

ZAGOTAVLJANJE ETIČNIH NAČEL DOBRONAMERNOSTI IN NEŠKODLJIVOSTI V ZDRAVSTVENIH USTANOVAH

RESPECTING ETHICAL PRINCIPLES OF BENEFICENCE AND NONMALEFICENCE
IN HEALTH CARE INSTITUTIONS

Saša Kadivec

UDK/UDC 614.52

DESKRIPTORJI: *etika zdravstvene nege; zdravstvene službe*

DESCRIPTORS: *ethics, nursing; health services*

Izvleček – Članek prikazuje načine zagotavljanja etičnih načel dobronamernosti in neškodljivosti v zdravstvenih ustanovah. Prvi del članka opisuje načela dobronamernosti in neškodljivosti, nastanek neugodnih dogodkov in načine, kako jih vgraditi v sistem izboljševanja kakovosti. Namen vzpostavitve sistema spremljanja neugodnih dogodkov je v preprečevanju novih pojavov in slabih izidov v zdravstveni negi. Drugi, empirični del članka raziskuje zastavljena vprašanja na temo upoštevanja etičnih načel v praksi. Avtorica ugotovi, da se na delovnih mestih premalo pogovarjamo o etičnih dilemah in da neupoštevanje smernic v praksi rešujemo kolegialno med seboj. Na koncu so predstavljene predlogi za strategijo programa za izboljševanje kakovosti.

Abstract – The article presents methods of ethical principles of beneficence and nonmaleficence assurance in health care institutions. The first part deals with the principles of beneficence and nonmaleficence, the occurrence of unfavourable events and ways of their inclusion into the system of quality assurance. The purpose of the establishment of the system of monitoring of unfavourable events is preventions of them in the future and prevention of malpractice in nursing care. The second part of the article brings the empirical analysis of the answers to the questions about the use of ethical principles in practice. In conclusion, the author assesses that more discussion of ethical dilemmas would have been required in the workplace and that consideration of directions in practice is solved more or less on a peer to peer basis. In conclusion propositions for the strategy of the program for quality assurance are presented.

Uvod

Na splošno se etične vrednote in pravila nanašajo na odnos do drugih ljudi, do ostalih živih bitij in do samega sebe. Vsebujejo vzorec o tem, kako naj bi človek živel, katere pravice in dolžnosti ima ter kako mora in sme delati (Grbec, 1992). Medicinske sestre pri svojem delu izvajajo nenehno presojo, ki se nanaša na zdravje in dobro počutje posameznika, družine ter ostalih skupin prebivalstva. Etična vprašanja, s katerimi se medicinske sestre srečujejo pri vsakdanjem delu, so predvsem: »Ali delam prave stvari?« in »Ali jih delam dobro?« Na to presojo bistveno vplivajo njene etične kakovosti in sistem vrednot.

Najpogostejša in najpomembnejša etična načela, ki vodijo profesionalno vedenje v zdravstveni negi, so: spoštovanje avtonomije, načelo dobrotelčnosti, načelo neškodljivosti, procesi ocenjevanja in zagotavljanja kakovosti, odnosi med zaposlenimi in tudi urejanje na finančnem področju (Gaucher, Coffey, 1990).

Glavna etična načela za področje zdravstvene nege so opredeljena v kodeksu etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov vsake države posebej.

Dve od štirih etičnih načel sta ne škodovati, ne povzročati škode in pa dobronamernost, delati dobro. Z vsemi štirimi etičnimi načeli se medicinske sestre podrobneje seznanijo v svojem kodeksu (Kodeks etike, 1994).

Šesto načelo Kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije pravi, da mora delovanje medicinskih sester temeljiti izključno na odločitvah v korist varovanca (Kodeks etike, 1994). V tem načelu so izpostavljene vodstvene medicinske sestre, ki nosijo posebno odgovornost, ki izhaja iz skrbi za sedanje in bodoče varovance. Dolžne so vzpostaviti tak sistem organizacije, ki bo omogočal čim višjo kakovost dela ter ščitil varovanca pred nestrokovno, neetično in samovoljno dejavnostjo članov službe zdravstvene nege.

Mag. Saša Kadivec, prof. zdr. vzg., Bolnišnica Golnik, KOPA, E-pošta: sasa.kadivec@klinika-golnik.si

Članek je bil objavljen v knjigi Zdravstvena nega v luči etike, ki jo je izdalo Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana in ga objavljamo s soglasjem izdajatelja.

Pri etičnih načelih dobronamernosti in neškodljivosti je pomembno, da medicinske sestre same preso-jajo lastne vrednote in jih skušajo opredeliti. Naša lastna predstava o nas samih in našem delovanju je lahko precej izkrivljena. Danes imamo za presojo svojih vrednot precej mehanizmov. Eden pomembnih je vzgoja in izobraževanje, ki pomagata medicinski sestri pri razvoju osebnosti, ki naj bo samostojna, kompetentna in odgovorna do etičnih vprašanj, s katerimi se sooča.

