanja storitev. Vodja primerov pomaga določiti ustrezne ponudnike in zmogljivosti v celotnem procesu storitev, hkrati pa zagotavlja, da se razpoložljivi viri uporabljajo pravočasno in stroškovno učinkovito, da se doseže optimalna vrednost tako za pacienta kot zavarovalnico. Klima, ki omogoča najboljše storitve za upravljanje primerov, zahteva dobro komunikacijo med vodjo primera, pacientom in ustreznim zdravstvenim osebjem, da se optimizira rezultat za vse zainteresirane (Case Management Society of America (CMSA), n.d.). V okviru vodenja primerov vodja primerov koordinira vsako fazo postopka upravljanja primerov (po potrebi) s skrbnim upoštevanjem pacientovih individualnih, raznolikih in posebnih potreb, vključno s težnjami, izbirami, pričakovanji, motivacijami, preferencami in vrednostmi ter razpoložljivimi viri, storitve in podpore (Marfleet, et al., 2013).

Zaradi zdravstvene oskrbe usmerjene na potrebe pacientov, njihove holistične obravnave, ki temelji na kakovosti, se v Sloveniji in po svetu razvijajo različni modeli in nazivi koordinatorstva. Zato je pojem obravnave, ki zajemajo besedno zvezo »Case manager« širok in je lahko usmerjen v varen odpust pacienta po bolnišnični obravnavi, celostni pristop pacientove obravnave, ki temelji na koordinaciji že pred sprejemom ali pa sofisticirano koordiniranje pri skupini pacientov, ki imajo kronično bolezen ali več letih. Usmerjenost in oblika case managementa je odvisna od diagnoz, bolezni, vodstvenih smernic oddelkov in dotične zdravstvene ustanove. Zaradi težnje po bolj kvalitetni

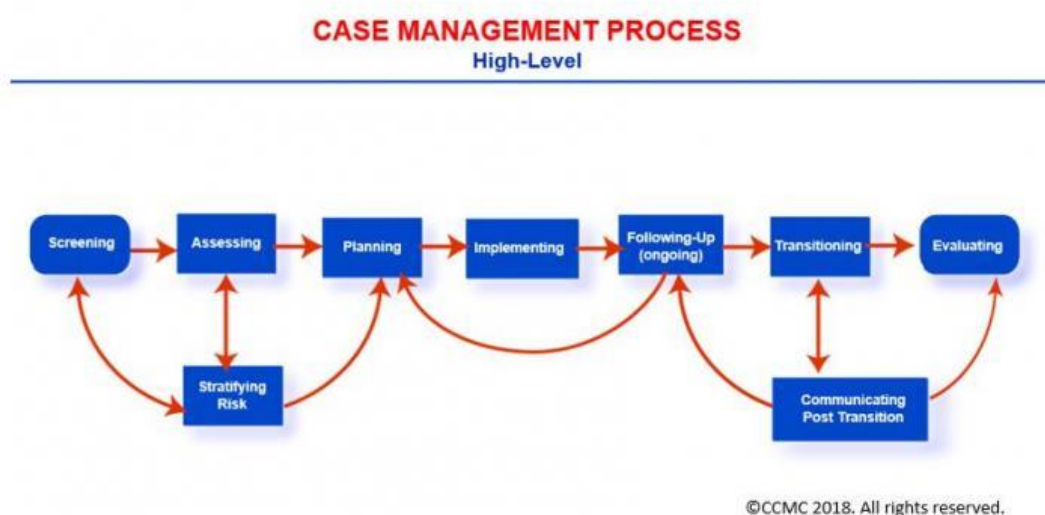
obravnavi pacientov sta bila v Sloveniji uvedena modela »koordinator odpusta« na akutnih oddelkih in »koordinator zdravstvene obravnave« na programskih oddelkih (Podkrižnik, 2013; Kadivec, et al., 2015; Mulalić & Rems, 2016).

Mnoge aktivnosti za hitrejšo in predvsem bolj kakovostno pripravo pacienta za oskrbo v domačem okolju, po zaključeni hospitalizaciji v Splošni bolnišnici (SB) Jesenice potekajo že od leta 2003. V samem začetku je bilo njihovo delovanje usmerjeno v področje kirurgije, v samo načrtovanje programa operative, na pripravo pacienta za operativni poseg, ter preverjanje njegovega zdravstvenega stanja po samem posegu, usmerili pa so se tudi v vodenje čakalnih vrst. Glede na zahtevnost obravnav pacientov se je v nadaljevanju izkazala potreba po osebi, katera spremlja pacienta že pred sprejemom oziroma od sprejema, tekom hospitalizacije, ter do urejanja varnega odpusta za pacienta v domačo oskrbo. V ta namen se je uvedlo delovno mesto koordinatorja zdravstvene obravnave (KZO). Namen vzpostavitve KZO je bil doseči tak sistem obravnave, ki bi to zagotovil (Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2016). Kot ugotavlja Simčič (2019) v SB Jesenice s pristopom, prikazanim v projektu Koordinator zdravstvene obravnave, dokazujejo dobro organizacijo dela in multidisciplinarno sodelovanje, ki se odraža v vsakoletnih boljših rezultatih. Vključujejo vse ravni in različne profile, kar je izjemno pomembno tako z vidika organizacije kot tudi sistema obravnave kirurškega pacienta. Je pomembno in razmeroma preprosto orodje za kontinuiran proces dela z jasno opredeljenimi aktivnostmi in odgovornostmi, ki pomembno pripomorejo tudi k skrajševanju čakalnih dob in vrst, pri čemer imajo največjo korist pacienti, tako z vidika časovne obravnave kot tudi z vidika kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave. Njihova dobra praksa je prepoznana širše in je zgled za ostale slovenske bolnišnice.

2.1 KLJUČNE KOMPONENTE ZA KOORDINACIJO PRIMEROV

Upravljanje primerov je postopek, ki vključuje vrhunec zaporednih faz sodelovanja, ki pacientom pomagajo do dostopnih in ustreznih virov, potrebnih za doseganje zastavljenih ciljev. Ključne faze procesa vodenja primerov vključujejo: identifikacijo pacienta (presejanje), oceno tveganja, stratifikacijo pacienta, načrtovanje, izvajanje (usklajevanje

oskrbe), spremljanje, prehod in oceno (Marfleet, et al., 2013). Challis, et al. (2011) navaja posebej pomembne naslednje komponente pri programih koordiniranja primerov: presejanje primerov (pacientov, ki bodo potrebovali pomoč koordinatorja kirurške zdravstvene oskrbe), ocenjevanje tveganja, načrtovanje oskrbe, usklajevanje oskrbe (običajno jo opravi koordinator primera v okviru multidisciplinarnе ekipe). Program koordiniranja primerov lahko vključuje, vendar ni omejeno na: upravljanje zdravil, podpora pacientu za samopomoč, zagovorništvo in pogajanja, psihosocialna podpora, spremljanje in pregled in zaključek primera (pri časovno omejenih posegih) (Commission for Case Manager Certification (CCMC), 2018).



Slika 1: Linearni prikaz koordinacije primerov

Vir: CCMC (2018)

Kategorizacija prikazana na sliki (slika 1) nakazuje, da je koordinacija primerov linearni postopek z zaporednimi postopki. V praksi je seveda veliko bolj zapleteno. Številni posamezniki potrebujejo ponavljajoče se spremljanje in pregledovanje ter nadaljnje ocenjevanje in načrtovanje oskrbe do odpusta v domačo oskrbo (Ross, 2014).

2.1.1 Presejanje primerov

Presejanje primerov je bistveni prvi element vsakega programa koordiniranja primerov, namenjeno preprečevanju nenačrtovanega sprejema v bolnišnico. Običajno gre za sistematično metodo dela, uporablja pa se jo za prepoznavanje posameznikov, pri katerih obstaja veliko tveganje za sprejem v bolnišnico, čeprav je to mogoče uporabiti tudi za napovedovanje drugih dogodkov (Ross, 2014). V praksi večina programov uporablja kombinacijo napovednega modela in klinične presoje; model se uporablja za označevanje posameznikov z visokim tveganjem, zdravnik pa nato presodi o tem, ali bo oseba verjetno imela koristi od koordinacije primera. Za kakršno koli odkrivanje primerov in dobro delovanje mora obstajati dostop do kakovostnih podatkov (Ross, 2014).

2.1.2 Ocenjevanje tveganja

Ko je posameznik, ki potrebuje obravnavo s strani KZO identificiran s pomočjo presejanja, je pomembno, da je oskrba prilagojena tako glede na njihovo trenutno stopnjo sposobnosti kot tudi njihove psiho-fizične in socialne potrebe. Večina ljudi, ki potrebujejo posredovanje, ima skupek zapletenih potreb po zdravstvenem in socialnem varstvu, zato je pomembno, da presoja ni omejena samo na zdravstvene potrebe. Celotna oskrba, ki ga ponuja program koordiniranih primerov, bo odvisen od rezultatov postopka ocenjevanja posameznika. Medtem ko večina tehnik za presejanje primerov ponuja stopnje tveganja posameznika, skuša faza ocenjevanja identificirati vse potrebe posameznika in kako jih je mogoče najboljše izpolniti. Tu je klinična in socialna oskrba in poznavanje le te zelo pomembno (Ross, 2014).

2.1.3 Načrtovanje oskrbe

Medicinska sestra ima več nalog, ki se pri obravnavi kirurškega pacienta začnejo s posredovanjem prvih informacij v kirurški ambulanti, koordinaciji datuma operacije in zdravstvene vzgoje pred operacijo, kjer zdravstveni tim predstavi, demonstrira in razloži operativne postopke. Pacient o vsem prejme pisna navodila (Lavtižar, et al., 2009). Načrtovanje obravnave, ki je usmerjena k pacientu, je v središču vsakega programa

koordiniranja primerov. Postopek načrtovanja združuje posameznikove osebne okoliščine (vključno z stanovanjskimi razmerami, socialnim statusom in dostopom do neformalne oskrbe), katere vključimo v oblikovanje načrta oskrbe, ki bo najbolj ustrežal obravnavanemu pacientu. Pomembno je, da koordinator skupaj s pacientom izdela načrt oskrbe, ki bo omogočal skupno odločanje in bo pacientu ponudil izbiro med možnimi vrstami oskrbe (Ross, 2014). Pri osebnem in celostnem načrtovanju oskrbe gre za reševanje vprašanja celotnega spektra potreb posameznika, ob upoštevanju njegovih zdravstvenih, osebnih, socialnih, ekonomskih, izobraževalnih potreb, njegovega duševnega zdravja, etničnega in kulturnega ozadja ter okoliščin. Poznano je, da poleg zdravstvenih potreb obstajajo še druga vprašanja, ki lahko vplivajo na celotno zdravje in počutje pacienta (Department of Health, 2009, p. 4). Za vodenje in načrtovanje zdravstvene obravnave je potrebna redna komunikacija s pacientom in njihovimi svojci. Timska predaja ter pridobljena dokumentacija na oddelku, pa so vir informacij, ki koordinatorju zdravstvene obravnave pomagajo pri vodenju in načrtovanju zdravstvene obravnave. KZO s pridobljenimi podatki sestavi pisni načrt pacientove obravnave, cilj katere je pravočasen, nemoten in predvsem varen odpust pacienta iz bolnišnice (Karadžić Šmitran, et al., 2012). Dobro informiran pacient s pridobljenim znanjem lažje sodeluje pri zdravljenju in se boljše pripravi na kirurški poseg, hkrati pa informiranost in razumevanje pridobljenih informacij odpravlja anksioznost, za katero obstaja možnost, da se pred operacijo pojavi (Lindič, et al., 2010). Informiranje in poučevanje pacientov sta kompetenci, ki jih uvrščamo v splošne kompetence s področja promocije zdravja, poučevanja ter s področja komunikacije (Zbornica–Zveza, 2021). S postopki pred sprejemom si prizadevamo zmanjšati tveganost operacije in izboljšati kvaliteto postoperativne oskrbe. Predoperacijsko svetovanje in izobraževanje težita k izboljševanju, krepitvi in podpori razumevanja informacij o operaciji, tveganjih, prednostih, alternativah zdravljenja in možnih komplikacijah. Dobro informirani pacienti bolje sodelujejo, so motivirani, manj anksiozni in potrebujejo manj analgezije (Donohoe, et al., 2011). Jasna razlaga rezultatov in pričakovanj skozi hospitalizacijo pripomore, da pacient upošteva dana navodila (Lassen, et al., 2009).

2.1.4 Usklajevanje oskrbe

Koordinacija je bistvo vodenja pacientov skozi potek zdravstvene oskrbe. Vključuje stalno komunikacijo s pacientom, njihovimi negovalci ter različnimi strokovnjaki in storitvami, ki jih dotični pacient potrebuje. Bistveno za usklajevanje oskrbe je prisotnost posameznik (koordinatorja), ki pogosto sodeluje s skupino strokovnjakov za organizacijo in oskrbo pacienta. Čeprav posameznik ali ekipa ne zagotavlja nujno vseh intervencij, ki so potrebne pri obravnavi pacienta, prevzamejo koordinatorji zdravstvene oskrbe odgovornost za nadzor in usklajevanje teh dejavnosti in poskrbijo za navigacijo po zdravstvenem sistemu. Ta navigacijska vloga je pomembna, ker je večina posameznikov izbrala oskrbo, pri kateri potrebujejo storitve ali prispevke enega ali več ponudnikov. Koordinatorji zdravstvene oskrbe pomagajo pacientom, njihovim svojcem in vsem vključenim profilom pri oskrbi pri različnih storitvah in procesih, ki bi se sicer lahko izkazali za preveč zapletene zaradi nepoznavanja zdravstvenega sistema (Ross, 2014). Medicinska sestra koordinatorica je vodja po klinični poti celotnega procesa, hkrati pa je pacientov zaupnik in spremljevalec pri vsakem zanj pomembnem dogodku. S svojo komunikacijo je udeležena v prostoru primarne oskrbe pred in po opravljenem posegu. Aktivnost, katero pacient potrebuje se s tem načinom lahko izvede pravočasno, hitro in brez nepotrebnega čakanja. Njeno delo je pomembno tudi pri racionalizaciji virov, vzpostavljanju standardov in pri izboljšanju kakovosti (Mira, et al., 2015). Postoperativni postopki vključujejo zgodnjo mobilizacijo za hitrejšo povrnitev normalnega gibanja, zgodnjo odstranitev urinskega katetra in intravenskih tekočin, lajšanje bolečine, nadzor slabosti ter pripravo za zgodnji odpust (Donohoe, et al., 2011).

