

UNIVERZA V LJUBLJANI
EKONOMSKA FAKULTETA

MAGISTRSKA NALOGA

**PRENOVA PROCESA ZDRAVSTVENE OBRAVNAVE
PACIENTOV V AMBULANTI ZA ANTIKOAGULACIJSKO
ZDRAVLJENJE**

Ljubljana, april 2015

MARJETKA NOVAK GERDIN

IZJAVA O AVTORSTVU

Spodaj podpisana Marjetka Novak Gerdin, študentka Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, izjavljam, da sem avtorica magistrskega dela z naslovom Prenova procesa zdravstvene obravnave pacientov v ambulantni za antikoagulacijsko zdravljenje, pripravljene v sodelovanju s svetovalko doc. dr. Marijo Bohinc.

Izrecno izjavljam, da v skladu z določili Zakona o avtorski in sorodnih pravicah (Ur. l. RS, št. 21/1995 s spremembami) dovolim objavo magistrskega dela na fakultetnih spletnih straneh.

S svojim podpisom zagotavljam, da

- je predloženo besedilo rezultat izključno mojega lastnega raziskovalnega dela;
- je predloženo besedilo jezikovno korektno in tehnično pripravljeno v skladu z Navodili za izdelavo zaključnih nalog Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, kar pomeni, da sem
 - poskrbela, da so dela in mnenja drugih avtorjev oziroma avtoric, ki jih uporabljam v magistrskem delu, citirana oziroma navedena v skladu z Navodili za izdelavo zaključnih nalog Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, in
 - pridobila vsa dovoljenja za uporabo avtorskih del, ki so v celoti (v pisni ali grafični obliki) uporabljena v tekstu, in sem to v besedilu tudi jasno zapisala;
- se zavedam, da je plagiatstvo – predstavljanje tujih del (v pisni ali grafični obliki) kot mojih lastnih – kaznivo po Zakonu o avtorski in sorodnih pravicah (Ur. l. RS, št. 21/1995 s spremembami);
- se zavedam posledic, ki bi jih na osnovi predloženega magistrskega dela dokazano plagiatstvo lahko predstavljalo za moj status na Ekonomski fakulteti Univerze v Ljubljani v skladu z relevantnim pravilnikom.

V Ljubljani, dne 20. marca 2015

Podpis avtorice: _____

KAZALO

UVOD.....	1
1 SISTEM ZDRAVSTVENEGA VARSTVA	7
1.1 Organiziranost primarnega zdravstvenega varstva.....	8
1.1.1 Načela primarnega zdravstvenega varstva	8
1.1.2 Normativna in strokovna izhodišča	9
1.1.3 Zdravstvena dejavnost na primarni ravni	10
1.1.4 Struktura in dejavnost zdravstvenega doma	12
1.1.5 Management v zdravstvu.....	14
2 ZDRAVSTVENA NEGA V OSNOVNI ZDRAVSTVENI DEJAVNOSTI	15
2.1 Opredelitev vloge in vsebine zdravstvene vzgoje v osnovni zdravstveni dejavnosti	18
2.1.1 Sistem organiziranosti zdravstvene vzgoje na primarni ravni v okviru dejavnosti	
družinske oz. splošne ambulate	20
3 HIERARHIJA ZNANJA IN POKLICNE KOMPETENCE	22
3.1 Kompetence tehnika zdravstvene nege, zdravstvenega tehnika in medicinske sestre	
24	
3.2 Kompetence diplomirane medicinske sestre in višje medicinske sestre	25
3.3 Kompetence zdravnika specialista splošne/družinske medicine	27
4 ORGANIZIRANOST SISTEMA ANTIKOAGULACIJSKEGA ZDRAVLJENJA Z VIDIKA	
ZDRAVSTVENE OBRAVNAVE.....	28
4.1 Analiza stanja organizacije antikoagulacijskega zdravljenja v Sloveniji	31
4.2 Vodenje pacientov na antikoagulacijskem zdravljenju – case management	33
5 ORGANIZACIJA IN ORGANIZACIJSKE SPREMEMBE V ZDRAVSTVU.....	34
5.1 Opredelitev potreb po organizacijski spremembi na ravni managementa zdravstvene	
nege.....	35
5.2 Vloga managementa pri uvajanju sprememb sistema in procesov organizacije	37
6 ANALIZA MANAGEMENTA ZA UVAJANJE NOVE VLOGE ZDRAVSTVNEGA	
EDUKATORJA V PROCESU PRENOVE	39
6.1 Vloga zdravstvenega edukatorja v procesu	39
6.2 Zdravstvenovzgojna vloga zdravstvenega edukatorja pri zapletih pri AK-zdravljenju	
40	
7 PREDLOG REORGANIZACIJE PROCESA ZDRAVSTVENE OBRAVNAVE PACIENTA	
V AMBULANTI ZA VODENJE ANTIKOAGULACIJSKEGA ZDRAVLJENJA V ZD	
MOSTE-POLJE	41
7.1 Analiza obstoječega sistema in procesa dela	41
7.1.1 Predstavitev strukture populacije pacientov	44
7.2 Prikaz nove reorganizacije procesa zdravstvene obravnave pacienta	45
7.2.1 Umestitev zdravstvenega edukatorja v novo organizacijo in proces zdravstvene	
obrnave pacienta	47
7.3 Prednosti in ovire v predlagani reorganizaciji sistema v procesu vodenja pacientov	
47	

<i>SKLEP</i>	48
<i>LITERATURA IN VIRI</i>	51

KAZALO SLIK

<i>Slika 1: Partnerji v sistemu zdravstvenega varstva</i>	7
<i>Slika 2: Hierarhija razvijanja znanja in preoblikovanja znanja za uporabo v praksi zdravstvene nege</i>	23
<i>Slika 3: Razporejenost ambulant za AK-zdravljenje v Sloveniji</i>	31
<i>Slika 4: Dejavniki, ki vplivajo na oblikovanje modela organiziranja</i>	38
<i>Slika 5: Shema klasičnega poteka procesa obravnave pacienta v AK-ambulantni ZDL Moste-Polje</i>	43
<i>Slika 6: Shema novega poteka procesa obravnave pacienta v AK-ambulantni ZDL Moste-Polje</i>	46

KAZALO TABEL

Tabela 1: Cilji dokumenta "Poklicne aktivnosti in kompetence"	10
Tabela 2: Obseg osnovne zdravstvene dejavnosti	11
Tabela 3: Pogoji za uresničevanje konceptov zdravstvenega doma prihodnosti	13
Tabela 4: 4 skupine nalog medicinskih sester pri starejših s kronično boleznijo	15
Tabela 5: Poklici v dejavnosti zdravstvene nege	24
Tabela 6: Kompetence tehnika zdravstvene nege, zdravstvenega tehnika in medicinske sestre	25
Tabela 7: Kompetence diplomirane medicinske sestre in višje medicinske sestre	26
Tabela 8: Nabor možnega prenosa kompetenc od zdravnika na diplomirano medicinsko sestro v ambulantni družinske medicine	26
Tabela 9: Bolniki, napoteni na AK-zdravljenje glede na zdravstveno diagnozo in tveganje za nastanek strdka	28
Tabela 10: Dejavniki, ključni za učinkovito organizacijo v zdravstvenih sistemih	37
Tabela 11: Področja znanj, zajetih v dopolnilnem izobraževanju za zdravnike specialiste družinske medicine v okviru Sekcije za AK-zdravljenje in preprečevanje tromemboličnih bolezni	39
Tabela 12: Obvezna področja znanja, ki jih zdravstveni edukator nauči bolnike na AK-zdravljenju in njihove svojce	40
Tabela 13: Prikaz pacientov v AK-ambulantni ZDL Moste-Polje po začetni diagnozi AK-zdravljenja	44
Tabela 14: Prikaz obravnav pacientov v AK-ambulantni glede na vrsto obravnave	44
Tabela 15: Ključne prednosti v reorganiziranem procesu vodenja pacientov na AK-zdravljenju	48
Tabela 16: Ovire v procesu uvedbe spremembe v reorganizaciji procesa vodenja pacientov na AK-zdravljenju	48

UVOD

Primarno zdravstveno varstvo se sooča z mnogimi izzivi, kot so spremenjene potrebe prebivalstva, zagotavljanje pravičnosti, dispanzerska metoda dela, ohranjanje javnozdravstvenega interesa prek vodenja inštitucij, potreba po ekonomski učinkovitosti in kakovosti dela, multidisciplinarnost in timsko delo ter akademski vidik so posledica znanih družbenoekonomskih sprememb, ki so spremenile tudi slovensko zdravstvo. Vzroki za obolevnost in umrljivost so danes povsem drugačni od tistih, s katerimi se je srečeval Andrija Štampar v letu 1926. Največji izziv za posodobitev zdravstvenega sistema v današnjem času je nujno potreben drugačen pristop do pacientov ob tem, da prioritete dejavnosti ostanejo zveste tistim izpred osemdesetih let. Za to so potrebne spremembe tako na strokovni kot tudi na organizacijski ravni zdravstvenega sistema (Švab, Kersnik & Klančar, 2005, str. 173–177).

Dva izmed bistvenih razlogov, da je treba več pozornosti posvetiti obravnavi primarnega zdravstvenega varstva, sta ekonomska in kadrovska učinkovitost, kar pomeni, da s kompetentnim kadrom znotraj zdravstvenega tima zagotavljamo najvišje možne kakovostne storitve in merljive izide z racionalno in učinkovito porabo finančnih sredstev.

Bolezni srca in ožilja so eden od vodilnih vzrokov obolevnosti in umrljivosti v svetu in tudi pri nas. Po podatkih Inštituta za varovanje zdravja Slovenije, specialista ali splošnega zdravnika v tekočem letu obišče četrtnina prebivalcev v starosti 65 let ali več. Vzrok za obisk so najpogostejše bolezni, kot so zvišanje krvnega tlaka (zaradi tega obišče zdravnika vsak 10. prebivalec navedene starosti), različne bolezni srca in ožilja (zaradi tega obišče zdravnika vsak 12. prebivalec navedene starosti), ishemične bolezni (zaradi tega obišče splošno ambulantno vsak 25. prebivalec navedene starosti) in možganska kap (zaradi tega obišče zdravnika vsak 50. prebivalec navedene starosti) (Statistični urad Republike Slovenije, 2012).

Stopnja umrljivosti zaradi bolezni srca in ožilja je v Sloveniji leta 2008 znašala 234,9 prebivalca na 100.000 prebivalcev (Statistični urad Republike Slovenije, 2012).

Organizacija vodenja antikoagulacijskega zdravljenja v Sloveniji (2014) navaja, da posledice teh obolenj zahtevajo antikoagulacijsko (v nadaljevanju AK) zdravljenje, katerega potrebe pa iz leta v leto naraščajo zaradi širjenja indikacij in staranja populacije. Najpogostejši razlog za AK-zdravljenje je atrijska fibrilacija, za katero v Sloveniji oboleva od 15.000 do 20.000 oseb. Umrljivost zaradi atrijske fibrilacije je dvakrat pogostejša kot pri ljudeh s sinusnim ritmom, najpogostejše zaradi možganske kapi. Vstavljene umetne zaklopke so drugi razlog za AK-zdravljenje. Za Slovenijo velja ocena, da ima od 5.000 do 6.000 oseb vstavljene umetne zaklopke. Brez AK-zdravljenja utrpi letno trombembolični dogodek na umetni zaklopki 10 do 30 % bolnikov z vstavljenimi mehanskimi zaklopkami. Uvedba oralnega AK-zdravljenja zmanjša tveganje za trombembolijo na 1 do 4 % letno. Tretja najpogostejša indikacija za

AK-zdravljenje pa je venska trombembolija. Letno v Sloveniji utrpi vensko trombozo okoli 3.000 oseb (Slovensko zdravniško društvo, 2012). V primeru, da je venska tromboza nezdravljena, v 50 % privede do pljučne embolije, ki je v okoli 10 % smrtna. Z AK-zdravljenjem se zmanjša tveganje za ponovitev venske trombembolije za 80 %.

AK-ambulante so najbolj obremenjene v bolnišnicah, kjer zaradi zaznanih potreb po spremembi organizacije vodenja AK-zdravljenja predajajo določene paciente z urejenim AK-zdravljenjem posebej izobraženim zdravnikom na primarni zdravstveni ravni, ki so zaključili dodatno izobraževanje za nadzor pacientov z računalniško podporo na Kliničnem oddelku za žilne bolezni Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana. Skupno število vseh pacientov, ki trenutno v Sloveniji prejemajo oralno AK-zdravljenje, presega 35.000 (Štalc, 2007, str. 103–111).

Organizacija vodenja antikoagulacijskega zdravljenja v Sloveniji (2014) navaja, da se uvajanje AK-zdravljenja pacienta vedno prične v bolnišnici. Tako v dveh slovenskih univerzitetnih kliničnih centrih v Ljubljani in Mariboru ter v trinajstih bolnišnicah, in sicer v Splošni bolnišnici Brežice, Splošni bolnišnici Celje, Splošni bolnišnici dr. Franca Derganca Nova Gorica, Bolnišnici Golnik – KOPA, Splošni bolnišnici Izola, Splošni bolnišnici Jesenice, Splošni bolnišnici Murska Sobota, Splošni bolnišnici Novo mesto, Splošni bolnišnici Ptuj, Splošni bolnišnici Sežana, Splošni bolnišnici Slovenj Gradec, Splošni bolnišnici Topolšica in Splošni bolnišnici Trbovlje, letno uvedejo AK-zdravljenje 7.000–8.000 bolnikom. Na primarni zdravstveni ravni trenutno deluje enainštirideset ambulant v okviru zdravstvenih domov in dvanajst ambulant v okviru zasebnih ambulant.

Peternel (2000, str. 91–95) navaja, da AK-zdravljenje ne poteka vedno brez zapletov in da je njihova pogostost zelo povezana s kakovostjo vodenja zdravljenja, zato je nujen premislek o novi, drugačni organizaciji, sistemu in vodenju AK-zdravljenja.

Pomemben je podatek, ki ga navaja Pajntar (2007), da na področju kadrovske politike in zaposlovanja ostajajo težave pri zaposlovanju kadrov z visoko izobrazbo. V Sloveniji imamo na tisoč prebivalcev le 2,2 zdravnika, kar nas uvršča na dno evropske lestvice. Situacija se bo v naslednjih letih še slabšala, saj se bo upokojilo večje število zdravnikov. Zaradi pomanjkanja zdravnikov prihaja do vse večje obremenitve zaposlenih zdravnikov, ki z dodatnim delom še izpolnjujejo vse pogodbene obveznosti, prihaja pa že do težav pri organizaciji delovanja ambulant, dežurstev in zlasti pri zagotavljanju nujne medicinske pomoči.

Zavod Republike Slovenije za zaposlovanje (2013) je konec julija 2013 objavil kot iskalce zaposlitve 19 zdravnikov specialistov družinske medicine.

Število bolnikov, ki potrebujejo AK-zdravljenje, se bo v prihodnje še povečevalo, razlog za to pa je staranje prebivalstva. Statistični urad Republike Slovenije (2013) navaja, da je med prebivalci Slovenije približno 17 % starejših (starih vsaj 65 let) ter da se bo po Eurostatovih projekcijah EUROPOP 2010 leta 2050 v Sloveniji ta delež povečal na 30 %.

Organizacija vodenja antikoagulacijskega zdravljenja v Sloveniji (2014) navaja, da so preostali razlogi za povečevanje števila bolnikov, ki potrebujejo AK-zdravljenje, podaljševanje trajanja zdravljenja in širjenje indikacij. V želji, da bi bili vsi bolniki deležni varnega in učinkovitega vodenja AK-zdravljenja s strani strokovno usposobljenega kadra, se mora ta dodatno izobraževati za nadzor bolnikov z računalniško podporo v okviru Kliničnega oddelka za žilne bolezni Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana. Z izobraženim kadrom je možna razbremenitev ambulant, ki delujejo v okviru šestnajstih zdravstvenih ustanov na terciarni ter sekundarni zdravstveni ravni in obravnavajo 25.000 bolnikov, ter ustanovitev še dodatnih, novih ambulant, ki že delujejo v okviru 54 zdravstvenih (tako javnih kot zasebnih) izvajalcev na primarni zdravstveni ravni in obravnavajo 10.000 bolnikov. Istočasno je treba vzpostaviti zanesljive informacijske povezave med vsemi AK-ambulantami v Sloveniji. Le tako bomo lahko v celotnem slovenskem prostoru dosegli varno in učinkovito vodenje AK-zdravljenja pacientov, ki prinaša neposredne in posredne ekonomske koristi.

Poleg širjenja indikacij za zdravljenje, povečevanja števila starostnikov ter obstoječih zmogljivostih ambulant v bolnišnicah se na primarni ravni zdravstvenega varstva še bolj izraža že zaznana potreba po prenovi procesa zdravstvene obravnave bolnikov in po novih kompetencah diplomiranih medicinskih sester tako v ambulantni družinske medicine kot tudi v ambulantni za vodenje AK-zdravljenja. Razmere po eni strani kažejo na kronično pomanjkanje zdravnikov zlasti s področja družinske medicine, po drugi strani pa na večje število brezposelnih diplomiranih medicinskih sester na trgu dela.

Zdravniška zbornica Slovenije (2013) je objavila, da smo po številu zdravnikov v Republiki Sloveniji v letu 2012 na repu izbranih držav OECD, namreč na 1000 prebivalcev sta zaposlena 2,4 zdravnika. Podatki tudi kažejo, da je naša država po številu zdravnikov na 1000 prebivalcev precej pod evropskim povprečjem, ki znaša 3,5 zdravnika na 1000 prebivalcev. Največ zdravnikov ima Grčija (6,1 zdravnika na 1000 prebivalcev), manj kot Slovenija pa jih ima od izbranih držav le še Poljska (2,2 zdravnika na 1000 prebivalcev). Ta isti kazalec se v drugih izbranih državah Evropske unije giblje med 2,7 (Velika Britanija) in 4,8 (Avstrija) zdravnika na 1000 prebivalcev. Prav tako se po podatkih OECD v letu 2009 Republika Slovenija uvršča na rep izbranih držav po številu specialistov družinske medicine na 100.000 prebivalcev, in sicer je zaposlenih 49,9 zdravnika na 100.000 prebivalcev. Največ specialistov družinske medicine na 100.000 prebivalcev ima zaposlenih Irska (272,5 zdravnika na 100.000 prebivalcev), najmanj pa Grčija (27,7 zdravnika na 100.000 prebivalcev).

Na področju Slovenije je že izobraženih več diplomiranih medicinskih sester, poleg tega pa se izobražujejo še nove generacije. Aktualni podatek stanja registriranih brezposelnih oseb z višjo in visoko izobrazbo na področju zdravstvene nege za Republiko Slovenijo govori o 206 brezposelnih diplomiranih medicinskih sestrah (Klemenc, 2014a, str. 17).

Železnik, Panikvar Žlahtič, Vidmar, Istenič, Filej, Verbič, Založnik (2011, str. 41–42) navajajo, da je potreben dogovorjeni prenos kompetenc od zdravnika na diplomirano

medicinsko sestro z dodatnimi znanji, kot so na primer vodenje in obravnava pacientov z urejeno AK-terapijo, sladkorno boleznijo tipa 2, urejeno hipertenzijo, ki bi lahko izboljšal tako količino in kakovost zdravstvene oskrbe bolnikov kot tudi ekonomsko učinkovitost zdravstvene dejavnosti.

Zdravstvena zakonodaja v okviru Zakona o zdravstveni dejavnosti (Ur. l. RS, št. 9/1992, str. 590) opredeljuje izvajanje osnovne zdravstvene dejavnosti na primarni ravni v zdravstvenih domovih, zdravstvenih postajah in v zasebnih zdravstvenih ambulantah. Organizacija dela v ambulantah splošne/družinske medicine, pod okriljem katere deluje tudi ambulanta za AK-zdravljenje, je opredeljena tako, da je nosilec zdravstvene dejavnosti specialist splošne medicine.

V zdravstvenem timu na področju zdravstvene nege v procesni obravnavi bolnika sodeluje srednja medicinska sestra. V tej procesni zdravstveni obravnavi pacienta ima pomembno mesto zdravstvenovzgojna dejavnost, za katero je v negovalni dejavnosti kompetentna diplomirana medicinska sestra, trenutno pa jo izvaja nosilec dejavnosti zdravnik. Z vključitvijo zdravstvenovzgojnega profila v zdravstveni tim lahko izboljšamo procesno in ekonomsko učinkovitost dejavnosti ter kakovost izidov zdravstvene obravnave pacientov.

Albreht in Pribaković Brinovec (2008, str. 23) navajata, da se je prenašanje nalog od zdravnika na medicinsko sestro uveljavilo v državah, kjer tradicionalno delujejo samostojne medicinske sestre z magistrsko izobrazbo (angl. Nurse Practitioner (NP)), vendar je izobraževanje za ta profil zelo specifično in je razvito le v ZDA ter v nekaterih evropskih državah, kot so Velika Britanija, Nizozemska, Finska itd. Medicinske sestre NP, ki so opravile magistrski program formalno ali po posebnem enoletnem izobraževanju (npr. kot na Finskem), lahko dopolnjujejo delo splošnega zdravnika ali pa ga zamenjujejo oziroma opravljajo nekatere naloge namesto njega. V primeru, da ga dopolnjujejo, lahko zagotovimo višjo kakovost zdravstvene obravnave in dodatne storitve v zdravstvenem varstvu, ko pa medicinske sestre samostojno opravljajo različne storitve, obenem zmanjšujejo potrebe po zdravnikih. Tako je le v situaciji, ko zdravnik namesto zdravstvenih storitev, ki jih prenese po pooblastilu ali jih delegira na medicinsko sestro, čas porabi za druge oziroma nove zdravstvene dejavnosti, ki jih ne more prenesti na svoje sodelavce v zdravstvenem timu.

V Sloveniji diplomirane medicinske sestre na primarni ravni zdravstvenega varstva že samostojno opravljajo nekatere naloge, kot so zdravstvena vzgoja in promocija zdravja na podlagi Pravilnika za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (Ur. l. RS, št. 19/1998, str. 807), ki je bil sprejet v okviru Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Ur. l. RS št. 9/1992, str. 590), in sicer v zdravstvenovzgojnih centrih in zdravstvenem varstvu predšolskih, šolskih otrok in mladine, ter delno vodenje nosečnosti v okviru ambulant zdravstvenega varstva žensk. V primerjavi s primarnim zdravstvenim varstvom so na sekundarni ravni nekatere medicinske sestre že usposobljene za vodenje kroničnih pacientov, zato v prihodnosti to razvojno spremembo lahko pričakujemo tudi na primarni ravni.

Zdravljenje na domu, skrb za celostno rehabilitacijo, usmerjanje in vodenje pacienta v zdravstvenem sistemu ter koordinacija dela različnih strokovnjakov ostaja izziv za prihodnost v managementu zdravstvene nege na primarni ravni zdravstvenega varstva kot uvajanje novega profila medicinske sestre koordinatorice zdravstvene oskrbe – case management.

Za uvedbo procesne zdravstvene obravnave pacientov v AK-ambulantni je nujno potrebno zagotoviti ustrezna nova znanja profilu zdravstveni edukator, kar pomeni ustrezno dopolnilno usposabljanje v okviru že obstoječega usposabljanja Sekcije za AK-zdravljenje. Danes so v dopolnilno izobraževanje usmerjeni le zdravniki splošne/družinske medicine.