V primeru, da so v zdravstveni negi nekatera navo-dila in sporočila manj jasna, je vodstvo odgovorno za vzpostavitev takšnih pogojev, ki bodo omogočili, da bodo na voljo enotni in jasni postopki in doktrine za posamezne postopke. Seveda takšno »urejanje« in točno določanje procedur in procesov zahteva veliko dela in porabo virov in povzroča omejevanje kreativnosti (Gaucher, Coffey, 1990).

Zdravstveno nego lahko tako kot širše zdravstveno oskrbo delimo na tri dele:

1. pogoje dela, v katerih zdravstvena nega poteka (številčnost in strokovnost kadra, oprema, prostor),
2. postopek zdravstvene nege (aktivnosti zdravstvene nege),
3. izide zdravstvene nege (na primer stopnja nastanka razjed zaradi pritiska).

Seveda se vsi trije deli zdravstvene nege med seboj tesno prepletajo. Kadar ocenjujemo ustreznost izvedenih postopkov se naša ocena nanaša na izvajanje ukrepov v ustreznih pogojih, zato je tudi te treba ugotoviti. Vsak odklon od pričakovanega načina izvedbe negovalnega postopka je odstopanje (na primer, če medicinske sestre kljub zadostnemu številu antidekubitalnih blazin ogroženemu bolniku ne nudijo vseh možnosti za preprečevanje preležanin). Pričakovani način zdravstvene nege je tisti, ki ga določajo veljavna strokovna spoznanja, ki jih združimo v negovalnih standardih in smernicah (Gaucher, Coffey, 1990; Stamatitis, 1996).

Pri oblikovanju sistema kakovostne zdravstvene nege nastajajo novi problemi, povezani z etiko za izvajalce zdravstvene nege, ki želijo profesionalno avtonomijo in etična pravila, povezana z odločanjem pri delu. Z večjim razponom možnosti, ki jih ponuja sodobna tehnologija, se tudi v zdravstveni negi odpirajo nova vprašanja v zvezi s pravičnostjo pri razporejanju virov: opreme, materiala, kadrov, časa.

Nekatere etične odločitve, povezane z delati dobro in ne škodovati

Pregovor »motiti se je človeško« velja v vsakdanjem življenju, v medicini, in tudi v zdravstveni negi in ga moramo imeti v mislih, ko se srečujemo z odkloni od pričakovanega načina dela in od pričako-

vanih izidov. Ker taki dogodki niso vsakdanji, jih imenujemo izjemni dogodki. Da s svojo dejavnostjo ne smemo povzročati škode bolniku, je načelo, ki ga moramo imeti ves čas v mislih. Pri delu se moramo navaditi shajati s tveganji, ki jih zdravstvena nega prinaša, zato se mora vsak od nas zavedati možnih posledic in zato pri delu uporabljati strokovna spoznanja in smernice. Cilj našega delovanja v zdravstveni negi je varno delo in poštena obravnava neugodnih izidov. Preden lahko kaj rečemo o napakah, moramo povedati, kaj ni napaka oziroma, kaj je prav. Pri opredelitvah kakovostne zdravstvene nege se po navadi sklicujemo na trenutno veljavna strokovna spoznanja, ki jih mora medicinska sestra v določeni situaciji poznati in jih v danih okoliščinah pri bolniku uporabiti.

Lahko rečemo, da je pravilna zdravstvena oskrba tista, pri kateri so bili pravočasno opravljeni pravi ukrepi pri pravem bolniku na pravi način. Vse drugo je odklon od pravilne zdravstvene oskrbe (Kersnik, 2002a).

Odstopanja lahko privedejo do slabših izidov od pričakovanih in pri tem povzročijo škodo bolniku ali varovancu. Kadar pride do neugodnega izida, je pomembno identificirati posamezne faze negovalnega postopka in jih primerjati z ukrepi, ki jih predvideva stroka (negovalni standard, smernica, protokol). V primeru vzročne povezanosti neugodnega izida zaradi očitnega odstopanja od pravil stroke govorimo o zdravstveni napaki. Pri napaki torej ne gre za vsak odklon od norm, ki jih določa stroka, temveč za tista dejanja, ki bolniku povzročijo bistveno škodo na zdravju ali premoženju in je v zakonu zaradi načina izvršitve opredeljeno kot napaka (Kersnik, 2002a).

Kopičenje drobnih odstopanj, ki sama po sebi ne povzročajo velike škode, sčasoma privede do takega načina izvajanja postopkov, katerih izid ne dosega več pričakovane ravni kakovosti. Do odkrivanja takšnih odstopanj nam pomagajo različne oblike nadzora izboljševanja kakovosti: analiza neugodnih dogodkov, pritožni sistem, ocenjevanja in merjenja kakovosti.