2.1.5 Zaključek primera

V bolnišnicah se ležalna doba pacientov skrajšuje, povečuje pa se povprečna starost pacienta in intenzivnost njihove obravnave. Pacienti so tako odpuščeni iz bolnišnice, čeprav še vedno za izvajanje temeljnih življenjskih aktivnosti potrebujejo pomoč in vzpodbudo, saj sami še niso sposobni popolne samooskrbe. Na tem mestu je potrebno skrbno načrtovanje odpusta, saj neustrezen odpust lahko privede do ponovne

hospitalizacije, le-ta pa negativno vpliva na pacienta in njegove najbližje, ob tem pa se povečujejo tudi stroški zdravljenja (Karadžić Šmitran, et al., 2012).

2.2 KOORDINATOR KIRURŠKE ZDRAVSTVENE OSKRBE

Lavtižar in Sivec (2013) navajata, da je delo koordinatorja aktivno vključevanje v zdravstveno obravnavo pacienta, in da je koordinator zdravstvene obravnave v Splošni bolnišnici Jesenice diplomirana medicinska sestra, ki ima delovne izkušnje na strokovnem področju. Pomembna in vidna je njena aktivna vloga vključevanja v zdravstveno obravnavo pacienta. Medicinska sestra mora imeti vsaj visoko strokovno izobrazbo, široko znanje ter bogate izkušnje na področju izvajanja koordinirane oskrbe (Bernot, 2019). Zato ne smemo zanemariti, kako nujno potrebno je znanje, usposabljanje, usmerjanje ter podpora za doseganje te vloge (Sekse, et al., 2018).

Najnovejša definicija po Case Management Society of America (n.d.) obravnavanja primerov je skupni postopek ocenjevanja, načrtovanja, posredovanja, usklajevanja oskrbe, ocenjevanja, zagovarjanja možnosti in storitev za zadovoljevanje celovitih zdravstvenih potreb posameznika in družine s komunikacijo in razpoložljivimi sredstvi za spodbujanje varnosti pacientov, kakovosti oskrbe in stroškovno učinkovitih rezultatov. Upravljanje primerov je postopek, ki vključuje vrhunec zaporednih faz sodelovanja, ki pacientom pomagajo do dostopnih in ustreznih virov, potrebnih za doseganje zastavljenih ciljev. Ključne faze procesa upravljanja primerov vključujejo: identifikacijo pacienta (presejanje), oceno tveganja, stratifikacijo pacienta, načrtovanje, izvajanje (usklajevanje oskrbe), spremljanje, prehod in oceno.

2.3 OPREDELITEV DELOVNIH NALOG KOORDINATORJA KIRURŠKE ZDRAVSTVENE OSKRBE

Koncept kirurgije s pospešenim okrevanjem (KSPO), (angl. Fast-track surgery ali enhanced recovery after surgery, ERAS) je večdisciplinaren, na dokazih temelječ koncept, s katerim učinkovito in brez ogrožanja pacienta skrajšamo ležalno dobo po operaciji (Maempel, et al., 2016; den Hartog, et al., 2013). KSPO je sprva uveden v

kolorektalno kirurgijo, v zadnjem desetletju pa je vse bolj razširjena tudi njegova implementacija v ortopedski kirurgiji, zlasti pri artroplastiki velikih sklepov. Zgodnejša mobilnost po operaciji in zgodnji odpust vodita k zmanjšanju nelagodja. Poleg tega sje osnovno načelo KSPO tudi dobra predpriprava na operativni poseg, katera zmanjša stres med samo operacijo in rehabilitacijo. Za doseganje zastavljenega cilja je potrebno usklajeno delovanje večdisciplinarne ekipe, ki jo sestavljajo ortopedi, anesteziologi, fizioterapevti, medicinske sestre in drugo medicinsko osebje, vanjo pa je enakovredno vključen tudi pacient (Silvester & Kacijan, 2019). Po mnenju Kehlet (2009) je koncept KSPO zgrajen na zavedanju, da na postoperativni rezultat vplivajo predoperativna priprava, intraoperativni faktorji ter postoperativna oskrba. Ljungquist, et al. (2017) navaja, da kirurgija s pospešenim okrevanjem vključuje multimodalno in multidisciplinarno oskrbo kirurškega pacienta. Spremenjen pristop pa vodi k hitrosti pacientovega okrevanja, zmanjšanju postoperativnih komplikacij in skrajšanju bolnišničnega zdravljenja (Donohoe, et al., 2011). Glavno vodilo uspešne implementacije novih postopkov je poučenost tako pacientov kot zaposlenih. Razumevanje ovir in prednosti implementacije, še posebej v vsaki bolnišnici posebej, je ključno za razvijanje in vpeljevanje novih postopkov. Uspešna implementacija zahteva multidisciplinarno koordinacijo oskrbe. Uspešno timsko delo, učinkovita komunikacija med člani ter osredotočanje na pacienta in izid močno pripomorejo k uspešni implementaciji kirurgije s pospešenim okrevanjem (Alawadi, et al., 2016). Le-to je vodilo k izoblikovanju novih standardiziranih protokolov (Abeles, et al., 2017). Uresničevanje načel kirurgije s pospešenim okrevanjem pri operacijah je zahteven proces, ki terja strokovne in organizacijske ukrepe (Rems, et al., 2014). Tudi medicinska sestra se mora prilagoditi in uporabljati na dokazih podprto zdravstveno nego, ki izhaja iz raziskav, ki so pomemben korak pri spremembah prakse in protokolov (Štor, 2009). Medicinske sestre so največja, hkrati tudi najbolj vidna skupina zdravstvenih delavcev, zato je celostna oskrba odvisna od njihove usposobljenosti in znanja (Ministrstvo za zdravje, 2011).

2.3.1 Koordiniranje obravnave pred, med in po hospitalizaciji

Vloga medicinske sestre v preoperativni oskrbi je obširna. Fundamentalna sprememba je predoperacijsko svetovanje, ki pacientu oriše njegova pričakovanja ter vlogo skozi

celotno zdravljenje (Rems, et al., 2014; Gillis, et al., 2015; Berian, et al., 2019). Pacient se vedno pogovori s kirurgom, včasih tudi z anesteziatom, redkeje z medicinsko sestro, dietetikom in fizioterapevtom (Rems, et al., 2014). Komunikacija je ključna pri zagotavljanju učinkovite oskrbe pacientov. Toliko pomembnejša je pri pacientih, ki čakajo na operacijo, saj se soočajo s številnimi strahovi pred neznanim posegom (Chan, et al., 2012). Pacient pridobi popolno razumevanje tveganja operacije, njenih koristi in informacije o pričakovanem izidu zdravljenja in predvideni rehabilitaciji (Fraval, et al., 2015). Bernard & Foss (2014a) dodajata, da medicinska sestra podaja informacije na pacientu razumljiv način, saj s tem lahko dosežemo ravno nasproten učinek. Johnson & Griggs (2018) sta v svoji raziskavi ugotovila, da predoperativno svetovanje pacientu omogoči, da se bolje in lažje spoprime z izzivi v postperacijskem okrevanju. KZO pomeni upravljanje s primeri, koordiniranje/usklajevanje, vodenje izvajanja zdravstvene oskrbe že pred sprejemom v bolnišnico, med obravnavo in po zaključeni obravnavi. KZO vodi čakalne vrste, usklajuje datume operativnega programa, je stalna vez s pacientom in družinskimi člani (priprava na operativni poseg, sprejem, spremljanje v bolnišnici, urejanje varnega odpusta, preverjanje stanja po odpustu) in je vez z multidisciplinarnim timom v bolnišnici in izven nje. Na kirurškem oddelku, kjer je večina sprejemov programskih je koordinator zdravstvene obravnave udeležen v vseh delih procesa, od planiranja, ocenjevanja, spremljanja pacienta in ostalih specifičnih funkcij, ki jih koordinacija s seboj prinese. KZO tako fragmentiran sistem povezuje v sistem, ki je časovno usklajen in posledično učinkovit. Ob pripravi na operativni poseg je pacientov spremljevalec, zaupnik ter vodja po klinični poti celotnega procesa. Na ta način pacient dobi pravočasno, hitro in brez nepotrebnih čakanj izvedeno aktivnost (Mulalić & Rems, 2016). Aasa, et al. (2013) navaja, da je pooperativno obdobje definirano kot proces, ki ne traja le v bolnišnici, ampak tudi kasneje v domačem okolju. Večina pacientov pozabi predoperativne informacije o pooperativnem obdobju, saj so osredotočeni na pripravo ter operacijo samo. Medicinska sestra mora poskrbeti, da pacient večkrat prejme potrebne informacije. Pacienta je potrebno dobro pripraviti na okrevanje tako v bolnišnici kot v domačem okolju, kajti raziskava Bernard & Foss (2014a) kaže, da pacienti pogosto navajajo dvome in postavljajo vprašanja o okrevanju doma. Herbert, et al. (2017) navaja, da bi bilo dobro, če bi se medicinske sestre zavedale, da je njihov doprinos ključen za pacientovo okrevanje.

Ob odpustu je potrebno narediti sestanek ali kratko informiranje o okrevanju doma. Aktivnosti prevzame KZO, ki je vezni člen med bolnišnico in domom. Zaradi zgodnjega odpusta je posledično več aktivnosti, ki jih mora pacient opravljati doma, kar pri nekaterih povzroči strah in nelagodje. Le če so zadostno poučeni o samooskrbi v domačem okolju, z zaupanjem in brez strahu zapustijo bolnišnico (Aasa, et al., 2013; Alawadi, et al., 2016). Bernard in Foss (2014a) opozarjata, da po odpustu velikokrat ni zadostne pomoči s strani svojcev ali prijateljev v domačem okolju, saj niso vajeni zgodnjih odpustov. Rezultati njune raziskave kažejo, da pacienti v domačem okolju potrebujejo veliko podpore. Specht, et al. (2015) navaja, da je ob odpustu potrebno informirati tudi svojce. Le-to pripomore k zmanjševanju komplikacij na domu.

2.3.2 Komunikacijske veščine

Iz raziskav je razvidno, da razvijanje komunikacijskih veščin zdravstvenih delavcev pozitivno vpliva tako na paciente, njihove svojce, kot tudi na zdravstveno osebje, zato je le-te smiselno razvijati (Zwitter, 2009; National Cancer Institute (NCI), 2011). Ob boljši komunikaciji pacienti pridobijo boljše razumevanje kompleksnih medicinskih informacij, več znanja, realna pričakovanja, boljše psihološko prilagoditev, ki je posledica jasnega načrtovanja zdravljenja, saj s tem zmanjšamo občutek negotovosti. Zaradi občutka nadzorovanega poteka zdravljenja pacient v celotnem procesu lažje sodeluje in bolje obvladuje zaplete. Pomembna je tudi vzpostavitev realnega pričakovanja pacienta pri izidih zdravljenja. Dobra komunikacija pri zdravstvenih delavcih pripomore tudi k manj stresnemu delu ter izgorelosti, olajša pa tudi pogovore o pomembnih temah, kot je zaključek specifičnega zdravljenja ali prehod v paliativno oskrbo. Zaradi boljše komunikacije je posledično manj tožb in pritožb na opravljeno delo. Znatne prihranke z vidika sistema zdravstvene oskrbe pa prinese pri racionalnem zdravljenju (Zwitter, 2009). Med pacientom in medicinsko sestro se vzpostavi poseben odnos, ki temelji na medsebojni komunikaciji in zaupanju, zato lahko medicinska sestra lažje oblikuje načrt zdravstveno vzgojnega dela, kateri temelji na prepoznavi pacientovih intelektualnih sposobnosti in spretnosti. S takim načinom se pripomore k zadovoljevanju pacientovih

potreb in učinkovito izvedenemu zdravstveno vzgojnemu delu (Štemberger Kolnik, 2011).

2.3.3 Pomen zdravstveno vzgojnega dela

S primerno edukacijo pacienta pred operacijo seznanimo z dogajanjem pred, med in po operaciji, s čimer zmanjšamo pacientovo tesnobo, obenem pa prispevamo h krajši ležalni dobi in boljšemu izidu zdravljenja (McDonald, et al., 2014). Z edukacijo pričnemo že pred samim sprejemom v bolnišnico. Praktično vsak teden organiziramo t.i. predoperativno šolo za bolnike pred totalno artroplastiko kolena ali kolka. Pacientom in njihovim svojcem ortopedski kirurg, anesteziolog, oddelčna medicinska sestra, dietetik in KZO predstavijo celoten potek zdravljenja in odgovorijo na vse dvome in zastavljena vprašanja (Silvester & Kacijan, 2019). Zdravstvena vzgoja ima ključen pomen pri preprečevanju nastanka in zdravljenju bolezni, pri razvoju zapletov in je pomemben sestavni del poklica medicinske sestre (Skrivarnik, 2010). Medicinska sestra ima pri zdravstveni vzgoji zelo široko vlogo, katera ji daje možnost večjega vpliva tako za krepitev, kot tudi ohranjanje zdravja posameznika (Vrtačnik, 2012). Skrbno in sistematično načrtovano poučevanje in zdravstveno vzgojno delo je ena izmed kompetenc medicinske sestre. Zaradi tega lahko sodeluje v aktivnostih zdravstvene vzgoje in promociji zdravja na vseh ravneh zdravstvene dejavnosti. Pacient je v procesu zdravstvene vzgoje aktivno vključen, kar pomeni, da sodeluje pri pridobivanju znanja, spretnosti in veščin. V tem procesu medicinska sestra uporablja ustrezne učne pripomočke, aktivne učne oblike ter metode dela. S tem želimo doseči, da pacient svoje znanje o bolezni poveča in spremeni svoj pristop do nje (Kvas, 2011). Za boljše samoobvladovanje in poznavanje bolezni je motiviranje pacientov in svojcev zelo pomembno. Preverjanje njihovega znanja, svetovanje, učenje in praktični prikazi s strani izvajalcev zdravstveno vzgojnih vsebin pa pripomore k še lažjemu soočanju z le-to (Kadivec, 2011).