Naloga Sekcije za AK-zdravljenje in preprečevanje tromboemboličnih bolezni je izvajanje stalnega strokovnega usposabljanja in izobraževanja, skrb za enotno doktrino vodenja AK-zdravljenja v celotnem slovenskem prostoru ter redno vrednotenje kakovosti dela (Peternel, 2000, str. 91–5).

Terčon (2010, str. 36) navaja, da so rezultati kadra za zdravstveno nego kakovostni, če so odlični njeni izvajalci, zato so potrebni novo strokovno znanje in etične vrline, da bi medicinska sestra lahko prevzela odgovornost za zdravstveno nego in obravnavo teh pacientov. Dvig kakovosti storitev zdravstvene nege in obravnave omogoča višjo stopnjo zadovoljstva pacientov, večjo stroškovno učinkovitost in zadovoljstvo izvajalcev.

Namen magistrskega dela je s pomočjo analize obstoječega stanja sistema in procesa zdravstvene obravnave pacienta v ambulantni za AK-zdravljenje na primarni ravni zdravstvenega varstva ter na osnovi analize strokovne domače in tuje literature proučiti pogoje in možnosti uvajanja novega modela procesa z umestitvijo nove vloge zdravstvenega edukatorja – medicinske sestre z dodatnimi specialnimi znanji v timu. Z lastnimi dognanji in spoznanji ter s strnjanimi dognanji drugih avtorjev želim prispevati k uvajanju sprememb v zdravstvenem timu na primarni ravni, ki bodo vplivale na kakovost zdravstvene obravnave pacientov in izkoriščenost kadrovskih virov ter na racionalno in učinkovito porabo finančnih sredstev.

Cilj magistrskega dela je s pomočjo analize domače in tuje literature raziskati in analizirati, kakšne so možnosti in ovire za reorganizacijo procesa zdravstvene obravnave bolnika v ambulantni AK-vodenja v primarni zdravstveni dejavnosti. Cilj naloge je definirati prenos točno določenih zdravstvenovzgojnih aktivnosti v proces vodenja in obravnavo pacientov z urejenim AK-zdravljenjem od zdravnika specialista družinske medicine na diplomirano medicinsko sestro – zdravstveno edukatorico, ki bi z ustrezno razširjenimi kompetencami specialnih znanj s področja AK-zdravljenja in z ustrezno zakonsko ureditvijo pripeljalo do kakovostnejše ter kadrovske in s tem ekonomsko učinkovitejše obravnave pacientov v AK-ambulantni na primarni ravni zdravstvenega varstva.

Metodološki pristopi pri izdelavi magistrskega dela v teoretičnem delu temeljijo na preučevanju sekundarnih virov, točneje na pregledu in analizi tuje in domače literature ter člankov s področja obravnavane teme. V delu so navedeni tudi nekateri praktični primeri iz strokovne literature. Opazovanja, stališča, sklepi in spoznanja mnogih avtorjev zlasti s področja poklicnih kompetenc zdravstvenih delavcev ter vodenje AK-zdravljenja so analizirani s pomočjo metode deskripcije in kompilacije. Dejstva predlagane reorganizacije procesa zdravstvene obravnave pacientov v ambulantni za AK-zdravljenje temeljijo na metodi komparacije procesov. Da bi bila čim bolj objektivna, se pri študiji primera opiram na čim več razpoložljivih virov, kot so poročila, plani, pravilniki, zborniki, internet. Pri izdelavi magistrskega dela sem uporabila tudi teoretična znanja, pridobljena v okviru svojega podiplomskega študija, in vsa praktična znanja, ki sem jih pridobila kot zdravstveni delavec v timu tako primarne kot tudi sekundarne ravni zdravstvenega varstva in trenutno kot strokovni vodja zdravstvene nege v primarni zdravstveni dejavnosti. Navedeni metodološki pristopi so v delu uporabljeni z namenom povezati teorijo in prakso ter pri tem strokovni javnosti predlagati možnosti za kakovostnejšo in ekonomsko učinkovitejšo obravnavo pacientov, vključenih v AK-zdravljenje.

Struktura magistrskega dela je oblikovana tako, da omogoča širši pogled na razumevanje pogojev in možnosti uvajanja novega modela procesa zdravstvene obravnave pacienta v ambulantni za AK-zdravljenje na primarni ravni zdravstvenega varstva z umestitvijo nove vloge zdravstvenega edukatorja – medicinske sestre z dodatnimi specialnimi znanji v zdravstveni tim. Magistrsko delo je zasnovano v sedmih glavnih poglavjih, sama tematika pa bo dodatno razdelana v podpoglavjih.

V prvem poglavju je predstavljena vsebina področja sistema zdravstvenega varstva s poudarkom na organiziranosti, načelih primarnega zdravstvenega varstva, normativnih izhodiščih ter zdravstveni dejavnosti na primarni ravni in dejavnosti zdravstvenega doma z vidika managementa v zdravstvu. V drugem poglavju so poglobljeno predstavljeni dejavnost zdravstvene nege in vloga zdravstvene vzgoje v osnovni zdravstveni dejavnosti ter sistem njene organiziranosti v okviru dejavnosti družinske – splošne medicine. V tretjem poglavju so opisane hierarhija znanja in poklicne kompetence članov ožjega zdravstvenega tima v primarnem zdravstvenem varstvu. V četrtem poglavju je razdelana organiziranost sistema AK-zdravljenja z vidika zdravstvene obravnave, z analizo trenutnega stanja organizacije AK-zdravljenja v Sloveniji ter vidik case managementa. Peto poglavje obsega področje organizacije in organizacijskih sprememb v zdravstvu z opredelitvami potreb po organizacijski spremembi na ravni managementa zdravstvene nege in njegove vloge. Šesto poglavje prinaša analizo managementa za uvajanje nove vloge zdravstvenega edukatorja v procesu prenove. V sedmem poglavju magistrskega dela je predstavljen predlog reorganizacije procesa zdravstvene obravnave pacienta v ambulantni za vodenje AK-zdravljenja v Zdravstvenem domu Moste-Polje. V podpoglavjih je na podlagi analize obstoječega procesa dela in predstavitve obravnavane populacije ter vsebine zdravstvenovzgojnega dela teh pacientov na osnovi analize predstavljena reorganizacija procesa zdravstvene obravnave z umestitvijo zdravstvenega edukatorja kot novega profila z novimi kompetencami.

Sedmo poglavje se zaključi s predstavitvijo prednosti in ovir v predlagani reorganizaciji procesa dela. Magistrsko delo sem zaključila s sklepnimi ugotovitvami in usmeritvami za nadaljnje raziskovanje in uvajanje v praksi in izobraževanju.

1 SISTEM ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

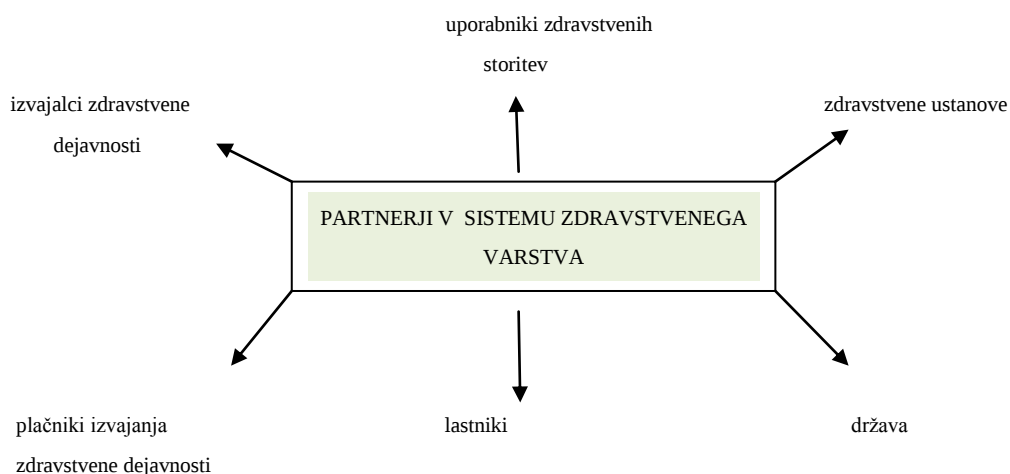
Zaletel Kragelj, Eržen, Premik (2007) navajajo, da je sistem zdravstvenega varstva sistem aktivnosti, ukrepov in storitev, ki zajemajo angažma tako družbe, skupin kot tudi posameznikov pri krepitvi zdravja, preprečevanju, zgodnjem odkrivanju in pravočasnem zdravljenju bolezni ter pri negi in rehabilitaciji obolelih in poškodovanih. Sistem zdravstvenega varstva v Sloveniji zagotavlja tudi socialno varnost v primeru bolezni, poškodbe, poroda ali smrti v sklopu pravic iz zdravstvenega zavarovanja.

Zaletel Kragelj, Eržen, Premik (2007) opisujejo, da se lahko zdravstveni sistem na ravni države deli na različne ravni. Kako se delijo ravni zdravstvenega varstva, je odvisno od velikosti populacije, ki jo zajema, geografsko-politične strukture območja, na katero je vezano, ter od uporabe zdravstvene tehnologije. Na raven so vezani tudi značilni zdravstveni problemi, izvajalci zdravstvenih storitev in organizacijske oblike. Čeprav so ravni postavljene piramidalno, pa nobena izmed njih ni pomembnejša ali zahtevnejša od druge.

V Sloveniji se sistem zdravstvenega varstva deli na primarno, sekundarno in terciarno zdravstveno varstvo. Vsaka raven sistema ima glede na področje in obseg dela ter glede na karakteristiko zdravstvenih problemov vezano svojo odgovornost.

Zaletel Kragelj, Eržen, Premik (2007) opisujejo, da so partnerji v sistemu zdravstvenega varstva ključni za oblikovanje organizacije in delovanja sistema zdravstvenega varstva. Slika 1 prikazuje partnerje v sistemu slovenskega zdravstvenega varstva.

Slika 1: Partnerji v sistemu zdravstvenega varstva



Vir: L. Zaletel Kragelj, I. Eržen, M. Premik, *Uvod v javno zdravje*, 2007 str. 175.

1.1 Organiziranost primarnega zdravstvenega varstva

Primarno zdravstveno varstvo predstavlja skupek delovanja vseh dejavnikov skupnosti za zdravje prebivalcev. Skupni cilj vseh prizadevanj je doseči stopnjo zdravja ljudi, ki bo omogočila, da bodo živeli socialno in ekonomsko produktivno življenje. Pri tem sodeluje celoten sistem zdravstvenega varstva ter dejavnosti, organi in organizacije, ki kakor koli učinkujejo na zdravje posameznika in celotnega prebivalstva (Premik, 1995, str. 14–21).

Zdravstveno varstvo na primarni ravni zajema osnovno zdravstvo in lekarniško dejavnost, ki se zagotavlja v lokalnih skupnostih. Ta raven je namenjena posamezniku, družini, lokalni skupnosti, občini. Ena enota pokriva približno do 50 000 prebivalcev.

Zaletel Kragelj, Eržen, Premik (2007) navajajo, da se organizacijski vidiki zdravstvenega varstva na primarni ravni v svetu rešujejo na različne načine, odvisno od prevladujočih socialnih, kulturnih, ekonomskih, zdravstvenih in drugih razvojnih značilnosti določenega območja. V Sloveniji imamo največ izkušenj z zdravstvenimi domovi.

1.1.1 Načela primarnega zdravstvenega varstva

Švab (2004, str. 185–190) pravi, da vloga primarnega zdravstvenega varstva izhaja iz njegovih temeljnih načel.

- Primarno zdravstveno varstvo rešuje zdravstvene probleme posameznikov, družin in skupnosti.
- Primarno zdravstveno varstvo se izvaja v lokalnih skupnostih, kjer ljudje živijo in delajo, ter mora biti za vse ljudi enako.
- Pri načrtovanju in odločanju o vsebini, obsegu, delu in razvoju primarnega zdravstvenega varstva (kakor tudi pri odločanju o zanj potrebnih sredstvih) je udeležba javnosti nujen in obvezen pogoj.
- Načelo enotnosti zdravstvenega varstva, pri katerem gre za integrirano reševanje zdravstvenih problemov s preventivnega, kurativnega in socialnega vidika, je mogoče le s pomočjo primarnega zdravstvenega varstva.
- Zaradi socialnih, kulturnih, zdravstvenih, ekonomskih, ekoloških in drugih razlik se primarno zdravstveno varstvo v nekaterih vsebinah in pristopih k reševanju posameznih zdravstvenih problemov med državami lahko razlikuje. Ne glede na možne razlike pa so v vsako primarno zdravstveno varstvo vključeni skrb za ustrezno prehrano, pitno vodo, stanovanjske pogoje in varstvo okolja, zdravstvena samozaščita, varstvo matere in otroka, načrtovanje družine, oskrba urgentnih stanj in poškodb ter preskrba z zdravili.

Premik (1995, str. 14–21) opredeli, da so načela primarnega zdravstvenega varstva rezultat širšega dognanja, da je treba vsak zdravstveni problem reševati karseda preprosto in na tisti ravni, od koder problem izvira. Načela hkrati izražajo razvejanost in večplastnost primarnega zdravstvenega varstva, zato moramo primarno zdravstveno

varstvo razumeti kot zamisel, ki se nanaša tako na celosten sistem zdravstvenega varstva kot tudi na dejavnost in organiziranost primarne ravni zdravstvenega varstva. Dejstvo, da so zamisel sprejele vse države članice Svetovne zdravstvene organizacije, kaže, da ima primarno zdravstveno varstvo izjemen družbeni pomen, ki pa se lahko učinkovito izkaže le, če je na določenem območju neposredno politično podprt in družbeno sprejemljiv. Poleg sociopolitičnega vidika pa moramo primarno zdravstveno varstvo obravnavati tudi z vidika ustreznosti tehnologij, metod dela in organizacije.

Premik (1995, str. 14–21) navaja, da se tehnološki vidik primarnega zdravstvenega varstva nanaša na naravo problemov, s katerimi se to ukvarja, in na metode, ki jih uporablja. Strokovne tehnologije, ki bi jih morali obvladati v okviru primarnega zdravstvenega varstva, so podpora v zdravstvu tako otrokom in mladim v času razvoja kot tudi odraslim pri delu in rekreaciji, zdravljenje pogostih »manjših« zdravstvenih problemov, odpravljanje številnih duševnih, socialnih in psihosomatskih težav, ki se zelo različno manifestirajo, stalna skrb in organizacija pomoči za kronično bolne, invalide, stare, onemogle ipd., pomoč pri termalnih stanjih, nujne intervencije pri stanjih, ki ogrožajo življenje, itd.

Premik (1995, str. 14–21) navaja tudi, da je metoda dela na področju primarnega zdravstvenega varstva aktivni/dispanzerski način, kar pomeni angažirano, celovito in stalno zdravstveno varstvo posameznika ali skupine z vidika integrirane (preventivne, kurativne in socialne) medicine. To pomeni epidemiološko spremljati in poznati zdravstveno stanje populacije ter ukrepati proti najbolj ogrožajočim oz. razširjenim dejavnikom tveganja, izvajati zdravstveno vzgojo, organizirati zgodnje odkrivanje razvojnih anomalij in bolezni ter pravočasno ukrepati, sodelovati z zdravstvenimi dejavnostmi na različnih ravneh in za zdravstveno varstvo pomembnimi lokalnimi, regionalnimi ter nacionalnimi institucijami zaradi celovitega zagotavljanja zdravih pogojev življenja in dela oz. odpravljanja razmer, ki negativno vplivajo na zdravstveno stanje prebivalstva.

1.1.2 Normativna in strokovna izhodišča

Najvišji normativni predpis naše države je Ustava Republike Slovenije (RS), v kateri so opredeljene temeljne pravice glede zdravja za vse državljane RS.

Pravice do zdravja, določene z Ustavo RS, ta zagotavlja z devetimi skupinami zdravstvenih zakonov. Najpomembnejša od teh sta

- Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, ki določa nosilce družbene skrbi za zdravje in njihove naloge, zdravstveno varstvo v zvezi z delom in delovnim okoljem, ureja odnose med zdravstvenim zavarovanjem in zdravstvenimi zavodi ter uveljavljanje pravic iz zdravstvenega zavarovanja, in
- Zakon o zdravstveni dejavnosti, ki ureja vsebino in opravljanje zdravstvene dejavnosti, javno zdravstveno službo in povezovanje zdravstvenih organizacij ter zdravstvenih delavcev v zbornice in združenja.

Poleg notranjih, državnih normativnih pravnih predpisov Slovenijo zavezuje tudi vključevanje v mednarodni pravni red s področja zdravstvenih predpisov. RS je v preteklosti namreč priznala številne meddržavne in mednarodne konvencije.

Etične normative zdravstvenih delavcev Slovenije opredeljujejo Kodeks medicinske deontologije, Kodeks medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije ter Etični kodeks strokovnjakov varnosti in zdravja pri delu (Zaletel Kragelj, Eržen, Premik, 2007, str. 221).

Strokovna izhodišča določajo strokovne zbornice različnih skupin zdravstvenih delavcev, in sicer Zdravniška zbornica Slovenije, Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije ter Lekarniška zbornica Slovenije (Zaletel Kragelj, Eržen, Premik, 2007, str. 218–222).

Delovna skupina Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije je v dokumentu »Poklicne aktivnosti in kompetence« opredelila aktivnosti ter obseg in pristojnosti izvajalcev zdravstvene nege, babiške nege in oskrbe, ki je varna in tudi kakovostna. S tem je oblikovala podlago za oblikovanje področne zakonodaje in izhodišče za pričetek zakonodajnega postopka za sprejem Zakona o dejavnosti zdravstvene nege, babiške nege in oskrbe, kar je potrebno za udejanjenje direktive Evropske unije. V tabeli 1 so navedeni cilji dokumenta »Poklicne aktivnosti in kompetence«.

Tabela 1: Cilji dokumenta "Poklicne aktivnosti in kompetence"

• Načrtovanje kadrov in kadrovske politike na področju zdravstvene nege, babiške nege in oskrbe
• Sistematizacija delovnih mest
• Določitev kompetenc izvajalcev zdravstvene nege, babiške nege in oskrbe
• Priprava in prenova formalnih izobraževalnih programov
• Priprava in prenova neformalnih izobraževalnih programov
• Karierni razvoj izvajalcev zdravstvene nege, babiške nege in oskrbe
• Organizacija in razvoj dela znotraj zdravstvene dejavnosti.

Vir: D. Železnik et al., Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi, 2008, str. 5–8.

Pridobitev dodatnega strokovnega, tako imenovanega specialnega znanja ureja »Pravilnik o nacionalnem registru specialnih znanj v dejavnosti zdravstvene in babiške nege« (Ur. l. RS, št. 40/2010).

1.1.3 Zdravstvena dejavnost na primarni ravni

Zakon o zdravstveni dejavnosti (Ur. l. RS, št. 9/1992, str. 590) določa, da zdravstvena dejavnost na primarni ravni obsega osnovno zdravstveno dejavnost in lekarniško dejavnost.

Mrežo javne zdravstvene službe na primarni ravni določajo in zagotavljajo ustanovitelji, to so mestne občine, merila za postavitev mreže javne zdravstvene službe pa se določijo z načrtom zdravstvenega varstva RS.

Javna zdravstvena služba mora biti organizirana tako, da je vsem prebivalcem RS zagotovljena vedno dostopna nujna medicinska pomoč, vključno z nujnimi reševalnimi prevozi in preskrbo z nujnimi zdravili, čim prej in čim bliže njihovem nastanku in med transportom.

V tabeli 2 je prikazan obseg osnovne zdravstvene dejavnosti.

Tabela 2: Obseg osnovne zdravstvene dejavnosti

• Spremljanje zdravstvenega stanja prebivalcev in predlaganje ukrepov za varovanje, krepitev in izboljšanje zdravja ter preprečevanje, odkrivanje, zdravljenje in rehabilitacija bolnikov in poškodovancev
• Preventivno zdravstveno varstvo rizičnih skupin in drugih prebivalcev v skladu s programom preventivnega zdravstvenega varstva in z mednarodnimi konvencijami
• Zdravstvena vzgoja ter svetovanje za ohranitev in krepitev zdravja
• Preprečevanje, odkrivanje in zdravljenje ustnih in zobnih bolezni ter rehabilitacija
• Zdravstvena rehabilitacija otrok in mladostnikov z motnjami v telesnem in duševnem razvoju
• Patronažni obiski, zdravstvena nega, zdravljenje in rehabilitacija bolnikov na domu ter oskrbovancev v socialnovarstvenih in drugih zavodih
• Nujna medicinska pomoč in reševalna služba, če ta ni organizirana pri bolnišnici
• Zdravstveni pregledi športnikov
• Zdravstveni pregledi nabornikov
• Ugotavljanje začasne nezmožnosti za delo
• Diagnostične in terapevtske storitve.

Vir: Zakon o zdravstveni dejavnosti, Ur. l. RS, št. 9/1992.

Naloga zdravstvenih delavcev v osnovni zdravstveni dejavnosti na posameznem območju je tudi povezovanje in sodelovanje z drugimi zdravstvenimi ter s socialnovarstvenimi, vzgojno-izobraževalnimi in drugimi zavodi, podjetji, organizacijami ter posamezniki za oblikovanje in izvajanje programov za krepitev, ohranitev in povrnitev zdravja.

Zakon o zdravstveni dejavnosti (Ur. l. RS, št. 9/1992, str. 590) določa, da osnovno zdravstveno dejavnost opravljajo zdravstveni domovi, zdravstvene postaje in zasebni zdravstveni delavci.

V okviru osnovne zdravstvene dejavnosti opravljajo socialnovarstveni zavodi in zavodi za usposabljanje in izobraževanje otrok in mladostnikov z motnjami v duševnem in telesnem razvoju zdravstveno nego in zdravstveno rehabilitacijo za svoje oskrbovance. Ti zavodi lahko za svoje varovance organizirajo tudi drugo osnovno zdravstveno

dejavnost in specialistično konziliarno dejavnost v skladu z naravo dejavnosti zavoda in mrežo javne zdravstvene službe. Zdravstveno nego in drugo osnovno zdravstveno dejavnost pa lahko v skladu z mrežo javne zdravstvene službe za svoje varovance organizirajo tudi kazenski in vzgojni zavodi.

De Maeseneer (2005, str. 169–170) navaja, da obstajajo tri bistvene značilnosti primarnega zdravstvenega varstva, in sicer kot prva in bistvena je odzivnost na vse vrste zdravstvenih težav v vseh skupinah prebivalcev. Usmerjena je k posameznemu bolniku, posebno pozornost pa posveča skrbi za ogrožene družbene skupine, kot so ostareli, revni, etnične manjšine in kronični bolniki. Ta odzivnost temelji na celostni obravnavi bolnika in neomejenem dostopu bolnikov do zdravnika splošne prakse. Druga bistvena značilnost zdravstvenega varstva je njegova tako imenovana navigacijska funkcija. Ta je bistvenega pomena zaradi široke palete nediferenciranih bolezni, s katerimi se srečuje primarno zdravstveno varstvo, zato je nujno usmerjanje, zaradi vedno večje razdrobljenosti specialističnega zdravstva pa so večje tudi potrebe po „splošnem zdravniku“, ki naj pomaga bolnikom čim učinkoviteje „krmariti“ po zdravstvenem sistemu. Zdravniki splošne prakse imajo vlogo „nogometnega vratarja“, kar pomeni, da so odgovorni za ustrezne napotitve in usmerjanje bolnikov na sekundarno raven zdravstvene službe. Tretja ključna značilnost primarnega zdravstva je usmerjenost k potrebam posameznika v okviru družine in skupnosti, zato družinski zdravniki delajo v lokalnem timu primarnega zdravstvenega varstva, ki temelji na načelu interdisciplinarnosti.