Kaj lahko zdravstvena organizacija stori, da omogoči etična ravnanja

Dobronamernost pomeni dolžnost medicinske sestre, da dela dobro, v skladu z dobrim in pospeševati dobro, medtem, ko načelo neškodljivosti pomeni preprečevati škodo ali zmanjšati škodo, kjer je že prisotna. Za medicinsko sestro pomenita ti dve načeli posebno odgovornost za zaščito bolnikov, delovanje v skladu z njihovimi interesi ter preučevanje, kako jim najbolje pomagati. Neškodljivost pomeni tudi upoštevanje negovalnih standardov, ki vključujejo preventivne ukrepe za izogibanje nevarnostim, ki so jim bolniki lahko izpostavljeni (Šmitek, 1998).

Kot strokovnjak na svojem področju mora biti tudi medicinska sestra pripravljena uravnati svoja de-

nja v skladu s specifičnimi vrednotami poklica in zahtevami stroke. Zato je nujno, da zdravstvena organizacija tudi na področju zdravstvene nege uvede sistem izboljševanja kakovosti, s posebnim poudarkom na menedžmentu tveganja.

Menedžment tveganja

Vsi zdravstveni delavci se moramo izogibati tveganju, kjer je le mogoče. To delo nam bo precej olajšano, kadar zagotovimo redne povratne informacije, imamo določen način izvajanja postopkov, ko medicinske sestre sistematično ugotavljajo bolnikove potrebe in ko zagotovimo ostale pogoje.

Že leta medicinske sestre nadzorujejo padce bolnika in spremljajo pojavnost preležanin in razvijajo strategijo, da bi jih preprečile. Študijam, v katerih spremljamo pojavnost padcev in preležanin, navadno sledi priporočilo za preprečevanje njihovega nastanka (Miller, 1992).

Menedžment tveganja je program, namenjen ugotavljanju, vrednotenju in izvajanju potrebnih ukrepov, katerega namen je preprečevanje možnega tveganja, ki vodi v poškodbo bolnika, zaposlenega ali obiskovalca. Prvotno je bil menedžment tveganja usmerjen v napake, informirana soglasja bolnikov za preiskave in pravico zavrniti zdravljenje. Danes je menedžment tveganja orientiran problemsko in mora biti vključen v splošni program stalnega izboljševanja kakovosti.

Program menedžmenta tveganja

Pri menedžmentu tveganja gre za načrtovan program preventive in kontrole odgovornosti. Namen je ugotoviti, analizirati in vrednotiti tveganja ter jih potem razviti v načrt za zmanjševanje pogostnosti in resnosti poškodb in nesreč. Gre za program ugotavljanja, izobraževanja in preventive.

Proces menedžmenta tveganja vključuje vse oddelke in enote v zdravstveni organizaciji. Program mora biti zasnovan široko, s podporo najvišjega menedžmenta, ki zagotovi potrebne vire in pomaga uvajati program. Menedžment tveganja vsebuje naslednje aktivnosti:

- Ugotavljanje možnih tveganj za nesreče, poškodbe ali ekonomsko škodo. Formalna in neformalna komunikacija z vsemi oddelki je najpomembnejša za ugotavljanje problemskih področij.
- Ocena in pregled obstoječega sistema strokovnega nadzora (ki vključuje poročila o nesrečah, strokovnih nadzorih, ustne pritožbe, spremljanje bolnikovega zadovoljstva), vrednotenje izvršenega in določanje dodatnih sistemov za zagotavljanje dejanskih podatkov, ki so potrebni za kontrolo menedžmenta tveganja.
- Analiza pogostnosti, resnosti in vzrokov neugodnih dogodkov. Da lahko načrtujemo strategijo menedž-

menta tveganja, je potrebno oceniti možno izgubo povezano z različnimi tipi dogodkov.

- Ocena varnosti in tveganja med izvajanjem negovalnih postopkov in novih programov.
- Poznavanje zakonov, ki so povezani z varnostjo, soglasjem in oskrbo.
- Odstranitev ali zmanjšanje tveganja v največji možni meri.
- Ocena dela ostalih timov/komisij, da bi določili odgovornosti in priporočila za preprečevanje njihovega nastanka. Primeri so: tim za bolnišnične okužbe, tim za kakovost in tim za menedžment tveganja.
- Vrednotenje rezultatov programa menedžmenta tveganja.
- Zagotavljanje obdobjih poročil.

Vloga medicinskih sester v programu menedžmenta tveganja

Prisotnost medicinske sestre v timu za menedžment tveganja je za uspeh programa zelo pomembna. V zdravstveni negi so področja z visokim tveganjem: napake pri razdeljevanju zdravil, komplikacije, ki nastanejo pri diagnostično terapevtskih postopkih, padci, nezadovoljstvo bolnika ali družine ipd.

Poročila za registracijo dogodkov služijo kot dokumentacija dogodkov. Ocenjujejo, da na vsako poročilo o dogodku pride 35 neregistriranih dogodkov (Miller, 1992). Če je poročilo napačno, neustrezno ali prezrto, bo zdravstvena organizacija na morebitne sodne postopke prišla brez ustreznih dokazov in imela več možnosti da primer izgubi.