2.4 OBREMENTIVE KOORDINATORJEV KIRURŠKE ZDRAVSTVENE OSKRBE

Tako psihična kot fizična zahtevnost dela in odgovornost, ki jo nosi koordinator, hkrati zagotavljanje visoke kakovosti dela s pacienti zahtevajo dobro timsko sodelovanje z drugimi zdravstvenimi delavci. Multidisciplinarno sodelovanje ne more potekati brez komunikacije, le-ta pripomore k učinkovitosti, kakovosti zaupanju in razumevanju (Mušič, 2012). Fizične in psihične obremenitve so vsakodnevno prisotne pri delu medicinske sestre. Številni vzroki in problemi, ki so odvisni od delovnega okolja, vplivajo na preobremenitev. Stresni dogodki, kateri izhajajo iz konfliktnih odnosov s sodelavci, pacienti in njihovimi svojci, ki svojo nemoč ob bolnem pacientu hote ali pa nehote kažejo s kritiziranjem osebja negativno vplivajo na zaposlenega (Kugonič, 2013). Od zaposlenega v zdravstveni negi se pričakuje velika stopnja prilagajanja oziroma (raz)dajanja. Pacienti zahtevajo, želijo in potrebujejo visoko stopnjo prilagajanja njihovim zahtevam, željam in potrebam, zato je obvladovanje stresnih situacij v zdravstveni negi sestavni del vsakdana zaposlenih (Bregar, et al., 2011). Zaradi sodelovanja v multidisciplinarnih timih pri obravnavi pacientov se medicinska sestra vsakodnevno srečuje in tvori nešteto odnosov z različnimi profili v zdravstvu. Ob tem nastajajo napetosti, ki vodijo v stresne situacije (Ovijač, 2009).

Pri pacientih, vodenih po principu kirurgije s pospešenim okrevanjem, sodelujejo kirurg, anesteziolog, medicinska sestra - koordinator zdravstvene oskrbe, medicinska sestra na oddelku, medicinska sestra za obvladovanje bolečine, fizioterapevt in dietetik. Obravnava pacienta po klinični poti poudarja celostno, individualno in kontinuirano obravnavo pacienta ter združuje delo celostnega zdravstvenega tima (Lavtižar, et al., 2009). Multidisciplinarnost prinaša razdelitev vlog med zdravstvenim osebjem (Štor, 2009). Herbert, et al. (2017) meni, da so sestanki celotnega tima koristni, saj prisotni dobijo možnosti predlagati spremembo. Pri posameznikovem spoprijemanju z izgorevanjem na delovnem mestu ima glavno vlogo organizacija v kateri je zaposlen. Organizacija je zaposlenim dolžna zagotoviti nemoteno opravljanje dela, hkrati pa z minimalnimi stroški poskrbeti za ohranitev psihofizičnega ravnotežja le-teh. Vsak posameznik, ki sodeluje v delovni skupini po svojih najboljših močeh, znanju in izkušnjah pripomore h končnemu

uspehu. Z rednimi udeležbami na sestankih si izmenjujejo informacije, določajo cilje in poti do le-teh (Čuk & Klemen, 2010). Herbert, et al. (2017) navaja, da bi bilo dobro, če bi se medicinske sestre zavedale, da je njihov doprinos ključen za pacientovo okrevanje. Profesionalne aktivnosti medicinske sestre sovpadajo z delom kirurgov ter ostalih članov tima, zato je težko meriti specifičen delež obremenjenosti. Hkrati je potrebno upoštevati tudi subjektivne spremenljivke, kot so stres, zadovoljstvo in psihično počutje (Hübner, et al., 2015). Obremenjenost medicinske sestre se v precejšnji meri spremeni zaradi dejstva, ker pacienti sami opravijo določene aktivnosti, ki jih je pred tem morala medicinska sestra (Sjetne, et al., 2009). Zgodnje aktivnosti, kot so natančno informiranje ter skrbna priprava pacienta, so izredno pomembni, kajti rezultat so zmanjšane druge naloge medicinske sestre pri delu s pacientom (Hübner, et al., 2015). Kljub omejeni uporabi tehničnih postopkov, kot je na primer uvajanje centralnega venskega katetra ali razbremenilnih drenov, se sicer število nalog medicinske sestre na medicinsko tehničnem področju zniža, vendar novi protokoli kirurgije s pospešenim okrevanjem ne prinašajo poglobitvinih sprememb v obremenitev medicinske sestre, kajti večji poudarek je na povečanju mehkih metod. V to kategorijo spadajo psihična podpora tako v pred, med in pooperacijskem obdobju, informativni in pojasnjevalni pogovori, spodbujanje k aktivnem izpolnjevanju pacientovih dolžnosti in podobno. Našteto pa lahko vodi v psihično izgorelost medicinske sestre (Książek, et al., 2011). Kirurgija s pospešenim okrevanjem prinaša veliko novosti na področju informiranja, svetovanja in pogovora s pacientom. Omenjene mehke komponente oskrbe pacienta zahtevajo ogromno energije in časa (Kern, 2018).

Že leta 2012 so v Splošni bolnišnici Jesenice izvedli raziskavo, ki je pokazala, da kot največji vzrok za obremenjenost na delovnem mestu navajajo primanjkovalje kadra (Gajić, 2012). V prihodnjih letih bo v Sloveniji prišlo do upokojitve najbolj številčne in najbolj izkušene generacije izvajalcev zdravstvene nege, ki jo bo težko nadomestiti, saj na trgu ne bo na voljo ustreznega števila izvajalcev zdravstvene nege. V letu 2018 je v slovenskih bolnišnicah primanjkovalo okrog 1150 diplomiranih medicinskih sester in 590 tehnikov zdravstvene nege (Zbornica-Zveza, 2021).

Zaradi zagotavljanja kakovostne oskrbe ob vsakoletnem povečanju števila kirurških pacientov in njihove kompleksnosti pri obravnavi, je na področju kirurgije že nekaj let

prisoten koordinator kirurške zdravstvene oskrbe. Kljub dolgoletni vključenosti v proces obravnave kirurških pacientov, poznamo le malo elementov, v katere so koordinatorji kirurške oskrbe vključeni in zaradi njih obremenjeni.

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

V Sloveniji se kirurgija s pospešenim okrevanjem hitro implementira v naš zdravstveni sistem in s tem prinaša mnoge spremembe v delo medicinskih sester. Zanimajo nas obremenitve koordinatorjev kirurške zdravstvene oskrbe v eni slovenski regionalni bolnišnici.

Namen diplomskega dela je ugotoviti elemente oskrbe pacienta, ki vključujejo koordinatorja kirurške zdravstvene oskrbe, ugotoviti število intervencij koordinatorjev kirurške zdravstvene oskrbe v enem dnevu pri obravnavi kirurških pacientov ter raziskati obremenitve koordinatorjev kirurške zdravstvene oskrbe.

Cilji diplomskega dela so:

- ugotoviti elemente oskrbe pacienta, katere vključujejo koordinatorja kirurške zdravstvene oskrbe,
- ugotoviti število intervencij koordinatorjev kirurške oskrbe pri obravnavi kirurških pacientov v enem tednu,
- raziskati obremenitve koordinatorjev kirurške zdravstvene oskrbe.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Glede na zastavljene cilje smo si postavili naslednja raziskovalna vprašanja:

- Kateri so elementi oskrbe pacienta, ki vključujejo koordinatorja kirurške zdravstvene oskrbe?
- Kakšno je število intervencij koordinatorja kirurške zdravstvene oskrbe v enem tednu pri obravnavi kirurških pacientov?
- V kakšnem razmerju je uporaba opravljenih tehničnih metod in mehkih postopkov dela?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

V diplomskem delu smo uporabili deskriptivno metodo empiričnega kvantitativnega raziskovanja. V teoretičnem delu smo opisali področje dela koordinatorja kirurške zdravstvene oskrbe na podlagi pregleda virov in literature preučevane tematike. Za iskanje gradiva smo uporabili gradiva tujih in domačih avtorjev. Pri iskanju člankov smo se omejili na časovni okvir od leta 2009 do 2021 in ga upoštevali v celotnem diplomskem delu. Literaturo smo pridobili s pomočjo spletnega brskalnika Google Učenjak ter podatkovnih baz Pub Med in UpToDate. Za iskanje slovenske literature smo uporabili spletni bibliografski sistem Cobiss ter pregled spletnega iskalnika Obzornik zdravstvene nege. Z namenom pridobivanja podatkov smo pregledali tudi relevantne spletne strani strokovnih organizacij zdravstvene nege ter elektronske in tiskane vire na to temo. Ključne besede: kirurgija, bolnišnični koordinator, celostna obravnava, obremenjenost. Za iskanje tuje literature pa ključne besede: case manager, surgery, workload.

V empiričnem delu diplomskega dela smo uporabili kvantitativni raziskovalni pristop in direktno opazovanje opravljenih intervencij koordinatorjev kirurške zdravstvene oskrbe v Splošni bolnišnici Jesenice s pomočjo kontrolne liste. Deloma smo podatke zbrali z anketiranjem koordinatorjev kirurške oskrbe Splošne bolnišnice Jesenice. Uporabili smo vprašalnik, ki smo ga razvili za namene naše raziskave s pomočjo vprašalnikov,

uporabljenih v raziskavi Fraser, et al. (2019) in van den Oetelaar, et al. (2018). Podatke smo kvantitativno obdelali.

3.3.2 Opis merskega instrumenta

Raziskavo smo izvedli z metodo zbiranja in obdelave podatkov, ki smo jih pridobili s pomočjo kontrolne liste. Izvedeno je bilo tudi samoopazovanje koordinatorjev zdravstvene obravnave, ki je potekalo z njihovim predhodnim ustnim soglasjem, podatki so bili prikazani na način, da je bila zagotovljena anonimnost. Pred začetkom samoopazovanja so bili zaradi enotnosti zbiranja podatkov seznanjeni z namenom in načinom dela. Uporabili smo tudi podatke iz strokovnih poročil SBJ iz let 2015, 2016 in 2017. Pri anketnem vprašalniku je večina trditev zaprtega tipa, ta pa so razdeljena v vsebinske sklope, ki se nanašajo na demografske podatke anketiranih in podatke, ki se nanašajo na izvedene intervencije. Trditve so ovrednotene po Likertovi lestvici s trditvami od 1 do 5 (1 - Sploh se ne strinjam, 2 - Ne strinjam se, 3 - Niti se strinjam, niti se ne strinjam, 4 - Strinjam se in 5 - Popolnoma se strinjam). Kontrolna lista je bila sestavljena na podlagi pregledane literature uporabljena v raziskavi (van den Oetelaar, et al., 2018) in Protokola koordinatorja zdravstvene obravnave v SBJ (SOP 11, Verzija 6). Z vprašalnikom smo merili pomen izobraževanja v zdravstveni ustanovi in obremenjenost zaposlenih na delovnem mestu s pomočjo Likertove lestvice od 1 do 5 (vprašanje 6). Cronbach alfa meri zanesljivost vprašalnika, natančneje notranjo konsistentnost. Vrednosti Cronbach alfe se gibljejo na intervalu od 0 do 1, v splošnem višje vrednosti pomenijo boljšo zanesljivost vprašalnika. Vendar v našem primeru koeficienta Cronbach alfa nismo mogli izračunati saj je naš vzorec sestavljen le iz 5 udeležencev.

3.3.3 Opis vzorca

Vprašalnik so izpolnili vsi koordinatorji kirurške oskrbe, ki so zaposleni v Splošni bolnišnici Jesenice. V raziskavi je sodelovalo 5 koordinatorjev kirurške oskrbe. Vsi koordinatorji so bili ženskega spola (N = 5; 100 %). Najmlajša koordinatorica je bila stara 25 let, dve sta bili stari 37 let, najstarejša je imela 59 let (povprečna starost je bila $42,8 \pm$

14,3 let). Najnižja stopnja izobrazbe med koordinatorkami je bila srednješolska izobrazba ($n = 1$; 20,0 %), večina pa jih je imela višjo ali visokošolsko izobrazbo ($n = 4$; 80,0 %).

Delovna doba KZO v Splošni bolnišnici Jesenice je bila v povprečju $17,2 \pm 13,9$ let (med 2 in 40 leti). Delovna doba na delovnem mestu koordinatorja pa je bila v povprečju $6,2 \pm 5,2$ let (med 1 in 14 let) (tabela 1).

Tabela 1: Starost (leta) in delovna doba (leta)

	N	min	maks	PV	SO
Starost	5	25	59	48,2	14,3
Delovna doba	5	2	40	17,2	13,9
Delovna doba na mestu koordinatorja	5	1	14	6,2	5,2

Legenda: n = število odgovorov, min = minimum, maks = maksimum, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Za potrebe raziskave smo uporabili nenaključni, namenski vzorec zaposlenih. Raziskava je potekala v Splošni bolnišnici Jesenice na podlagi predhodno pridobljenih ustreznih soglasij s strani vodilnih v Splošni bolnišnici Jesenice. Raziskava je potekala v dveh delih. Prvi del je vseboval anketiranje, drugi del pa pet dnevno samoopazovanje koordinatorjev kirurške oskrbe, pri katerem so beležili izbrane intervencije na kontrolni listi. Kontrolna lista je bila uporabljena pri vseh koordinatorjih od ponedeljka do petka od 6.30 do 14.30 ure od 13. 12. 2021 do 17. 12. 2021. Pridobljene podatke smo primerjali tudi s podatki v letnih strokovnih poročilih Splošne bolnišnice Jesenice (Splošna bolnišnica Jesenice (SBJ), 2015; 2016; 2017). Vzorec je bil opisan na podlagi frekvenčnih vrednosti in pripadajočih odstotkov. Statistična analiza je bila izdelana s programom IBM SPSS 27.0 (IBM Corp., Armonk, NY). Pri obravnavi in prikazu podatkov smo uporabili statistično metodo opisne ali deskriptivne statistike in grafe.