Premik (1995, str. 14–21) navaja, da primarno zdravstveno varstvo obravnava posameznike, družine in skupnosti v lokalni skupnosti, kjer ti bivajo in delajo.

1.1.4 Struktura in dejavnost zdravstvenega doma

Zakon o zdravstveni dejavnosti (Ur. l. RS, št. 9/1992) v svojem 9. členu opredeljuje, da je zdravstveni dom zdravstveni zavod, ki ima organizirano najmanj

- preventivno zdravstveno varstvo vseh skupin prebivalcev,
- nujno medicinsko pomoč,
- splošno medicino,
- zdravstveno varstvo žensk, otrok in mladine,
- patronažno varstvo,
- laboratorijsko in drugo diagnostiko.

Na svojem območju zdravstveni dom v primeru, da to ni drugače urejeno, zagotavlja tudi

- družinsko medicino,
- preventivno in kurativno zobozdravstvo,
- medicino dela in
- fizioterapijo.

Zdravstveni dom zagotavlja tudi reševalno službo, če ta za njegove potrebe ni organizirana v bolnišnici. Zakon zdravstvenemu domu omogoča tudi izvajanje specialistične ambulantne dejavnosti za področja, ki niso vezana na bolnišnično zdravljenje, v skladu z mrežo javne zdravstvene službe.

Zdravstveni dom se ustanovi za območje občine, več občin ali mesta ob upoštevanju zbolewnosti prebivalstva, naseljenosti in prometnih povezav.

Prvi zdravstveni domovi so se soočali z drugačnimi zdravstvenimi problemi kot danes, a kljub temu drži dejstvo, da razen uvedbe preventivnega programa za odraslo populacijo zdravstveni domovi ohranjajo enake prioritete kot pred dobrimi osemdesetimi leti. Razumljiva je skrb, da bi se z opuščanjem uveljavljenih programov ponovno pojavili problemi izpred osemdesetih let, manj razumljivo pa je počasno sprejemanje novosti. Zdravstveni domovi se torej ne (ali vsaj kakovostno ne) odzivajo več na zdravstvene potrebe prebivalstva. Treba bi bilo preveriti programe in v zdravstveni dom pritegniti druge izvajalce, kar bi zanesljivo pomenilo spremembo v organiziranosti (Švab, Kersnik in Klančar, 2005, str. 173–177).

Zdravstveni dom prihodnosti bi moral izhajati iz konceptov, da je usmerjen v zdravje in se zavzema za populacijski pristop, da izvaja nacionalno strategijo na lokalni ravni in vključuje sodelovanje lokalne populacije v določanju prednostnih dejavnosti v zdravstvenem domu. Vključuje razvojno delo, ki zajema tako spremljanje izvajanja javnozdravstvenih ukrepov v lokalni skupnosti kot tudi pedagoško delo v sklopu učnih oz. mentorskih ambulant in redno spremljanje novih tehnologij in ukrepov. V tabeli 3 so navedeni pogoji, ki so neizogibni za uresničevanje konceptov zdravstvenega doma prihodnosti.

Tabela 3: Pogoji za uresničevanje konceptov zdravstvenega doma prihodnosti

• Sodelovanje z zdravstveno politiko in izvajanje politike na lokalni ravni
• Nova zakonodaja, ki opredeljuje vsebino zdravstvene dejavnosti na primarni ravni ter organizacijske pogoje za njeno izvajanje
• Spremembe v financiranju
• Informatizacija
• Organizacijska struktura, ki je prilagojena posameznemu zdravstvenemu domu

Vir: D. Klančar, I. Švab & J. Kersnik, *Zdravstveni dom: relikv preteklosti ali vizija prihodnosti*, 2010, str. 37–43.

V dvanajstih slovenskih statističnih regijah (pomurska, podravska, koroška, savinjska, zasavska, spodnjeposavska, jugovzhodna Slovenija, osrednjeslovenska, gorenjska, notranjsko-kraška, goriška in obalno-kraška) deluje triindvajset zdravstvenih domov, v okviru katerih je zaposleno 4.489 zdravnikov, 3.045 diplomiranih medicinskih sester, 1.213 višjih medicinskih sester ter 10.831 srednjih medicinskih sester (Inštitut za varovanje zdravja RS, 2010).

1.1.5 Management v zdravstvu

Managerji v zdravstvu morajo poleg svojih osnovnih nalog, ki so planiranje, organiziranje, vodenje in kontroliranje poslovnih procesov, da bi dosegli poslovne cilje, slediti tudi zdravstvenim in socialnim ciljem, ki so vezani na solidarnost, enakost in pravično dostopnost do zdravstvenih storitev.

Požun (2001) navaja, da se v vseh dejavnostih vse bolj soočamo s pomenom uspešnosti in strokovne učinkovitosti pri delu ter omejevanjem vseh virov. V Združenih državah Amerike so med prvimi zaznali potrebo po uvajanju managementa v nepridobitne organizacije.

Bohinc (1997) navaja, da ima management zdravstvene nege v svetu in tudi v Evropi vedno večji pomen in vlogo. Management je usmerjen v razvoj človeka, k smotrni in učinkoviti izrabi človeških virov ter usposabljanju vodilnih kadrov. Osvojeno znanje in s tem nove sposobnosti in veščine s področja kadrovskega managementa so pomembne podlage za razvoj sodobnih sistemov zdravstva.

Po mnenju Kos Grabnarjeve (2008, str. 38) je zaradi hitro spreminjajočega se okolja management v zdravstveni in babiški negi vse pomembnejši. Zaradi starajočega se prebivalstva in porasta kroničnih bolezni zdravstvena nega pridobiva na pomenu, saj se kažejo vse večje potrebe po izvajalcih zdravstvene nege. To je priložnost zdravstvene nege za spremembe v okolju.

Tajnikar (2011) je mnenja, da je gospodarska kriza, vezana na zdravstvo, posledica zaostajanja denarnih in realnih dohodkov prebivalstva. Po eni strani delo dražijo državni proračun, manjše možnosti za nadomeščanje izpadov prihodka in prispevki za zdravstvo, po drugi strani pa prebivalstvo vse težje sodeluje v prostovoljnem zdravstvenem zavarovanju. Investicij tako javnih lastnikov kot tudi zasebnikov skorajda ni, država pa s težavo pokriva stroške šolanja medicinskega kadra, zato bo presežno povpraševanje po tem poklicu ostalo. Hkrati narašča konkurenca tujih izvajalcev, sodelovanje med izvajalci pa je vedno slabše. Ker bo padel standard prebivalstva, bo tudi njegovo zdravstveno stanje slabo, zdravstvene storitve pa bodo za večji del prebivalstva težko dostopne. Klemenc (2010, str. 13) ob tem navaja, da se oblikuje vse večji sloj prebivalstva, ki ob tem, da posluje pozitivno, ne poravnava svojih dolžnosti do države. Lastniki izvajalcev ob tem vse bolj pritiskajo na stroškovno učinkovitost, kar pa po večini skoraj zagotovo ogroža tudi kakovost zdravstvenih storitev.

Vloga zdravstvene nege je po mnenju Skela Savič (2009) v današnji družbi pogosto zapostavljena, kar se kaže v tem, da se delovanje zdravstvene nege večinoma enači samo z izvajanjem ali celo le s sodelovanjem pri medicinsko-tehničnih posegih ter medicinskih sestrah. Uporabniki zdravstvenih storitev danes od izvajalcev zdravstvene nege pričakuje več kot le kakovostno izvedbo posega, nasmeh in izvajanje asistenc zdravnikom. Zdravstvena nega je dejavnost s svojimi lastnimi kompetencami v procesu obravnave pacienta. Medicinske sestre se tega v kliničnem delu največkrat ne zavedajo

povsem oz. so potisnjene v že tradicionalno podrejen odnos v povezavi z zdravniškimi kompetencami, zato dajejo temu premajhno težo.

Kramar Zupan (2013, str. 82–95) v svojem članku opisuje, da se management v zdravstvu zaradi vesplošne gospodarske in finančne krize po eni strani sooča in ukvarja z omejenimi viri ter na drugi strani z neomejenimi in vedno bolj naraščajočimi potrebami. Nedvomno se od managementa v zdravstvu vse bolj zahteva, da učinkovito, kakovostno in s prevzemanjem odgovornosti ravna z vsemi razpoložljivimi viri. Zagotovo je to izziv, ki lahko z uspešnim in učinkovitim managementom zdravstvo v prihodnje pripelje do želenih končnih ciljev, ki sta kakovostna zdravstvena storitev in pacientova varnost.

2 ZDRAVSTVENA NEGA V OSNOVNI ZDRAVSTVENI DEJAVNOSTI

Zdravstvena nega je v sklopu celovitega zdravstvenega sistema podsistem, ki sam usklajuje in organizira področje svojega delovanja (Kersnič, 1997, str. 3–23).

Železnik, Brložnik, Buček Hajdarević in drugi (2008, str. 9) navajajo, da je zdravstvena nega eno izmed zdravstvenih področij, ki lahko obravnava tako posameznika kot tudi družino ali specifično družbeno skupnost v času zdravja in bolezni s končnim ciljem, da se doseže ali vzdržuje čim višja raven zdravja. Kot integralni del zdravstvenega sistema obsega promocijo zdravja, preprečevanje obolenja ter zdravstveno nego telesno in duševno bolnih in invalidov vseh starosti v zdravstvenih ustanovah in lokalnih skupnostih. Področje delovanja je specifično in fleksibilno, odvisno je od potreb ljudi, organiziranosti zdravstvenega sistema in dostopnosti do zdravstvene službe.

Rajkovič in Šušteršič (2000, str 25–36) navajata, da je v sistemu zdravstvenega varstva naloga medicinskih sester nuditi pomoč posameznikom, družinam, skupinam in skupnostim pri reševanju aktualnih in potencialnih problemov. Zdravstvena nega lahko pripomore k hitrejši ozdravitvi ob pojavu bolezni v kasnejšem življenjskem obdobju.

Zaradi trenda staranja prebivalstva (in s tem porasta krvno-žilnih obolenj pri tej populaciji) se pojavljajo štiri ključne naloge medicinske sestre pri starejših s kronično boleznijo, ki izhajajo iz poslanstva zdravstvene nege v družbi.

V tabeli 4 so navedene ključne naloge medicinskih sester pri starejših s kronično boleznijo.

Tabela 4: 4 skupine nalog medicinskih sester pri starejših s kronično boleznijo

Prva naloga zajema izvajanje in vodenje zdravstvene nege pri promociji zdravja, pri preprečevanju obolenja, pri zdravljenju in pri rehabilitaciji posameznika, družine ali skupnosti. Njena učinkovitost se pokaže v procesu zdravstvene nege kot:
• ocenjevanje samooskrbe in potrebe po zdravstveni negi ter prepoznavanje možnih virov pomoči;

• odkrivanje in ločevanje potreb glede na kompetentnost razreševanja s strani zdravstvene nege ali drugih strokovnjakov;
• razvrščanje zdravstvenih potreb glede na prioriteto obravnave;
• načrtovanje in izvajanje zdravstvene nege;
• vključevanje starostnika, njegovih svojcev ali skrbnikov v zdravstveno nego ter v sodelovanje lokalne skupnosti (če je ustrezno in sprejemljivo), samonega in samopomoč v vsem, kar je povezano z zdravjem;
• dokumentiranje posamičnih faz procesa zdravstvene nege in uporaba informacij za vrednotenje rezultatov zdravstvene nege;
• prilagajanje sprejemljivim in primernim kulturam, etičnim in strokovnim standardom.
Druga naloga zajema poučevanje starostnikov in zdravstvenega osebja:
• ocenjevanje starostnikovega znanja in izkušenosti v zvezi z ohranjanjem in vračanjem zdravja;
• organiziranje in sodelovanje pri zdravstvenovzgojnih aktivnostih;
• vrednotenje rezultatov izobraževalnih programov;
• pomoč medicinskim sestram in sodelavcem, da osvojijo znanje in pridobijo izkušnje;
• uporabo sprejetih in primernih kulturnih, etičnih in strokovnih standardov.
Tretja naloga obsega učinkovito sodelovanje v zdravstvenem timu:
• sodelovanje s posameznikom, družino in lokalno skupnostjo ter drugimi strokovnjaki pri načrtovanju, organiziranju, vodenju in vrednotenju zdravstvene nege kot komponente celotne zdravstvene dejavnosti;
• vodenje negovalnega tima, ki lahko vključujoč vse negovalne profile in uporabnike zdravstvene nege;
• dodeljevanje aktivnosti in nalog zdravstvene nege negovalnemu osebju in podpora pri njihovem izvajanju;
• dogovor s starostnikom o njegovem sodelovanju pri izvajanju negovalnega načrta;
• sodelovanje z drugimi ljudmi v multidisciplinarnih in multisektorskih timih pri načrtovanju, izvajanju, razvoju, koordinaciji in vrednotenju zdravstvenih storitev;
• sodelovanje z drugimi strokovnjaki pri ohranjanju varnega in harmoničnega timskega delovnega okolja;
• aktivno vključevanje v oblikovanje zdravstvene politike in njenih programov, postavljanje prioritet;
• sodelovanje pri pripravi poročil na lokalni, regionalni in državni ravni ter za množične medije.
Četrta naloga zajema razvoj prakse zdravstvene nege na osnovi kritičnega mišljenja in raziskovanja:
• iskanje novih načinov dela za doseganje boljših rezultatov;
• prepoznavanje raziskovalnih področij za teorijo in prakso zdravstvene nege za izobraževanje;
• uporabo sprejetih in primernih kultur, etičnih in strokovnih standardov za usmerjanje v raziskovanje v zdravstveni negi.

Vir: D. Železnik, *Vloga medicinske sestre pri starostnikih s kroničnimi obolenji 2010*, str. 12–13.

Železnik in sod. (2008, str. 9–26) navajajo, da je strokovni vodja dejavnosti zdravstvene nege z vsemi svojimi kompetencami diplomirana medicinska sestra kot avtonomna strokovnjakinja. Njena pomočnica v negovalnem timu je srednja medicinska sestra oziroma zdravstveni tehnik. Kompetence in s tem odgovornosti za delo posameznikov tima zdravstvene nege in zdravstvene oskrbe so določene v dokumentu Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi, ki jih je izdala Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije.

Mednarodni svet medicinskih sester (*angl. International Council of Nurses*) meni, da sta pravičnost in dostopnost do primarnih služb zdravstvenega varstva, zlasti služb

zdravstvene nege, najpomembnejši za izboljšanje zdravja ter korist vseh ljudi (Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, 2011).

Skela Savič in Klemenc (2011) opredeljujeta, da tudi na zdravstveno nego, katere obravnava zajema tako zdravo kot tudi bolno populacijo, vplivajo demografskih trendi, razvoj tehnologije, zavedanje pravic in izražena pričakovanja uporabnikov zdravstvenih storitev. Da bi se zadostilo vsem potrebam nove tehnologije, spremljanju pacientov ter pojavu novih nalezljivih bolezni, bi bilo potrebno ustrezno izobraževanje na visokošolski ravni. Za strokovno delo mora medicinska sestra obvladati komunikacijske sposobnosti, kritično razmišljanje ter biti usmerjena v vseživljenjsko učenje. Potrebne so medicinske sestre s podiplomskimi znanji, ki bodo obravnavale populacijo na ravni kurativne in preventivne dejavnosti. Če pogledamo izkušnje razvitih držav članic *Organization for Economic Cooperation and Development* (v nadaljevanju OECD), se kaže, da so za prevzemanje vedno bolj kompleksnih del in nalog v zdravstveni negi nujna tudi podiplomska znanja. V večini evropskih držav prevzemajo dela in naloge diplomirane medicinske sestre z najmanj univerzitetno izobrazbo ali magisterijem iz zdravstvene nege ter tudi s specializacijami.

Delamaire, Lafortune (v Skela Savič, Klemenc, 2011, str. 20–33) v povzetku študije OECD iz leta 2010 navajata, da vključevanje medicinske sestre z dodatnimi podiplomskimi znanji izboljša dostopnost do zdravstvenih storitev in zmanjšuje čakalno dobo. Uporabniki storitev z lažjimi boleznimi in tisti, ki potrebujejo rutinsko spremljanje, so s strani medicinske sestre specialistke deležni enako kakovostne zdravstvene storitve, kot bi jim jo nudil zdravnik. V študiji je evalvirana tudi visoka stopnja zadovoljstva pacientov ter da so medicinske sestre posvetile več časa pacientom, jim podale različne informacije in jim nudile možnost za posvetovanje. Prikazan je prihranek ali pa nevtrarno razmerje v stroških. Kot zaviralci oziroma spodbujevalci razvoja vloge medicinske sestre specialistke pa se pojavljajo poklicni interesi vsakega posameznika, organizacija zdravstvenega varstva in financiranje, zakonodaja in regulacija ter izobraževanje in usposabljanje.

Poplas Susič (2011, str. 81–84) navaja, da je potrebna nadgradnja znanja na področju zdravstvene nege v družinski medicini. Družinska medicina namreč obravnava 80 % vseh bolezni, predpiše večino ambulantno predpisanih zdravil, odgovorna je za večino napotitev in obravnava bolnike z veliko osebnega pristopa in malo dragih tehnoloških postopkov. Zajema torej široko znanje, ki zaradi tega ni ozko usmerjeno in poglobljeno. Paciente do napotitve pri kateri koli bolezni obravnava v njeni akutni in kronični fazi. Temu primerno mora slediti tudi znanje diplomirane medicinske sestre, ki lahko že po končani fakulteti s formalno pridobljenimi kompetencami sodeluje pri delu v timu družinske medicine. Zagotovo je pomembno, da je za kakovostnejše delo v ambulantni negi njeno znanje nadgrajeno v kontekstu širokega poznavanja dela v ambulantni in obravnavi teh bolnikov in ne v smeri ozke specializacije. Trenutna dobra rešitev so že obstoječa specialna znanja, ki ustrezno nadgrajujejo dosedanje znanje diplomirane medicinske sestre.

Avtorji navajajo, da se je vloga zdravstvene nege v primarni dejavnosti bistveno spremenila ter da so za kakovostno in učinkovito delo v sklopu zdravstvenih timov potrebni prenosi nalog od zdravnika na medicinsko sestro, ki z dodatno pridobljenim znanjem v tovrstno timsko obravnavo pacienta prinese širši in kakovostnejši spekter delovanja, kot je bil pred njenim prihodom.

2.1 Opredelitev vloge in vsebine zdravstvene vzgoje v osnovni zdravstveni dejavnosti

Zakon o zdravstveni dejavnosti (Ur. l. RS št. 9/1992. str. 590) v svojem 7. členu navaja, da se v okviru primarne zdravstvene dejavnosti izvaja zdravstvena vzgoja ter svetovanje za ohranitev in krepitev zdravja.

Zakon o zavodih (Ur. l. RS, št. 12/1991) določa, da na podlagi odloka o ustanovitvi javnega zavoda tako republika, občina ali mesto za opravljanje javnih služb, med katere sodi tudi zdravstvena dejavnost, ustanovi javni zdravstveni zavod. Javni zdravstveni zavodi, ki pokrivajo primarno zdravstveno dejavnost, so zdravstveni domovi, ki s svojimi programi dejavnosti zagotavljajo zdravstveno vzgojo ter svetovanje za ohranitev in krepitev zdravja.

Človekovega zdravja ne moremo doseči brez izobraževanja, ki zajema temeljna načela teorije učenja. Zdravstvena vzgoja populacije ni le preprosto povedati ljudem, kako bi bil svet primernejši kraj za bivanje oziroma kaj storiti, da bi živeli v raju na zemlji, temveč je veliko več. Zdravstvena vzgoja je proces učenja o zdravju z oblikovanjem pravih stališč, navad in vedenj zdravega življenjskega sloga. Gre torej za prenos podatkov tako posamezniku kot skupinam prebivalstva, da jim pomagamo sprejeti pozitivno spremembo v odnosu in vedenju o zdravju. Zdravstvena vzgoja, ki usmerja uporabnika k spremembi vedenja (ki se čez čas ne spremeni in ostane trajno), je tista prava, ki spodbuja posameznika k skrbi za ohranjanje lastnega zdravja (Osuala, 2012, str. 53–60).

Žnidaršič (2004) navaja, da je v Republiki Sloveniji zdravstvena vzgoja sestavni del zdravstvenega varstva. Njeno težišče je v osnovnem zdravstvenem varstvu – v zdravstvenem domu. Zdravstvena vzgoja v zdravstvenem domu ima pomembno vlogo pri doseganju naštetih ciljev zdravstvenega varstva. Cilji zdravstvene vzgoje v zdravstvenem domu so ozaveščanje varovanja v zvezi z zdravjem, njegov pozitivni odnos do zdravja, spremenjen način življenja in večja odgovornost za lastno zdravje. Zdravstveno vzgojo v zdravstvenem domu izvajajo medicinske sestre, ki tako prispevajo k celostni zdravstveni obravnavi varovancev. Medicinske sestre izvajajo zdravstveno vzgojo kot vzgojno-izobraževalni proces, ki se vsebinsko in metodološko razlikuje od ostalih delovnih procesov medicinskih sester v zdravstvenem domu. Za učinkovito izvajanje zdravstvene vzgoje v zdravstvenem domu potrebujejo medicinske sestre stalno izobraževanje s področja zdravstvene nege, psihologije, ekonomije, zdravstveno-vzgojnih programov dela, samostojno organizacijo zdravstvene vzgoje,

dokumentacijo za zdravstveno vzgojo in računalniški informacijski sistem. Na organiziranost in izvajanje zdravstvene vzgoje v zdravstvenem domu pomembno vplivajo sistem zdravstvenega varstva, sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja, pravna ureditev teh sistemov in delovnega področja medicinskih sester ter organiziranost zdravstvenega doma.

Zdravstvena vzgoja se tako izvaja v sklopu osnovne in specialistične dejavnosti posameznega zdravstvenega doma. V enem izmed večjih slovenskih zdravstvenih zavodov primarne zdravstvene dejavnosti, v Zdravstvenem domu Ljubljana, se na podlagi obsega storitev zdravstvenega zavarovanja in obsega samoplačniških storitev izvaja zdravstvena vzgoja tako v osnovnih in specialističnih ambulantah oz. dispanzerjih kot tudi v sklopu programov dejavnosti Zdravstvenovzgojnega centra (Zdravstveni dom Ljubljana – Zdravstvenovzgojni center, 2014).

Cilji sodobne zdravstvene vzgoje so krepiti v ljudeh potrebo in željo po doseganju dobrega zdravja in preprečevanju bolezni. S pomočjo svojih lastnih akcij in naporov se poučijo, kako izvajati samopomoč, vzajemno pomoč in domačo oskrbo ter kako poiskati zdravniško pomoč, kadar je ta potrebna (Hoyer, 1995).