Glavna medicinska sestra igra pomembno vlogo v uspešnosti programa menedžmenta tveganja. Ona je tista, ki lahko zmanjša tveganje za dogodke z usmerjanjem medicinskih sester, da pogledajo na zdravje in bolezen iz bolnikove perspektive. Razumevanje pomena bolezni in situacije na način, kot jo doživlja bolnik in njegova družina, bo medicinski sestri omogočal individualen odnos do bolnika. Takšen odnos omogoča spoštovanje in posledično zmanjšuje tveganja.

Ocenjeno je, da 90 % bolnikovih nezadovoljstev in pritožb lahko uredimo na ravni oddelka/enote. Kadar prva linija komunikacije ne uspe, navadno potrebujejo medicinske sestre pomoč osebe, ki je zadolžena za izvajanje aktivnosti menedžmenta tveganja.

Glavna medicinska sestra ima nalogo pospeševati vedenja, ki bodo tisto, kar se zgodi, predstavile kot priložnost za izboljšanje sistema ali procesa, ne pa za kaznovanje posameznika.

Poročanje o dogodkih

Poročanje o dogodkih v zdravstveni negi je delo medicinske sestre. Odpor proti poročanju o dogodkih je običajno prisoten zaradi strahu pred posledica-

mi. Strah lahko zmanjšamo z izobraževanjem osebja, kjer jasno poudarimo pomen poročanja in dejstvo, da poročilo ne bo uporabljeno za disciplinski ukrep.

Poročilo mora vsebovati naslednje:

- Odkritje dogodka - o nastalem dogodku lahko poročajo zdravniki, medicinske sestre, bolniki ali njegova družina.
- Prijava –kompletno izpolnjeno poročilo je treba oddati 24 ur po dogodku odgovorni osebi. Takoj po dogodku odgovorno osebo lahko na dogodek opozorimo telefonsko.
- Preiskava – odgovorna oseba razišče dogodek in dokumentira njegov potek.
- Konzultacije – za razjasnitev ozadja kontaktira z zdravniki, timom za menedžment tveganja ali ostalimi prisotnimi ali pričami dogodka.
- Ukrepi – dogodek mora točno pojasniti.
- Poročanje - vsa sledenja dogodku in potrebni ukrepi morajo biti dokumentirani in dokumentacija shranjena.

Podatki o neugodnem dogodku morajo biti natančni in vsebovati vse dejavnike, ki so povezani z dogodkom. Navedbe v poročilu morajo biti le navedbe dejstev, brez odnosov in zvez, uporabimo lahko le besede kot so; napaka ali neustrezno. Kadar dobi bolnik 100 mg Tramala namesto 50 mg, pišemo v poročilo: Aplicirano 100 mg Tramala. Zdravnik obveščen.

V nadaljevanju opišemo morebitne reakcije, ki jih je bolnik imel pri tem, kot na primer: vitalne funkcije nespremenjene. Če je prišlo do stranskih učinkov, napišemo nadaljne poročilo, kjer podajamo nove informacije o bolnikovem zdravstvenem stanju. Zapisemo hkrati s spreminjanjem zdravstvenega stanja bolnika. Poročila nikoli ne uporabljamo kot orodje za disciplinske ukrepe, akcije ali izražanja jeze.

Ključni postopki za obravnavo pritožb

Obravnava bolnikovih pritožb, ki sledijo dogodku, je lahko zelo težko. Takšna soočenja so navadno zelo čustvena; bolnika in svoje je treba pomiriti in odgovoriti na vprašanja. Včasih je vse, kar potrebujejo, le priložnost za sprostitve jeze ali čustev. Ključne oblike vedenja, ki jih lahko uporabimo za reševanje v primeru pritožb bolnika ali družinskih članov, so:

- pazljivo poslušanje;
- sogovorniku pustimo, da pove do konca;
- izogibamo se čustvenemu reagiranju;
- povprašamo o njegovem pričakovanju v postopku reševanja problema;
- pojasnimo, kaj lahko storimo in česa ne moremo v postopku reševanja problema;

- strinjamo se s skupaj predlaganimi koraki in postavljenimi roki.

Prve tri korake storimo s poslušanjem bolnika, da slišimo njegov pogled in si razjasnimo situacijo. Osebo prekinemo le, če ta preveč izraža svojo jezo ali čustva. Potem ko bolnik ali družina povedo svoje, odgovorna medicinska sestra poizkusi reševati problem s tem, da jih vpraša, kaj pričakujejo kot rešitev. Skuša jim razložiti, kaj lahko storijo in česa ne morejo. Pomembno je, da je ponujena rešitev svojstvena. Ponujanje nejasnih rešitev v smislu »vse bomo storili« lahko le vodi v nove težave.