3.4 REZULTATI

Najprej smo preverili mnenje koordinatorjev kirurške zdravstvene oskrbe glede njihove izobraženosti za opravljanje trenutnega dela in možnosti ter motiviranosti za dodatno izobraževanje in nadgradnjo obstoječega znanja. Rezultate smo prikazali v tabeli 2.

Tabela 2: Možnost izobraževanja na delovnem mestu koordinatorja

Trditve	min	maks	PV	SO
Sem dovolj izobražena za opravljanje trenutnega dela	5	5	5,0	0,00
V zadnjem letu sem opravila izobraževanje/usposabljanje iz tega področja	1	1	1,0	0,00
V naši ustanovi zagotavljajo interna izobraževanja, ki pomagajo pri opravljanju dela	1	1	1,0	0,00
Želela bi se dodatno izobraževati na področju na katerem delam.	5	5	5,0	0,00

Legenda: min = minimum, maks = maksimum, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, 1 - Sploh se ne strinjam, 2 - Ne strinjam se, 3 - Niti se strinjam, niti se ne strinjam, 4 - Strinjam se in 5 - Popolnoma se strinjam

Iz tabele 2 je razvidno, da se vsi koordinatorji kirurške zdravstvene oskrbe (N = 5; 100 %) popolnoma strinjajo (PV = 5,0; SO = 0,0), da so dovolj izobraženi za opravljanje trenutnega dela. Nobena od koordinatoric kirurške zdravstvene oskrbe (N = 5; 100 %) ni opravila izobraževanja/usposabljanja v prejšnjem letu (PV = 1,0; SO = 0,0). Glede na trditve koordinatorjev kirurške zdravstvene oskrbe (N = 5; 100 %) v Splošni bolnišnici Jesenice ne zagotavljajo internih izobraževanj, ki bi pripomogla k izboljšanju opravljanja dela, saj so slednjo trditev udeleženci študije ocenili z PV = 1,0 (SO = 0,0). Vsi koordinatorji kirurške zdravstvene oskrbe, ki so sodelovali v študiji se strinjajo (PV = 5; SO = 0,0), da bi se želeli dodatno izobraževati na področju na katerem delajo (N = 5; 100 %).

Tabela 3: Obremenjenost na delovnem mestu koordinatorja

Trditve	min	maks	PV	SO
Na delovnem mestu se počutim obremenjeno.	4	4	4,0	0,00
Obremenjuje me administrativno delo	2	3	2,8	0,45
Obremenjujejo me telefonski klici	4	4	4,0	0,00
Obremenjuje me podajanje informacij pacientom in njihovim svojcem	4	4	4,0	0,00
Obremenjuje me koordiniranje sprejemov	2	4	3,6	0,89
Obremenjuje me koordiniranje odpustov	4	4	4,0	0,00
Obremenjuje me prenašanje pacientov	5	5	5,0	0,00

Legenda: min = minimum, maks = maksimum, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon; 1 - Sploh se ne strinjam, 2 - Ne strinjam se, 3 - Niti se strinjam, niti se ne strinjam, 4 - Strinjam se in 5 - Popolnoma se strinjam

V tabeli 3 z povprečno oceno 4,0 (SO = 0,0) (*»strinjam se«*) so koordinatorji kirurške zdravstvene oskrbe ocenili trditev, da se na delovnem mestu počutijo obremenjeno. Trditev *»obremenjuje me administrativno delo«* so koordinatorji kirurške zdravstvene oskrbe ocenili z povprečno oceno 2,8 (SO = 0,45).

Vsi koordinatorji kirurške zdravstvene skrbe (N = 5; 100 %) se strinjajo, da jih telefonski klici obremenjujejo (trditev so ocenili z PV = 4,0; SO = 0,0 oz. *»strinjam se«*). Z enako povprečno oceno (4 ali *»strinjam se«*) so ocenili trditev, da jih obremenjuje podajanje informacij pacientom in njihovim svojcem. Trditev *»Obremenjuje me koordiniranje sprejemov«* je ocenjena z PV = 3,6 (SO = 0,89). Trditev, da jih obremenjuje koordiniranje odpustov, so vsi udeleženci študije ocenili z oceno 4 (*»strinjam se«*). Najbolj se strinjajo z trditvijo, da jih obremenjuje prenašanje pacientov (PV = 5,0; SO = 0,0). Vse naštetu vključuje neposredno komunikacijo s pacienti in njihovimi svojci/skrbniki, kar predstavlja precejšen del vse zabeležene komunikacije in tedensko opravljenih intervencij, kot je razvidno iz slike 3.

V nadaljevanju smo preverili tedensko obremenitev vseh koordinatorjev kirurške zdravstvene oskrbe vključenih v raziskavo. Aktivnosti, ki jih opravijo vsak dan, smo razdelili na štiri sklope: Priprava na sprejem in operativni poseg, sprejem pacienta, priprava pacienta na varen odpust ter sestanki in drugo delo vezano na koordinatorstvo (tabela 4).

Tabela 4: Obremenitve koordinatorja med delovnim tednom (Kontrolna lista) – Priprava na sprejem in operativni poseg

Oddelek/koordinator	Dnevni oddelek	Ortopedski oddelek	Abdominalni oddelek	Urološki oddelek	Travmatološki oddelek
Aktivnost	Število aktivnosti v enem tednu (trajanje)				
Obveščanje po telefonu	199 (19h 54 min)	117 (15h 40 min)	140 (18h 40 min)	72 (9h 36 min)	194 (19h 24 min)
Izvajanje predoperativne šole Fast track	-	-	1 (45 min)	-	2 (1h 30 min)
Obveščanje po e-pošti	-	-	-	-	1 (2 min)
Informiranje pacienta o načrtovani operaciji	199	117	140	72	194
Urejanje operativnega plana	65 (2h 30 min)	27 (2h 15 min)	28 (2h 20 min)	15 (2h)	35 (2h 20 min)
Priprava sprejemne dokumentacije	5 (5 h)	5 (2h 30 min)	5 (1h 40 min)	3 (3h)	5 (2h 30 min)

Iz tabele 4 vidimo, da je število intervencij koordinatorja kirurške zdravstvene oskrbe po oddelkih zelo različno. Največ aktivnosti pri pripravi na sprejem in operativni poseg je opravljeno pri koordinatorju na dnevnem oddelku (skupaj 269) in pri koordinatorju na travmatološkem oddelku (skupaj 236), najmanj pa pri koordinatorju na urološkem oddelku (skupaj 90).

Ne glede na oddelek ima največ vpliva na obremenitev koordinatorjev kirurške zdravstvene oskrbe obveščanje po telefonu in informiranje pacienta o načrtovani operaciji. V enem tednu so za izvajanje klicev porabili 83 ur in 14 minut. To predstavlja več kot delo dveh koordinatorjev tedensko, ki sta zaposlena za polni delovni čas. Koordinatorji so sami, glede na izkušnje, določili povprečno trajanje aktivnosti. Izvajanje predoperativne šole Fast track (Fast track šola je multidisciplinarna pedagoška dejavnost za predpripravo na operacijo pacienta in informiranje njihovih svojcev o samem poteku in rehabilitaciji po operaciji) najmanj prispeva k obremenjenosti koordinatorja in prav tako obveščanje po e-pošti.

Nadalje smo preverili tudi, kako k obremenitvi koordinatorja kirurške zdravstvene oskrbe med delovnim tednom prispeva sprejem pacientov. Rezultati so prikazani v tabeli 5.

Tabela 5: Obremenitve koordinatorja med delovnim tednom (Kontrolna lista) – Sprejem pacienta

Oddelek/koordinator	Dnevni oddelek	Ortopedski oddelek	Abdominalni oddelek	Urološki oddelek	Travmatološki oddelek
Aktivnost	Število aktivnosti v enem tednu (trajanje)				
Odvzem anamneze	10 (50 min)	-	-	10 (50 min)	-
Tehtanje, merjenje višine, merjenje vitalnih funkcij.	30 (2h 30 min)	-	-	30 (2h 30 min)	20 (1h 40 min)
Dodatno naročene preiskave (laboratorij, EKG, RTG, CT,...)	-	1 (5 min)	5 (25 min)	4 (20 min)	17 (34 min)

Sprejem pacienta opravljajo trije koordinatorji kirurške zdravstvene oskrbe skupaj vsak dan, saj ta del predstavlja visoko frekventno delo v zelo kratkem času. K tedenskim obremenitvam koordinatorja kirurške zdravstvene oskrbe le malo prispeva odvzem anamneze, saj jo odvzamejo samo prvim štirim pacientom, ki so ta dan predvideni za operacijo. Ostalim naročenim pacientom anamnezo odvzamejo na izbranem kirurškem oddelku. V celotnem tednu je odvzetih dvajset anamnez.

V tem sklopu obremenitev koordinatorjev kirurške zdravstvene oskrbe zaradi sprejema pacienta je največ aktivnosti navedenih pri tehtanju, merjenju višine in merjenju vitalnih funkcij. Zavedeno je bilo 80 aktivnosti, povprečno 16 dnevno. Ta številka predstavlja tudi število sprejemov dnevno v omenjenem tednu.

K obremenitvam koordinatorjev kirurške zdravstvene oskrbe malo prispevajo dodatno naročene preiskave, saj iz tabele 5 vidimo, da je v celem tednu bilo naročeno največ 17 dodatnih preiskav na travmatološkem oddelku, 5 na abdominalnem oddelku, 4 na urološkem oddelku in ena na ortopedskem oddelku. Koordinatorji kirurške zdravstvene oskrbe so ta segment ocenili kot časovno zelo hiter postopek. V času trajanja raziskave ni bilo nobene dodatno naročene preiskave na dnevnem oddelku.

Prav tako smo preverili, kako na tedensko obremenitev koordinatorjev kirurške zdravstvene oskrbe vpliva priprava pacienta na varen odpust. Rezultati so prikazani v tabeli 6.

Tabela 6: Obremenitve koordinatorja med delovnim tednom (Kontrolna lista) – Priprava pacienta na varen odpust

Oddelek/koordinat	Dnevni oddelek	Ortopedski oddelek	Abdominalni oddelek	Urološki oddelek	Travmatološki oddelek
Aktivnost	Število aktivnosti v enem tednu (trajanje)				
Planiranje odpusta	-	5 (1h 15 min)	16 (4 h)	3 (45 min)	17 (2h 50 min)
Urejanje pripomočkov s strani ZZZS.	-	17 (1h 25 min)	9 (45 min)	-	18 (1h 12 min)
Edukacija oz. informacije pacientom in svojcem.	24 (2 h)	18 (3h)	10 (3h 30 min)	10 (3h)	16 (3h)
Aktiviranje socialne službe.	-	-	1 (15 min)	-	5 (25 min)
Kontakti s patronažno službo.	-	-	5 (50 min)	2 (20 min)	10 (50 min)
Urejanje domskih namestitev.	-	-	1 (15 min)	-	3 (30 min)
Telefonski klic pacienta po odpustu.	30 (2h 30 min)	17 (3h)	-	35 (3h 15 min)	-

Iz tabele 6 je razvidno, da so v tednu, ko je potekala raziskava, bili najbolj obremenjeni zaradi priprave pacienta na varen odpust na travmatološkem oddelku (skupaj 69 aktivnosti vezanih na odpust pacienta), nekoliko manj na ortopedskem oddelku (skupaj 57 aktivnosti), abdominalnem oddelku (skupaj 42 aktivnosti) in najmanj na urološkem oddelku (skupaj 39 aktivnosti). V tem segmentu prevladuje edukacija oz. informiranje pacientov in svojcev (14h 30 min), kar je velik pokazatelj, kako pomembna je edukacija in podajanje informacij ob pripravi na odpust tako pacientom kot svojcem.

Vrsta aktivnosti, vezana na pripravo pacienta na varen odpust, je bila zelo različna, odvisno od oddelka, na katerem je koordinator zaposlen. Tako je na primer koordinator kirurške zdravstvene oskrbe na travmatološkem oddelku v enem tednu 5 krat aktiviral socialno službo, medtem ko jo je koordinator kirurške zdravstvene oskrbe na abdominalnem oddelku aktiviral enkrat, koordinatorji kirurške zdravstvene oskrbe ostalih oddelkov pa le-tega niso potrebovali. Prav tako je koordinator kirurške zdravstvene oskrbe na travmatološkem oddelku v celem tednu trikrat urejal domsko namestitev,

koordinator kirurške zdravstvene oskrbe na abdominalnem oddelku enkrat, ostali koordinatorji kirurške zdravstvene oskrbe aktivnosti niso izvajali.

Iz tabele 6 je prav tako razvidno, da telefonski klic pacienta po odpustu predstavlja največ obremenitev pri koordinatorju kirurške zdravstvene oskrbe na urološkem oddelku (skupaj 35 aktivnosti) in pri koordinatorju kirurške zdravstvene oskrbe dnevnega oddelka (skupaj 30 krat). V tednu, ko je potekala raziskava, telefonski klici pacienta po odpustu pri koordinatorjih kirurške oskrbe na abdominalnem oddelku in travmatološkem oddelku ni predstavljala nobene obremenitve. Klici se izvajajo vsak dan, poklicani pa so vsi pacienti 72 ur po odpustu, ki so bili kirurško obravnavani. Klic po odpustu služi za povratno informacijo, kako pacient prestaja okrevanje doma in ali ima ob tem kakšne težave oziroma zaplete. V primeru le-teh mu koordinator kirurške zdravstvene oskrbe poda nadaljnja navodila v skladu z rehabilitacijo po opravljeni operaciji.

V nadaljevanju smo preverili tudi, koliko so tedensko obremenjeni koordinatorji kirurške zdravstvene oskrbe na izbranih oddelkih zaradi sestankov in zaradi drugega dela vezanega na koordinatorstvo. Rezultati so prikazani v tabeli 7.