Zdravstvena vzgoja je zajeta v več področij dela zdravstvene dejavnosti, vse od preprečevanja bolezni in promocije optimalnega zdravja do zaznave bolezni in zdravljenja, rehabilitacije in skrbi na dolgi rok (Glanz, Rimer & Viswanath, 2008).

Hoyer (2005) navaja tri ravni zdravstvene vzgoje. Primarna raven je namenjena zdravi populaciji prebivalstva, njena naloga pa je obveščanje o dejavnikih, ki ogrožajo, vzdržujejo in povrnejo zdravje. Z zdravstveno vzgojo na primarni ravni želimo doseči čim višjo raven zdravstvene prosvetljenosti, motivacijo in odgovornost posameznika za zdravje. Zdravstvena vzgoja na sekundarni ravni zajema rizično, a še vedo zdravo populacijo ljudi. Njena naloga je opozarjati ljudi na prve zanke obolenja in jih tako pripraviti na primerno in zgodnje ukrepanje, da ne bi bilo ogroženo zdravje. Zdravstvena vzgoja na terciarni ravni pa je namenjena ljudem, pri katerih je že prišlo do bolezenske spremembe in je zdravje že okrnjeno.

Za Slovenijo je značilno, da se pod primarno ravnjo zdravstvenovzgojne preventive največkrat združujeta primarna in sekundarna preventiva, terciarna zdravstvenovzgojna preventiva pa predstavlja raven sekundarne preventive. Zelo pogosto se je pacientom veliko preprosteje držati rednega jemanja zdravil kot spremeniti nepravilen življenjski slog, ki je zanje dolgotrajen in naporen proces (Petek, 2008, str. 251–257).

Žalarjeva (2008) v svojem članku, povezanem z analizo zdravstvenovzgojne dejavnosti, navaja, da lahko visoko raven strokovnega dela na področju promocije zdravja ter zdravstvene vzgoje dosežemo le na podlagi ustrezno izobraženega strokovnega kadra.

Cilj zdravstvene vzgoje pri kroničnih nalezljivih boleznih je, da pacient sprejme obolenje kot del svojega življenja in spozna specifična dejstva o svoji bolezni in njenem

poteku ter osvoji potrebne veščine za preprečevanje ali uspešno obvladovanje bolezni. Zdravstvena vzgoja je bistvenega pomena tudi pri promociji zdravja. Vodilni program na tem področju je mednarodni program *Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention* (v nadaljevanju CINDI), ki deluje v okviru Svetovne zdravstvene organizacije (v nadaljevanju SZO) in ima pomembno vlogo pri programih preprečevanja kroničnih nenalezljivih bolezni, kot so bolezni srca in ožilja, rak, kronične bolezni dihal, poškodbe, sladkorna bolezen in duševne motnje (CINDI Slovenija, 2014).

CINDI (2014) v svojem poročilu o izvedeni programirani zdravstveni vzgoji za odraslo populacijo v zdravstvenovzgojnih centrih (v nadaljevanju ZVC) v letu 2012 navaja, da se programirana zdravstvena vzgoja (v nadaljevanju PZV) izvaja v okviru 61. ZVC, ki s svojimi standardiziranimi programi s točno določeno vsebino, obsegom, trajanjem, metodo in organizacijo dela ter opredeljenim kadrom spreminjajo nezdrav in spodbujajo zdrav življenjski slog.

2.1.1 Sistem organiziranosti zdravstvene vzgoje na primarni ravni v okviru dejavnosti družinske oz. splošne ambulate

Zdravstvena vzgoja pacientov v ambulanti družinske medicine je organizirana prek ZVC v okviru rednih skupinskih ali individualnih programov, ki zajemajo

- programe CINDI,
- program preventivnega zdravstvenega varstva za zgodnje odkrivanje raka debelega črevesja in danke (v nadaljevanju program SVIT),

ter prek

- ambulant za vodenje sladkorne bolezni in
- referenčnih ambulant družinske medicine (v nadaljevanju RADM).

V RADM in ambulantah za vodenje sladkorne bolezni so za podajanje zdravstvenovzgojnih vsebin kompetentne diplomirane medicinske sestre, v ZVC pa se v zdravstvenovzgojno delo vključuje tudi profesor zdravstvene vzgoje (Zdravstveni dom Ljubljana – Zdravstvenovzgojni center, 2014).

Zaradi potrebe po večjem napredku v timski obravnavi pacientov v ambulanti družinske medicine, po povečani dostopnosti prebivalcev do kakovostne in varne zdravstvene oskrbe in skrajšanju čakalnih dob je ministrstvo za zdravje 1. aprila 2011 pričelo z izvajanjem projekta referenčnih ambulant. Referenčna ambulanta je naziv za ambulanto družinske medicine z razširjenim timom zdravstvenega osebja. Poleg zdravnika in srednje medicinske sestre paciente posamezne referenčne ambulate spremljala tudi diplomirana medicinska sestra. Ta je v skladu s svojimi pristojnostmi in odgovornostmi od zdravnika specialista družinske ali splošne medicine prevzela spremljanje parametrov določenih kroničnih bolezni, preventivne aktivnosti ter zdravstvenovzgojno delo (Ministrstvo za zdravje RS, 2013).

Panikvar Žlahtič in Klemenc (2011, str. 18–30) navajata, da ni bistveni kazalnik kakovosti dela spremljanje števila obravnavanih pacientov v RADM, temveč je cilj kakovost dela RADM, spremljanje nastavljenih kazalnikov kakovosti, ki predstavljajo registre z na novo ali z že odkritimi primeri kroničnih bolezni: astme, kronične obstruktivne pljučne bolezni, sladkorne bolezni, arterijske hipertenzije, benignega povečanja prostate ter depresije.

Cilj projekta uvedbe referenčnih ambulant je povečati kakovost in stroškovno učinkovitost obravnave bolnikov v ambulantni družinske medicine (Poplas Susič & Marušič, 2011).

Klemenc (2014b) v svojem članku o poročilu projekta referenčnih ambulant za leto 2013 navaja, da se z razvijanjem modela referenčnih ambulant jasno kažejo razsežnosti problema kronično nenalezljivih bolezni, o katerih smo do sedaj le slutili, prav tako pa se izkazuje tudi zastavljeni cilji projekta, to je izboljšati kakovost dela v splošnih ambulantah. Kakovostno delo je možno le tako, da se nadgradi standardni obseg kadra v RADM z dodatno usposobljeno in izobraženo diplomirano medicinsko sestro s področja dela kroničnih nenalezljivih bolezni za polovični delovni čas ter z razširitvijo obsega sredstev, ki so na voljo za laboratorijsko diagnostiko.

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije (2015) navaja, da je bilo v okviru kongresa European Association for the Study of Diabetes (EASD) v septembru 2014 predstavljeno poročilo, ki kaže na pomemben napredek s področja preprečevanja, zgodnjega odkrivanja in zdravljenja sladkorne bolezni v Sloveniji. Med 30 državami, vključenimi v spremljanje, je Slovenija iz leta 2008 napredovala z 18. na 6. mesto. Ključnega pomena za napredek na tem področju je uspešno uveden projekt referenčnih ambulant družinske medicine. Projekt zagotavlja umestitev diplomirane medicinske sestre v tim družinske ambulante. Takšna medicinska sestra z dodatno pridobljenimi specialnimi znanji s tega področja zagotavlja večjo dostopnost do kakovostnejše zdravstvene oskrbe ter edukacije sladkornih bolnikov na primarni ravni zdravstvenega sistema.

Klavs (2014) navaja, da je edukacija sladkornih bolnikov kompleksen proces in eden izmed osnovnih elementov zdravljenja bolezni. Za zagotovitev tega je tudi v Sloveniji neizogibno formiranje verificiranega procesa zdravstvene edukacije, ki ga lahko kompetentno izvajajo le medicinske sestre z mednarodno primerljivo specializacijo v zdravstveni negi. Enako lahko sklenemo tudi za edukacijo bolnikov, vključenih v AK-zdravljenje.

Prednosti strokovno podanih zdravstvenovzgojnih vsebin s strani dodatno izobražene diplomirane medicinske sestre pomenijo zaključeno celostno obravnavo zdravega in bolnega posameznika v okolju, v katerem živi. Seveda pa tak proces obravnave posameznika od diplomiranih medicinskih sester zahteva pridobitev novih znanj, katerih uspešnost delovanja se klinično preverja, neprestano spremlja in po izkazani potrebi sproti izboljšuje. Z zdravstvenovzgojnimi vsebinami, podanimi na tak način,

lahko bistveno prispevamo k obravnavi kompleksnih in spreminjajočih se zdravstvenih potreb prebivalstva.

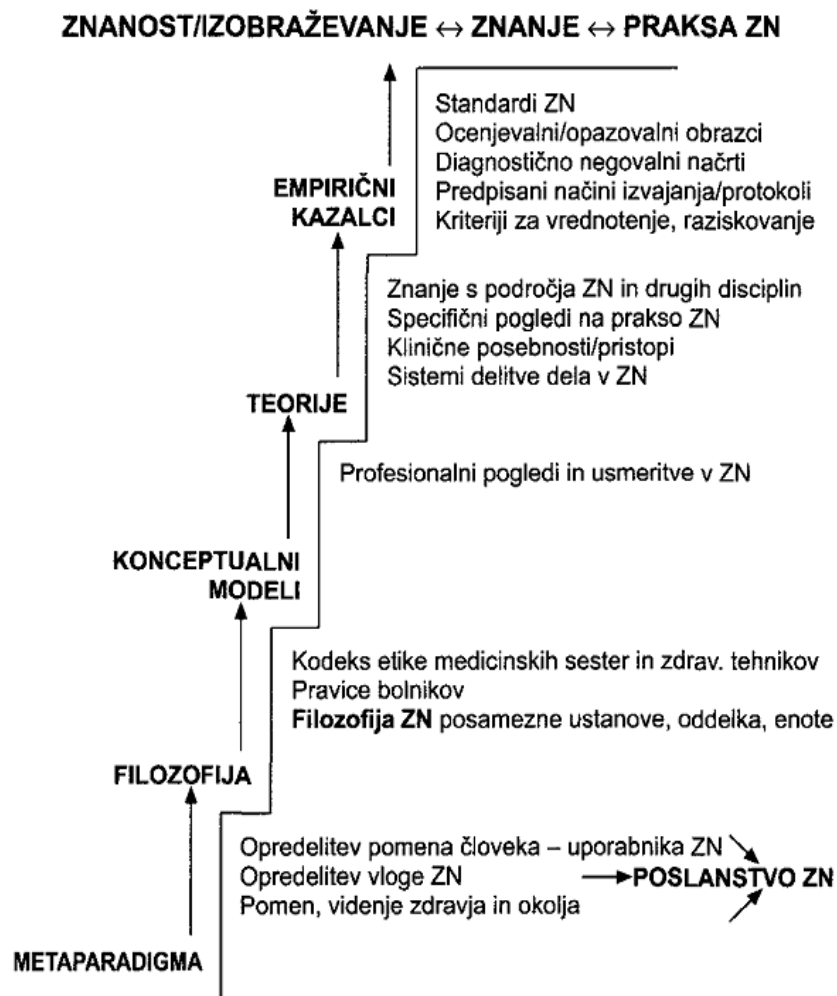
3 HIERARHIJA ZNANJA IN POKLICNE KOMPETENCE

Znanje je poznavanje nujnih in splošnih vzrokov stvari in dogajanja v svetu. Znanstveno znanje nastaja na osnovi lastnega specifičnega jedra znanja določene znanstvene discipline, ki mu pravimo paradigmatsko jedro znanja. Znanstveno znanje lahko opredelimo tudi kot „vedenje, da“ ali tako imenovano propozicionalno znanje, ki zajema vsebino znanja s poznavanjem dejstev, predvidevanj in teorij določenega področja aktivnosti, in „vedenje, kako“ ali tako imenovano dispozicijsko znanje, ki zajema način, kako je moč izraziti sposobnost in razumevanje aktivnosti, da se ta izvede. Dispozicijsko znanje je zavestno ali eksplicitno znanje (Ule, 1996, str. 188–190).

Šmitek (2001, str. 163–174) navaja, da se v zdravstveni negi pojavljajo štiri oblike ali področja znanja. Empirično znanje predstavlja izkustva oziroma vse, kar se da neposredno ali posredno meriti in opazovati in je urejeno v trditve, načela, teorije in zakonitosti ter predstavlja znanstveno osnovo zdravstvene nege. Naslednja oblika znanja je estetika, ki pomeni kakovost oziroma umetnost zdravstvene nege in predstavlja dispozicijsko znanje. Prek izražanja načina delovanja predstavlja estetika osnovo prakse zdravstvene nege, z znanstvenega stališča pa lahko pomeni preoblikovanje splošnega zdravstvenega znanja v skupno znanstveno znanje, ki je specifično uporabno na posameznem področju zdravstvene nege. Tretja oblika znanja je etično znanje, ki vsebuje moralne presoje, kaj je prav in kaj narobe. Etično vedenje se odraža v etičnih kodeksih in etičnih odločitvah, ki se oblikujejo na podlagi posameznikovih osebnostnih prepričanj, vrednot in vrlin. Četrto področje znanja je osebnostno znanje, ki zajema samozavedanje in terapevtsko uporabo razumevanja sebe ter našega povezovanja z drugimi v dobrobit drugih. Bolnika oziroma varovanca v zdravstveni negi ne zaznavamo kot objekt, temveč kot čutečega posameznika z edinstvenimi bio- in psihosocialnimi odzivi.

Slika 2 prikazuje pot implementacije znanja zdravstvene nege v prakso glede na hierarhijo razvijanja in preoblikovanja znanja.

Slika 2: Hierarhija razvijanja znanja in preoblikovanja znanja za uporabo v praksi zdravstvene nege



Vir: J. Šmitek, *Hierarhija znanja v zdravstveni negi*, 2001 str. 166.

Slovar slovenskega knjižnega jezika opredeljuje kompetenco kot obseg, mero odločanja, ki je navadno določena z zakonom (Likar, 2008).

V slovarju tujk pa je kompetenca opisana kot pristojnost, upravičenost (uradna ali moralna), pravica do odločanja o čem (Tavzes, 2002).

Pravno gledano je kompetenca lastnost posameznika, ki se je sposoben pravilno odzivati na določene okoliščine in v njih opravljati svoje delo oz. poklic (Axley, 2008, str. 214–222).

Poklicne kompetence izkazujejo zmožnosti posameznika, da uporabi osvojeno znanje in sposobnosti ter s tem zadosti zahtevam zaposlitve ali specifičnim delovnim nalogam, oz. je zmožnost posameznika, da opravi določeno delo (Železnik in sod., 2008, str. 15).

Kompetence za dejavnost zdravstvene nege so natančneje opredeljene v Seznamu poklicev v zdravstveni dejavnosti (Seznam poklicev v zdravstveni dejavnosti, Ur. list št. 82/2004, 110/2004, 40/2006), v katerem so navedeni zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci. V tabeli 5 so navedeni poklici za dejavnost zdravstvene nege.

Tabela 5: Poklici v dejavnosti zdravstvene nege

• Profesor zdravstvene vzgoje/profesorica zdravstvene vzgoje
• Diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik
• Višja medicinska sestra/višji zdravstveni tehnik/višji medicinski tehnik
• Višja medicinska sestra specialistka/višji zdravstveni tehnik specialist/višji medicinski tehnik specialist
• Diplomirana medicinska sestra specialistka/diplomirani zdravstveni tehnik specialist
• Tehnik zdravstvene nege/tehnica zdravstvene nege

Vir: Seznam poklicev v zdravstveni dejavnosti, Ur. list št. 82/2004, 110/2004, 40/2006.

Nacionalne poklicne kompetence, ki so bile izdelane in izdane pod okriljem Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, so bile usklajene z evropskimi predpisi ICN, *International Confederation of Midwives* (v nadaljevanju ICM), *European Federation of Nurses Associations* (v nadaljevanju EFN) ter Svetovne zdravstvene organizacije (v nadaljevanju SZO).

Železnik v Plazar in Ličen (2013, str. 82) navaja, da kompetence na mednarodni ravni (in tudi v Sloveniji) pridobivajo velik pomen tako pri ravnanju z ljudmi kot tudi pri upravljanju delovne uspešnosti. Definiranje kompetenc kot opis delovnih mest z analiziranjem doseženih kompetenc je v strokovnih krogih zdravstvene nege še danes izziv.

V današnji konkurenčni družbi je zelo pomemben konstanten razvoj znanja, spretnosti in sposobnosti, zato je pomembno, da si prizadevamo za to in posameznike spodbujamo k temu. Kompetence predstavljajo jasen nabor vlog in odgovornosti izvajalcev zdravstvene nege v smislu znanj, stališč in veščin, ki jih zaposleni osvoji skozi leta svoje službe (Železnik & Filej, 2010, str. 120).

3.1 Kompetence tehnika zdravstvene nege, zdravstvenega tehnika in medicinske sestre

V skladu z evropsko prakso so tehnik zdravstvene nege, zdravstveni tehnik in srednja medicinska sestra, asistent/sodelavec nosilci dejavnosti zdravstvene nege, diplomirane medicinske sestre pa udeležujejo cilje dela na področju zdravstvene nege. Poklicno izobrazbo pridobijo skozi srednješolsko izobraževanje in se skladno s poklicnimi kompetencami vključujejo v področje dela zdravstvene nege.

V tabeli 6 so navedene kompetence tehnika zdravstvene nege, zdravstvenega tehnika in medicinske sestre.

Tabela 6: Kompetence tehnika zdravstvene nege, zdravstvenega tehnika in medicinske sestre

• Zdravstvena nega pacienta v različnih stanjih zdravja in bolezni ter v različnih življenjskih obdobjih
• Pomoč pacientu pri izvajanju dnevnih življenjskih dejavnosti
• Priprava na diagnostično-terapevtske posege in postopke
• Izvedba preprostih diagnostično-terapevtskih posegov in postopkov
• Sodelovanje pri izvajanju intenzivne terapije in intenzivne nege
• Ukrepanje v nepričakovanih situacijah, nudenje nujne medicinske pomoči v okviru pristojnosti
• Zdravstvena vzgoja pacientov v okviru tima

Vir: D. Železnik et al., Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi, 2008, str. 17.

3.2 Kompetence diplomirane medicinske sestre in višje medicinske sestre

Diplomirana medicinska sestra je oseba, ki je zaključila triletni ali 4.600 ur trajajoči študij s teoretičnim in praktičnim izobraževanjem, je vpisana v register izvajalcev zdravstvene in babiške nege in ima veljavno licenco. V zdravstveni dejavnosti lahko samostojno opravljata delo in jima je priznana enaka kvalifikacija tudi diplomirana medicinska sestra in diplomirana babica, ki sta diplomo pridobili po študijskem programu z obsegom 2.250 ur, imata končano pripravništvo in opravljen strokovni izpit. Enako velja za višjo medicinsko sestro in višjega zdravstvenega tehnika (oziroma višjega medicinskega tehnika), ki sta diplomo pridobila po prej veljavnih študijskih programih, imata končano pripravništvo, opravljen strokovni izpit in tri leta opravljanja svojega poklica v zadnjih petih letih (Zakon o zdravstveni dejavnosti, Ur. l. RS št. 9/1992).

Kompetence diplomirane medicinske sestre in višje medicinske sestre so opisane v tabeli 7.

Tabela 7: Kompetence diplomirane medicinske sestre in višje medicinske sestre

• Promocija zdravja, zdravstvena vzgoja, učenje za razumevanje povezav med načinom življenja in zdravjem ter razumevanje zdravstvenih težav in zastavljenih procesov za ohranjanje, krepitev in doseganje zdravja
• Organizacija, vodenje in nadziranje dejavnosti ter službe zdravstvene nege
• Vodenje negovalnega tima
• Izvajanje procesa zdravstvene nege
• Sodelovanje v procesu zdravljenja v okviru zdravstvenega tima ter izvajanje diagnostično-terapevtskih programov
• Spremljanje in dokumentiranje izidov in učinkov intervencij zdravstvene nege
• Interdisciplinarno in multisektorsko povezovanje za zagotavljanje kakovostne obravnave pacienta
• Ukrepanje v nepričakovanih situacijah, nudenje nujne medicinske prve pomoči v okviru pristojnosti
• Pedagoško delo za obnavljanje znanja lastnega kadra
• Raziskovalno delo v zdravstveni negi z zagotavljanjem kakovosti

Vir: D. Železnik et al., *Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi*, 2008, str. 17.

Železnik in sod. (2011, str. 17–28) navajajo najpogostejše aktivnosti zdravstvene nege, ki jih lahko diplomirana medicinska sestra bodisi kompetentno prevzame s formalno pridobljenimi znanji, bodisi prevzame na podlagi dodatno pridobljenih specialnih znanj ali pa jih izvaja ob prisotnosti zdravnika družinske medicine in so navedene v tabeli 8.

Tabela 8: Nabor možnega prenosa kompetenc od zdravnika na diplomirano medicinsko sestro v ambulantni družinske medicine

Kompetence	Prenos	Dodatno znanje	Prisotnost zdravnika
Predpisovanje medicinsko-tehničnega pripomočka (MTP) za dihanje	DA		
Ugotavljanje potreb po MTP za dihanje	DA		
Predpisovanje MTP za prehranjevanje in pitje	DA		
Ugotavljanje potreb po MTP za prehranjevanje in pitje	DA		
Predpisovanje MTP za izločanje in odvajanje	DA		
Ugotavljanje potreb po MTP za izločanje in odvajanje	DA		
Predpisovanje MTP za gibanje in ustrezno lego	DA		
Ugotavljanje potreb po MTP za gibanje in ustrezno lego	DA		
Predpisovanje MTP za spanje in počitek	DA		
Ugotavljanje potreb po MTP za spanje in počitek	DA		
Predpisovanje MTP za oblačenje in slačenje	DA		
Ugotavljanje potreb po MTP za oblačenje in slačenje	DA		
Predpisovanje MTP za osebno higieno in urejenost	DA		
Ugotavljanje potreb po MTP za osebno higieno in urejenost	DA		
Predpisovanje MTP za izogibanje nevarnostim v okolju	DA		

Kompetence	Prenos	Dodatno znanje	Prisotnost zdravnika
Ugotavljanje potreb po MTP za izogibanje nevarnostim v okolju	DA		
Predpisovanje MTP za dajanje zdravil	DA		
Ugotavljanje potreb po MTP za dajanje zdravil	DA		
Meritev in beleženje perifernih perfuzijskih tlakov - Doppler	DA		
Odvzem brisa iz dihalne poti	DA		
Apliciranje zdravil po epiduralnem katetru	DA	DA	
Apliciranje zdravil v trahealni tubus	DA		DA
Prebrizgavanje intravenske valvule	DA	DA	
Izvajanje postopkov cepljenja	DA		
Bris rane	DA		
Izbira sodobne obloge za oskrbo kronične rane	DA		
Izvajanje dodatnih postopkov oživljanja	DA	DA	DA
Osebo svetovanje in vodenje pacientov s tveganim pitjem alkohola	DA		
Obravnava in vodenje pacientov v preventivi srčno-žilnih obolenj	DA		
Obravnava in vodenje pacientov z urejeno hipertenzijo	DA		
Obravnava in vodenje pacientov z urejeno sladkorno boleznijo tipa 2	DA		
Obravnava in vodenje pacientov z urejeno KOPB in astmo	DA		
Obravnava in vodenje pacientov s simptomi depresije in stresa	DA		
Svetovanje in obravnava pacientov v preventivi SVIT	DA		
Vodenje in obravnava pacientov z urejenim potekom AK-zdravljenja	DA		

Vir: D. Železnik et al., Aktivnosti zdravstvene nege za diplomirane medicinske sestre in tehnike zdravstvene nege v ambulanti družinske medicine, 2011, str. 15.