Vrednotenje menedžmenta tveganja

Program menedžmenta tveganja potrebuje podporo in sodelovanje vseh zaposlenih. Ugotavljanje in zmanjševanje tveganja zajema nadzor in analizo poročil. Za program menedžmenta tveganja so potrebni viri. V času zmanjševanja budžeta je to lahko prvi program, ki ga oklestijo, toda končni namen programa je zmanjšanje stroškov in varčevanje denarja.

Naslednja korist programa menedžmenta tveganja je v prevladovanju pozitivnega obnašanja v organizaciji. Ko se aktivnosti menedžmenta tveganja vgradijo v duh skrbi in odgovornosti zaposlenih, bo to viden dejavnik pri ugotavljanju bolnikovih potreb, zmanjševanju števila neprijetnih dogodkov in prepoznavnost ustanove kot tiste, kjer opravljajo kakovostno zdravstveno nego.

Sodišče in zakonodajna telesa nas prisilijo, da postanejo organizacije odgovorne za bolnikove potrebe, menedžment tveganja pa pomaga, da te zahteve uresničimo. Pri reševanju sodnih sporov nam poročila o neugodnih dogodkih pomagajo razjasniti sporne situacije. Menedžment tveganja izboljšuje kakovost zdravstvene nege in večja odgovornost.

Predstavlja vidno značilnost zdravstvene oskrbe profesionalcev: skrb za ljudi.

Raziskovalni del

V raziskavi, kjer smo za sodelovanje prosili članice regijskih društev, smo zastavili vprašanja tudi na temo načel dobronamernosti in neškodljivosti v zdravstveni negi.

Želela sem dobiti odgovore slovenskih medicinskih sester na to temo. V anketnem vprašalniku sem zbrala mnenja slovenskih medicinskih sester o:

- pogostnosti pogovorov o etičnosti svojih postopkov;
- reakcijah medicinskih sester ob kršenju pravil in doktrin zdravstvene nege;
- najboljšem načinu sprejemanja odločitev za bolnika;
- mnenju o strokovnem znanju in spretnosti, za prevzem odgovornosti za svoje delo.

Rezultati

Tab. 1. Pogostnost pogovorov s sodelavci o etičnosti svojih postopkov (N=488).

	%
Redno	7,60
Pogosto	35,20
Včasih	53,00
Nikoli	3,30
Brez odgovora / ne vem	0,65
Prazen odgovor	0,25
Skupaj	100,00

Pri odgovorih o pogostnosti pogovarjanja s sodelavci o etičnosti svojih postopkov statistično pomembno izstopajo medicinske sestre, stare nad 55 let, ki se v 10 % nikoli ne pogovarjajo o etičnosti svojih postopkov in ki v 10 % (pozitivna razlika v primerjavi s celotno populacijo odgovorov) niso odgovarjale. Medicinske sestre v isti starostni skupini se redno o etičnosti svojih postopkov ne pogovarjajo, v 35 % se pogovarjajo včasih (negativna razlika v primerjavi s celotno populacijo odgovorov). Medicinske sestre, stare do 24 let se v 20,5 % o etičnosti svojih postopkov pogovarjajo pogosto (negativna razlika) in v 69,2 % včasih (pozitivna razlika).

Razlika obstaja tudi med spoloma, kjer so moški odgovorili, da se ne pogovarjajo redno o etičnosti svojih postopkov, se pa pogovarjajo pogosto – 23 % (negativna razlika) ali včasih - 76,9 % (pozitivna razlika).

Po izobrazbi statistično pomembno izstopajo medicinske sestre z višjo izobrazbo, ki trdijo, da se o etičnosti postopkov pogovarjajo redno – 11,2 (pozitivna razlika), in z odgovori včasih – 45,9 % (negativna razlika). Fakultetno izobražene so odgovarjale, da se v 55 % o etičnosti pogovarjajo pogosto (pozitivna razlika) in v 35 % včasih (negativna razlika).

Pri odgovorih s trditvami statistično pomembno izstopajo medicinske sestre, stare do 24 let, ki trdijo, da bi v 7,6 % nepravilnost ohranile zase in skušale popraviti storjeno (pozitivna razlika), iz domov za starejše občane, ki pravijo, da bi nepravilnost ohranile zase (2,5 % - pozitivna razlika) in iz zasebnih usta-

Tab. 2. Reakcije medicinskih sester ob kršenju pravil in doktrin zdravstvene nege (N = 488).

	%
Nepravilnosti bi ohranil/a zase	0,20
Nepravilnosti bi ohranil/a zase in skušal/a popraviti storjeno	3,30
O kršitvi bi poročal/a nadrejenim	8,20
Sodelavca/ko bi diskretno opozoril/a na kršitev in zahteval/a pravilno ravnanje	83,60
Brez odgovora / ne vem	1,40
Manjkajoč, prazen odgovor	3,30
Skupaj	100,00

nov, ki se v 12,5 % niso mogle odločiti za noben odgovor (pozitivna razlika).