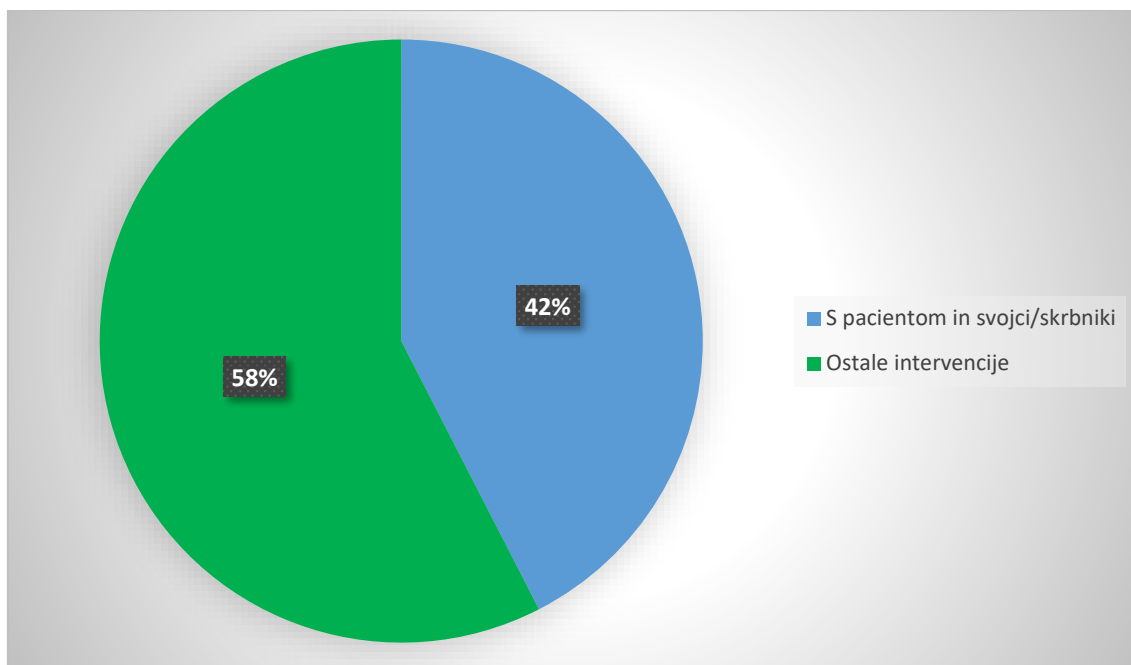
Tabela 7: Obremenitve koordinatorja med delovnim tednom (Kontrolna lista) – Sestanki in drugo delo vezano na koordinatorstvo

Oddelek	Dnevni oddelek	Ortopedski oddelek	Abdominalni oddelek	Urološki oddelek	Travmatološki oddelek
Aktivnost	Število aktivnosti v enem tednu (trajanje)				
Pregled e-pošte in odgovarjanje nanjo.	29 (2h 30 min)	34 (2h 30 min)	30 (2h 30 min)	36 (2h 30 min)	42 (2h)
Telefonski klici za organizacijo dela.	97 (4h)	50 (4h)	74 (3h)	74 (3h 30min)	144 (3h 30 min)
Udeležba na sestankih/konziliji h.	-	1 (10 min)	1 (10 min)	1 (30 min)	5 (50 min)
Dokumentiranje svojega dela.	44 (5h)	35 (2h 30 min)	45 (3h 30 min)	43 (3h 45 min)	29 (2h 30 min)

Iz tabele 7 je razvidno da najmanj k obremenjenosti koordinatorjev kirurške zdravstvene oskrbe prispevajo udeležbe na sestankih/konzilijih, saj je to aktivnost, katere so se

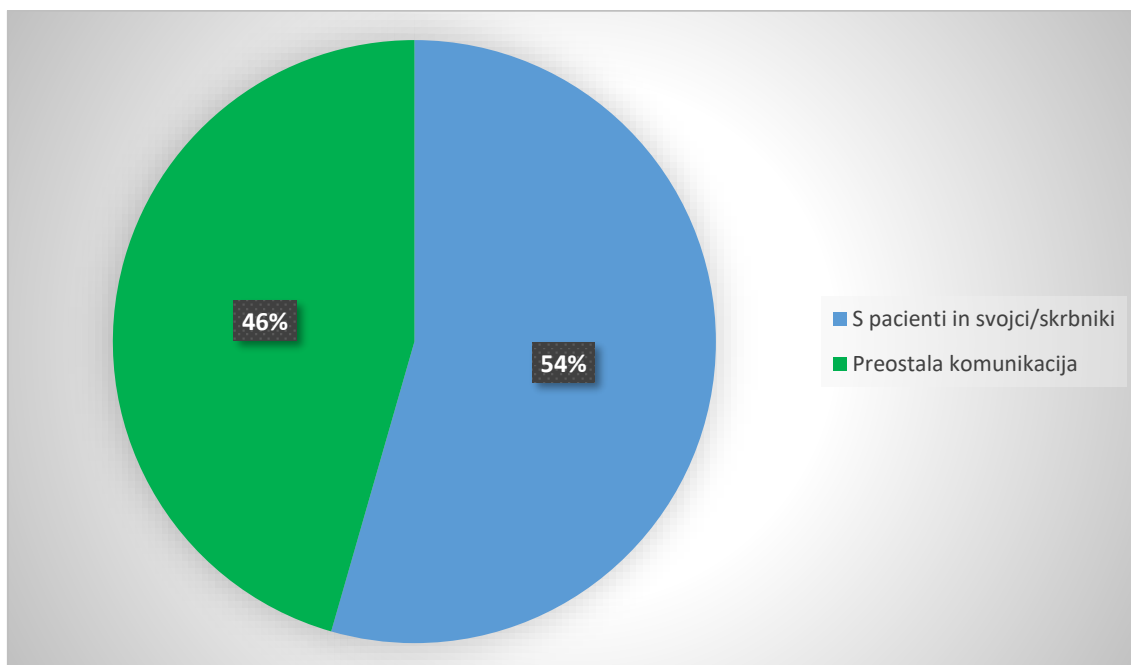
koordinatorji kirurške oskrbe v delovnem tednu udeležil najmanjkrat, in sicer koordinator kirurške zdravstvene oskrbe na travmatološkem oddelku skupaj petkrat (v trajanju 50 min), po enkrat koordinatorji kirurške zdravstvene oskrbe na ortopedskem (10 min), abdominalnem (10 min) in urološkem oddelku (30 min), medtem ko se koordinator kirurške zdravstvene oskrbe v dnevni bolnici sestanka sploh ni udeležil.

Po drugi strani pa v tabeli 7 vidimo, da so največ k obremenitvi koordinatorjev kirurške zdravstvene oskrbe prispevali telefonski klici za organizacijo dela. Največ takšnih telefonskih klicev je opravil koordinator kirurške zdravstvene oskrbe na travmatološkem oddelku (skupaj 144 krat), manj koordinator kirurške zdravstvene oskrbe na dnevnem oddelku (skupaj 97 krat), najmanj pa koordinator kirurške oskrbe na ortopedskem oddelku (skupaj 50 krat). Po oceni koordinatorjev kirurške zdravstvene oskrbe ta segment vzame tudi veliko časa in zahteva njihovo maksimalno angažiranost, saj te klici v veliki meri predstavljajo prenaročanje pacientov.



Slika 2: Komunikacija koordinatorjev kirurške zdravstvene oskrbe

Na sliki 3 je razvidno razmerje izraženo v odstotkih opravljenih intervencij vseh koordinatorjev kirurške zdravstvene oskrbe v enem tednu in delež komunikacije, ki vključuje paciente in njihove svojce/skrbnike.

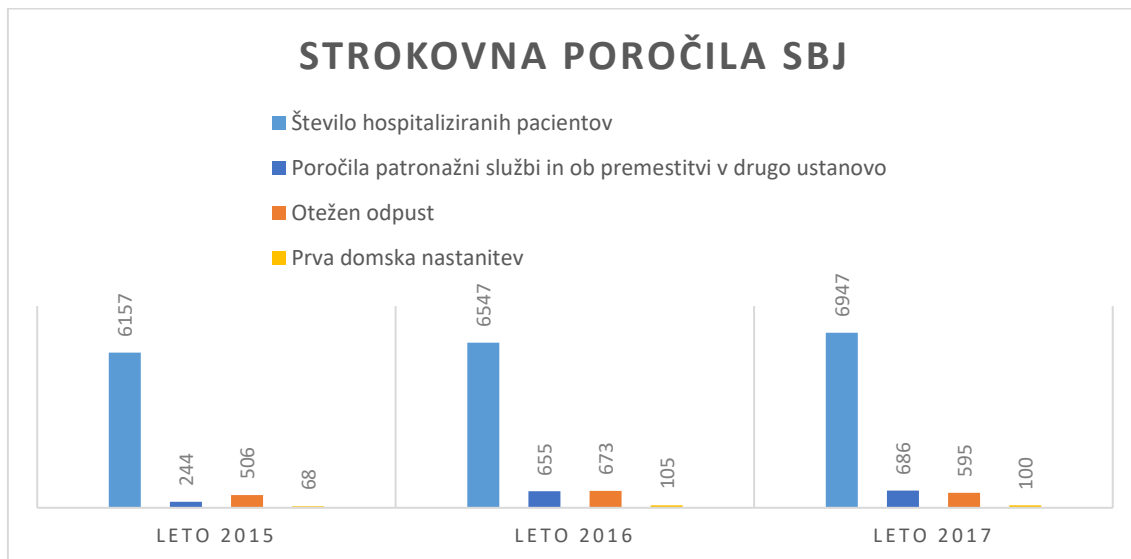


Slika 3: Razmerje komunikacije koordinatorjev kirurške zdravstvene oskrbe

Na sliki 4 pa lahko vidimo razmerje celotne tedenske komunikacije koordinatorjev kirurške zdravstvene oskrbe in komunikacije s pacienti in njihovimi svojci/skrbniki.

Nadalje, kot je razvidno iz kontrolnega lista, so koordinatorji kirurške oskrbe precej obremenjeni z koordiniranjem odpustov. Njihovo oceno lahko potrdimo tudi s podatki iz letnih poročil v letih 2015, 2016 in 2017 (slika 5). V tem obdobju je povprečje oteženih odpustov 591 primerov na leto, kar predstavlja 9 % vseh hospitaliziranih kirurških pacientov. Pri odpustu je potrebno urediti tudi določeno dokumentacijo in opraviti razgovore s pacienti in svojci, stopiti v kontakt s patronažno službo, aktivirati pomoč na domu, kar predstavlja velik del naporov koordinatorja kirurške zdravstvene oskrbe. Število poročil patronažni službi je v letih 2016 in 2017 skokovito naraslo. Po tem podatku lahko sklepamo, da je komunikacija s primarnim nivojem zdravstvene oskrbe zelo dobra, kar vpliva na dobro obravnavo pacienta v domačem okolju. Tudi poročila, ki

so naslovljena na domove starejših občanov zavzamejo dovršen del dokumentacije, ki jo je potrebno urediti, kar je pričakovano glede na trend staranja populacije v državi.



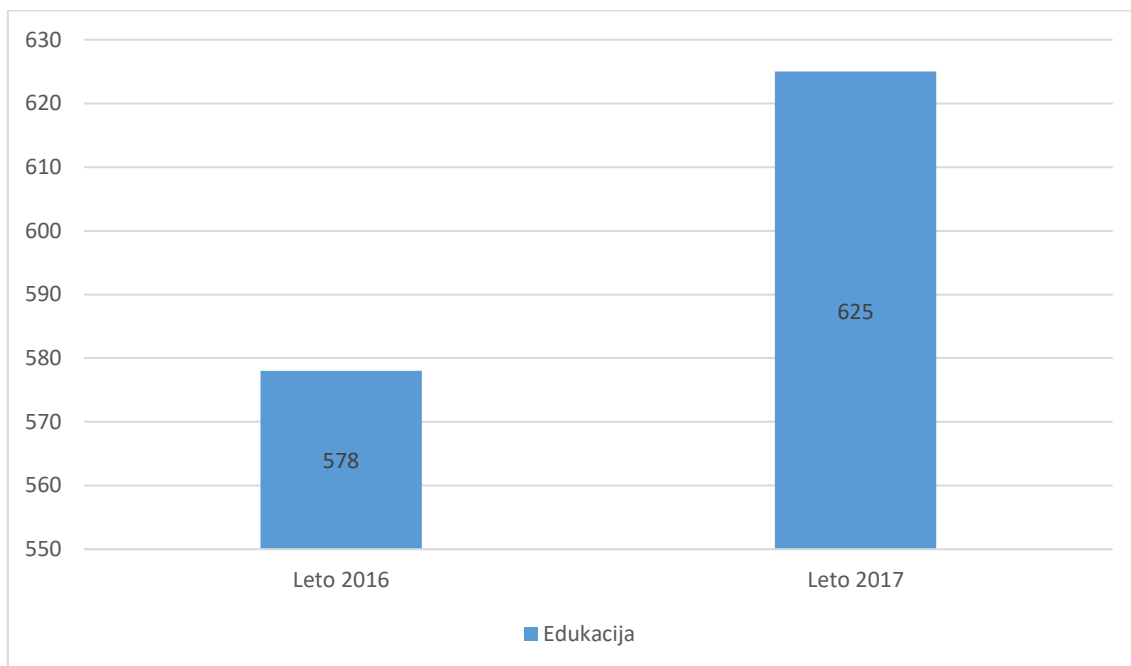
Slika 4: Podatki iz strokovnih poročil Splošne bolnišnice Jesenice od 2015 do 2017

Tabela 8: Posamezne aktivnosti na podlagi podatkov iz strokovnih poročil Splošne bolnišnice Jesenice

Definicija/Leto	2015	2016	2017
Otežen odpust	506	673	595
Oddelek za zdravstveno nego	128	114	76
Pomoč na domu	118	Ni podatka	277
Ureditev domske namestitve	68	105	100
Poročila patronažni službi, domovom za starejše občane in drugim ustanovam ob premetitvi	179+63+2=244	512+137+6=655	499+171+16=686
Ureditev medicinsko tehničnih pripomočkov	Ni podatka	553	Ni podatka
Edukacija pacientom in svojcem	Ni podatka	578	625

Kot je razvidno iz tabele 5, so se koordinatorji kirurške zdravstvene oskrbe vsakoletno srečevali s povečanjem števila intervencij v fazi priprave pacienta na varen odpust. Iz leta

v leto so zniževali število premestitev na Oddelek za zdravstveno nego, ki je omogočala pacientom začasno, neakutno obravnavo in namestitve zaradi ureditve domske nastanitve, ureditve primernih razmer za bivanje doma in pripomočkov, ki so potrebni za domačo oskrbo ali nego na domu. Število ureditve domske nastanitve in pomoči na domu so pokazatelj visoke angažiranosti koordinatorjev kirurške zdravstvene oskrbe za zmanjševanje števila podaljšanih hospitalizacij.