Na spletni strani referenčne ambulate družinske medicine (2014) je opisano, da v sklopu navedenega prenosa kompetenc od zdravnika specialista družinske medicine na diplomirano medicinsko sestro, ki se vključuje v tim referenčne ambulate družinske medicine, že poteka prenos

- izvajanja preventivnih pregledov s presajanjem in svetovanjem pacientu ter
- obravnave in vodenja pacientov s kronično arterijsko hipertenzijo, sladkorno boleznijo tipa 2, astmo, kronično obstruktivno pljučno boleznijo in depresijo.

3.3 Kompetence zdravnika specialista splošne/družinske medicine

Družinska medicina je akademska in znanstvena veda s svojo lastno izobraževalno vsebino, raziskavami, z dokazi podprto klinično dejavnostjo in klinično specialnostjo, ki je usmerjena v primarno zdravstveno varstvo (Švab & Rotar Pavlič, 2002).

Ivetič, Švab, Kolšek, Klančar, Petek Šter in Rotar Pavlič (2009) opredeljujejo, da so kompetence zdravnika specialista splošne/družinske medicine (ZSDM) razdeljene v

osem osnovnih poglavij, ki pa se med seboj prepletajo in s tem poudarjajo kompleksnost znanj in veščin, pridobljenih med specializacijo:

- sposobnost kliničnega vodenja bolezni,
- usmerjenost v različne skupine prebivalstva,
- organiziranje dela službe oz. zdravstvenega tima,
- sporazumevanje,
- specifični pristopi,
- usmerjenost v skupnost,
- profesionalnost in etika,
- znanost in izobraževanje.

Nabor kompetenc ZSDM opredeljuje njegove najpomembnejše pristojnosti in opredeljuje okvire znanja, veščin in spretnosti, ki jih zdravnik pridobi med specializacijo.

4 ORGANIZIRANOST SISTEMA ANTIKOAGULACIJSKEGA ZDRAVLJENJA Z VIDIKA ZDRAVSTVENE OBRAVNAVE

Pri AK-zdravljenju z zdravili gre za preprečevanje nastajanja strdkov v žilah in srcu. V tabeli 9 so opredeljeni bolniki, ki so napoteni na AK-zdravljenje glede na zdravstveno diagnozo, ki pomeni tveganje za nastanek strdka.

Tabela 9: Bolniki, napoteni na AK-zdravljenje glede na zdravstveno diagnozo in tveganje za nastanek strdka

Bolniki z atrijsko fibrilacijo. Atrijska fibrilacija je najpogostejša motnja srčnega ritma, ki pomeni večje tveganje za možgansko kap. Možganska kap doleti 4,5 % pacientov z atrijsko fibrilacijo na leto, kar je šestkrat pogostejše kot pri enako starih pacientih brez motnje srčnega ritma. Ogroženost zaradi možganske kapi še bolj stopnjujejo prisotnost srčnega popuščanja, arterijska hipertenzija, sladkorna bolezen in starost nad 75 let. Letno 12 % bolj ogroženi so pacienti, ki so že doživeli možgansko kap ali prehodni ishemični napad. AK-zdravljenje s kumarini zmanjša tveganje za možgansko kap za 70 %.
Bolniki z umetnimi srčnimi zaklopkami. Tveganje za možgansko kap in arterijsko embolijo je bistveno večje pri pacientih z umetnimi srčnimi zaklopkami, ki imajo ob tem še večje tveganje za nastanek tromboze na umetni zaklopki. 10–30 % pacientov letno utrpí trombozo na umetni zaklopki brez uvedene AK-terapije. AK-zdravljenje s kumarini zmanjša tveganje za trombembolijo za 1–4 % letno.
Bolniki z venskimi trombembolizmi. Neuvedeno AK-zdravljenje pri venski trombozi lahko pri več kot 50 % pacientov privede do pljučne embolije, ki je smrtna v več kot 10 %. Nezdavljani venski trombembolizmi se lahko v prvem mesecu ponovijo kar pri 40 % pacientov. Uvedba AK-zdravljenja zmanjša tveganje za ponovitev venske tromboze za približno 80 %.
Bolniki z antifosfolipidnim sindromom so posebno ogroženi za ponovitev venske ali arterijske tromboze. Tveganje za ponovitev venske trombembolije je pri pacientu z antifosfolipidnim sindromom dva- do štirikrat večje kot pri pacientu brez tega sindroma. Če bolniku z antifosfolipidnim sindromom prekinemo AK-zdravljenje šest mesecev po trombemboličnem dogodku, se v naslednjih štirih letih bolezen ponovi pri okoli 30 % pacientov.
Bolniki s stenozo mitralne zaklopke. Zožitev mitralne zaklopke je srčna bolezen, pri kateri so trombembolije najštevilčnejše.

Tveganje za embolijo je večje pri starejših pacientih in tistih s sočasno atrijsko fibrilacijo. Pacienti z zožitvijo mitralne zaklopke in atrijsko fibrilacijo imajo kar 7-krat večje tveganje za sistemsko trombembolijo kot tisti s še ohranjenim sinusnim srčnim ritmom. AK-zdravljenje s kumarini je potrebno pri pacientih z zožitvijo mitralne zaklopke, ki imajo ob tem še atrijsko fibrilacijo, ter pri pacientih, ki so že utrpeli sistemsko trombembolijo. Kumarin uvedemo tudi tistim pacientom, ki imajo izrazito povečan levi preddvor (nad 5,5 cm) in še ohranjen sinusni srčni ritem.
Bolniki s prolapsom mitralne zaklopke. Pogostnost prolapsa lističev mitralne zaklopke pacientov je razmeroma visoka v primerjavi s sistemskimi tromembolijami, in sicer se pojavi pri 6 % žensk in 4 % moških, zato se za oralno AK-zdravljenje odločimo le pri pacientih, ki so že doživeli sistemsko embolijo, možgansko kap ali prehodni ishemični napad ob antiagregacijskemu zdravljenju
Bolniki s paradoksn embolijo. O paradoksn emboliji govorimo, kadar koagul zaide iz venskega v arterijski krvni obtok prek patološke povezave med desnim in levim srčnim preddvorom (odprto ovalno okno, defekt preddvornega ali prekatnega pretina, pljučna arterio-venska malformacija, Ebsteinova anomalija, prehodni ductus arteriosus) ter povzroči sistemski embolični zaplet. Letno tveganje za sistemsko trombembolijo pri pacientih s kriptogeno možgansko kapjo (možganska kap zaradi nejasnega vzroka) in odprtim ovalnim oknom ocenjujejo na 1–2 %. Tveganje je večje pri pacientih s sočasno anevrizmo preddvornega pretina in pri bolnikih s trombofilijo. AK-zdravljenje je odrejeno le pacientom z dodatnimi dejavniki tveganja za trombembolični zaplet, ki so anevrizma preddvornega pretina, venska tromboza in/ali pljučna embolija. Drugim pacientom se indicira antiagregacijsko zdravljenje z aspirinom.
Bolniki s srčnim infarktom. Pri 40 % pacientov z akutnim sprednjestenskim srčnim infarktom nastanejo v področju akinezije ali diskinezije obstenski strdki. 2- do 6-odstotno tveganje za sistemsko trombembolijo je največje v prvih tednih po srčnem infarktu, v naslednjih mesecih pa se bistveno zmanjša, zato se v teh primerih najpogosteje odločimo za 3-mesečno AK-zdravljenje pri pacientih z obsežnim sprednjestenskim srčnim infarktom, pri tistih s strdkom v levem prekatu in pri tistih, ki so ob srčnem infarktu utrpeli arterijsko trombembolijo.
Bolniki s periferno arterijsko žilno boleznijo. Pri pacientih s periferno arterijsko žilno boleznijo se za AK-terapijo odločamo izjemoma. Najpogosteje se odločamo za 12-mesečno AK-zdravljenje pri pacientih po uspešni intraarterijski trombolizi, po ukinitvi pa nadaljujemo z antiagregacijskim zdravljenjem. Za uvedbo AK-zdravljenja ob antiagregacijskem zdravljenju se lahko izjemoma odločamo tudi pri pacientih s kirurškimi obvodi v primeru, ko je odtok iz obvoda močno moten in je tveganje za zaporo obvoda precejšnje.

Vir: Organizacija vodenja antikoagulacijskega zdravljenja v Sloveniji, Katerim bolnikom predpišemo AK-zdravljenje, 2014.

Za dolgotrajno AK-zdravljenje se uporabljajo zdravilne učinkovine kumarini, ki so v obliki peroralnih tablet (Vodopivec Jamšek, 2007, str. 70–76).

Kramarič in Mavri (2009, str. 445–450) navajata, da so pri zdravljenju s kumarini obvezni kontinuirana laboratorijski in klinični nadzor ter zdravstvena edukacija. Laboratorijski nadzor se izvaja z merjenjem protrombinskega časa v krvi, ki ga prikazujemo kot INR (v nadaljevanju *International Normalised Ratio*). Za večji del indikacij je zelena vrednost INR med 2,0 in 3,0, le pri nekaterih indikacijah, kjer je tveganje za trombembolijo izjemno visoko, se odločimo za višjo zeleno vrednost INR, običajno med 2,5 in 3,5. Nema lokrat ob povsem ustreznem nadzoru in poteku AK-zdravljenja pride do iztirjenj INR izven zelenih vrednosti, kar poveča možnosti za nastanek zapletov pri AK-zdravljenju. Najpogostejši razlog odstopajoče meritve INR je spremenjena presnova kumarinov, na katero ključno vplivajo zdravljenje s specifičnimi

zdravili, določene bolezni in spremembe v uživanju hrane, zlasti tiste, ki ima veliko vsebnost vitamina K.

Za učinkovito in varno AK-zdravljenje je bistvenega pomena vzdrževanje INR v zelenih vrednostih. V svetu se že dalj časa uporabljajo verzije računalniškega programa za ustrezno vodenje pacientov na AK-zdravljenju. Program je zasnovan tako, da na osnovi vnesene vrednosti INR odredi odmerek AK-zdravila, termin prihodnjega obiska bolnika v AK-ambulantni in hkrati omogoča sprotno analizo urejenosti AK-zdravljenja omenjenega bolnika. Izkazalo se je, da je lahko delo s pomočjo računalniškega programa celo varnejše in učinkovitejše kot delo izkušenega specialista. Rezultati številnih raziskav so pokazali, da je vodenje v AK-ambulantah, kjer dejavnost izvaja za to dodatno usposobljen strokovni kader, varnejše in učinkovitejše kot vodenje posameznih bolnikov pri osebnih zdravnikih. Razlog za to je, da ima dodatno usposobljen kader poleg teoretičnega znanja tudi dovolj potrebnih izkušenj, ki omogočijo pravilno odločitev v kritičnem trenutku vodenja AK-zdravljenja (Organizacija vodenja antikoagulacijskega zdravljenja v Sloveniji, 2014).

Organizacija vodenja antikoagulacijskega zdravljenja v Sloveniji (2014) navaja, da se pregledi z zdravstvenovzgojno edukacijo v AK-ambulantni na sekundarni zdravstveni ravni sprva opravljajo večkrat tedensko, ko pa zdravljenje postane stabilno in urejeno, se v okviru AK-ambulate na primarni zdravstveni ravni opravljajo na daljše časovno obdobje, in sicer na 4 do 6 tednov.

Bašanović (2010, str. 27) opisuje, da je v AK-ambulantni na sekundarni ravni diplomirana medicinska sestra odgovorna za zdravstvenovzgojno edukacijo pacienta, njegovih svojcev in zdravstvenega osebja, kar je ključnega pomena za varno vodenje AK-zdravljenja brez zapletov. Medicinska sestra mora poznati vse potrebne informacije o

- učinkih AK-terapije,
- pomenu redne kontrole vrednosti INR,
- pomenu rednega udeleževanja kontrol v AK-ambulantni,
- pomenu rednega jemanja predpisane AK-terapije,
- prepoznavanju stranskih učinkov AK-terapije.

Te informacije so bolnikom, njihovim svojcem in zdravstvenemu osebju, ki je vključeno v zdravljenje, podane ob uvedbi AK-terapije tako ustno kot tudi pisno. Najbolj smiselna je individualna oblika zdravstvene vzgoje, ki naj vsakič temelji na metodi pogovora s podajanjem navodil na bolniku razumljiv način in na sprotnem preverjanju razumevanja le-teh.

Arnesten, Gelfand, Singer (1997, str. 11–7) trdijo, da so v študijah dokazali, da je slabo bolnikovo poznavanje specifik AK-zdravljenja razlog za številne zaplete pri AK-zdravljenju, ki se kažejo v obliki krvavitev.

Kagansky, Knobler, Rimon, Ozer, Levy (2004, str. 2044–2050) navajajo, da je neznanje o ključnih značilnostih bolezni, ki kažejo potrebo po AK-zdravljenju, soodvisno z neurejenostjo bolezni in s pojavom zapletov pri AK-zdravljenju.

Bistvenega pomena je, da je bolnik s strani zdravnika ali izobražene diplomirane medicinske sestre razumljivo seznanjen in poučen o pomenu, posebnostih in zapletih AK-zdravljenja (Žontar & Jošt, 2011, str. 86–92).

V literaturi so navedeni primeri, da s kakovostnim delom osebja v zdravstvenem timu, pri katerem so ključnega pomena natančno spremljanje pacienta, zdravstvena edukacija in spodbujanje pacienta k neprestanemu sodelovanju (tudi s samokontrolo), dosežemo boljšo urejenost AK-zdravljenja z manj zapletov (Hosmane, Tucker, Osman, Williams & Waterworth, 2010, str. 90–923).

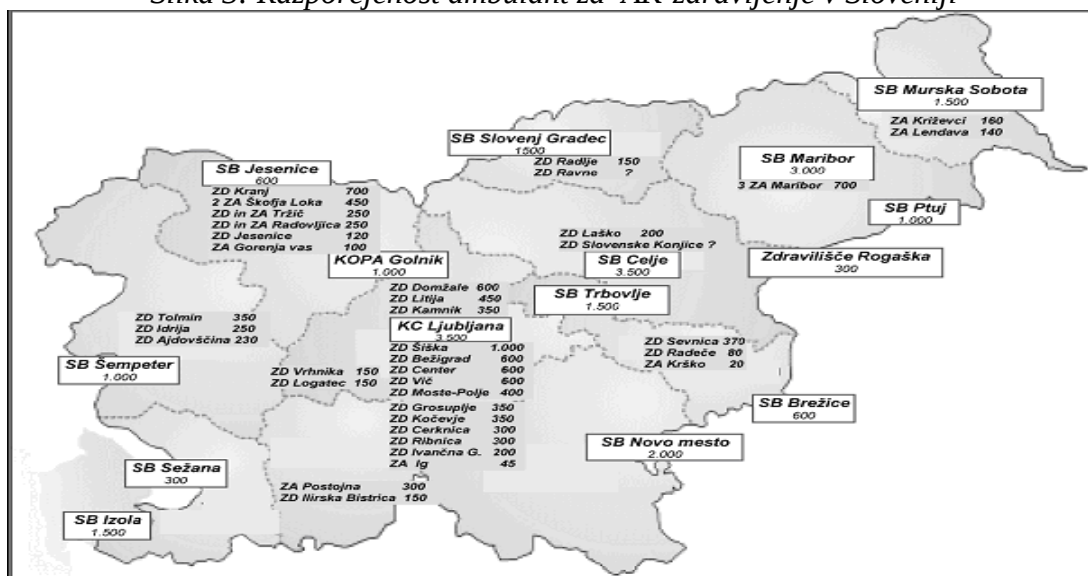
4.1 Analiza stanja organizacije antikoagulacijskega zdravljenja v Sloveniji

V Sloveniji letno uvedejo AK-zdravljenje od 7.000 do 8.000 bolnikom, skupno število vseh bolnikov, ki trenutno prejemajo oralno zdravljenje, pa presega 35.000 (Štalc, 2007, str. 103–111).

V okviru bolnišnic, zdravstvenih domov in pri zasebnikih na področju Slovenije trenutno deluje 54 AK-ambulant, od tega pa se na primarni zdravstveni ravni trenutno vodi nekaj več kot 10.000 bolnikov (Organizacija vodenja antikoagulacijskega zdravljenja v Sloveniji, 2014).

Na sliki 3 je prikazana razporeditve ambulant za AK-zdravljenje v Sloveniji.

Slika 3: Razporeditve ambulant za AK-zdravljenje v Sloveniji



Vir: Organizacija vodenja AK-zdravljenja v Sloveniji, 2014.

Letno se 65 % oziroma 25.000 bolnikov vodi v AK-ambulantah v bolnišnicah, zato so te zelo obremenjene. Ravno zaradi tega že nekaj let poteka organizirana predaja vodenja bolnikov z atrijsko fibrilacijo, pri katerih je AK-zdravljenje stabilno in urejeno, k posebej usposobljenim zdravnikom na primarni zdravstveni ravni, ki so zaključili dodatno izobraževanje za nadzor bolnikov na AK-zdravljenju z računalniško podporo in se izvaja na Kliničnem oddelku za žilne bolezni Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana (Organizacija vodenja antikoagulacijskega zdravljenja v Sloveniji, 2014).

Splošni dogovor z ZZZS za pogodbeno leto 2012 oziroma izpolnjevanje standardov za delovanje AK-ambulante na primarni zdravstveni ravni določa zaposlitev enega zdravnika specialista družinske medicine in enega tehnika zdravstvene nege na 1.728 bolnikov. Tovrstni standardi za AK-ambulance v okviru bolnišnic ne obstajajo (Novis, 2012, str. 43).

V AK-ambulantni Poliklinike Ljubljana je bil leta 2001 razvit lasten računalniški programa »TROMBO«. Zasnovan je tako, da sam predlaga dnevni oziroma tedenski odmerek kumarinov in datum naslednjega obiska ter da v vsakem trenutku omogoča vpogled v bolnikove značilnosti, ki so nujne za kakovostno vodenje zdravljenja (starost, sočasne bolezni, predhodni zapleti), in v celotno bolnikovo zgodovino zdravljenja. Program omogoča tudi hitre, preproste statistične analize in oceno kakovosti dela. Izkazalo se je, da je vodenje zdravljenja s pomočjo omenjenega računalniškega programa enako varno in učinkovito, kot če zdravljenje vodi izkušen specialist. Ob računalniški podpori se tako izvaja tudi varen prenos vodenja AK-zdravljenja na primarno raven oziroma k manj izkušenemu osebju (Organizacija vodenja antikoagulacijskega zdravljenja v Sloveniji, 2014).

Na ravni bolnišničnih ambulant za vodenje AK-zdravljenja so v delo vključili tudi zdravnike začetnike, ki vodijo zdravljenje pri bolnikih brez zapletov, v zapletenih primerih pa zdravljenje prevzamejo izkušeni zdravniki. Diplomirana medicinska sestra v bolnišnični AK-ambulantni je odgovorna predvsem za zdravstveno vzgojo bolnikov, ki je ključnega pomena za varno vodenje AK-zdravljenja brez zapletov. Problem, ki se mu posveča premalo pozornosti, je, da v bolnišničnih AK-ambulantah nimajo normativno urejenega kadra, zato se soočajo s prevelikim številom bolnikov. AK-ambulance na primarni ravni tesno sodelujejo z AK-ambulanto Kliničnega oddelka za žilne bolezni UKC Ljubljana, ki je odgovorna za upoštevanje doktrinskih načel zdravljenja trombotičnih bolezni, izobraževanje zdravnikov in medicinskih sester, hkrati pa opravlja svetovalno službo in vodenje posebno zapletenih primerov bolezni (Peternel, 2000, str. 91–95).

Zaradi nenehnega naraščanja števila bolnikov, ki potrebujejo AK-zdravljenje, je treba proces zdravstvene obravnave pacientov, vključenih v AK-zdravljenje, spremeniti in izboljšati. Razbremeniti bo treba ambulate na terciarni in sekundarni zdravstveni ravni in ustanoviti nove ambulate na primarni zdravstveni ravni ter vzpostaviti zanesljivo računalniško povezavo med vsemi AK-ambulantami v Sloveniji. Na ta način se lahko na

celotnem slovenskem prostoru doseže varno in učinkovito vodenje AK-zdravljenja, ki edino prinaša učinkovitost z neposrednimi in posrednimi ekonomskimi koristmi.

Mavri (2007, str. 113–117) navaja, da je po rezultatih številnih raziskav vodenje bolnikov na AK-terapiji v specializiranih AK-ambulantah varnejše in učinkovitejše kot vodenje teh pri osebnih zdravnikih. Poleg teoretičnih znanj je treba imeti tudi veliko izkušenj, ki omogočajo pravilno odločitev v kritičnih trenutkih vodenja AK-zdravljenja, kar pomeni manj zapletov ter cenejše zdravljenje in obratno. Na letni ravni so stroški zdravljenja bolnikov (kolikor potrebujemo, da preprečimo en trombembolični dogodek) bistveno manjši kot stroški hospitalizacije v primeru zapletov oz. v primeru trajne invalidnosti. Ne smemo spregledati dejstva, da ekonomske koristi lahko pričakujemo le takrat, ko je AK-zdravljenje vodeno kakovostno in v skladu z veljavno doktrino.

Klemenčič (2007) opisuje, da se pri bolnikih, ki zaradi nepokretnosti ali drugih vzrokov ne morejo obiskovati ambulate za AK-zdravljenje, takšno zdravljenje spremlja po telefonu, pri tem pa sodelujejo patronažna služba na terenu in bolnikovi svojci.

Peternel (2000, str. 91–95) navaja, da posamični, bolj poučeni bolniki razmišljajo o samovodenju AK-zdravljenja, saj so pregledi v preobremenjenih ambulantah za AK-zdravljenje izrazito neprijetni. Predpogoj za tovrsten nadzor zdravljenja je dobro poučen in sodelujoč bolnik. Samonadzor izvajajo tako, da si iz vzorca odvzete kapilarne krvi s priročnim aparatom sami določijo vrednost INR in se na podlagi vrednosti sami odločijo o odmerku kumarina oziroma se v primeru odstopanj INR izven določenega območja posvetujejo z zdravnikom. Dosedanja poročila iz tujine kažejo, da se je samonadzor AK-zdravljenja v praksi dobro obnesel.

4.2 Vodenje pacientov na antikoagulacijskem zdravljenju – case management

Flarey, Blancett (1996, str. 41) navajata, da *American Nurses Association* definira *Case management* kot model sistematičnih aktivnosti obravnave pacienta, ki privede do zastavljenih ciljev:

- neprekinjena kakovostna zdravstvena oskrba,
- celostna oskrba v vseh življenjskih okoljih,
- kakovost življenja pacientov,
- sprotno vrednotenje stroškov zdravstvene oskrbe.