Tab. 4. Najboljši način sprejemanja odločitev za bolnika (N=488).

	%
Ki temeljijo na partnerskem sodelovanju zdravstvenih delavcev in pacientov	88,3
Kjer prevladuje strokovno mnenje zdravstvenih delavcev	7,4
manjkajoč, prazen odgovor	1,8
Ki jih predlagata pacient in njegova družina	1,4
brez odgovora/ ne vem	0,8
Ki temelji izključno na pacientovih predlogih	0,2
Skupaj	100,00

S svojimi odgovori statistično pomembno izstopajo medicinske sestre stare do 24 let, ki v 2,5 % trdijo, da je najboljši način sprejemanja odločitev za bolnika tisti, ki temelji izključno na bolnikovih predlogih (pozitivna razlika). Pri razdelitvi glede na delovno mesto, so medicinske sestre, opredeljene pod drugo v 3,7 % odgovarjale, da so najboljše odločitve tiste, ki temeljijo izključno na pacientovih predlogih, iz zasebnih zdravstvenih ustanov statistično izstopajo medicinske sestre, ki trdijo, da so to odločitve, kjer prevladuje strokovno mnenje zdravstvenega delavca – 25 % (pozitivna razlika). Iz posebnih zavodov so v 6,2 % ostali brez odgovora.

Tab. 3. Strinjanje medicinskih sester z nekaterimi trditvami (N=488).

	Se sploh ne strinjam	Se popolnoma strinjam	Manjkajoč, prazen odgovor	Skupaj
	%	%	%	%	%	%	%	%
Vedno čutim odgovornost za dobro oskrbo pacienta, čeprav ni dovolj sredstev	0,40	0,60	2,90	6,60	19,20	68,50	0,80	100
Ko skrbim za paciente, se vedno zavedam tako možnosti, da jim pomagam, kot tudi tveganja, da jim škodujem	5,60	3,30	6,00	14,20	26,00	43,50	1,40	100
Kadar upoštevam pravila in predpise, le redko dvomim v to, kaj je dobro ali slabo za pacienta	9,70	9,90	16,70	20,20	24,30	17,70	1,40	100,00

Medicinske sestre, ki so še brez delovnih izkušenj v zdravstveni negi, so v 5 % odgovorile, da so najboljše odločitve tiste, ki temeljijo izključno na pacientovih odločitvah (pozitivna razlika).

Tab. 5. Mnenje o strokovnem znanju in spretnosti, za prevzem odgovornosti za svoje delo (N=488).

	%
Da, imam	63,9
Da, vendar nimam možnosti za popoln prevzem odgovornosti	17,8
Ne, nimam, a bi jih želel/a pridobiti	13,9
Ne, nimam	0,6
Brez odgovora/ ne vem	2,9
Manjkajoč, prazen odgovor	0,8
Skupaj	100,0

Pri odgovorih statistično pomembno izstopajo medicinske sestre do 24 let, ki so v 46,1 % odgovarjale, da znanja imajo (negativna razlika), in v 25,6 % da bi si znanja še želele pridobiti (pozitivna razlika). Medicinske sestre stare nad 55 let trdijo, da v 5 % imajo znanja, vendar nimajo možnosti za popoln prevzem odgovornosti (negativna razlika) in v 5 % da bi si znanja še želele pridobiti (negativna razlika).

Glede na izobrazbo, statistično pomembno izstopajo medicinske sestre s srednjo izobrazbo, ki v 58,8 % odgovarjajo, da znanje imajo, in z visoko izobrazbo, ki v 11,7 % trdijo, da imajo znanje, vendar nimajo možnosti za popoln prevzem odgovornosti. Medicinske sestre s fakultetno izobrazbo v 5 % trdijo da znanja nimajo zadosti (pozitivna razlika).

Razprava

V raziskavi je 43 % medicinskih sester odgovorilo, da se redno ali pogosto pogovarja s sodelavci o etičnosti postopkov v zdravstveni negi. Etična vzgoja mora dijakom pomagati, da etična vprašanja niso izolirana, temveč so sestavni del vsakodnevnega življenja in poklicnih izkušenj (Grbec, 1992). Etična načela so sestavni del sprememb, ki se zadnje leta dogajajo tudi na področju zdravstvene nege. Standardi kakovosti in smernice v zdravstveni negi so pogosto vir, ki medicinskim sestram omogočajo pravilno odločanje v primeru dilem. Literatura (Gaucher, Coffey, 1992), svetuje naj v bolnišnicah in zdravstvenih ustanovah zagotovijo pogoje za prodiranje vrednot in etike v procese načrtovanja, izvajanja in vrednotenja. Etika je pomembna, kadar organizacija uvaja spremembe, se prilagaja spremembam v okolju, pri prizadevanjih za boljši ekonomski učinek, za večjo kakovost zdravstvene oskrbe, pri doseganju boljše organizacijske kulture, v primerih, ko se soočamo z mnogimi preizkušnjami pri delu in odločanju, ki je pomembno za vizijo ustanove, za zaposlene, predvsem pa za najboljši interes bolnika. Etika predlaga, odkriva, ureja in utemeljuje človekova dejanja z navajanjem določenih načel,

ki opredeljujejo pravilno delovanje v določenih situacijah. Predmet etike ni človekovo spontano vedenje, ampak človekova dejanja in delovanja, ki so izbrana zavestno in namensko (Šmitek, 1998).