Slika 5: Edukacija pacientov in svojcev/skrbnikov

Kot je razvidno iz slike 6, kjer je prikazan podatek o številu izvedenih edukacij v posameznem letu (SBJ, 2016; SBJ, 2017) lahko sklepamo, da je edukacija v porastu in vsakoletno pridobiva na pomembnosti pri oskrbi pacientov na kirurških oddelkih. Opomniti moramo, da je ta del edukacije opravljen samo s strani koordinatorjev kirurške oskrbe. Žal nam podatki za druga leta niso bili dosegljivi.

3.5 RAZPRAVA

V raziskavi nas je zanimalo, kaj so elementi oskrbe, ki vključujejo koordinatorja kirurške zdravstvene oskrbe, kolikšno je število teh elementov in ali so koordinatorji kirurške zdravstvene oskrbe obremenjeni; kaj jih od prepoznanih elementov najbolj obremenjuje. Ugotavljamo, da so naloge diplomirane medicinske sestre v vlogi koordinatorja kirurške oskrbe zaradi novega pristopa kirurgije s pospešenim okrevanjem, ki se je v zadnjih desetih letih izjemno razvil, doživele veliko sprememb na področju njihove vloge in njihove odgovornosti (Specht, et al., 2015). Mulalič in Rems (2016) navajata, da je delo zahtevno, pričakuje se veliko znanja in izkušenj. V praksi se ves čas dogaja sodelovanje z ostalimi člani tima in reševanje problemov, pogajanja, pospeševanje dogajanja in seveda izpostavljanje pacientovih potreb po zdravstveni negi.

V Splošni bolnišnici Jesenice so že leta 2003 uvedli prvega koordinatorja. Vse od takrat je doživel veliko preimenovanj in veliko sprememb pri izvajanju svojega dela. Ta trenutek ima naziv koordinator zdravstvene obravnave na kirurškem oddelku. V literaturi je navedeno, da koordinator kirurške zdravstvene obravnave spremlja pacienta že pred vstopom v bolnišnico. Prvi element pri obravnavi kirurškega pacienta je sprejem njegove napotnice za planiran poseg in vpis v čakalno vrsto/knjigo. S tem se začne najpomembnejši del obravnave; komunikacija. Komunikacija s pacientom in njegovimi svojci/skrbniki je poglavitni element brez katerega bi bilo nemogoče koordinirati oskrbo, ki je usmerjena na pacienta in njegovo dobrobit. Z dobro komunikacijo dosežemo razumevanje pacienta in pomembne podatke, ki vplivajo na obravnavo pacienta.

Iz rezultatov kontrolne liste koordinatorja kirurške zdravstvene oskrbe hitro ugotovimo, da so najbolj obremenjeni z obveščanjem po telefonu in tudi z urejanjem operativnega plana, kar je v skladu s subjektivno oceno obremenitve koordinatorjev kirurške zdravstvene oskrbe. Vse naštetu vključuje neposredno komunikacijo s pacienti in njihovimi svojci/skrbniki, kar predstavlja precejšen del vse zabeležene komunikacije in tedensko opravljenih intervencij, kot je razvidno iz slike 3. Iz slike 4 pa je razvidno, da komunikacija s pacienti in njihovimi svojci/skrbniki predstavlja več kot polovico vse tedenske komunikacije.

Aasa, et al. (2013) navaja, da se odpust začne planirati že ob sprejemu. Informiranost pacienta je ključno za izboljšanje njegovega znanja, vključevanja in samozadostnosti (Pecorelli, et al., 2018). Izhodišče kirurgije s pospešenim okrevanjem je, da dobro informirani pacienti bolje sodelujejo tekom obravnave in občutijo manj strahu ter bolečine. Medicinska sestra v pacientu vzpodbudi zavest, da razume pomen planiranih intervencij in operacije, hkrati se z informiranjem in svetovanjem izboljša motiviranost pacienta za sodelovanje, s tem se njegova odgovornost poveča, ker pridobi dodatne dolžnosti (Aasa, et al., 2013).

Predoperativno svetovanje pacientu omogoči, da se bolje in lažje spoprime z izzivi v pooperacijskem okrevanju. Prvi pojasnitveni pogovor se večinoma opravi že pri prvem ambulantnem pregledu, dan pred operacijo pogosto sledi pogovor na kliničnem oddelku, le redko tudi svetovanje teden dni pred posegom (Johnson & Griggs, 2018). Po pridobljenih podatkih v raziskavi smo priča malemu številu izvajanja Fast track šole, kar pa ne pomeni zmanjšanja števila edukativnih procesov, ki jih opravljajo koordinatorji kirurške zdravstvene oskrbe, saj se le ti iz leta v leto povečujejo glede na zapise v strokovnih poročilih in številu le-teh zabeleženih v naši raziskavi.

Pooperativno obdobje definirano kot proces, ki ne traja le v bolnišnici, ampak tudi kasneje v domačem okolju. Večina pacientov pozabi predoperativne informacije o pooperativnem obdobju, saj so osredotočeni na pripravo ter operacijo samo. Medicinska sestra mora poskrbeti, da pacient večkrat prejme potrebne informacije (Aasa, et al., 2013). Pacienta je potrebno dobro pripraviti na okrevanje tako v bolnišnici kot v domačem okolju, kajti raziskava Bernard & Foss (2014a) kaže, da pacienti pogosto navajajo dvome in postavljajo vprašanja o okrevanju doma. Ob odpustu je potrebno narediti sestanek ali kratko informiranje o okrevanju doma. Aktivnosti prevzame koordinator odpusta, ki je vezni člen med bolnišnico in domom. Zaradi zgodnjega odpusta je posledično več aktivnosti, ki jih mora pacient opravljati doma, kar pri nekaterih povzroči strah in nelagodje. Le če so zadostno poučeni o samooskrbi v domačem okolju, z zaupanjem in brez strahu zapustijo bolnišnico (Aasa, et al., 2013; Alawadi, et al., 2016). To pripomore k zmanjševanju komplikacij na domu. Če pacient ni sposoben samooskrbe, se organizira

patronažna oskrba na domu. Patronažna medicinska sestra pacienta podpira in mu pomaga, ko pride v domače okolje (Bernard & Foss, 2014b). Tudi naši podatki kažejo vsakoletni porast poročil oz. navodil za nadaljnje zdravljenje, ki so poslani s strani koordinatorjev kirurške zdravstvene oskrbe, domovom ostarelih, patronažni službi, in izvajalcem zdravstvene nege na domu. Vsi izvajalci zdravstvene nege in socialne oskrbe, ki dejavnost opravljajo na primarni ravni, so predhodno telefonsko obveščeni s strani koordinatorja kirurške zdravstvene oskrbe in seznanjeni s predhodnim potekom zdravljenja in načrtovani rehabilitaciji, ki naj bi potekala po odpustu doma ali v domu ostarelih.

Vse koordinatorke kirurške zdravstvene oskrbe trdijo, da so dovolj izobražene za opravljanje trenutnega dela, vendar si vse želijo dodatna izobraževanja na tem področju. V letu 2021 niso bile deležne specifičnega izobraževanja na svojem področju dela, prav tako tudi v Splošni bolnišnici Jesenice niso potekala interna izobraževanja, ki bi pripomogla pri opravljanju njihovega dela. Vse koordinatorke kirurške zdravstvene oskrbe imajo pridobljena specialna znanja, ki so jih pridobile na izobraževanju v Splošni bolnišnici Jesenice.

V drugem raziskovalnem vprašanju nas je zanimalo, kakšno je število intervencij koordinatorjev kirurške zdravstvene oskrbe v enem tednu. Ugotavljamo, da je število intervencij koordinatorjev kirurške zdravstvene oskrbe po dnevih zelo različno. Najmanj intervencij je zabeleženo v torek, največ jih je bilo v ponedeljek. Naši podatki kažejo, da je največja pogostost intervencij v ponedeljkih, sredah in četrtek, kar sovpada s sprejemnimi in odpustnimi dnevi na določenih oddelkih. Ponedeljkov vrh intervencij je posledica urgentnih sprejemov preko vikenda, ki pogosto zahtevajo bolj podrobno obravnavo. Največ vpliva na skupno število intervencij ima obveščanje po telefonu oz. klicanje po čakalni listi in prav tako urejanje operativnega plana, urejanje po čakalni vrsti pacientov, ki so na novo uvrščeni.

Kljub temu, da kirurgija s pospešenim okrevanjem ni novo področje, organizacijske spremembe za zdravstveno nego niso široko opisane. Glavna sprememba je krajša hospitalizacija, ki poveča število prostih postelj, le-to pa posledično vodi v višje število

sprejemov in hkrati večjo obremenitev osebja (Foss, 2011; Specht, et al., 2015). Spremembe, ki jih prinaša protokol kirurgije s pospešenim okrevanjem, so s kontinuiranimi optimizacijami in kreativnim razmišljanjem pokazale, kako je mogoče optimalno zagotoviti zdravstveno oskrbo (Specht, et al., 2015). Naši podatki kažejo vsakoletni porast pacientov, ki so obravnavani na kirurških oddelkih. Zaradi dobro koordiniranega poteka hospitalizacije se zmanjšuje število premestitev na Oddelek za zdravstveno nego, posledično je več pacientov odpuščenih domov, kar potrjuje tudi povečano število posredovanih poročil patronažni službi za nadaljnjo oskrbo. Zabeleženo je tudi višje število prvih domskih ureditev in aktivacije izvajalcev zdravstvene nege na domu.

Vodenje čakalne liste, urejanje operativnega programa, klicanje pacientov na predviden poseg, informiranje pacientov in svojcev/skrbnikov glede poteka oskrbe, edukacija o poteku življenja doma po opravljenem posegu, priprava dokumentacije, ki je potrebna za izvedbo posega, udeležba na vizitah... To je le nekaj elementov dnevnega delokroga, ki ga opravljajo koordinatorji kirurške zdravstvene oskrbe. Rezultati nam z gotovostjo pritrdijo, da so koordinatorji obremenjeni. Razvidna je največja obremenjenost pri prenaročanju pacientov, saj to izniči velik del predhodnih prizadevanj, vloženih v pripravo pacienta na operativni poseg. Veliko je tudi zahtevne komunikacije v tem delu, saj se nezadovoljstvo pacienta z zamikom operativnega dneva poveča. Večino komunikacije predstavljajo telefonski klici, ki so skupaj s podajanjem informacij pacientom in njihovim svojcem/skrbnikom, kot tudi koordinacijo odpustov drugi najbolj obremenjujoč dejavnik. To trditev lahko potrdimo s kontrolno listo, saj skupno vsoto vseh naštetih intervencij doseže skoraj polovico opravljenih intervencij v enem tednu.

V tretjem raziskovalnem vprašanju nas je zanimalo, v kakšnem razmerju je uporaba opravljenih tehničnih metod in mehkih postopkov dela. V celotnem tednu opravijo koordinatorji kirurške oskrbe 120 tehničnih metod dela (npr. tehtanje, merjenje višine, dodatno naročanje preiskav) in 902 mehkih postopkov dela. Torej je razmerje tehnične metode: mehke metode = 1 : 7,5. Komunikacija, prilagodljivost glede na potrebe pacienta (holistična obravnava), reševanje problemov, timsko delo, upravljanje s časom, vodstvene sposobnosti, vse to so elementi, ki opisujejo delo koordinatorja kirurške

zdravstvene oskrbe. Specht, et al. (2015) poudarjajo bistvenost medicinske sestre pri koordinaciji celotne obravnave pacienta. Zdravstvena nega se je pri kirurških pacientih pogosto podcenjevala. Vloga medicinske sestre se pri raziskavah na kirurških področjih pogosto ni ocenjevala (Hübner, et al., 2015). Kljub drugačni razporeditvi dela in v povprečju pet dni krajši ležalni dobi, število ur, ki jih medicinska sestra porabi za delo s pacienti ostalo enako, vsebina pa je spremenjena. Povečan pretok pacientov je prispeval k večji organizacijski obremenitvi medicinske sestre. Njene naloge so zaradi kratke hospitalizacije pacientov izjemno skoncentrirane, vendar je oddelek, ki deluje po principih kirurgije s pospešenim okrevanjem pokazal stroškovno učinkovitost (Specht, et al. 2015). Hübner, et al. (2015) je raziskoval delokrog medicinskih sester po vpeljavi klinične poti pri obravnavi kirurških pacientov na populaciji 276 pacientov iz University Hospital of Lausanne v Švici. Prišli so do ugotovitve, da se aktivnosti medicinske sestre spremenijo, saj dovršen del tehničnih postopkov nadomesti psihološka podpora. Le-ta vključuje informiranje, motiviranje in učenje. Zgodnje aktivnosti, kot so natančno informiranje ter skrbna priprava pacienta, so izredno pomembni, kajti rezultat so na ta račun zmanjšane druge naloge medicinske sestre pri delu s pacientom (Hübner, et al., 2015). Tudi raziskava Książek, et al. (2011) kaže, da ima medicinska sestra več nalog na področju psihične priprave in podpore.