Definicija, ki jo je izdelala *The National Case Management Task Force*, navaja: Case management je kolaborativni, sodelovalni proces, ki ugotavlja, planira, izvaja, koordinira, spremlja in vrednoti metode in storitve za zagotovitev individualnih potreb po zdravstveni oskrbi s komunikacijo in razpoložljivimi viri za promocijo kakovostnih ter stroškovno učinkovitih izidov (Flarey & Blancett, 1996, str. 3–6).

Case management je osredotočen na kontroliranje porabljenih virov in doseganje zastavljenih ciljev zdravljenja pacientov v določenem času. Case managerji, ki vodijo ta sistem, so bodisi klinični specialisti zdravstvene nege ali izkušene medicinske sestre (v Združenih državah Amerike z opravljenim magisterijem). S sodelavci zdravniki v zdravstvenem timu sodelujejo pri ocenjevanju klinične prakse na osnovi kliničnih protokolov (Bohinc, Gradišar & Cibic, 2002, str. 1405–1410).

Model *Case management* je osnova za neprestano, sistematično izboljšanje standardov na ravni organizacije, izvedbe in izidov zdravstvene nege na podlagi posebne dokumentacije kliničnih protokolov. Zdravstvene potrebe posameznega pacienta se zagotavljajo z ocenjevanjem, planiranjem, izvajanjem, koordiniranjem, spremljanjem in vodenjem različnih opcij in storitev zdravstvene oskrbe na način, da se zadostijo pacientove individualne zdravstvene potrebe. Na podlagi delovanja modela *Case management* sta zagotovljeni kakovost in stroškovna učinkovitost zdravstvene oskrbe ter je edina možna oblika dela pri plačilnem sistemu, ki je osnovan na podlagi skupin pacientov, povezanih z diagnozo (Bohinc, Gradišar & Cibic, 2002, str. 1405–1410).

Cohen in Cesta (2001, str. 495) opisujeta, da je struktura vodenja bolnikov po modelu *Case management* primerna zlasti za internistične bolnike, ki so večinoma starejši, težje zagovarjajo svoje potrebe in pri njih pogosteje pride do neželenih dogodkov v okviru dolgotrajnega zdravljenja. Obstajajo pa tudi druge skupine bolnikov, ki imajo koristi od modela koordiniranega primera, kot so na primer:

- bolniki, starejši od 70 let,
- bolniki, ki odklanjajo zdravljenje,
- bolniki z zahtevnim načrtom zdravljenja,
- bolniki s potrebami po zdravstveni negi v domačem okolju,
- zapletene učne potrebe.

5 ORGANIZACIJA IN ORGANIZACIJSKE SPREMEMBE V ZDRAVSTVU

Kovač, Muhlbacher in Kodydek (2012, str. 8–9) navajajo, da je organizacija pojem, ki se v domači in tuji strokovni literaturi največkrat uporablja za opisovanje dveh pojavov:

- organizacije kot institucije bodisi v pridobitni ali nepridobitni dejavnosti in
- organizacije kot instrumentalne razsežnosti posamezne organizacije.

Prvi pojav predstavlja pravno-formalne načine združevanja posameznikov in njihovih sredstev z namenom, da dosežejo zastavljene cilje, drugi pojav pa predstavlja organizacijo kot inštrument, s katerim so določeni tako struktura kot tudi procesi in kultura podjetja oziroma zavoda.

Za preteklo stoletje velja, da je bilo to stoletje velikih sprememb, posejano z odkritjem mnogih novosti in z nenadnimi preobratu na področjih človekovega delovanja in ustvarjanja. Globalni trendi v okolju pomembno vplivajo na obvladovanje, razvoj in rast

tako družb kot tudi podjetij in združb, zato je spremljanje in njihovo obvladovanje bistvena naloga državnikov in managerjev (Kovač, Muhlbacher & Kodydek, 2012, str. 8–9).

Tajnikar (2009, str. 17–26) opisuje, da gospodarska kriza vstopa skozi vse elemente zdravstvenega sistema. Zaostajanje denarnih in realnih dohodkov prebivalstva ogroža prihodke blagajne obveznega zdravstvenega zavarovanja, državni proračun ima na voljo vedno manjše možnosti za dopolnjevanje izpadov prihodkov v to blagajno, prispevki za zdravstvo bodo vse bolj dražili delo v gospodarstvu nasploh in bodo vse bolj na udaru, da se morajo zmanjšati, prebivalstvo bo vse težje sodelovalo v prostovoljnem zdravstvenem zavarovanju. V zdravstvenem sistemu so nedvomno potrebne spremembe za izboljšanje učinkovitosti, ki pa ne smejo iti na račun kakovosti.

Ministrstvo in zavarovalnica zahtevata, da zdravstveni sistem vzdrži s tem, da se opravijo vse storitve ter da se ob tem še varčuje, vendar ne v breme pacienta. Vzdržnost zdravstvenega sistema pomeni zadržati ali izboljšati obstoječo raven kakovosti, varnosti in dostopnosti javnih storitev v splošno sprejemljivi obliki (Marušič & Ceglar, 2009, str. 72–75).

Kako organizacija dosega rezultate, je odvisno od njenega managementa. Ta mora vire, s katerimi razpolaga, organizirati tako, da omogočijo doseganje načrtanih ciljev (Dimovski & Penger, 2008, str. 9–10).

Kovač (2010, str. 9–15) navaja, da je v organizaciji bistven element organizacijske kulture koordinacija s svojimi možnimi oblikami in mehanizmi, ki bi morala sočasno slediti razvoju organizacijske kulture. Trenutno najbolj značilne oblike koordinacije so kolegij, štabne enote in usklajevalne skupine. Za dvig učinkovitosti delovanja organizacijskih struktur jih je treba oblikovati tako, da se bodo sposobne hitreje odzivati na trenutne zahteve okolja in bodo temeljile na sodobnih oblikah koordinacije.

5.1 Opredelitev potreb po organizacijski spremembi na ravni managementa zdravstvene nege

Management v zdravstvu in posledično tudi v zdravstveni in babiški negi se zaradi vpliva vsesplošnih ekonomskih razmer sooča s potrebami po spremembah. Avtorji navajajo, da sta zdravstveno varstvo ter zdravstvena in babiška nega kljub ekonomski krizi odporna proti recesiji, ker ju vedno potrebujemo ne glede na okoliščine. V obdobju, v katerem se nahajamo, pa se kaže celo povečana potreba po zdravstvenih storitvah pri brezposelnih in ljudeh, ki doživljajo večji stres. Po drugi strani pa, kar medicinske sestre še predobro vemo, ko vlada začne zmanjševati stroške, to pogosto stori na račun zdravstvenega varstva, še zlasti na račun zdravstvene in babiške nege (Požun, 2012, str. 5).

Zalar (2010) izpostavlja tri ključne dejavnike, ki kličejo po izboljševanju sistema organizacije zdravstva:

- nenehne potrebe po razvijanju in posodabljanju zdravstvenih storitev,
- nenehna potreba po povečevanju uspešnosti in učinkovitosti procesov, ključnih za nastajanje zdravstvenih storitev,
- potreba po načinu delovanja organizacije kot celote – management organizacije.

Skela Savič in Pagon (2007, str. A63–A74) v raziskavi o modelu dejavnikov uspešnega izvajanja sprememb v slovenskih bolnišnicah navajata, da je učinkovito timsko delo oziroma »izgradnja tima« tisti dejavnik, ki najbolj pojasnjuje uspešno izvajanje sprememb v raziskanih bolnišnicah. Navajata tudi, da imajo ostali raziskovani dejavniki, kot so vodenje na vseh ravneh, izgradnja prodorne kulture, ki spodbuja učenje skozi procese dela, in večja uporaba informacijske tehnologije pri uvajanju stalnih izboljšav ter sprejemanju odgovornosti, sicer statistično pomembno, vendar majhno pojasnjevalno vrednost uspešnega izvajanja sprememb v slovenskih bolnišnicah. Rezultati raziskave tako pokažejo, da bo treba pri uvajanju sprememb v prakso slovenskih bolnišnic narediti veliko sprememb pri vodenju posameznika, tima in organizacije, saj je iz raziskave organizacijske kulture razvidno, da je vodenje usmerjeno predvsem hierarhično in tržno, timsko delo pa je slabo razvito. Trenutno sta pri vodenju v ospredju individualizem in hierarhija, kar se odraža v bistveno večjem deležu kontrolnega kot fleksibilnega vodenja.

Klemenc in Ažman (2013, str. 38–39) opisujeta, da v času globalne krize in intenzivnega staranja prebivalstva pomanjkanje zdravnikov in zmanjševanje finančnih sredstev, namenjenih zagotavljanju zdravstvenih storitev, pomembno vplivata na razvoj zahtevnejših oblik dela v ZN. ZN lahko namreč pri reševanju izzivov, kako zagotoviti visoko raven zdravstvene oskrbe (pri tem pa upoštevati uporabo naprednih tehnologij ob zmanjšanju prispevka za zdravstveno varstvo iz državne blagajne ter zmanjševanje kadrovskih virov), odigra pomembno vlogo.

Zdravstveni sistemi držav se že od zgodnjih devetdesetih let hkrati soočajo z zniževanjem finančnih sredstev, namenjenih za zdravstveno varstvo, in vedno večjimi stroški, ki jih izkazujejo vedno zahtevnejše storitve. Management v zdravstvenih organizacijah mora tako nenehno uravnavati razmerje med danimi finančnimi možnostmi in potrebami.

V organizacijah morajo vse ravni managementa povezovati med seboj dva pojma, in sicer poslovanje in vodenje. Pojem poslovanje zajema logiko in racionalnost, vodenje pa razumevanje interesov ter vedenje ljudi (Maze, 2008, str. 38).

V tabeli 10 so navedeni dejavniki v zdravstvenih sistemih, ki so ključni za učinkovito organizacijo.

Tabela 10: Dejavniki, ključni za učinkovito organizacijo v zdravstvenih sistemih

Ključni dejavniki vpliva na učinkovito delovanje organizacij v zdravstvu
• Strateško planiranje, ki je usmerjeno k doseganju specifičnih zdravstvenih in drugih ciljev in ne le k izvajanju določenih služb
• Cilji in pričakovani rezultati med različnimi deli zdravstvene organizacije ali sistema
• Pravica in dostopnost do služb in informacij ter ravnotežje med potrebami, zahtevami in možnostmi
• Vpliv okolja in trendov
• Vpliv alternativnih mehanizmov na stroške ter financiranje zdravstvenih služb
• Kadrovske in finančne možnosti managementa
• Odgovornost do izvajalcev in uporabnikov služb
• Učinkovitost managementa informacijskih sistemov
• Učinkovito komuniciranje
• Kompleksno odločanje o etičnih in moralnih problemih, kvaliteti in kvantiteti življenja, obliki in obsegu oskrbe
• Večji prenos oskrbe in odločanja glede na boljše sodelovanje uporabnikov
• Naraščanje potreb po podpori primarnemu zdravstvu, z večjim poudarkom na preventivi in promociji zdravja
• Reševanje političnih in drugih večjih problemov v zdravstvu

Vir : ICN, Management in zdravstvena nega: Priročnik za nacionalna združenja medicinskih sester: Usposabljanje medicinskih sester – managerjev zdravstvene nege in medicinskih sester v splošnem zdravstvenem managementu, 1991, str. 14.

Analiza literature izkazuje podobne razloge v prid organizacijskih sprememb. Razlogi zanje so nesporno konkurenčni pritiski, pravni predpisi in standardi ter sledenje tehnološkim novostim. Z vidika konkretnega primera, ki ga obravnavam v magistrskem delu, je pomembno poudariti še pomen uvajanja kadrovske in časovne učinkovitosti, ki zlasti v zdravstvu kot neprofitni organizaciji privede do ekonomske učinkovitosti in kakovosti izidov.

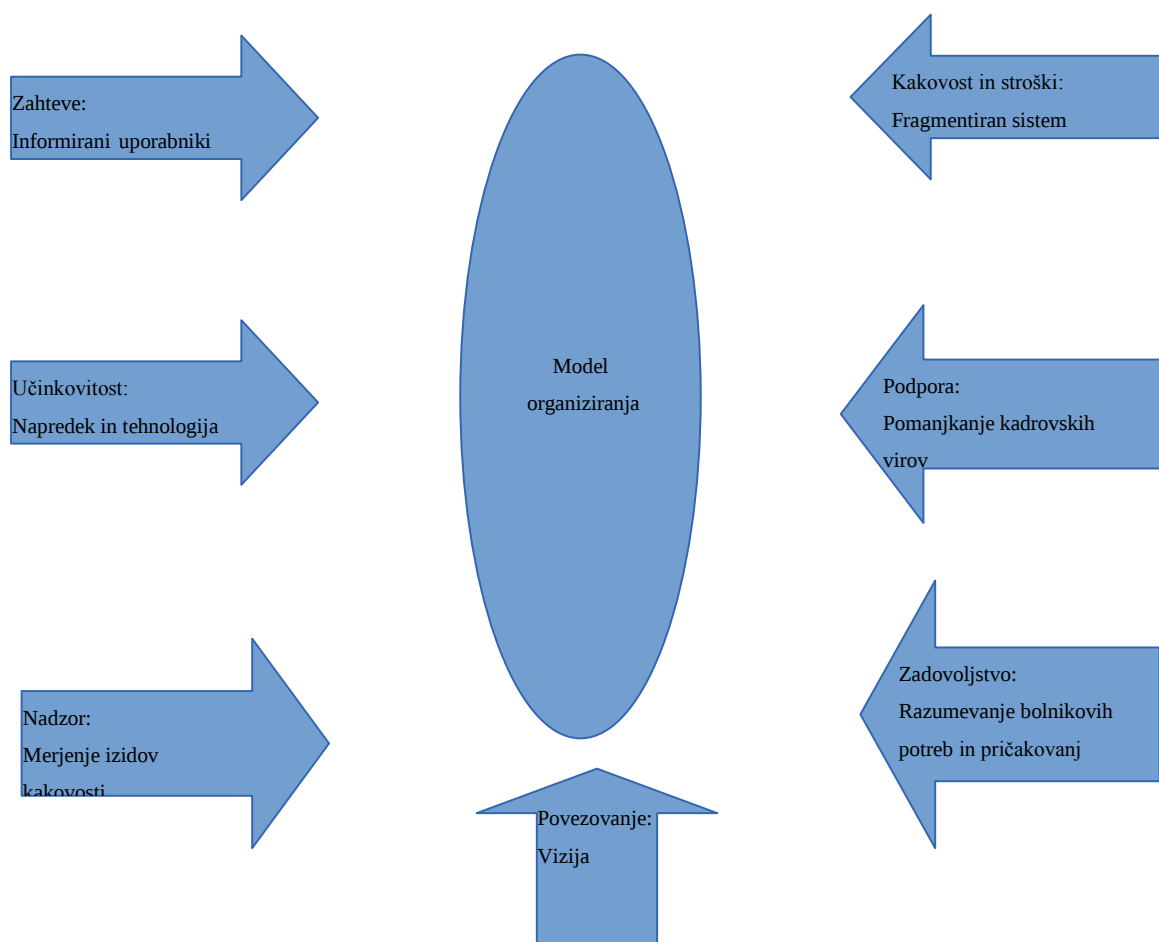
5.2 Vloga managementa pri uvajanju sprememb sistema in procesov organizacije

Potrebno bo skrbno ravnanje z vsemi viri, ki so v zdravstvu na voljo, tako s tehnološkimi, prostorskimi, energetskimi, informacijskimi, zlasti pa s človeškimi (Hočevar, 2009, str. 5). Neizogibna sta optimizacija vseh procesov ter razvoj in ne le nižanje cene storitev, da preživimo obdobje recesije, ki jo spremlja naraščanje potreb po zdravstvenih storitvah (Maze, 2010, str. 915).

Kovač, Muhlbacher in Kodydek (2012, str. 31–33) navajajo, da lahko le z izvajanjem modela managementa sprememb, ki zajema sistematičen sklop spremenjenih procesov in aktivnosti, učinkovito izvedemo spremembe v podjetjih in drugih organizacijah. Le na ta način se lahko zagotovi večja stopnja uspešnosti in učinkovitosti organizacije. Znanja s področja načrtovanja in doslednega nizanja izvedbe potrebnih sprememb so ključne kompetence sodobnega managerja.

Kimball in Joynt (2007, str. 392) opredeljujeta, da na model organiziranja, ki ga oblikuje management, vplivajo zahteve po informiranih uporabnikih, napredek in tehnologija v zdravstvu, merjenje izidov kakovosti, fragmentiran sistem zdravstva, pomanjkanje kadrovskih virov ter razumevanje uporabnikovih potreb in pričakovanj, kar prikazuje slika 4.

Slika 4: Dejavniki, ki vplivajo na oblikovanje modela organiziranja



Vir: B. Kimball & J. Joynt, *The quest for new innovative care delivery models*, 2007, str. 392.

Skela Savič (2013) poudarja, da se v razvoju zdravstvene nege daje strateški pomen vlogi managementa, ki pa v danem trenutku še ni dovolj usposobljen. Delovna

mesta v managementu zdravstvene nege morajo zasedati osebe, izobražene za tako imenovane zahtevnejše oblike dela v zdravstveni negi, ki temelji na štirih ključnih stebrih: management in vodenje, izobraževanje, raziskovanje in klinično delo.

Rozman (2000, str. 99) navaja, da se organizacijska struktura (in s tem organizacija dela zdravstvenih zavodov na primarni ravni) ves čas razvija zaradi potrebnih prilagoditev, ki jih zahteva notranje in zunanje okolje.

Aslani in Naaranoja (2013, str. 108–114) v svoji raziskavi o značilnostih uvajanja sprememb v primarno raven zdravstvenega varstva na Finskem navajata tri bistvene elemente, ki vplivajo na uspešnost procesa uvajanja izboljšav v njihovih zdravstvenih centrih, in sicer so to osebne značilnosti zaposlenih, sistem uvajanja sprememb ter struktura uvajanja sprememb.

Skela Savič (2013) navaja, da je izziv managementa v zdravstveni negi med drugim tudi prepoznati priložnosti za samostojno raziskovanje in razvojno delo v zdravstveni negi zlasti na področjih promocije zdravja, zmanjševanja dejavnikov tveganja za bolezni v vseh starostnih obdobjih, izboljšanja izvidov že razvitih bolezni, podpore posamezniku in družini pri soočanju z boleznijo in prilagajanju nanjo ter na področju reorganizacije nudenja zdravstvene obravnave v zdravstvenem sistemu. Navedena aktualna področja raziskovanja v zdravstveni negi so managementu kot iztočnica za razvojno delo.

6 ANALIZA MANAGEMENTA ZA UVAJANJE NOVE VLOGE ZDRAVSTVNEGA EDUKATORJA V PROCESU PRENOVE

6.1 Vloga zdravstvenega edukatorja v procesu

Zdravstveni edukator je lahko diplomirana medicinska sestra, ki je poleg kompetenc z že formalno pridobljenim znanjem usmerjena ter izobražena za vodenje bolnikov na AK-zdravljenju v okviru Sekcije za AK-zdravljenje in preprečevanje tromboemboličnih bolezni. Po trenutnih smernicah so v to izobraževanje usmerjeni le zdravniki splošne/družinske medicine.

Program dopolnilnega izobraževanja za zdravnike specialiste družinske medicine v okviru Sekcije za AK-zdravljenje in preprečevanje tromboemboličnih bolezni obsega 10 ur (Organizacija vodenja antikoagulacijskega zdravljenja v Sloveniji, 2014). Področja znanj, ki jih zajema izobraževanje, so predstavljena v tabeli 11.

Tabela 11: Področja znanj, zajetih v dopolnilnem izobraževanju za zdravnike specialiste družinske medicine v okviru Sekcije za AK-zdravljenje in preprečevanje tromboemboličnih bolezni

• Peroralna AK-zdravila
• AK-zdravljenje bolnikov z umetnimi srčnimi zaklopkami
• AK-zdravljenje bolnikov z atrijsko fibrilacijo

• AK-zdravljenje bolnikov s koronarno boleznijo
• AK-zdravljenje bolnikov z antifosfolipidnim sindromom
• AK-zdravljenje bolnikov z vensko trombembolijo
• AK-zdravljenje bolnikov z boleznijo mitralne zaklopke
• AK-zdravljenje bolnikov s periferno atrijsko boleznijo
• AK-zdravljenje bolnikov s paradoksnimi embolizmi
• edukacija bolnikov pred uvedbo AK-zdravljenja
• Vodenje AK-zdravljenja s pomočjo računalniškega programa
• Preigravanje kliničnih primerov

Vir: Organizacija vodenja AK-zdravljenja v Sloveniji, 2014.

Kramarič in Mavri (2009, str. 445–450) izpostavljata, da je vloga zdravstvenega edukatorja v procesu AK-zdravljenja izjemno pomembna in mora biti načrtovana ter kontinuirana. Znanje, ki ga mora zdravstveni edukator podati in kontinuirano preverjati pri bolniku in njegovih svojcih, je bistvenega pomena za kakovostno vodenje AK-zdravljenja in je opredeljeno v tabeli 12.

Tabela 12: Obvezna področja znanja, ki jih zdravstveni edukator posreduje bolnikom na AK-zdravljenju in njihovim svojcem

• Učinki AK-terapije
• Pomen rednih kontrol vrednosti INR
• Pomen rednega udeleževanja kontrol v ambulantni za AK-zdravljenje
• Pomen rednega jemanja predpisane AK-terapije ob določenem času in točno določeni predpisani količini
• Prepoznati pojav stranskih učinkov AK-terapije
• Način življenja ob uvedeni terapiji
• Učinki prehrane, alkohola, kajenja in drugih zdravil na AK-zdravljenje

Vir: A. Kramarič & A. Mavri, Pomen nove oblike pisnega navodila za bolnike na antikoagulacijskem zdravljenju, 2009, str. 445–450.

Zdravstveni edukator lahko na podlagi dodatno pridobljenih znanj v okviru Sekcije za AK-zdravljenje in preprečevanje trombemboličnih bolezni ter glede na izmerjeno vrednost INR tistim bolnikom, ki imajo ob kontroli urejeno vrednost časa strjevanja krvi, z uporabo programa Trombo odmeri terapijo do naslednjega kontrolnega pregleda. Enako lahko AK-terapijo odmeri tudi urejenim bolnikom na domu na podlagi telefonske komunikacije s patronažno medicinsko sestro, ki je opravila meritev INR.

6.2 Zdravstvenovzgojna vloga zdravstvenega edukatorja pri zapletih pri AK-zdravljenju

Mavri in Vene (2009) navajata, da so zapleti pri AK-zdravljenju majhne in velike krvavitve ter trombembolični dogodki. Majhne krvavitve so krvavitve iz nosu, dlesni,

v očno veznico, iz sluhovoda, v podkožje, v mišice in sklepe, hematurija, hemoptize, ginekološke krvavitve, krvavitve iz prebavnega trakta ter krvavitve v notranje organe, ki jih glede na merilo ne moremo razporediti med velike krvavitve. Kot velike krvavitve pa se štejejo krvavitve v osrednjem živčevju, v retroperitonealni prostor ali očno steklovino, vsaka krvavitev, ki povzroča zmanjšanje koncentracije hemoglobina za več kot 20 g/l, vsaka krvavitev, ki zahteva transfuzijo koncentriranih eritrocitov (dve ali več enot krvi), in vsaka krvavitev, za katero za zaustavljanje potrebujemo kirurški ali endoskopski poseg.