Večina medicinskih sester – 84 % bi v primeru, če bi opazila, da sodelavec krši pravila in doktrine zdravstvene nege, sodelavca diskretno opozorila in zahtevala pravilno ravnanje. Prav tako je visok delež medicinskih sester – nad 80 %, ki se zavedajo možnosti, da v skrbi za bolnike lahko pomagajo ali jim škodujejo. Velik delež takšnih odgovorov nam daje vpogled v stanje na področju kakovosti v naših ustanovah. Naše napake in napačna ravnanja še vedno niso priložnost za učenje.

Zdravstvena ustanova je dolžna poskrbeti za ustrezne pogoje za delo in vzpostaviti sistem za zmanjšanje tveganj in obvladovanje napak. Pomemben del sistema za preprečevanje napak so tudi ustaljen postopek v primeru pritožbe, odkrivanje neugodnih dogodkov in strokovni notranji nadzor. S takšnimi ukrepi lahko poskrbimo za določeno stopnjo varnosti za bolnike, ki jo v danih razmerah lahko bolniku ponudimo. Analiza neugodnih dogodkov in skupno učenje iz rezultatov nam ponujata veliko znanja in izkušenj za preprečevanje napak (Kersnik, 2002; Gaucher, Coffey, 1992; Langley, Nolan, Nolan, Norman, Provost, 1996).

Prikrivanje izjemnih dogodkov lahko vodi v nevarno kopičenje takega sloga in organizacije dela, ki sta v določenih okoliščinah lahko podlaga za neugodne izide, zaradi katerih lahko nastane občutna škoda. Pride do zdravstvene napake z vsemi svojimi neugodnimi posledicami tako za bolnika, zdravstvenega delavca, zdravstveno ustanovo kot tudi za družbo v celoti (Kersnik, 2002b).

Zavest o nevarnosti in škodljivosti prikritih odstopanj je privedla do številnih modelov obvladovanja napak, katerih cilj je zmanjšanje števila neželenih izidov in škode zaradi njih. Vsaka zdravstvena ustanova mora v ta namen razviti sistem kakovosti, ki vključuje tudi aktivnosti za zmanjševanje tveganj in obvladovanje napak (Kersnik, 2002b, Miller 1992).

Opravljenе študije pri zdravnikih navajajo kot glavne ovire za večje upoštevanje smernic pri delu: pomanjkanje časa in rutinsko izvajanje določenih opravil (Jans in sod., 1998). Wallin in sod. (2000) dodajajo še pomanjkanje motivacije izvajalcev zdravstvenih storitev in njihovih nadrejenih in organizacijske sposobnosti glavne medicinske sestre. Opozarjajo, da so glavni dejavniki pri uvajanju smernic vodenje in podpora na oddelku. Wensing (1998) poudarja pomen več različnih strategij uspešnega uvajanja smernic v prakso. Sodelovanje pri pripravi standarda je pomemben element za upoštevanje standarda pri delu. Smeele in sod. (cit. Griffiths, 1999): »Zdravniki, ki razvijajo smernice, se v primerjavi s kontrolno skupino bolj ravna po njih.« Grol (2000) pravi, da je tudi znanje poleg finančnih sredstev, obnašanja bolnikov in zdravstvenih delavcev, pomemben element uspešnega vpelejanja smernic v delo.

Vodstvo mora vključevati zaposlene v proces izboljševanja kakovosti. Arnetz (1996) v svoji študiji trdi, da ima vodstvo na oddelku pomembno vlogo: odgovorno je za dajanje navodil, izpolnjevanje vizije in ciljev, delovnih obveznosti in odgovornosti; imajo vpliv na delo in organizacijsko učinkovitost. Njihova naloga je tudi dajanje priložnosti za stalno profesionalno rast zaposlenih. V študiji s švedskimi in angleškimi psihiatri so ugotovili pozitivno korelacijo med zadovoljstvom z delom in vodenjem in cilji v sistemu kakovosti. Zato predlagajo ustrezen izbor vodilnih, ki so sposobni vodenja (Thomsen in sod., 1998). Arnetz (1999) pokaže v študiji na povezavo med slabšim zadovoljstvom z delom in slabšim ocenjevanjem kakovosti bolnikov in zdravstvenih delavcev.

Sklep

Odgovori na vprašanja v anketnem vprašalniku kažejo, da se v zdravstvenih ustanovah premalo pogovarjamo o etičnosti svojih postopkov. Drugi pomemben zaključek je, da medicinske sestre kršitve pravil in doktrin najraje urejajo s kolegalnim urejanjem med seboj.

Dobra strategija programa za zagotavljanje kakovosti vključuje stalno strokovno izpopolnjevanje, povratne informacije, organizacijske spremembe in zagotavljanje finančnih virov.

Proces uvajanja sistema vodenja kakovosti v zdravstveni negi v slovenski prostor prihaja z določeno zamudo, kar si razlagamo z različnimi problemi v zdravstveni negi: pomanjkanje dokumentacije in beleženja izvedenih negovalnih postopkov, pomanjkanje enotne doktrine za izvajanje aktivnosti zdravstvene nege, pomanjkanje strokovnega znanja in znanja s področja vodenja kakovosti, pomanjkljivo vključevanje bolnikov v vrednotenje sistema zdravstvene nege in odsotnost spremljanja bistvenih procesov v zdravstveni negi.

V prihodnosti bo potrebno dati poudarek še drugim aktivnostim, ki lahko pomembno vplivajo na izboljšanje kakovosti in s tem tudi na aktivnosti, ki bodo omogočala bolj etično ravnanje v zdravstveni negi: timsko delo, dodatne možnosti izobraževanja, projekti kakovosti, spodbujanje zaposlenih k manjšim izboljšavam standardnega načina dela, stalno zbiranje in vrednotenje predlogov.

Na področju zagotavljanja etičnega ravnanja bi lahko uvajali sistem, ki vključuje razpravo o aktualnih problemih, ki zadevajo etiko v kroških kakovosti, problemskih sestankih, predstavljali študije primerov. Seveda pa ne smemo pozabiti na pomembno vlogo vo-

dilnih: zagotavljanje pogojev za »varno« obravnavo odstopanj od smernic in pravil, da bi nastale situacije, ki bi jih izkoriščali za disciplinske ukrepe in »kaznovanja« medicinskih sester.

Skrbeti bo treba, da so na ključnih položajih strokovno usposobljeni in aktivni ljudje, ki razumejo in podpirajo koncept aktivnosti izboljševanja kakovosti in potrebno bo postaviti jasna merila za ocenjevanje dela in primernosti vodje bolniškega oddelka.

Literatura

1. Arnetz JE, Arnetz B. The development and application of a patient satisfaction measurement system for hospital wide quality improvement. *Int J Qual Health Care* 1996; 8: 555–66.
2. Arnetz B. Staff perception of the impact of health care transformation on quality of care. *Int J Qual Health Care* 1999; 11: 345–51.
3. Gaucher EM, Coffey R. Transforming healthcare organizations – how to achieve and sustain organizational excellence. San Francisco: Jossey Bass Publishers, 1990.
4. Grbec V. Etika v zdravstveni negi. I. del. *Zdrav Obzor* 1992; 26: 3–6.
5. Grol R. Between evidence – based practice and total quality management: the implementation of cost – effective care. *Int J Qual Health Care* 2000; 12: 297–304.
6. Jans MP, Schellevis FG, van Hensbergen W, Dukkers T, van Emden T, van Eijk J. Management of asthma and COPD patients: feasibility of the application of guidelines in general practice. *Int J Qual Health Care* 1998; 10: 27–34.
7. Kersnik J. (a) Zdravstvene napake. V: Zdravstvene napake. 19. učne delavnice za zdravnike družinske medicine. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 2002: 1–6.
8. Kersnik J. (b) Opredelitev in oblike zdravstvenih napak. V: Zdravstvene napake. 19. učne delavnice za zdravnike družinske medicine. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 2002: 11–6.
9. Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, 1994.
10. Langley G, Nolan KM, Nolan TW, Norman CL, Provost LP. The improvement guide. San Francisco: Jossey Bass Publishers, 1996.
11. Miller D. Integrating quality assurance, risk management and utilization review: the quality resource, director's perspective V: Improving quality – a guide to effective programs. Maryland: An Aspen publication, 1992: 151–65.
12. Smeele IJ, Grol RP, van Schayck CP, van den Bosch WJ, van den Hoogen HJ, Muris JW. Can small group education and peer review improve care for patients with asthma / chronic obstructive pulmonary diseases? *Qual Health Care* 1999; 8: 92–7.
13. Stamatis DH. Total quality management in healthcare. Chicago: Irwin professional publishing, 1996.
14. Šmitek J. Filozofija, morala in etika v zdravstveni negi. *Obzor Zdr N* 1998; 32: 127–38.
15. Thomsen S, Dallender J, Soares J, Nolan P, Arnetz B. Predictor of a healthy workplace for swedish and english psychiatrists. *Brit J Psy* 1998; 173: 80–4.
16. Wallin L, Bostrom AM, Harvey G, Wikblad K, Ewald U. National guidelines for Swedish neonatal nursing care: evaluation of clinical application. *Int J Qual Health Care* 2000; 12: 465–74.