3.5.1 Omejitve raziskave

Omejitve raziskave predstavlja majhen vzorec anketiranih. Glede na specifičnost delovnega mesta in malega števila koordinatorjev kirurške zdravstvene obravnave v Sloveniji bi bilo smiselno zajeti vse koordinatorje zdravstvene obravnave v Sloveniji. Upoštevati in raziskati bi bilo potrebno razlike v organizaciji službe koordinatorjev v različnih zdravstvenih ustanovah in njihove različne delovne naloge in obremenitve. Raziskave o obremenjenosti koordinatorjev kirurške zdravstvene oskrbe nismo našli. Smotno bi bilo razširiti časovno obdobje opazovanja na daljše časovno obdobje in uporabiti bolj sofisticirano kontrolno listo, da bi bilo teh aktivnosti več. Omeniti je potrebno tudi pandemijo covid-19, katera je spremenila delokrog in intervencije koordinatorjev kirurške zdravstvene oskrbe, katerih pa nismo beležili.

4 ZAKLJUČEK

Koordinatorji kirurške zdravstvene oskrbe so nepogrešljiv del kirurškega oddelka Splošne bolnišnice Jesenice. V času, ko je kirurgija s pospešenim okrevanjem že zlati standard obravnave kirurških pacientov, se koordinatorji kirurške zdravstvene oskrbe srečujejo z vse večjimi obremenitvami. Strokovna poročila Splošne bolnišnice Jesenice zadnja leta kažejo na vsakoletno povečanje števila obravnavanih pacientov na kirurškem oddelku. Kljub temu pa se ležalna doba ne povečuje, kar lahko pripišemo dobri organizaciji dela. K obremenitvam pa ne prispeva samo dodatno povečanje števila pacientov, vendar kompleksnost le-teh. Prebivalstvo v Sloveniji se stara, s podaljševanjem življenjske dobe pa se povečuje število prebivalstva, ki ima vsaj eno ali več pridruženih bolezni. Zaradi teh razlogov potrebuje več pacientov multidisciplinarno oskrbo, ki jo je potrebno glede na dane prostorske, kadrovske zasedbe in finančne zmožnosti natančno koordinirati.

Podajanje informacij, edukacija pacientov in njihovih svojcev/skrbnikov je med najpomembnejšimi segmenti pri obravnavi kirurških pacientov, saj jih s tem dobro pripravimo na operativni poseg, ki je za paciente velik stresni dejavnik. Pri podajanju informacij moramo razlago le-te prilagoditi in podati na pacientu razumljiv način. V nasprotnem primeru lahko povzročimo veliko škode. V dobi digitalne tehnologije, kjer informacije niso težko dostopne, je potrebno pacientu zagotoviti točne, natančne in jedrnate informacije.

5 LITERATURA

Aasa, A., Hovbäck, M. & Berterö, C.M., 2013. The importance of preoperative information for patient participation in colorectal surgery care. *Journal of Clinical Nursing*, 22(11-12), pp. 1604-1612. <https://doi.org/10.1111/jocn.12110>

Abeles, A., Kwasnicki, R.M. & Darzi, A., 2017. Enhanced recovery after surgery: Current research insights and future direction. *World journal of gastrointestinal surgery*, 9(2), pp. 37–45. <https://doi.org/10.4240/wjgs.v9.i2.37>

Alawadi, Z.M., Leal, I., Phatak, U.R., Flores-Gonzalez, J. R., Holihan, J. L., Karanjawala, B.E., Millas, S.G. & Kao, L.S., 2016. Facilitators and barriers of implementing enhanced recovery in colorectal surgery at a safety net hospital: A provider and patient perspective. *Surgery*, 159(3), pp. 700–712. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2015.08.025>

Berian, J.R., Ban, K.A., Liu, J.B., Ko, C.Y., Feldman, L.S. & Thacker, J.K., 2019. Adherence to Enhanced Recovery Protocols in NSQIP and Association With Colectomy Outcomes. *Annals of surgery*, 269(3), pp. 486–493. <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000002566>

Bernard, H. & Foss, M., 2014a. Patient experiences of enhanced recovery after surgery (ERAS). *British Journal of Nursing*, 23(2), pp. 100-102, 104- 106. <https://doi.org/10.12968/bjon.2014.23.2.100>

Bernard, H. & Foss, M., 2014b. The impact of the enhanced recovery after surgery (ERAS) programme on community nursing. *British journal of community nursing*, 19(4), pp. 184–188. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2014.19.4.184>

Bernot, M., 2019. Koordinirana paliativna oskrba. In: A. Istenič, ed. *46. Strokovni festival: zbornik predavanj. Ljubljana, 29. maj 2019*. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji pri Zbornici zdravstvene in babiške nege -

Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 74-82.

Bregar, B., Peterka Novak, J. & Možgan, B., 2011. Doživljanje stresa pri zaposlenih v zdravstveni negi na področju psihiatrije. *Obzornik zdravstvene nege*, 45(4), pp. 253–262.

Case Management Society of America (CMSA), n.d. *What is a case manager?* [online] Available at: <https://www.cmsa.org/who-we-are/what-is-a-case-manager/> [Accessed 14 Avgust 2019]

Commission for Case Manager Certification, 2018. *Introduction to the Case Management Body of Knowledge*. [online] Available at: <https://cmbodyofknowledge.com/content/introduction-case-management-body-knowledge/> [Accessed 7 November 2019]

Challis, D., Hughes, J., Berzins, K., Reilly, S., Abell, J., Stewart, K. & Bowns, I., 2011. Implementation of case management in long-term conditions in England: survey and case studies. *Journal of health services research & policy*, 16(1), pp. 8–13. <https://doi.org/10.1258/jhsrp.2010.010078>

Chan, Z., Kan, C., Lee, P., Chan, I. & Lam, J., 2012. A systematic review of qualitative studies: patients' experiences of preoperative communication. *Journal of clinical nursing*, 21(5-6), pp. 812–824. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03942.x>

Corvol, A., Moutel, G. & Somme, D., 2016. What ethics for case managers? Literature review and discussion. *Nursing Ethics*, 23(7), pp. 729–742. <https://doi.org/10.1177/0969733015583182>

Čuk, V. & Klemen, J., 2010. Izgorevanje osebja v zdravstveni negi na psihiatričnem področju. *Obzornik Zdravstvene Nege: Strokovno Glasilo Zveze Društev Medicinskih Sester in Zdravstvenih Tehnikov Slovenije*, 44(3), pp. 179–187.

den Hartog, Y.M., Mathijssen, N.M. & Vehmeijer, S.B., 2013. Reduced length of hospital stay after the introduction of a rapid recovery protocol for primary THA procedures. *Acta orthopaedica*, 84(5), pp. 444–447. <https://doi.org/10.3109/17453674.2013.838657>

Department of Health, 2009. *Commissioning personalised care planning*. [pdf] Department of Health. Available at: http://www.cpa.org.uk/uploads/1/2/1/3/12136843/dh_2009-personalised_care_planning_-_supporting_people_with_long_term_conditions.pdf [Accessed 20 November 2020]

Dolžan Lindič, H. & Kramar, Z., 2009. Sodobna organizacijska oblika kakovostne obravnave pacienta je tudi »case management«. In: S. Majcen Dvoršak, ed. *Medicinske sestre in babice - znanje je naša moč. 7. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije, Ljubljana, 11.-13. maj 2009*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 133-138.

Doménech-Briz, V., Gómez Romero, R., de Miguel-Montoya, I., Juárez-Vela, R., Martínez-Riera, J.R., Mármol-López, M.I., Verdeguer-Gómez, M.V., Sánchez-Rodríguez, Á. & Gea-Caballero, V., 2020. Results of Nurse Case Management in Primary Health Care: Bibliographic Review. *International journal of environmental research and public health*, 17(24), p. 9541. <https://doi.org/10.3390/ijerph17249541>

Donohoe, C.L., Nguyen, M., Cook, J., Murray, S.G., Chen, N., Zaki, F., Mehigan, B.J., McCormick, P.H. & Reynolds, J.V., 2011. Fast-track protocols in colorectal surgery. *The surgeon : journal of the Royal Colleges of Surgeons of Edinburgh and Ireland*, 9(2), pp. 95–103. <https://doi.org/10.1016/j.surge.2010.07.013>

Foss, M., 2011. Enhanced recovery after surgery and implications for nurse education. *Nursing standard*, 25(45), pp. 35–39. <https://doi.org/10.7748/ns2011.07.25.45.35.c8625>

Fraser, K., Baird, L.G., Laing, D., Lai, J. & Punjani, N.S., 2019. Factors That Influence Home Care Case Managers' Work and Workload. *Professional case management*, 24(4), pp. 201–211. <https://doi.org/10.1097/NCM.0000000000000320>

Fraval, A., Chandrananth, J., Chong, Y.M., Coventry, L.S. & Tran, P., 2015. Internet based patient education improves informed consent for elective orthopaedic surgery: a randomized controlled trial. *BMC Musculoskeletal Disord*, 16(14). <https://doi.org/10.1186/s12891-015-0466-9>

Gajić J., 2012. *Obremenjenost medicinskih sester v Splošni Bolnišnici Jesenice: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede.

Gillis, C., Nguyen, T.H., Liberman, A.S. & Carli, F., 2015. Nutrition adequacy in enhanced recovery after surgery: a single academic center experience. *Nutrition in clinical practice: official publication of the American Society for Parenteral and Enteral Nutrition*, 30(3), pp. 414–419. <https://doi.org/10.1177/0884533614562840>

Grothier, L., 2012. A future for specialist nursing? *British Journal of Community Nursing*, 17(12), p. S5.

Hafner, G., 2011. *Enodnevna obravnava bolnika pri operaciji dimeljske kile v lokalni anesteziji in pomen informiranja širše javnosti: diplomsko delo*. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede.

Herbert, G., Sutton, E., Burden, S., Lewis, S., Thomas, S., Ness, A. & Atkinson, C., 2017. Healthcare professionals' views of the enhanced recovery after surgery programme: a qualitative investigation. *BMC health services research*, 17(1), p. 617. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2547-y>

Hübner, M., Addor, V., Sliker, J., Griesser, A.C., Lécureux, E., Blanc, C. & Demartines, N., 2015. The impact of an enhanced recovery pathway on nursing workload: A

retrospective cohort study. *International journal of surgery*, 24(Part A), pp. 45–50. <https://doi.org/10.1016/j.ijisu.2015.10.025>

Johnson, P. & Griggs, C., 2018. How lack of physiotherapist out-of-hours led to nurses developing their role: A UK case study. *International journal of orthopaedic and trauma nursing*, 28, pp. 30–32. <https://doi.org/10.1016/j.ijotn.2017.08.002>

Kadivec, S., 2011. Zdravstveno vzgojni programi v Univerzitetni kliniki za pljučne bolezni in alergijo Golnik. In: J. Farkaš – Lainščak & M. Košnik, eds. *Promocija zdravja v bolnišnicah: zbornik prispevkov z recenzijo, Golnik, 25. november 2011*. Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, pp. 14-21.

Kadivec, S., Lainščak, M., Košnik, M. & Farkaš-Lainščak, J., 2015. Zadovoljstvo bolnikov s kronično obstruktivno pljučno boleznijo z obravnavo koordinatorja odpusta. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 49(3). <https://doi.org/10.14528/snr.2015.49.3.54>

Karadžić Šmitran, D. & Mulalić, S., 2012. Od koordinatorja primera do koordinatorja odpusta v Splošni bolnišnici Jesenice. In: M. Bahun, Z. Kramar & B. Skela Savič, eds. *Trajnostni razvoj na področju kakovosti in varnosti; povezava med akreditacijo in varno ter kakovostno obravnavo pacientov. 5. dnevi Angele Boškin: zbornik prispevkov. Kranjska Gora, september, 2012*. Jesenice: Splošna bolnišnica in Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 32–35.

Kehlet, H., 2009. Multimodal approach to postoperative recovery. *Current opinion in critical care*, 15(4), pp. 355–358. <https://doi.org/10.1097/MCC.0b013e32832fbbe7>

Kern, A., 2018. *Spremenjene obremenitve medicinskih sester pri pacientih vodenih po principih kirurgije s pospešenim okrevanjem: diplomsko delo*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin.

Książek, I., Stefaniak, T.J., Stadnyk, M. & Książek, J., 2011. Burnout syndrome in surgical oncology and general surgery nurses: a cross-sectional study. *European journal*

of oncology nursing: the official journal of European Oncology Nursing Society, 15(4), pp. 347–350. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2010.09.002>

Kugonič, N., 2013. Sindrom izgorevanja pri zaposlenih v nujni medicinski pomoči. *Obzornik zdravstvene nege*, 47(3), pp. 268-275.

Kvas, A., 2011. Medicinske sestre na področju promocije zdravja in zdravstvene vzgoje: kje smo, kam gremo? In: A. Kvas, ed. *Zdravstvena vzgoja- moč medicinskih sester. Ljubljana, 2011*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, pp. 33–25.

Lah, S., 2012. Vloga koordinatorja primera pri celostni obravnavi kirurškega bolnika v Splošni bolnišnici Celje. In: D. Plank & J. Uršič, eds. *Povezovanje teorije in prakse za večjo kakovost v zdravstveni negi. 13. strokovno srečanje medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov celjske regije. Celje, 12. 10. 2012*. Celje: Splošna bolnišnica Celje, pp. 25-30.

Lavtižar, J., Torkar, A. & Rems, M., 2009. Timski pristop pri pripravi pacienta na operativni poseg resekcija raka na debelem črevesu, po programu pospešenega okrevanja – fast track. [pdf] Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Available at: https://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/kongres_zbn_7/pdf/332F.pdf [Accessed 12 October 2020].

Lavtižar, J. & Sivec, G., 2013. Vloga koordinatorja odpusta pacienta v Splošni Bolnišnici Jesenice. In: D. Klemenc, S. Majcen Dvoršak & T. Štemberger Kolnik, eds. *9. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije, Moč za spremembe – medicinske sestre in babice smo v prvih vrstah zdravstvenega sistema, Brdo pri Kranju, 9. in 10. maj 2013*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Nacionalni center za strokovni, karierni in osebnostni razvoj medicinskih sester in babic, pp. 11-17.

Lassen, K., Soop, M., Nygren, J., Cox, P.B., Hendry, P.O., Spies, C., von Meyenfeldt, M.F., Fearon, K.C., Revhaug, A., Norderval, S., Ljungqvist, O., Lobo, D.N., Dejong, C.H. & Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Group, 2009. Consensus review of optimal perioperative care in colorectal surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Group recommendations. *Archives of surgery*, 144(10), pp. 961–969. <https://doi.org/10.1001/archsurg.2009.170>

Levine, W.C. & Dunn, P.F., 2015. Optimizing Operating Room Scheduling. *Anesthesiology clinics*, 33(4), pp. 697–711. <https://doi.org/10.1016/j.anclin.2015.07.006>

Lindič, H., Kramar, Z. & Rems, M., 2010. Klinična pot in koordinator primera. In: Z. Kramar, ed. *Strokovni seminar, Dan Angele Boškin*. Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice, p. 41.

Ljungqvist, O., Scott, M. & Fearon, K.C., 2017. Enhanced Recovery After Surgery: A Review. *JAMA surgery*, 152(3), pp. 292–298. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2016.4952>

Maempel, J.F., Clement, N.D., Ballantyne, J.A. & Dunstan, E., 2016. Enhanced recovery programmes after total hip arthroplasty can result in reduced length of hospital stay without compromising functional outcome. *The bone & joint journal*, 98-B(4), pp. 475–482. <https://doi.org/10.1302/0301-620X.98B4.36243>

Marfleet, F., Trueman, S. & Barber, R., 2013. *National Standards of Practice for Case Management*. 3rd ed. Case Management Society of Australia & New Zealand.

Maze, H. & Plank, D., 2012. *Zdravstvena nega in raziskovanje. Skripta predavanj za študijsko leto 2012/2013*. [pdf] Visoka zdravstvena šola v Celju. Available at: http://www.vzsce.si/si/files/default/pdf/spletna_gradiva/Skripta_ZN2012-13_3646Z.pdf [Accessed 28 July 2021].

McDonald, S., Page, M.J., Beringer, K., Wasiak, J. & Sprowson, A., 2014. Preoperative education for hip or knee replacement. *The Cochrane database of systematic reviews*, 5. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003526.pub3>

Ministrstvo za zdravje, 2015 *Optimizacija zdravstvene oskrbe*. [pdf] Ministrstvo za zdravje. Available at: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/Analiza/ppt/DS5-_Vesna_Petric-3-11-15.pdf [Accessed 9 Avgust 2019].

Ministrstvo za zdravje, 2011. *Strategija razvoja zdravstvene nege in oskrbe v zdravstvenem varstvu v RS za obdobje 2011–2020*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.

Mira, J.J., Nuño-Solinís, R., Fernández-Cano, P., Contel, J.C., Guilabert-Mora, M. & Solas-Gaspar, O., 2015. Readiness to tackle chronicity in Spanish health care organisations: a two-year experience with the Instrumento de Evaluación de Modelos de Atención ante la Cronicidad/Assessment of Readiness for Chronicity in Health Care Organisations instrument. *International journal of integrated care*, 15(4). <https://doi.org/10.5334/ijic.1849>

Mulalić, S. & Rems, M., 2016. Vloga koordinatorja zdravstvene oskrbe pri celostni obravnavi pacienta. In: N. Kregar Velikonja, ed. *Mednarodna znanstvena konferenca, Celostna obravnava pacienta. Novo Mesto, 11. november*. Novo Mesto: Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto, p. 56.

Mušič, A., 2012. Medicinske sestre in povezanost splošnega zadovoljstva na delovnem mestu s komuniciranjem v timu, z zdravnikom in z vodstvom. In: A. Trnavčević, ed. *Zbornik 9. festivala raziskovanja ekonomije in managementa. Koper-Celje-Škofja Loka, 29.-31. marec 2012*. Koper: Fakulteta za management, pp. 31-37.

National Cancer Institute Communication in Cancer Care (PDQ®)–Health Professional Version (NCI). [online] Available at: <https://www.cancer.gov/about-cancer/coping/adjusting-to-cancer/communication-hp-pdq> [Accessed 10 July 2020].

Ovijač, D., 2009. Medsebojni odnosi v zdravstvenem timu. In: A. Kvas, Đ. Sima & B.M. Kaučič, eds. *Preprečimo, da nas strese stres na delovnem mestu. Ljubljana, 16. oktober 2009*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, pp. 9-35.

Pajnkihar, M. & Jakl, D., 2013. Razvoj in aplikacija specialnega znanja medicinskih sester. In: B. Skela Savič, S. Hvalič Touzery, J. Zorc & K. Skinder Savič, eds. *Zahtevnejše oblike dela v zdravstveni negi: Mednarodni pristopi in stanje v Sloveniji: konferenčni zbornik. Ljubljana, 27. marec 2013*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, pp. 96-101.

Pecorelli, N., Fiore, J.F. Jr., Kaneva, P., Somasundram, A., Charlebois, P., Liberman, A.S., Stein, B.L., Carli, F. & Feldman, L.S., 2018. An app for patient education and self-audit within an enhanced recovery program for bowel surgery: a pilot study assessing validity and usability. *Surgical endoscopy*, 32(5), pp. 2263–2273.
<https://doi.org/10.1007/s00464-017-5920-3>

Podkrižnik, B., 2013. Vloga koordinatorja odpusta v Splošni bolnišnici Celje. In: D. Plank, ed. *14. strokovno srečanje medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov celjske regiji. Skupaj zmoremo ustvariti boljši jutri. Celje 11. oktober 2013*. Celje: Splošna bolnišnica Celje, pp. 18-25.

Rems, M., Jurekovič, V. & Studen Pauletič, P., 2014. Kirurgija s pospešenim okrevanjem pri bolnikih s kolorektalnim rakom v Sloveniji 2012. *Zdravniški vestnik*, 83(2), pp. 115-126.

Ross, T.K., 2014. *Health care quality management: tools and applications*. 1st ed. San Francisco: John Wiley & Sons.

Sekse, R., Hunskaar, I. & Ellingsen, S., 2018. The nurse's role in palliative care: A qualitative meta-synthesis. *Journal of clinical nursing*, 27(1-2), pp. e21–e38.
<https://doi.org/10.1111/jocn.13912>

Silvester, T. & Kacijan, B., 2019. Enhanced recovery after surgery for hip and knee arthroplasty: Our experiences at the department of orthopedic surgery in GH Jesenice. *Zdravniški Vestnik*, 88(5–6), pp. 225–234. <https://10.6016/ZdravVestn.2691>.

Simčič, B., 2019. Splošna bolnišnica Jesenice prejela prvo nagrado za najboljšo prakso v zdravstvu. *Bolje*, 2019(30), pp. 8-9.

Sjetne, I. S., Krogstad, U., Ødegård, S. & Engh, M.E., 2009. Improving quality by introducing enhanced recovery after surgery in a gynaecological department: consequences for ward nursing practice. *Quality & safety in health care*, 18(3), pp. 236–240. <https://doi.org/10.1136/qshc.2007.023382>

Skrivarnik, S., 2010. *Zdravstveno vzgojno delo pri pacientkah z gestacijskim diabetesom: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Specht, K., Kjaersgaard-Andersen, P., Kehlet, H. & Pedersen, B.D., 2015. Nursing in fast-track total hip and knee arthroplasty: A retrospective study. *International journal of orthopaedic and trauma nursing*, 19(3), pp. 121–130. <https://doi.org/10.1016/j.ijotn.2014.10.001>

Splošna bolnišnica Jesenice, 2015. *Strokovno poročilo Splošne bolnišnice Jesenice za leto 2015*. [pdf] Splošna bolnišnica Jesenice. Available at: https://www.sb-je.si/uploads/jesenice/public/document/32-strokovno_porocilo_2015_sl.pdf [Accessed 15 Junij 2020].

Splošna bolnišnica Jesenice, 2016. *Strokovno poročilo Splošne bolnišnice Jesenice za leto 2016*. [pdf] Splošna bolnišnica Jesenice. Available at: https://www.sb-je.si/uploads/jesenice/public/document/33-strokovno_porocilo_2016_sl.pdf [Accessed 15 Junij 2020].

Splošna bolnišnica Jesenice, 2017. *Strokovno poročilo Splošne bolnišnice Jesenice za leto 2017*. [pdf] Splošna bolnišnica Jesenice. Available at: https://www.sb-je.si/uploads/jesenice/public/document/34-strokovno_porocilo_2017_sl.pdf [Accessed 15 Junij 2020].

je.si/uploads/jesenice/public/_custom/SBJ-Strokovno-porocilo-2017-poprava-koncna.pdf [Accessed 15 Junij 2020].

Štemberger Kolnik, T., 2011. Opolnomočenje pacienta s kronično boleznijo. In: A. Kvas, ed. *Zdravstvena vzgoja – moč medicinskih sester: zbornik prispevkov z recenzijo*. Ljubljana, 2011. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, pp. 119–126.

Štor, Z., 2009. Fast track kirurgija – uporabnost v vsakdanji praksi. In: M. Tonin, A. Tomažič & A. Kristan, eds. *XLIV. podiplomski tečaj kirurgije: zbornik predavanj*. Ljubljana, 11.-12. junij 2009. Ljubljana: Združenje kirurgov Slovenije, Slovensko zdravniško društvo, pp. 127-135.

van den Oetelaar, W., van Stel, H. F., van Rhenen, W., Stellato, R. K., & Grolman, W. 2018. Mapping nurses' activities in surgical hospital wards: A time study. *PloS one*, 13(4). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191807>

Vrtačnik, K., 2012. *Aplikacija teorije Dorothee Orem v procesu zdravstvene oskrbe kroničnega pacienta v referenčni ambulanti: diplomsko delo*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice.

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2016. *Povabilo k vpisu v program izobraževanja za specialno znanje – koordinator zdravstvene obravnave*. [online] Available at: <http://www.zbornica-zveza.si/sl/povabilo-k-vpisu-v-program-izobrazevanja-za-specialno-znanje-koordinator-zdravstvene-obravnave> [Accessed 13 Avgust 2020].

Zbornica-Zveza, 2021. *Analiza razmer na trgu dela in predlog politik ter ukrepov kadrovske strategije v dejavnosti zdravstvene in babiške nege*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2021. *Poklicne kompetence in aktivnosti izvajalcev v dejavnosti zdravstvene nege z razlago*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Zwitter, M., 2009. Komunikacija z onkološkim bolnikom. In: S. Novaković, M. Hočevar, B. Jezeršek Novaković, P. Strojjan & J. Žgajnar, eds. *Onkologija: raziskovanje, diagnostika in zdravljenje raka*. Ljubljana: Mladinska knjiga, pp. 214–219.

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT

VPRAŠALNIK

1. Spol:

- a) Ženska.
- b) Moški.

2. Starost: _____ let.

3. Izobrazba:

- a) Srednješolska izobrazba.
- b) Višje ali visokošolska izobrazba.
- c) Univerzitetna izobrazba.

4. Delovna doba v Splošni bolnišnici Jesenice: _____ let.

5. Delovna doba na tem delovnem mestu: _____ let.

V naslednji tabeli obkrožite številko, ki najbolj oceni vašo stopnjo strinjanja z navedenimi trditvami.

6. Trditve

	Sploh se ne strinjam	Ne strinjam se	Niti se strinjam, niti se ne strinjam	Strinjam se	Popolnoma se strinjam
1. Sem dovolj izobražen/a za opravljanje trenutnega dela.	1	2	3	4	5
2. V zadnjem letu sem opravil/a izobraževanje/usposabljanje iz tega področja.	1	2	3	4	5
3. V naši ustanovi zagotavljajo interna izobraževanja, ki mi pomagajo pri opravljanju dela,	1	2	3	4	5
4. Želel/a bi se dodatno izobraževati na področju na katerem delam.	1	2	3	4	5
5. Na delovnem mestu se počutim obremenjeno.	1	2	3	4	5
6. Obremenjuje me:					

Administrativno delo	1	2	3	4	5
Telefonski klici	1	2	3	4	5
Podajanje informacij pacientom in njihovim svojcem	1	2	3	4	5
Koordiniranje sprejemov	1	2	3	4	5
Koordiniranje odpustov	1	2	3	4	5
Prenaročanje pacientov	1	2	3	4	5

KONTROLNA LISTA

Datum: _____

1. Priprava na sprejem in operativni poseg

Aktivnost	Predvideno povprečno trajanje glede na izkušnje koordinatoric	Število aktivnosti v 1 dnevu
Obveščanje po telefonu oz. klicanje po čakalni listi in priprava pacienta na operativni poseg.	_____minut	
Izvajanje predoperativne šole Fast track	_____minut	
Obveščanje po e-pošti.	_____minut	
Informiranje pacienta o načrtovani operaciji in potrebni predoperativni dokumentaciji.	_____minut	
Urejanje operativnega plana.	_____minut	
Priprava sprejemne dokumentacije (temperaturni listi, anamneze, klinične poti, napotnice...)	_____minut	

2. Sprejem pacienta

Aktivnost	Predvideno povprečno trajanje glede na izkušnje koordinatoric	Število aktivnosti v 1 dnevu
Odvzem anamneze	_____minut	
Tehtanje, merjenje višine, merjenje vitalnih funkcij.	_____minut	
Dodatno naročene preiskave (laboratorij, EKG, RTG, CT,...)	_____minut	

3. Priprava pacienta na varen odpust

Aktivnost	Predvideno povprečno trajanje glede na izkušnje koordinatoric	Število aktivnosti v 1 dnevu
Planiranje odpusta	_____minut	
Urejanje pripomočkov s strani ZZS.	_____minut	
Edukacija oz. informacije pacientom in svojcem.	_____minut	
Aktiviranje socialne službe.	_____minut	
Kontakti s patronažno službo.	_____minut	
Urejanje domskih namestitev.	_____minut	
Telefonski klic pacienta po odpustu.	_____minut	

4. Sestanki in drugo delo vezano na koordinatorsvo

Aktivnost	Predvideno povprečno trajanje glede na izkušnje koordinatoric	Število aktivnosti v 1 dnevu
Pregled e-pošte in odgovarjanje nanjo.	_____minut	
Telefonski klici za organizacijo dela.	_____minut	
Udeležba na sestankih/konzilijih.	_____minut	
Dokumentiranje svojega dela.	_____minut	