Zapleti pri AK-zdravljenju v smislu krvavitev in trombembolij so pogostejši, kadar je bolnikov INR izven ciljanih vrednosti, predpisanih za posamezno indikacijo na osnovi raziskav. Večje kot je odstopanje vrednosti INR in dlje časa kot traja, več je možnosti za zaplet (Ansell, Hirsh, Poller, Jacobson & Hylek, 2004, str. 204S–233S).

Nanut (2010, str. 59) navaja, da z neurejenostjo AK-zdravljenja narašča število obiskov v AK-ambulantah in se krajša čas med njimi, kar pomeni večjo obremenitev tako za bolnika kot za celoten zdravstveni sistem.

Zdravstveni edukator bolnike, pri katerih je kontrolna vrednost INR izven ciljanega območja, po sprotnemu preverjanju možnih dejavnikov, ki bi lahko vplivali na pojav zapletov, napoti na obravnavo k zdravniku.

7 PREDLOG REORGANIZACIJE PROCESA ZDRAVSTVENE OBRAVNAVE PACIENTA V AMBULANTI ZA VODENJE ANTIKOAGULACIJSKEGA ZDRAVLJENJA V ZD MOSTE-POLJE

7.1 Analiza obstoječega sistema in procesa dela

V procesni obravnavi pacienta v AK-ambulantah po obstoječih kadrovskih normativih v timu sodelujeta

- zdravnik specialist splošne/družinske medicine in
- srednja medicinska sestra (v nadaljevanju SMS).

Ambulanta za AK-zdravljenje v Zdravstvenem domu (v nadaljevanju ZD) Moste-Polje ima trenutno registriranih 772 pacientov in dejavnost izvaja dva dni v tednu. Dnevno izvedemo od 80 do 130 pregledov oz. obravnav bolnikov. Normativi določajo 14 pregledov na uro, v AK-ambulantah ZD Moste-Polje se jih opravi od 13 do 21 na uro. Pri bolnikih z urejenim AK-zdravljenjem opravljamo preglede na šest do osem tednov, v primeru neurejenega stanja pa pogosteje.

Ob sprejemu bolnika v AK-ambulantno je naloga SMS, da

- pripravi zdravstveno dokumentacijo ter preveri podatke na kartici zdravstvenega zavarovanja,
- odvzame kapilarni vzorec krvi,
- s pomočjo aparata CoaguChek XS in pripadajočih testnih lističev izvede meritve vrednosti INR,
- rezultat INR vpiše v bolnikov karton ter bolnika z vso pripadajočo zdravstveno dokumentacijo usmeri v nadaljnjo obravnavo k zdravniku.

Naloga zdravnika pri obravnavi bolnika v AK ambulanti je, da

- na podlagi rezultata meritve INR določi novo shemo za jemanje AK-terapije s pomočjo računalniškega programa Trombo,
- glede na rezultat meritve izvede zdravstvenovzgojno delo oz. edukacijo. Dodatno edukacijo nameni pacientom, pri katerih izmerjeni INR ni v želenem območju. Od njih mora pridobiti povratno informacijo o vzrokih iztirjenja INR in jih v primeru izkazanih znakov zapletov napoti k ustreznemu specialistu.

Bolnik zaključi obravnavo v AK-ambulantni pri SMS tako, da ta

- zabeleži opravljene storitve v računalniški sistem Iris in
- bolniku posreduje vso zdravstveno dokumentacijo, ki jo bo potreboval v prihodnje, ter datum naslednjega kontrolnega pregleda v AK-ambulantni.

Poleg klasičnega procesa obravnave bolnika v ambulanti za AK-zdravljenje se v sklopu omenjene ambulante izvaja še proces obravnave bolnika na njegovem domu, v katerem sodelujeta

- zdravnik specialist splošne/družinske medicine in
- patronažna medicinska sestra (v nadaljevanju PMS).

Naloga PMS v tem procesu obravnave bolnika je, da

- na podlagi izdanega delovnega naloga izbranega osebnega zdravnika obišče bolnika na domu,
- bolniku odvzame kapilarni vzorec krvi,
- s pomočjo aparata CoaguChek XS in pripadajočih testnih lističev izvede meritve vrednosti INR,
- rezultat vrednosti INR sporoči po telefonu v AK-ambulantno (to opravi bolnik ali njegovi svojci oziroma po potrebi PMS),
- izvede zdravstvenovzgojno delo s pacientom in po potrebi še z njegovimi svojci (ustno in pisno).

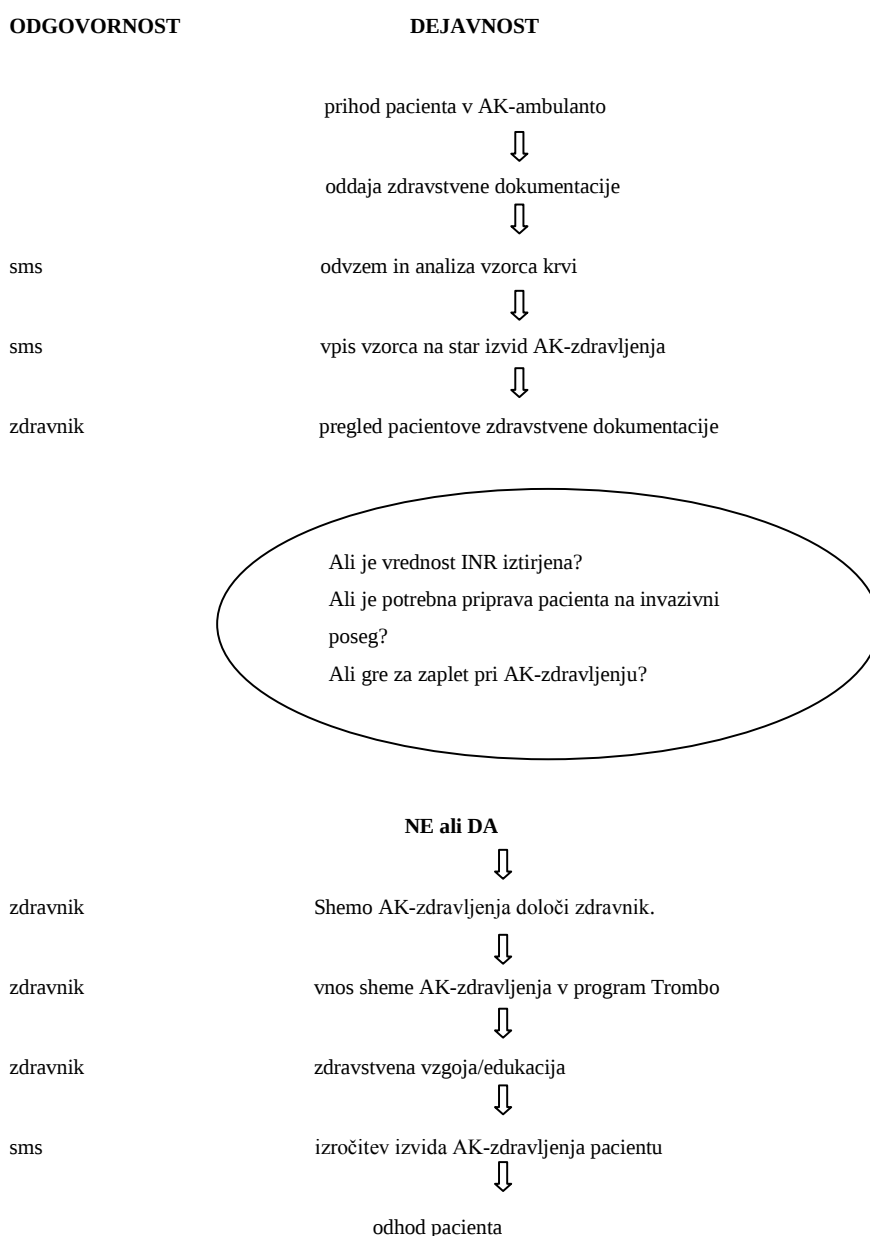
Naloga zdravnika v procesu obravnave bolnika na njegovem domu je, da

- na podlagi rezultata meritve INR določi novo shemo za jemanje AK-terapije s pomočjo programa Trombo,

- v primeru, da rezultat vrednosti INR ni v terapevtskem območju, posreduje informacijo bolniku osebno oz. PMS, da mora bolnik osebno priti na obravnavo v AK-ambulanto.

Slika 5 prikazuje potek procesa obravnave pacienta v AK-ambulanti ZDL Moste-Polje glede na odgovornost izvedbe posamične aktivnosti, za katero je kompetenten posameznik v tem zdravstvenem timu.

Slika 5: Shema klasičnega poteka procesa obravnave pacienta v AK-ambulanti ZDL Moste-Polje



7.1.1 Predstavitev strukture populacije pacientov

Populacijo pacientov v ambulantni za AK-zdravljenje v ZD Moste-Polje, ki je prikazana v tabeli 13, predstavljajo v največjem deležu pacienti, pri katerih sta bili kot prva indikacija za AK-zdravljenje opredeljeni atrijska fibrilacija (AF) ter atrijska undulacija, in sicer je to lahko bodisi kronična, paroksizmalna, persistentna ali neopredeljena AF in undulacija ter AF za elektrokonverzijo. Populacijo, ki ji je bila kot prva indikacija za AK-zdravljenje opredeljena umetna zaklopka, predstavljajo vsi pacienti, ki jim je bila vstavljena biološka, aortna ali mitralna zaklopka. V tretjo, sicer manj obsežno skupino so zajeti pacienti s trombozo in pljučno embolijo. V manjšem deležu pa so bili pri zajetih pacientih kot prva indikacija za AK-zdravljenje opredeljeni tudi mitralna stenoza, dilatativna kardiomiopatija (DKMP) ter antifosfolipidni sindrom.

Tabela 13: Prikaz pacientov v AK-ambulantni ZDL Moste-Polje po začetni diagnozi AK-zdravljenja

Atrijska fibrilacija	630
Zaklopke	74
Tromboza/pljučna embolija	56
Mitralna stenoza	6
DKMP	4
Antifosfolipidni sindrom	2

Iz tabele 14 je razvidno število obravnavanih pacientov v obdobju od leta 2010 do 19. 9. 2013 v AK-ambulantni ZDL Moste-Polje glede na to, ali je bila to prva obravnava ali obravnava, pri kateri je imel pacient urejeno območje INR, ali obravnava, pri kateri je imel pacient meritve INR izven urejenega območja.

Tabela 14: Prikaz obravnav pacientov v AK-ambulantni glede na vrsto obravnave

Leto	2010	2011	2012	do 19.9.2013
Prve obravnave	102	156	166	94
Obravnave v urejenem območju INR	3938	5860	6574	4660
Obravnave izven urejenega območja INR	2216	2585	2938	2364
Obravnave skupaj	6249	8601	9678	7118

7.2 Prikaz nove reorganizacije procesa zdravstvene obravnave pacienta

V predlogu reorganizacije procesne obravnave bolnika v AK-ambulantni v zdravstvenem timu sodelujejo

- zdravnik specialist splošne/družinske medicine,
- diplomirana medicinska sestra v vlogi zdravstvenega edukatorja in
- srednja medicinska sestra.

Ob sprejemu bolnika v AK-ambulanto je naloga SMS, da

- pripravi zdravstveno dokumentacijo ter ažurira podatke na kartici zdravstvenega zavarovanja,
- odvzame kapilarni vzorec krvi,
- s pomočjo aparata CoaguChek XS in pripadajočih testnih lističev izvede kontrolno meritev vrednosti INR,
- rezultat kontrolne meritve INR vpiše v bolnikov karton AK-zdravljenja ter bolnika z vso pripadajočo zdravstveno dokumentacijo usmeri v nadaljnjo obravnavo k diplomirani medicinski sestri – zdravstveni edukatorici.

Naloga diplomirane medicinske sestre – zdravstvene edukatorice je, da

- na podlagi rezultata meritve INR določi novo shemo za jemanje AK-terapije s pomočjo računalniškega programa Trombo,
- glede na rezultat meritve izvede zdravstvenovzgojno delo,
- v primeru, da opravljena kontrolna meritev odstopa od terapevtskega območja ali da je potrebna priprava bolnika na operativni poseg ali pa gre za pojav zapletov pri AK zdravljenju, bolnika napoti na nadaljnjo obravnavo k zdravniku.

Vloga zdravnika v prenovljenem procesu obravnave v AK-ambulantni je, da

- po ugotovljeni potrebi napoti bolnika k ustreznemu specialistu.

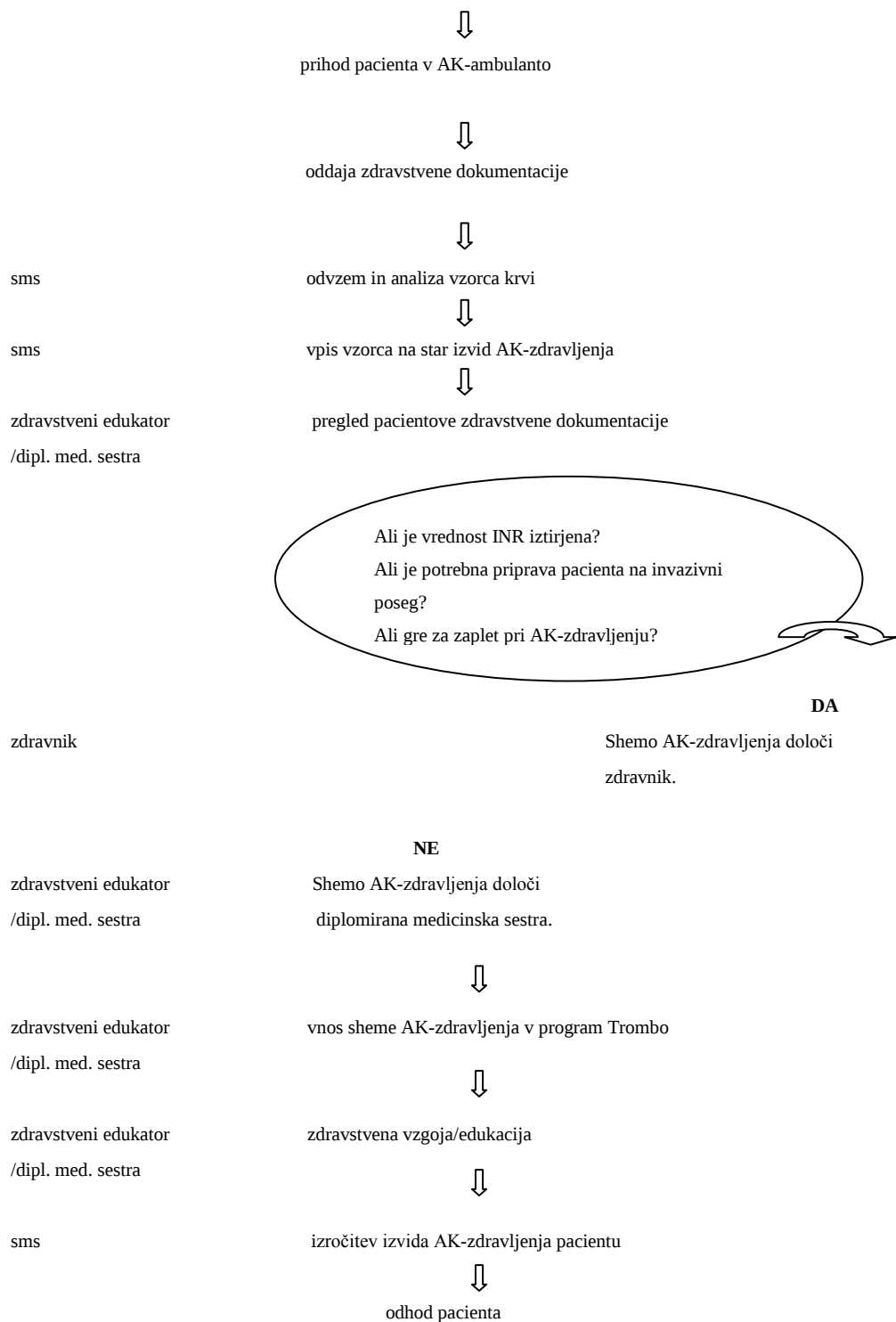
Bolnik zaključi obravnavo v AK-ambulantni pri SMS tako, da ta zabeleži opravljene storitve v računalniški sistem ter bolniku posreduje vso zdravstveno dokumentacijo, ki jo bo potreboval v prihodnje, ter določi datum naslednjega kontrolnega pregleda v AK-ambulantni.

Vloga posameznega člana zdravstvenega tima, upoštevajoč njegove kompetence v novem procesu obravnave pacienta v AK-ambulantni ZDL Moste-Polje, je prikazana v sliki 6.

*Slika 6: Shema novega poteka procesa obravnave pacienta v AK-ambulantni ZDL
Moste-Polje*

ODGOVORNOST

DEJAVNOST



7.2.1 Umestitev zdravstvenega edukatorja v novo organizacijo in proces zdravstvene obravnave pacienta

Varno in učinkovito AK-zdravljenje je izziv za organizacijo vodenja AK-zdravljenja v Sloveniji.

Železnik et al. (2011) navajajo, da je predpogoj za umestitev zdravstvenega edukatorja v tim AK-ambulante ustrezna zakonska ureditev s prenosom nalog od zdravnika na diplomirano medicinsko sestro z dodatnimi specialnimi znanji. Poleg formalno pridobljenih kompetenc, ki jih diplomirana medicinska sestra pridobi po zaključku formalnega izobraževanja, mora zdravstveni edukator pridobiti še kompetence z dodatnim specialnim izobraževanjem za vodenje bolnikov na AK-zdravljenju. Le tako izobražena medicinska sestra sme izvajati specifične aktivnosti povsem suvereno in kompetentno, za kar v celoti prevzame tudi etično, strokovno, materialno in kazensko odgovornost.

Z vidika kakovosti se z reorganizacijo procesa in umestitvijo zdravstvenega edukatorja uvaja možnost povsem kompetentne in po obsegu ustrezne zdravstvene vzgoje, ki jo bo namesto zdravnika izvajal zdravstveni edukator.

Z ekonomskega vidika se z umestitvijo zdravstvenega edukatorja v tim ambulante za AK-zdravljenje tako zaradi izvedenega ustreznega obsega zdravstvene vzgoje zmanjša število zapletov, kar pomeni cenejše zdravljenje bolnikov. Ekonomske prednosti se z umestitvijo zdravstvenega edukatorja izkažejo tudi v tem, da se glede na statistične podatke obravnavanih pacientov v AK-ambulantih ZD Moste-Polje med letoma 2010 in 2013 v 68 % razbremeni zdravnik družinske medicine, zato ta lahko v tem času opravlja dela, za katera je ustrezno usposobljen in kompetenten le on. Tudi s tega vidika postaneta zdravljenje in obravnava pacientov cenejša in učinkovitejša.

Manj zapletov pomeni cenejše zdravljenje, zato stroški zdravljenja zapletov odtehtajo stroške ustanavljanja AK-ambulant (Organizacija vodenja antikoagulacijskega zdravljenja v Sloveniji, 2014).

7.3 Prednosti in ovire v predlagani reorganizaciji sistema v procesu vodenja pacientov

V reorganizaciji sistema in procesa vodenja pacientov v AK-ambulantih so zaznane ključne prednosti in ovire ob uvedbi sprememb. Z ustreznim pristopom do ovir te lahko odstranimo in tako zagotovimo, da reorganizacija zaživi.

V tabeli 15 so prikazane ključne prednosti v reorganiziranem procesu vodenja pacientov na AK-zdravljenju.

Tabela 15: Ključne prednosti v reorganiziranem procesu vodenja pacientov na AK-zdravljenju

• Izboljšanje učinkovitosti procesa dela v AK-ambulantni
• Izboljšanje kakovosti obravnave bolnika
• Izraba vseh kompetenc diplomirane medicinske sestre v osnovni zdravstveni dejavnosti
• Učinkovitejša izraba delovnega časa zdravnika splošne medicine z razbremenitvijo tistih kompetenc, ki jih obvladuje tudi diplomirana medicinska sestra

Navedene prednosti krepijo ugled vseh posameznikov v zdravstvenem timu, to je zdravnika kot člana tima, ki je kompetenten za predpisovanje in vodenje neurejenih pacientov, diplomirane medicinske sestre kot članice tima, ki se ukvarja z rednimi kontrolnimi pregledi pacientov ter podajanjem zdravstvenovzgojnih vsebin pacientom, in srednje medicinske sestre, ki podpira celoten proces obravnave pacienta v AK-ambulantni.

Ovire v procesu uvajanja sprememb v reorganizaciji procesa vodenja pacientov na AK-zdravljenju so navedene v tabeli 16.

Tabela 16: Ovire v procesu uvedbe spremembe v reorganizaciji procesa vodenja pacientov na AK-zdravljenju

• Negotovost zdravnikov splošne/družinske medicine, kar preprečimo z vključitvijo diplomirane medicinske sestre v zdravstveni tim. Ta ima za to formalno pridobljene kompetence, ki bodo nadgrajene z dopolnilnim izobraževanjem v okviru Sekcije za AK-zdravljenje in preprečevanje tromboemboličnih bolezni.
• Negotovost diplomiranih medicinskih sester o sposobnosti za prevzem nove vloge zdravstvenega edukatorja, ki jo preprečimo z obvezno udeležbo na dopolnilnem izobraževalnem programu Sekcije za AK-zdravljenje in preprečevanje tromboemboličnih bolezni, ki se zaključi z obveznim preverjanjem znanja.
• Že ustaljen oziroma rutiniran odnos obstoječih članov zdravstvenega tima do trenutnega procesa dela v ambulantni za AK-zdravljenje. Z argumenti, kot so staranje populacije in posledično neprestano naraščanje števila bolnikov, ki potrebujejo AK-zdravljenje, ter vsestransko gibanje k višji stopnji kakovosti procesa, lahko to oviro ovržemo.

SKLEP

Slapničar, Bricelj in Ocepek (2011) pojasnjujejo, da se je treba v finančni krizi, v kateri se nahaja tako gospodarski kot tudi javni sektor, ukvarjati z optimizacijo procesov na način, da poiščemo poti, kako optimalno izvesti storitev ter izkoristiti vse notranje rezerve virov.

Po pregledu raziskav organizacijske strukture tako v tujini kot pri nas se je pokazalo, da obstoječe oblike organizacije in organizacijskih struktur zmanjšujejo možnost tako večje racionalnosti kot tudi kreativnosti ter učinkovite oblike medsebojnega povezovanja med vsemi udeleženci v procesu zdravljenja (Bohinc, Gradišar v Maze, Kovač & Bohinc, 2009, str. 963).

Znano je, da v organizacijah nastopijo težave zaradi slabo organiziranih sistemov in ne zaradi slabih zaposlenih, ki se vključujejo v sisteme. Zavedati se moramo, da se preveč dragocenega časa porablja za spreminjanje teh ljudi in premalo za spreminjanje organizacijskih sistemov, ki so razlog za težave. Dejstvo pa je, da je v zdravstvenih organizacijah med seboj vse povezano: organizacijska struktura, finančni sistem, plačni sistem, zadovoljstvo osebja, klinični rezultati in izkušnje pacientov (Bodinson v Maze, Kovač & Bohinc, 2009, str. 963).

Obstoječe stanje v sistemu zdravstvenega varstva zahteva spremembe v organizaciji vseh virov, kajti le tako bodo zdravstveni zavodi lahko kakovostno in učinkovito izpolnjevali svoje poslanstvo.

Ob pregledu strokovne literature in obstoječe organizacije ter procesov dela v ambulantni za AK-zdravljenje se je izkazalo, da pri reorganizaciji dela na tem področju obstajajo notranje rezerve.

Predlagana reorganizacija dela z umestitvijo zdravstvenega edukatorja v ambulantni za AK-zdravljenje na primarni ravni zdravstvenega varstva jasno opredeljuje in razmejuje kompetence in odgovornosti vseh udeležencev v zdravstvenem timu ambulate.

Umestitev nove vloge zdravstvenega edukatorja v osnovni zdravstveni dejavnosti je ena od sprememb, ki bi v tem časovnem obdobju prinesla bistveno spremembo tako v kakovosti in zadovoljstvu bolnikov, obravnavanih v ambulantni za vodenje AK-zdravljenja v primarni zdravstveni dejavnosti, kot tudi v znižanju stroškov za človeške vire.

Pri snovanju reorganizacije procesa dela v ambulantni za AK sta se izkazala dva pomembna vidika izboljšav, to sta kakovost in ekonomski vidik.

Vidik kakovosti pomeni kakovostnejšo obravnavo uporabnika. Trenutno ima zdravnik specialist splošne/družinske medicine ob velikem številu obravnavanih pacientov, katerih število se nenehno povečuje, v določenem časovnem obsegu vedno manj oziroma premalo časa za izvajanje kakovostne zdravstvene vzgoje, ki je bistvenega pomena pri zdravljenju pacientov v AK-ambulantni. Z reorganizacijo procesa in umestitvijo zdravstvenega edukatorja uvajamo možnost povsem kompetentne in po obsegu ustrezne zdravstvene vzgoje, ki bi jo namesto zdravnika izvajala diplomirana medicinska sestra.

Ekonomski vidik izboljšave se kaže z uvedbo profila diplomirane medicinske sestre zdravstvene edukatorice v reorganiziran proces dela v AK-ambulantni. Z njeno umestitvijo v proces dela dosežemo razbremenitev dela zdravnikov specialistov splošne/družinske medicine. Po obstoječih podatkih je zdravnikov specialistov splošne/družinske medicine premalo za izvajanje njihove osnovne dejavnosti, to je

splošna/družinska medicina. Trenutni sistem obravnave pacientov v AK-ambulantni temelji izključno na obravnavi pacientov s strani zdravnikov specialistov splošne/družinske medicine. Ti morajo zadovoljiti čedalje večje potrebe uporabnikov, ki nastajajo tako zaradi staranja populacije in naraščanja števila novodobnih krvno-žilnih bolezni kot tudi zaradi vse večje osveščenosti uporabnikov.

LITERATURA IN VIRI

1. Albreht, T., & Pribaković Brinovec, R. (2008). Prihodnje vloge medicinske sestre na primarni ravni. *Utrip*, 16(6), 23.
2. Ansell, J., Hirsh, J., Poller, L., Bussey, H., Jacobson, A. & Hylek, E. (2004). The Pharmacology and management of the vitamin K antagonists. *Chest*, 126(3), 204S-233S.
3. Arnesten, J. H., Gelfand, J. M. & Singer, D. E. (1997). Determinations of compliance with anticoagulation: a case-control study. *The American journal of medicine*, 103, 11–7.
4. Aslani, A. & Naaranoja, M. (2013). Characters of Innovation Management in primary Health Care Centres. *Organizacija*, 46(3), 108–114.
5. Axley, L. (2008). Competency: A concept analysis; ProQuest nursing & Allied Health Source. *Nursing forum*, 4(43), 214–222.
6. Bašanović, S. (2010). *Zdravstvena vzgoja bolnika na antikoagulacijskem zdravljenju* (diplomsko delo). Ljubljana: Zdravstvena fakulteta.
7. Bohinc, M. (1997). Menedžment in izobraževanje vodilnih medicinskih sester. *Obzornik zdravstvene nege*, 31, 247–252.
8. Bohinc, M., Gradišar, M. & Cibic, D. (2002). Management izidov zdravstvene nege. 21. znanstvena konferenca o razvoju organizacijskih ved (str. 1405–1410). Portorož: Fakulteta za organizacijske vede Kranj.
9. CINDI Slovenija. (2014). Izvedba programirane zdravstvene vzgoje za odrasle – poročilo 2012. Najdeno 21. avgusta 2014 na spletnem naslovu <http://www.cindi-slovenija.net/>
10. Cohen, E. L. & Cesta, T. G. (2001). *Nursing case management. From essentials to advanced practice applications* (3rd ed). St. Louis: Mosbay.
11. Delamaire, M. & Lafortune, G. (2010). *Nurses in advanced roles: A description and evaluation of experiences in 12 developed countries*. Pariz: OECD.
12. De Maeseneer, J. (2005). Primarno zdravstveno varstvo iz evropske perspektive. *Zdravstveno varstvo*, 44, 171–172.
13. Dimovski, V. & Penger, S. (2008). *Temelji managementa*. Great Britain: A Person Custom Publication.
14. Flarey, L. & Blancett, S. (1996). *Handbook of nursing case management*. Gathersburg: Aspen Publishers.
15. Glanz, K., Rimer, K. & Viswanath, K. (2008). *Health behaviour and health education*. San Francisco: Jossey – Bass A Wiley Imprint.
16. Hočevar, F. (2009). Smo pripravljeni na spremembe? Zdravstvo v času gospodarske krize – smo pripravljeni na spremembe? 16. Strokovno srečanje ekonomistov in poslovnih delavcev, Rogaška Slatina, 21. in 22. maj 2009 (str. 5). Ljubljana: Društvo ekonomistov v zdravstvu.
17. Hosmane, S. H., Tucker, J., Osman, D., Williams, S. & Waterworth, P. (2010). Inpatient Oral Anticoagulation Management by Clinical Pharmacists: Safety and Cost effectiveness. *Jurnal of Clinical Medicine Research* 2(2), 90–92.

18. Hoyer, S. (2005). *Pristopi in metode v zdravstveni vzgoji*. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo.
19. Hoyer, S. (1995). *Zdravstvena vzgoja in zdravstvena prosveta*. Ljubljana: Tehniška založba Slovenije.
20. International Council of Nursing – ICN. (1991). *Management in zdravstvena nega: Priročnik za nacionalna združenja medicinskih sester: Usposabljanje medicinskih sester – managerjev zdravstvene nege in medicinskih sester v splošnem zdravstvenem managementu*. Maribor: Zdravstveni dom Maribor.
21. Inštitut varovanja zdravja. (2010). Izvajalci zdravstvene dejavnosti (BPI). Najdeno 1. avgusta 2013 na spletnem naslovu http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=46&pi=5& 5_id=29& 5_PageIndex=0& 5_groupId=185& 5_newsCategory=& 5_action=ShowNewsFull&pl=46-5.0.#pripeto
22. Ivetić, V., Švab, I., Kolšek, M., Klančar, D., Petek Šter, M. & Rotar-Pavlič, D. (2009). Kompetence zdravnika specialista družinske medicine. *Isis*, 18(1), 34–37.
23. Kagansky, N., Knobler, H., Rimon, E., Ozer, Z. & Levy, S. (2004). Safety of anticoagulation therapy in well-informed older patients. *Archives of Internal Medicine*, 164, 2044–2050.
24. Kersnič, P. (1997). Organizacija službe zdravstvene nege v zdravstvenih zavodih Slovenije. *Obzornik zdravstvene nege*, 31(1-2), 3–23.
25. Kimball, B.– & Joynt, J. (2007). The quest for new innovative care delivery models. *Journal of Nursing Administration*, 37(9), 392–398.
26. Klavs, J. (2014). Sladkorna bolezen v Sloveniji – Nacionalna konferenca obvladovanja sladkorne bolezni. *Utrip*, 22 (9), 28–37.
27. Klančar, D., Švab, I. & Kersnik, J. (2010). Zdravstveni dom: relikt preteklosti ali vizija prihodnosti. *Zdravstveno Varstvo*, 49, 37–43.
28. Klemenc, D. (2010). Zdravstvena nega v času gospodarske krize – smo pripravljeni na spremembe, tudi v luči nove zakonodaje? *Zbornik povzetkov referatov* (str. 13). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije.
29. Klemenc, D. & Ažman, M. (2013). Zahtevnejše oblike dela v zdravstveni negi: strategija. *Moja kariera* (str. 37–47). Ljubljana: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice.
30. Klemenc, D. (2014a). Register brezposelnih oseb, stanje konec novembra 2013. *Utrip*, 22 (1), 17.
31. Klemenc, D. (2014b). Poročilo o projektu referenčnih ambulant za leto 2013. *Utrip*, 22 (8), 22–24.
32. Klemenčič, B. (2007). *Zdravstvena vzgoja bolnikov z antikoagulacijskim zdravljenjem* (diplomsko delo). Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo.
33. Kos Grabnar, E. (2008). Vloga menedžmenta zdravstvene in babiške nege v bolnišnicah. *Zbornik predavanj z recenzijo* (str. 38–49). Podčetrtek: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije.
34. Kovač, J., Muhlbacher, J. & Kodydek, G. (2012). *Uvod v management sprememb*. Kranj: Moderna organizacija v okviru Fakultete za organizacijske vede.

35. Kovač, J. (2010). Najbolj značilne oblike koordinacije kot elementa organizacijske strukture. *Zbornik referatov 11. Znanstveno posvetovanje o organizaciji: Koordinacijski in komunikacijski vidiki organizacije združb* (str. 9–15). Brdo pri Kranju: Društvo slovenska akademija za management, Univerza v Mariboru Fakulteta za organizacijske vede Kranj in Univerza v Ljubljani Ekonomska fakulteta.
36. Kramar Zupan, M. (2013). Vpliv ekonomizacije poslovanja na pacientovo varnost. *JHS – Revija za zdravstvene vede*, 1(1), 82 – 95.
37. Kramarič, A. & Mavri A. (2009). Pomen nove oblike pisnega navodila za bolnike na antikoagulacijskem zdravljenju. *Zdravstveni Vestnik*, 78, 445–450.
38. Likar, V. (2008). *Slovar slovenskega knjižnega jezika*. Ljubljana: ZRC. Slovenska akademija znanosti in umetnosti.
39. Marušič, D. & Ceglar, J. (2009). Izziv slovenskega zdravstvenega sistema: Kako od zahtev zdravstvenega sistema do realnih potreb? *Zdravstvo v času gospodarske krize – smo pripravljeni na spremembe? 16. Strokovno srečanje ekonomistov in poslovnih delavcev, Rogaška Slatina, 21. in 22. maj 2009* (str. 72–75). Ljubljana: Društvo ekonomistov v zdravstvu.
40. Mavri, A. (2007). Organizacija vodenja antikoagulacijskega zdravljenja v Sloveniji. *Zbornik prispevkov 49. Tavčarjevi dnevi, 9.–10. november 2007* (str. 113–117). Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za interno medicino.
41. Mavri, A. & Vene, N. (2009). *Smernice za vodenje antikoagulacijskega zdravljenja*. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo.
42. Maze, H. (2008). *Model organiziranja zdravstvene nege v bolnišnici* (magistrsko delo). Kranj: Univerza v Mariboru.
43. Maze, H. (2010). Izboljševanje procesov v zdravstvu z vitko metodologijo. *Zbornik prispevkov* (str. 914–922). Portorož: Fakulteta za organizacijske vede Maribor.
44. Maze, H., Kovač, J. & Bohinc, M. (2009). Model organiziranja zdravstvene nege v bolnišnici. *Zbornik 28. mednarodne konference o razvoju organizacijskih znanosti* (str. 962–970). Portorož: Moderna organizacija.
45. Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije (2011). *Nadgradnja zdravstvenega sistema do leta 2020*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije.
46. Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije – Referenčna ambulanta. Najdeno 26. avgusta 2013 na spletnem naslovu http://www.mz.gov.si/si/mz_za_vas/zdravstveno_varstvo/referencne_ambulante/
47. Nanut, A. (2010). *Vpliv komorbidnosti in sočasnega zdravljenja z zdravili na urejenost antikoagulacijskega zdravljenja* (diplomsko delo). Ljubljana: Fakulteta za farmacijo.
48. Novis. (2012). *Dogovarjanja za splošni dogovor za pogodbeno leto 2013*. Ljubljana: Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije.
49. *Organizacija vodenja antikoagulacijskega zdravljenja v Sloveniji*. Najdeno 23. avgusta 2014 na spletnem naslovu http://www.trombo.net/index.php?option=com_content&task=view&id=25&Itemid=1

50. Osuala, E. O. (2012). Health education: Implications for the achievement of the health related millennium development goals. *West African Jurnal Nurs*, 22(1), 53–60.
51. Pajntar, P. (2007). Predstavitev javnega zavoda Zdravstveni dom Litija. Najdeno 19. julija 2013 na spletnem naslovu http://www.zd-litija.si/images/stories/dokumenti/letno_porocilo07.pdf.
52. Panikvar Žlahtič, K., & Klemenc, D. (2011). Kako so nastale referenčne ambulate – pogled zdravstvene nege. *Zbornik predavanj. Dan Stane Kavalič* (str. 18–30) [zgoščenka]. Ljubljana.
53. Petek, D. (2008). Samozdravljenje in preprečevanje srčno-žilnih bolezni. *Samozdravljenje. Učno gradivo za 25. učne delavnice za zdravnike družinske medicine* (str. 251–257). Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine.
54. Peternel, P. (2000). Novosti v preprečevanju in zdravljenju venske tromboze. *Zbornik predavanj. 43. Tavčarjevi dnevi*. (str. 91–95). Ljubljana: Interna klinika.
55. Plazar, N. & Ličen, S. (2013). Razumevanje kompetenc v zdravstveni negi. *Moja kariera* (str. 78–84). Ljubljana: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice.
56. Poplas Susič, A. (2011). Specializacija in specialna znanja v zdravstveni negi na primarni ravni – pregled medicinskih strok. 4. posvet z mednarodno udeležbo *Moja kariera – Quo Vadis – My Career. Specializacija v zdravstveni negi – Partnerstvo med zdravstveno nego in medicino* (str. 81–84). Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego.
57. Poplas Susič, A., & Marušič, D. (2011). Referenčne ambulate. *Bilten: Ekonomika, Organizacija, Informatika v zdravstvu*, 27(1), 9–17.
58. Požun, P. (2001). Slovenski management zdravstvene nege v izzivih sodobnega časa. *Obzornik zdravstvene nege*, 35, 229–230.
59. Požun, P. (2012). Vpliv ekonomskih sprememb na zdravstveno in babiško nego. *Obzornik zdravstvene nege*, 46(1), 5–8.
60. Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. *Uradni list RS* št. [19/98](#), [47/98](#), [26/00](#), [67/01](#), [33/02](#), [37/03](#), [117/04](#), [31/05](#), [83/07](#) in [22/09](#).
61. Pravilnik o nacionalnem registru specialnih znanj v dejavnosti zdravstvene in babiške nege. *Uradni list RS* št. 40/2010.
62. Premik, M. (1995). Primarno zdravstveno varstvo in zdravstveni dom. *Zbornik dveh strokovnih posvetov o primarnem zdravstvenem varstvu Zdravstveni dom ter Javni in zasebni sektor* (str. 14–21). Ljubljana: Medicinska fakulteta – Inštitut za socialno medicino.
63. Pravilnik o nacionalnem registru specialnih znanj v dejavnosti zdravstvene in babiške nege. *Uradni list RS*, št. 40/2010.
64. Rajkovič, V. & Šušteršič, O. (2000). *Informacijski sistem patronažne zdravstvene nege*. Kranj: Moderna organizacija.
65. *Referenčne ambulate družinske medicine*. Najdeno 19. avgusta 2014 na spletnem naslovu <http://www.referencna-ambulanta.si/?p=207>
66. Rozman, R. (2000). *Analiza in oblikovanje organizacije*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.

67. Seznam poklicev v zdravstveni dejavnosti. *Uradni list RS*, št. 82/2004, 110/2004, 40/2006.
68. Slapničar, S., Bricelj, N. & Ocepek, A. (2011, 8. oktober). Z večjim nadzorom do večje učinkovitosti zdravstva. *Dnevnik*. Najdeno 9. decembra 2014 na spletnem naslovu <http://www.dnevnik.si/vec-vsebin/1042478653>
69. Statistični urad Republike Slovenije. (2012). *Državna statistika v letu 2011*. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije.
70. Statistični urad Republike Slovenije. (2013). Svetovni dan zdravja 2013. Najdeno 30. julija 2013 na spletnem naslovu http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=5614
71. Skela Savič, B. & Pagon, M. (2007). Model dejavnikov uspešnega izvajanja sprememb v slovenskih bolnišnicah. *Organizacija*, 40(4), A63–A74.
72. Skela Savič, B. (2009). Vplivni dejavniki za razvoj zdravstvene nege kot znanstvene discipline. Najdeno 20. januarja 2015 na spletnem naslovu http://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/kongres_zbn_7/pdf/311D.pdf
73. Skela Savič, B. & Klemenc, D. (2011). Opredelitev izobraževanja v Strategiji razvoja zdravstvene nege v RS za obdobje 2011 do 2020. 4. posvet z mednarodno udeležbo *Moja kariera – Quo Vadis – My Career. Specializacija v zdravstveni negi – Partnerstvo med zdravstveno nego in medicino* (str. 20–33). Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego.
74. Skela Savič, B. (2013). Zahtevnejše oblike dela v zdravstveni negi: Mednarodni pristopi in stanje v Sloveniji. 6. posvet z mednarodno udeležbo *Moja kariera – Quo Vadis – My Career. Definicija zahtevnejših oblik dela v zdravstveni negi* (str. 14-21). Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego.
75. Šmitek, J. (2001). Hierarhija znanja v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege*, 35(5), 163–174.
76. Štalc, M. (2007). Antikoagulacijsko zdravljenje. *Zbornik prispevkov 49. Tavčarjevi dnevi* (str. 103–111). Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za interno medicino.
77. Švab, I. & Rotar Pavlič, D. (2002). *Družinska medicina*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine.
78. Švab, I. (2004). Primarno zdravstveno varstvo. *Zdravstveno varstvo*, 43(4), 185–190.
79. Švab, I., Kersnik, J. & Klančar, D. (2005). Zdravstveni dom: relikt preteklosti ali vizija prihodnosti. *Zdravstveno varstvo*, 44(4), 173–177.
80. Tajnikar, M. (2009). Gospodarska kriza kot čas za korenite spremembe v slovenskem zdravstvu. *Zdravstvo v času gospodarske krize – smo pripravljeni na spremembe? 16. strokovno srečanje ekonomistov in poslovodnih delavcev, Rogaška Slatina, 21. in 22. maj 2009* (str. 17–26). Ljubljana: Društvo ekonomistov v zdravstvu.
81. Tajnikar, M. (2011, 31. maj). Kdo bo plačal vaše zdravje? *Žurnal*. Najdeno 19. januarja 2015 na spletnem naslovu <http://www.zurnal24.si/kdo-bo-placal-vase-zdravje-clanek-124663>.

82. Tajnikar, M. (2011, 30. julij). Za bolnika ne bo drago zdravje, pač pa bo draga država. *Dnevnik*. Najdeno 19. januarja 2015 na spletnem naslovu <http://www.dnevnik.si/objektiv/komentarji/1042462404>.
83. Tavzes, M. (2002). *Veliki slovar tujk*. Ljubljana: Cankarjeva založba.
84. Terčon, A. (2010). *Vloga zdravstvene nege – primarna zdravstvena raven*. (diplomsko delo). Ljubljana: Zdravstvena fakulteta.
85. Ule, A. (1996). *Znanje, znanost in stvarnost*. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.
86. Utrip. (2014). *Registrirane brezposelne osebe, stanje konec novembra 2013*. Ljubljana: Strokovno informativni bilten Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveze strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
87. Vodopivec Jamšek, V. (2007). Sodelovanje bolnikov pri antikoagulacijskem zdravljenju. *Zbornik 24. učne delavnice za zdravnike družinske medicine* (str. 70–76). Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD.
88. Zakon o zavodih. *Uradni list RS* št. 12/1991.
89. Zakon o zdravstveni dejavnosti. *Uradni list RS* št. 9/1992.
90. Zavod Republike Slovenije za zaposlovanje. (2013). Trg dela. Najdeno 30. julija 2013 na spletnem naslovu <http://apl.ess.gov.si/eSvetovanje/TrgDela/Statistika/Default.aspx?t=0>
91. Zalar, S. (2010). Sistem vodenja za doseganje poslovne ???. *Zbornik 13. Jesenskega srečanja članov Društva ekonomistov v zdravstvu* (str. 91–98). Lipica: Društvo ekonomistov v zdravstvu.
92. Zaletel-Krajgelj, L., Eržen, I. & Premik, M. (2007). *Uvod v javno zdravje*. Ljubljana: Medicinska fakulteta.
93. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije (2011, 11. maj). *Sporočilo za javnost – Premagovanje razlik: izboljšanje dostopnosti in enakosti*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije.
94. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije. K napredku Slovenije na področju obvladovanja sladkorne bolezni pomembno prispevale tudi medicinske sestre v referenčnih ambulantah. Najdeno 29. januarja 2015 na spletnem naslovu <http://www.zbornica-zveza.si/sl/medicinske-sestre-pomembno-prispevale-k-obvladovanju-sladkorne-bolezni>
95. Zdravniška zbornica Slovenije. (2013, 26. Junij). Aktualne razmere v slovenskem zdravstvu. Razprava v parlamentarnem odboru za zdravstvo DZ RS, 3.7.2013. Najdeno 31. julija 2013 na spletnem naslovu <http://imss.dz-rs.si/imis/da62ea19549f9a1e867b.pdf>
96. Zdravstveni dom Ljubljana – Zdravstvenovzgojni center. Najdeno 24. avgusta 2013 na spletnem naslovu http://www.zd-lj.si/zdlj/index.php?option=com_k2&view=item&layout=item&id=504&Itemid=555
97. Žalarjev, A. (2008). Analiza zdravstvenovzgojne dejavnosti za opuščanje kajenja. *Obzornik zdravstvene nege*, 42(1), 13–20.

98. Železnik, D. & Filej, B. (2010). Kompetence kot zagotovilo za učinkovito in varno zdravstveno nego. *Zbornik predavanj* (str. 120–126). Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Maribor.
99. Železnik, D., Brložnik, M., Hajdarević Buček, I., Dolinšek, M., Filej, B., Istenič, B., Kersnič, P., Grabnar Kos, E., Leskovic, L., Njenic, G., Popovič, S. & Verbič, M. (2008). *Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije.
100. Železnik, D., Panikvar Žlahtič, K., Vidmar, I., Istenič, B., Filej, B., Verbič, M. & Založnik, S. (2011). Aktivnosti zdravstvene nege za diplomirane medicinske sestre in tehnike zdravstvene nege v ambulantni družinske medicine. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije.
101. Žnidaršič, A. (2004). *Organiziranost zdravstvene vzgoje v zdravstvenem domu in vloga diplomirane medicinske sestre* (diplomsko delo). Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo.
102. Žontar, T. & Jošt, M. (2011). Svetovanje bolnikom, ki prejemajo antikoagulacijsko zdravljenje. *Golniški simpozij 2011* (str. 86–92), Ljubljana: Bolnišnica Golnik, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo.