

STROKOVNO SREČANJE

Management zdravstvene nege danes za jutri

Ljubljana, M hotel

28. maj 2015

Zbornik prispevkov z recenzijo

Organizator:



ZBORNICA ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE -
ZVEZA STROKOVNIH DRUŠTEV MEDICINSKIH SESTER, BABIC
IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV SLOVENIJE



SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER V MANAGEMENTU

Management zdravstvene nege danes za jutri

Urednica:

viš. pred. dr. Saša Kadivec, prof. zdr. vzg.

Recenzentki:

viš. pred. dr. Saša Kadivec, prof. zdr. vzg.
Gordana Lokajner, dipl.m.s., univ.dipl.org.

Programsko organizacijski odbor:

dr. Saša Kadivec, predsednica
mag. Boris Miha Kaučič, Nataša Vidnar, mag. Hilda Maze, Suzana Majcen Dvoršak,
Metka Lipič Baligač, Gordana Lokajner, Darija Musič, Jožica Tomažič

Oblikovanje zbornika:

Majda Pušavec, mag.upr.ved

Avtor je odgovoren za vse trditve in podatke, ki jih navaja v prispevku.

Zbornik ni lektoriran in jezikovno pregledan.

Založila in izdala:

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev
medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije
Sekcija medicinskih sester v managementu

Naklada: 80 USB ključev

Ljubljana, 28. maj 2015

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

005:616-083(082)

STROKOVNO srečanje Management zdravstvene nege danes za jutri (2015 ; Ljubljana)

Zbornik prispevkov z recenzijo / Strokovno srečanje Management zdravstvene nege danes za jutri, Ljubljana, 28. maj 2015 ; [organizator] Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v managementu ; [urednica Saša Kadivec]

ISBN 978-961-273-116-8

1. Dodat. nasl. 2. Kadivec, Saša 3. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Sekcija medicinskih sester v managementu
279800576

Kazalo

UVODNIK	5
viš. pred. dr. Saša Kadivec, prof.zdr.vzg.	5
SKUPAJ ZMOREMO VEČ.....	9
viš. pred. dr. Saša Kadivec, prof.zdr.vzg.	9
NEGOVALNE VIZITE KOT ORODJE VODENJA.....	14
viš.pred. mag. Hilda Maze, univ.dipl.org.	14
ZAGOTAVLJANJE VARNEGA PROCESA DELA IZ VIDIKA VODENJA.....	19
viš. predav. mag. Mojca Dobnik, univ. dipl. org.	19
VREDNOSTNI SISTEM V ZDRAVSTVENI NEGI DANES IN JUTRI.....	25
Gordana Lokajner, dipl.m.s., univ.dipl.org., Đurđa Sima, dipl.m.s.....	25
NOVOSTI IN SPREMEMBE, KI JIH PRINAŠA ISO 9001:2015	33
Danica Šprajcar, univ. dipl.inž.kem.teh.	33
KAKO Z VODENJEM SPODBUJATI K ZDRAVEMU IN VARNEMU DELU.....	36
Tanja Urdih Lazar, univ. dipl. nov.	36
Z ZDRAVO PREHRANO DO ZDRAVJA - NALOŽBA ZA PRIHODNOST	43
pred. Nataša Vidnar, dipl.m.s.,univ.dipl.org.....	43
SPONZORJI.....	47

UVODNIK

Pozdravljeni na srečanju Sekcije medicinskih sester v managementu, ki letos nosi naslov Management zdravstvene nege danes za jutri. Srečanje je sestavljeno iz treh modulov: vodja, vodenje in modula za zaposlene, v smislu kaj lahko sami storimo za svoje zdravje.

Danes so pričakovanja od zdravstvene nege velika: obravnava mora biti kakovostna in varna, stroškovno učinkovita, velik je pritisk medicinske tehnologije, slediti moramo zahtevam ki jih prinaša staranje populacije, pomembna je vloga zaposlenih pri kazalnikih kakovosti, slediti moramo stroki in še kaj.

Vlogo managementa v zdravstveni negi opredeljuje Strategija razvoja zdravstvene nege in oskrbe v sistemu zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji za obdobje od 2011 do 2020. Slovenske managerke moramo iskati poti za izvajanje strategije in slediti razvoju stroke in se ne skrivati za trenutnimi razmerami, češ, da se kaj dosti ne da storiti. To zahteva stroka, to zahtevajo bolniki. V praksi danes to pomeni, da se bolj kot s strategijo ukvarjamo z zagotavljanjem pogojev za delo. Želimo si kakovostno in varno zdravstveno obravnavo, vendar nimamo dobrih orodij za to ali pa orodja poznamo, pa jih ne želimo ali ne znamo uporabljati.

Vprašati se moramo, kaj lahko v managementu storimo za razvoj, in le na tem lahko gradimo »evidence based management« in sprejemamo odločitve na bazi kliničnih in temeljnih raziskav.. Soočiti se moramo z zahtevnejšimi oblikami dela, avtonomnim kliničnim odločanjem, vrednotenjem dela, raziskovalnim delom in vodenjem. Potrebno je znanje, lastno raziskovalno delo, velika inovativnost in sledenju razvoju stroke.

Naj delček k temu cilju pripomore tudi današnje srečanje.

Literatura:

1. Kadivec S, Skela Savič B, Kramar Z, Zavrl Džananović D, Bregar B. Strategija razvoja zdravstvene nege in oskrbe v sistemu zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji za obdobje od 2011 do 2020: povzetek. *Obzor Zdrav Neg.* 2013;47(1):97–112.
2. Skela - Savič, B., 2014. Are we aware of our responsibilities for developing nursing care? *Obzornik zdravstvene nege*, 48(1). pp. 5–11. <http://dx.doi.org/10.14528/snr.2014.48.1.12>
3. Skela – Savič B. Zdravstvena nega in raziskovanje: nekateri vplivni dejavniki za razvoj zdravstvene nege kot znanstvene discipline v Sloveniji. *Obzor Zdr N.* 2009;43(3):209–22.

viš. pred. dr. Saša Kadivec, prof.zdr.vzg.

PROGRAM SEMINARJA

Četrtek, 28. maj 2015

8.00 - 9.00	Registracija udeležencev
	pozdravni govori
9.00 - 10.30	Sklop: Vodenje
9.00 - 9.20	Odgovornost managementa <i>David Premelč, univ. dipl.prav.</i>
9.20 - 9.40	Skupaj smo boljši <i>dr. Saša Kadivec, prof.zdr.vzg.</i>
9.40 - 10.00	Negovalne vizite kot orodje vodenja <i>mag. Hilda Maze, univ.dipl.org.</i>
10.00 - 10.20	Zagotavljanje varnega procesa dela iz vidika vodenja <i>mag. Mojca Dobnik, univ. dipl. org.</i>
10.20 - 10.30	Razprava
10.30 - 11.00	Odmor
11.00 - 12.30	Sklop: Vodja
11.00 - 11.20	Avtoriteta in spoštovanje vodje <i>Anka Zajc, univ. dipl.soc.</i>
11.20 - 11.40	Vrednostni sistem v ZN danes in jutri <i>Gordana Lokajner, dip.m.s., univ. dipl.org.; Durđa Sima, dipl.m.s.</i>
11.40 - 12.00	Novosti pri uvajanju ISO 9001:2015 <i>Danica Šprajcar, univ.dipl.inž.kem.teh.</i>
12.00 - 12.20	Izzivi na poklicni poti <i>Jelka Černivec, dipl.m.s.</i>
12.20 - 12.30	Razprava
12.30 - 14.00	Kosilo
14.00 - 15.30	sklop: Za zaposlene
14.00 - 14.20	Kako z vodenjem spodbujati zaposlene k zdravemu in varnemu delu <i>Tanja Urdih Lazar, univ.dipl.nov.</i>
14.20 - 14.50	Da ne bi bolelo v križu <i>Natalija Kroflič, dipl. fiziot.</i>
14.50 – 15.20	Z zdravo prehrano do zdravja-naložba za prihodnost <i>Nataša Vidnar, dipl.m.s.,univ.dipl.org.</i>
15.20 – 15.30	Zaključne misli strokovnega srečanja in zaključek

PRISPEVKI

SKUPAJ ZMOREMO VEČ

TOGETHER WE CAN ACHIEVE MORE

viš. pred. dr. Saša Kadivec, prof.zdr.vzg.
Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik
sasa.kadivec@klinika-golnik.si

Izvleček

Vodenje je zelo pomemben proces tudi v zdravstveni organizaciji. Poleg zagotavljanja ustreznega nivoja strokovnega dela je za vodenje pomembno, da vodje sledijo sodobni organizacijski praksi, kar vodi k večji učinkovitosti poslovanja. Med njimi je pomemben timski pristop.

Z notranjimi nadzori v Univerzitetni kliniki za pljučne bolezni in alergijo Golnik spremljajo, kako in v kašni meri izpolnjujejo sprejete standarde zdravstvene oskrbe. Z notranjimi presojami spremljajo, kako se naloge in cilji, ki jih določi vodstvo organizacije, prenesejo do izvajalcev osnovnih izvedbenih procesov in kakšne ukrepe izvajajo z namenom doseganja skupno določenih ciljev.

Ključne besede: *vodenje, proces, notranji nadzor, notranja presoja, kazalci kakovosti*

Abstract

Management is a very important process in a Health Care Organization. In addition to providing an adequate level of professional work, it is important for managers to follow the modern organizational practice that leads to greater business efficiency. A team approach is an important element.

Internal controls at the Golnik University Clinic of Respiratory and Allergic Diseases monitor how and to what extent they meet the accepted standards of medical care. Internal audits monitor how the tasks and objectives set by the management of the organization are transferred to the performers of fundamental operational processes and which measures are implemented in order to achieve the jointly defined objectives.

Keywords: *management, process, internal control, internal audit, quality indicators*

Uvod

Med osnovne cilje sistema vodenja kakovosti in varnosti, ki nam med drugim omogočajo tudi izpolnjevanje zahtev standardov ISO 9001: 2008 in DIAS sodijo:

- vsakodnevno zadovoljevanje potrebe odjemalcev oziroma uporabnikov naših storitev,
- zaposlenim zagotoviti primerno orodje za doseganje posamičnih in skupinskih ciljev vseh, ki sodelujejo v posameznih procesih,
- stalno prilagajanje poslovanja zavoda spremenljivemu okolju in s tem zagotavljanje njenega trajnostnega razvoja (Kadivec, Šprajcar, 2014; ISO 9001:2008).

Standard DIAS za bolnišnice (veljaven od novembra 2013, verzija 3,1) v 3. poglavju (Sistem vodenja bolnišnice) določa:

- Bolnišnica mora razvijati, izvajati in vzdrževati kontinuiran sistem za vodenje kakovosti in varnosti bolnikov.
- Bolnišnica mora ocenjevati kakovost in si prizadevati za izboljšanje učinkovitosti z namenom reševanja prioritet na področju izboljševanja kakovosti zdravstvene oskrbe in varnosti pacientov ter poskrbeti, da se izvajajo korektivni in preventivni ukrepi ter nato ovrednoti njihova učinkovitost.
- Bolnišnica mora zagotoviti ustrezna sredstva za merjenje, ocenjevanje, izboljševanje in vzdrževanje učinkovitosti ter zmanjšanje tveganja za paciente (DIAS, 2013).

V točki QM7 – Merjenje, nadzor in analiza standard DIAS opredeljuje:

- za merjenje, nadzor in analizo procesov v bolnišnici je treba vzpostaviti merila, s katerimi je mogoče zaznati spremembe, prepoznati procese, kjer je stopnja odklona zaskrbljujoča,.
- opredeliti tako pozitivne kot negativne posledice ter oceniti uspešnost ukrepov, sprejetih za izboljšanje učinkovitosti in/ali zmanjšanje tveganja,
- bolnišnica mora opredeliti pogostost in podrobnosti merjenja.

Področje sistema kakovosti in zagotavljanja varnosti bolniku opredeljuje tudi Strategija razvoja zdravstvene nege in oskrbe zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji za obdobje 2011-2020, ki v točki 3.2.5. Strateški cilji na področju kakovosti in varnosti, med drugim opredeljuje naslednje strateške cilje na področju kakovosti in varnosti:

- Kot pristop k izboljšanju kakovosti in varnosti se mora uporabljati sistem nenehnih izboljšav, ki vključujejo:
 - standardizacijo delovnih procesov in zdravstvenih storitev,
 - redno merjenje kazalnikov kakovosti,
 - identifikacijo vzrokov odstopanja,
 - sistemsko in sistematično odpravljanje vzrokov,
 - upravljanje s tveganji – risk menedžment. (Kadivec in sod., 2012)

Notranji nadzori

Strokovni nadzor v zdravstveni negi v Univerzitetni kliniki za pljučne bolezni in alergijo Golnik (Klinika Golnik) izvajajo napovedano ali nenapovedano pomočnica direktorja za področje zdravstvene nege, vodilne medicinske sestre oddelkov, koordinatorki za kakovost ali izvajalci zdravstvene nege, ki v matriki znanja izkazujejo potrebna znanja za opravljanje strokovnih nadzorov.

V skladu s tem postopkom se pri notranjem nadzoru preverja vsakodnevno delo na področju zdravstvene nege, izvajanje standardov zdravstvene nege, (ocena načrtovanja in realizacija zdravstvene nege), izpolnjevanje dokumentacije zdravstvene nege in zdravstvene dokumentacije, ocena varnosti bolnika, rezultati kazalnikov kakovosti oddelka / enote, (ocena izvedenih ukrepov, če kazalniki niso v mejah kakovosti), problemi in prednosti pri izvajanju programa kakovosti in priložnosti za izboljšave.

Strokovni nadzor se izvaja v zdravstveni negi napovedano in nenapovedano kot negovalna vizita v skladu s planom nadzora. Na ta način stalno spremljamo realizacijo plana, ki ga določimo vsako leto tudi na osnovi ugotovitev notranjega nadzora v predhodnem letu. O opravljenem nadzoru se poda zapisnik. Številka zapisnika se vpiše tudi v plan nadzora. V primeru da se pri notranjem nadzoru ugotovi priložnosti za izboljšave, se poda ustrezne korektivne ali preventivne ukrepe.

Ugotovitve notranjih nadzorov predstavimo na kolegiju SZNO, kjer sprejmemo tudi korektivne in preventivne ukrepe na ravni celotne klinike. Vodilne medicinske sestre so zadolžene, da sklepe kolegija SZNO v celoti prenesejo na svoje medicinske sestre v obliki oddelčnih sestankov.

Poročila o izvedenih nadzorih, kjer ocenimo, v kakšni meri izvajamo kazalnik kakovosti je obravnavano na kolegiju SZNO. Vodilne medicinske sestre in strokovne vodje na oddelčnih sestankih obravnavajo poročila in sprejmejo preventivne in korektivne ukrepe (Kadivec, Šprajcar, 2014).

Primer strokovnega nadzora

Skladno z dogovorom na Komisiji za kakovost v decembru 2014 je bil izveden nadzor predpisovanja zdravil na terapevtsko listo v obdobju od 26.1. do 11.2.2015 z dogovorjenimi izvajalci: zdravnica in vodja KZK, pomočnica direktorja za področje ZN, klinična farmacevtka ter skrbnica sistema vodenja kakovosti.

Izbor bolnikov: Na dan nadzora smo izbrali 3 hospitalizirane bolnike na vsakem oddelku, in sicer na način, da smo zajeli vsaj 3 različne zdravnike, ki so bili za njih na ta dan odgovorni – želeli smo zajeti čim več predpisovalcev.

Kazalniki kakovosti:

- čitljiv zapis imena zdravila,
- nedvoumen zapis odmerka zdravila v ustreznih enotah,
- način aplikacije zdravila ustrezno zapisan (iv, sc., na kožo,...),
- definicija frekvence dajanja (x/dan, pri antibiotikih in verapamilu predpis na ure),
- parafa zdravnika,
- definicija potrebe, če je predpis zdravila po potrebi (pp),
- beleženje razloga za neprejem oz. zamudo pri dajanju zdravila,
- ustrezen predpis ukinitve zdravila,
- kazalniki kakovosti izpolnjevanja TL,
- zapis znane preobčutljivosti za zdravila na terapevtski listi (jasen in pravilno označen),
- predpis nizko molekularnega heparina (NMH) v ustrezno okence,
- ustrezno obkrožena diabetična lista,
- zapis ure vizite,
- predpis terapije s kisikom (Stariha, 2015).

Rezultati:

Pregledali smo 22 terapevtskih list. Na izbrane dneve, je bilo na 22 terapevtskih list predpisanih 177 zdravil. Priložnosti za izboljšave so predvsem na področju:

- predpisa frekvence dajanja zdravila,
- predpis zdravil po potrebi,
- ustrezno predpisana preobčutljivost na zdravila,
- zapisna ura opravljene vizite in
- bolniki s pravilno predpisanim NMH

Korektivni ukrepi:

- Seznanitev zdravnikov in medicinskih sester z rezultati nadzora.
- Navodila za izpolnjevanje terapevtske liste bomo priložili gradivu, ki ga pošiljamo specializantom in bodočim zaposlenim zdravnikom v Kliniki Golnik (Stariha, 2015).

Notranja presoja – spremljanje učinkovitosti in uspešnosti vodenja

Z notranjo presojo smo želeli pogledati urejenost procesa vodenja narkotikov na bolniških oddelkih / enotah. Zanimalo nas je tudi, kakšne sklepe sprejmejo, da bi na nivoju posameznega bolniškega oddelka izboljšali poslovanje v skladu z dogovorjenimi usmeritvami.

Notranjo presojo so izvedle skrbnica sistema vodenja kakovosti, pomočnica direktorja za področje zdravstvene nege in klinična farmacevtka februarja 2014. Pri presoji smo uporabili orodja DIAS standard in ISO 9001:2008. Pri presoji smo preverjali procese v zvezi z:

- preverjanjem rokov narkotikov,
- optimalnost obstoječih zvezkov za beleženje porabe narkotikov,
- izpolnjevanje Navodil za izpolnjevanje knjige prepovedanih drog in navodil za ravnanje z odpadnimi prepovedanimi drogami za paranteralno aplikacijo na bolniških oddelkih,
- hramba delno porabljenih narkotikov,
- postopek vračanja narkotikov v lekarno in
- planiranje notranjega nadzora nad stanjem narkotikov.

Korektivni in preventivni ukrepi:

- Dopolniti SOP Navodila za ravnanje z narkotiki,
- Dopolniti določila za vodenje zvezkov za porabo narkotikov (lekarna izdelava ažurni seznam in seznam narkotikov)

Zaključek

Sistem vodenja kakovosti z notranjimi nadzori in presojami po standardih DIAS in ISO 9001: 2008 nam pomaga, da ohranjamo našo usmeritev v uspešno, učinkovito in varno skrb za pacienta. Zato je ob ugotovljenih neskladnostih z zahtevami standarda jasno in razumljivo, kako je potrebno dopolniti ali spremeniti obstoječi način dela, da bo zagotavljal večjo kakovost in varnost pri obravnavi bolnikov. Ključni je timski pristop vseh udeležencev. Presoja je na takšen način učinkovita, ker so udeleženi vsi profili v procesu in aktivnosti ocenjujejo vsak iz svojega strokovnega vidika.

Literatura

1. Kadivec S, Skela Savič B, Džananovič Zavrl D, Kramar Z. in sod. (2011). Strategija razvoja zdravstvene nege in oskrbe v zdravstvenem varstvu v RS za obdobje 2011-2020. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
2. DNV Standard for Hospitals, 2013. Standard, interpretive guidelines and surveyor guidance for hospitals. DNV-DS-HC102. January 2013, version 3.A, pp. 128.
3. Slovenski standard. SIST EN ISO 9001, Sistemi vodenja kakovosti – Zahteve (ISO 9001:2008). Ljubljana: Slovenski inštitut za standardizacijo, 2008.
4. Kadivec S, Šprajcar D. Spremljanje kazalnikov kakovosti na različnih nivojih vodenja. V: Bahun M. (ur.). Preverjanje učinkovitosti korakov C in A kroga kakovosti: 7. Dnevi Angele Boškin: zbornik prispevkov, 21. november 2014, Kranjska Gora. Jesenice: Splošna bolnišnica, 2014. 31-5.
5. Stariha E. Poročilo nadzora: ustreznost predpisovanja zdravil na terapevtski list (TL). Interni dokument Univerzitetne klinike za pljučne bolezni in alergijo Golnik, 2015.

NEGOVALNE VIZITE KOT ORODJE VODENJA

NURSING VISITS AS A MANAGEMENT TOOL

viš.pred. mag. Hilda Maze, univ.dipl.org.
Splošna bolnišnica Celje
hilda.maze@sb-celje.si

Izvelek

Namen negovalnih vizit je ugotavljati morebitna odstopanja v izvajanju zdravstvene nege, na podlagi aktualnih strokovnih smernic in veljavnih standardov. Struktura negovalne vizite zajema več sklopov: urejenost in osebna higiena pacientov, urejenost postelje in bolniške sobe, posege in postopke v zdravstveni negi, izpolnjevanje dokumentacije in urejenost medicinskih sester. Za oceno skladnosti posameznih področij zajetih v negovalno vizito je bila izbrana ALPHA metodologija. Vodje na podlagi rezultatov negovalnih vizit dobijo odgovor kako uspešna in učinkovita je zdravstvena nega v bolnišnici. Opaža se, da je odstopanj od meril manj, kar pomeni, da se vse več medicinskih sester zaveda pomena pravočasne, pravilne in natančne izvedbe negovalnih aktivnosti.

Ključne besede: zdravstvena nega, vodenje, varnost, kakovost

Abstract

The purpose of nursing visits is to identify any discrepancies in the providing of nursing care, based on current professional guidelines and the applicable standards. Structure of nursing visits includes several components: neatness and personal hygiene of patients, orderliness beds and patient rooms, interventions and procedures in nursing care, fulfillment of nursing documentation and orderliness of nurses. For conformity assessment of individual areas covered in nursing visits we have chosen ALPHA Leaders methodology. Leaders get the answer how effective and efficient the nursing care is in hospital or in ward based on the results of nursing visits. We note that deviations from the criteria are less, which means that more and more nurses are aware of the importance of timely, accurate and precise execution of nursing activities.

Key words: nursing care, leadership, safety, quality

Uvod

Vodenje zaposlenih v zdravstveni negi je zahtevno in odgovorno delo. Proces vodenja sestavljajo trije temeljni elementi:

- vodja – njegove osebne značilnosti, osebna preteklost, strokovno znanje, zanimanje in motivacija;
- situacijski dejavniki – naloge, tehnologija, struktura in kultura organizacije, spremembe in vplivi v okolju;
- zaposleni – vrednote in norme, osebne značilnosti, pričakovanja, povezanost, zrelost, zmožnosti in motivacija (Hughes et. al, 1999).

Vodja s svojim pristopom, dejanji in vzorom odločilno vplivajo na to, da njihovi sodelavci delajo tisto, kar se od njih pričakuje v smislu doseganja zastavljenih ciljev.

Le ti so vedno vezani na kakovostno in varno zdravstveno nego v okviru procesa zdravstvene obravnave. Če želimo zagotoviti optimalno uporabo virov za optimalne izide moramo preverjati, kako uspešni in učinkoviti smo pri izvajanju negovalnih aktivnosti.

Namen izvajanja negovalnih vizit je ugotavljati morebitna odstopanja v izvajanju zdravstvene nege, na podlagi aktualnih strokovnih smernic in veljavnih standardov (Bušljeta, 2009). V Splošni bolnišnici Celje jih izvajamo večkrat letno in o rezultatih poročamo na Kolegiju glavnih medicinskih sester oddelkov. Posamezne glavne medicinske sestre jih izvajajo po lastni presoji tudi pogosteje ter zapise pošiljajo v Tajništvo zdravstvene nege.

Za oceno skladnosti posameznih področij zajetih v negovalno vizito smo izbrali ALPHA metodologijo, kjer se posamezno merilo oceni z:

- A – merilo je izpolnjeno,
- B - merilo je delno izpolnjeno,
- C – merilo ni izpolnjeno.

Negovalna vizita upoštevanja standardov zdravstvene nege je ocenjena kot skladna, če je več kot 65% meril ocenjenih z A in nobeden z C. Neskladna je negovalna vizita v kolikor je eno merilo ocenjeno z C ali manj kot 65% meril ocenjenih z A (Robida, 2004).

Izvajalke obdobjih negovalnih vizit so glavna medicinska sestra bolnišnice ter koordinatorki kirurškega ali internističnega področja. Negovalne vizite so običajno napovedane.

Pregled ugotovitev

Sklop - urejenost in osebna higiena pacientov

Preverjamo stopnjo urejenosti in osebne higiene pacienta v bolniški postelji: ali je pacient počesan (pri merilu doslej še nismo zasledili odstopanj), ima urejene nohte in roke (pri tem merilu odstopanj ni bilo), ima negovano kožo (odstopanje v primeru, ko je pacient odvajal in še ni bila izvedena nega – v tem primeru ocena B), ima ustno votlino brez oblog (odstopanje, če ima pacient ustno votlino z oblogami – ocena B).

Sklop - urejenost postelje in bolniške sobe

Bolniško perilo: ocenjujemo 2 merili (čistoča in namenska uporaba). Pri pregledu velikokrat ugotavljamo, da imajo pacienti nameščenih preveč rjuh. Poleg spodnje rjuhe, še prečno in kocko. V skladu standardno opremo bolniške postelje ima lahko pacient poleg spodnje rjuhe nameščeno še obračalko (kategorija zahtevnosti III ali IV). Odstopanja pri teh merilih ocenimo z B.

Plenice: ocenjujemo namensko uporabo. Pacientu namestimo plenico v primeru, ko je inkontinenten, ima diarejo ali je nepokreten in je dobil odvajalo. Drug strokovno utemeljen razlog ne obstaja. Tudi pri uporabi plenic moramo izhajati iz dostojanstva pacienta. Velikokrat se zgodi, da starejšemu pacientu ob prihodu na oddelek namestimo plenico in ga takoj postavimo na stopnjo majhnega otroka. Pacient, ki bi mogoče ob pomoči sam šel na stranišče, si bo verjetno mislil: »Kot otrok sem porabil tri leta za to, da sem ponoči nehal močiti posteljo, zdaj pa hočejo od mene, da jo spet, ker nimajo časa, da bi mi pomagali priti do stranišča!« Odstopanja od meril ocenimo z B.

Podloge: ocenjujemo namensko uporabo. Podloge so velikokrat uporabljene nenamensko in odstopanja od merila ocenimo z B. PVC podlogo namestimo pacientu le v primeru nevarnosti, da bi prišlo do zatekanja.

Nočna omarica, servirna mizica: ocenjujemo urejenost, kaj je na nočni omarici. Odstopanje ocenimo z B, če so na nočni omarici npr. olupki od sadja, umazane papirnate brisače, fiksacijski pasovi,...

Posteljna ograjica: ocenjujemo namensko uporabo. Če je pri pacientu zaznana visoka ocena za padec mora biti ograjica dvignjena. Odstopanja so zelo redka.

Klicna naprava: ocenjujemo dosegljivost in delovanje. V primeru, da klicna naprava ni na doseg roke ali celo ni priklopljena na omrežje merilo ocenimo z C.

Razkužilo na postelji: ocenjujemo prisotnost razkužila. V primeru, da razkužila ni na postelji ali je embalaža prazna, je merilo ocenjeno z B.

Pri zadnji izvedbo negovalnih vizit je bil kriterij »Urejenost postelje in bolniške postelje« ocenjen:

- 46% - A,
- 27% - B (pacienti so imeli nameščeno PVC podlogo, plenico in bombažno podlogo),
- 27% - C (pacient na antidekubitusni blazini, kocka, PVC podloga in plenica ali pacient ima vstavljen urinski kateter, plenico in PVC podlogo).

Sklop - zdravstvena nega

Intravenski kanal: preverjamo datum vstavitve, nadzor in uporabo brezigelnega konekta. Datum vstavitve intravenske kanile mora biti naveden na obližu in negovalnem načrtu. Brezigelnega konekta ne nastavimo na intravensko kanilo, ki je uvedena za manj kot 24 ur. Intravenska kanilo je lahko vstavljeno maksimalno 7 dni. Nadzor vbodnega mesta mora biti pri stalni infuziji na 2 uri, pri intravenskem kanalu brez kontinuirane infuzije najmanj na 8 ur. Pri negovalnih vizitah smo opazili, da sta nadzor ali menjava obliža premalokrat, pomanjkljivo ali sploh nista dokumentirana. Kot odstopanje ocenjeno z B smo zabeležili uporabo dražjega obliža (z okenčkom) za fiksacijo intravenske kanile, ki je uvedena za kratek čas (manj kot 24 ur). V primeru, da pacient nima dokumentiranega datuma vstavitve intravenske kanile ali nadzora vbodnega mesta sta merili ocenjeni z C.

Trajni urinski kateter: preverjamo datum vstavitve, menjave urinske vrečke in praznjenje urinske vrečke. Datum vstavitve mora biti zabeležen na negovalnem načrtu, če tega ni, je merilo ocenjeno z C. Na urinski vrečki mora biti zabeležen datum menjave. Če manjka datum menjave urinske vrečke merilo ocenimo z B. Pri negovalnih vizitah smo zaznali neredno praznjenje urinskih vrečk, manj kot 3x na dan, zato smo merilo ocenili z B.

Zdravstvena nega pacienta z urinskim katetrom je zelo pomembna, ker le tako preprečimo uroinfekt. Z vsakim dnem vstavljenega urinskega katetra nevarnost infekcije naraste za 3-7% (Hooton et al, 2010) in ga je potrebno odstraniti takoj, ko ni več nujno potreben (Lindsay, 2014).

Prisilni varovalni ukrepi: preverjamo odredbo zdravnika in dokumentiranje nadzora. Od leta 2013 dalje, ko smo sprejeli organizacijsko navodilo, smo zabeležili le občasno pomanjkljivo dokumentiranje nadzora, manjka zapis npr. za 1 uro. Odstopanja pri merilih tega kriterija ocenimo z C. Zaznali smo, da ni dokumentirana vmesna »odfiksacija« in ponovna fiksacija pacienta, ter da zdravnik ni zabeležil ponovnega predpisa. Takšno odstopanje ocenimo z B.

Identifikacija pacienta: preverjamo namestitvev identifikacijske zapestnice pri pacientu. Pri zadnjih negovalnih vizitah je bilo precej zaznanih nedoslednosti na tem področju:

- A – 62%,

- B – 5% (identifikacijska zapestnica na nočni omarici),
- C – 33% (pacienti brez identifikacijske zapestnice).

Identifikacija pacienta je pomemben element zagotavljanja varnosti pacienta, posebno poglavje je temu namenjeno tudi v zadnji verziji standarda DIAS.

Sklop - izpolnjevanje dokumentacije

Privolitev pacienta: Privolitev pacienta v zdravstveno obravnavo je običajno dokaj dobro izpolnjena, občasno manjkajo ure izpolnitve. V tem primeru merilo ocenimo z B. V kolikor privolitve v zdravstveno obravnavo ali na invaziven diagnostičen poseg ni, je merilo ocenjeno z C.

Sprejemna dokumentacija zdravstvene nege: Sprejemna dokumentacija je običajno dobro izpolnjena, občasno manjkajo ure izpolnitve in predviden termin odpusta v primeru nepredvidljivega trajanja hospitalizacije. V tem primeru merilo ocenimo z B.

Negovalni načrt: V nekaterih primerih je zaznati pomanjkljivo dokumentiranje, največkrat opažanja, podpisi in ure izvedbe. Takšna odstopanja od merila ocenimo z B.

Kategorizacija zahtevnosti pacientov: občasno manjkajo zapisi kategorij na negovalnem načrtu – merilo ocenimo z B.

Ostala dokumentacija: Preverjamo zapise ogroženosti pacientov za padeč in nastanek razjede zaradi pritiska. V redkih primerih, ko vrednosti niso dokumentirane na negovalnem načrtu odstopanje od merila ocenimo z B. Poleg tega pri kirurških pacientih preverjamo MEWS in Kirurško varnostno listo. Odstopanja pri merilu (ni ali nepopolno izpolnjeno) ocenimo z C.

Sklop - urejenost medicinskih sester

Razkuževanje rok: Pogledamo pri izvedbi aktivnosti pri samem pacientu. Opaziti je nedoslednosti oziroma povečano frekvenco ob naši prisotnosti.

Prstani, zapestnice, ura: Onemogočajo ustrezno higieno rok. Občasno se srečamo z zaposlenimi, kateri so prepričani, da prstan ne moti in da morajo na vsak način pokazati pripadnost možu tudi v službi. V takih primerih se poskušamo lepo pogovoriti in razložiti, da imajo verjetno svojega moža res rade, ampak da mu s prikazom svoje ljubezni na zunaj lahko tudi škodijo. Odstopanja ocenimo v večinoma z B.

Delovna obleka: Je odraz našega poklica in kaže na lik medicinske sestre. Delovna obleka mora biti ustrezne velikosti, da se lahko pripognemo in izvajamo aktivnosti pri pacientu, čista in seveda zlikana. Neizpolnjevanje merila ocenimo z B.

Osebna zaščitna oprema: Največ odstopanj je zaznati v nepravilni uporabi zaščitnih mask, ko je ta nameščena pod nosom ali brado. Odstopanja od merila ocenimo z C.

Delovna obutev: Mora biti spredaj zaprta, da zaščiti prste, ne drsi, je udobna za hojo in higiensko vzdrževanje in ima fiksacijo za peto. V primeru delovne nezgode delavec, ki ne nosi ustrezne obutve, ni upravičen do odškodnine. Vsako drugo leto v bolnišnici nabavimo delovno obutev. Se pa še vedno najde precej takih, ki želijo pokazati vsaj v poletnih mesecih manikirane nohte na nogah. Odstopanje pri merilu ocenimo z B.

Identifikacija medicinske sestre Medicinske sestre se predstavimo z identifikacijsko priponko. V Splošni bolnišnici Celje del osebja tudi dostopa do varovanih prostorov s pomočjo identifikacijske priponke, ki nam v osnovi služi za

registracijo ob prihodu in odhodu iz službe. Vsakokrat se medicinske sestre pacientu ne predstavijo, zato je prav, da vsaj na identifikacijski priponki prepozna, kdo ga neguje. V primeru, da je medicinska sestra brez priponke, je ta kriterij ocenjen z oceno B. Na vprašanje zakaj priponke nimajo, je vedno slišati pestro paleto odgovorov, od tega da so jo izgubile, da jo imajo v torbici, in še kakšen drugi.

Zaključek

Z negovalnimi vizitami dobimo dva odgovora. Kot prvo vidimo, kako medicinske sestre upoštevajo standarde, navodila in dogovore ter kot drugo, kako dobro je poskrbljeno za paciente. V bolnišnici so se dobro »prijele« in jih tudi glavne medicinske sestre oddelkov ne vzamejo več zgolj kot njihovo kontrolo, temveč kot pomoč pri vodenju zaposlenih. Še vedno namreč velja, da je lažje doseči spremembe, če to pove nekdo od zgoraj. Opažamo, da je neskladnosti manj, kar pomeni, da se vse več medicinskih sester zaveda pomena pravočasne, pravilne in natančne izvedbe negovalnih aktivnosti. Negovalne vizite so po naši oceni nepogrešljivo orodje, ker dobimo oceno vodenja neposredno ob pacientu. Za odpravljanje odstopanj izvajamo usmerjeno izobraževanje. Velikokrat dobre rezultate dosežemo samo s pogovorom, kjer seveda upoštevamo argumente obeh strani. Vodja v današnjem času mora poskrbeti tudi za stroškovni vidik. Privoščimo si lahko le toliko, kolikor je finančnega priliva. In res ni smiselno omejenih financ porabiti po nepotrebnem, zaradi slabe izvedbe negovalnih aktivnosti, še manj sme zaradi tega trpeti pacient.

Literatura

1. Bušljeta M. 2009. Presoja izvajanja standardov zdravstvene nege na osnovi alpha metode. Zrcalo, Glasilo Splošne bolnišnice dr. Jožeta Potrča Ptuj, oktober 2009, 06. Dostopno na: http://www.sb-ptuj.si/sites/sbptuj/files/content/docs/zrcalo_09_st.6.pdf (28.4.2015).
2. Hooton TM, Bradley SF, Cardenas DD, Colgan R, Geerlings SE, Rice JC, et al. Diagnosis, prevention and treatment of catheter-associated urinary tract infection in adults; 2009 International Clinical Practice Guidelines from the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis. 2010; 50:625-663.
3. Hughes RL, Ginnet RC, Curply GJ. Leadership: enhancing the lessons of experience. Boston: Irwin McGraw-Hill; 1999.
4. Lindsay NE. 2014. Catheter associated urinary tract infections. Antimicrobial Resistance and Infection Control. 2014; 3:23. Dostopno na: <http://www.aricjournal.com/content/3/1/23> (28.4.2015).
5. Robida A. 2004. Priročnik splošnih standardov zdravstvene obravnave za bolnišnice. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje; 2004.

ZAGOTAVLJANJE VARNEGA PROCESA DELA IZ VIDIKA VODENJA

SAFE WORK PROCESS FROM THE PERSPECTIVE OF MANAGEMENT

viš. predav. mag. Mojca Dobnik, univ. dipl. org.

UKC Maribor, Oddelek za revmatologijo in Fakulteta za zdravstvene vede UM

mojca.dobnik@ukc-mb.si

izr. prof. dr. Brigita Skela Savič

Fakulteta za zdravstvo Jesenice

Izvleček

Teoretična izhodišča: Napake oziroma incidenti v zdravstvu, lahko imajo katastrofalne posledice. Ob zavedanju tega je vodenje v zdravstveni negi ključnega pomena. Namen raziskave je bil analizirati dejavnike za večjo varnost pacientov v bolnišnici, zlasti na področju preprečevanje padcev. Preverjali smo kako delovna klima in podporna kultura organizacije vplivata na varen proces.

Metode: V kvantitativni raziskavi je sodelovalo 17,6 % ($n = 256$) zaposlenih v zdravstveni negi leta 2013, v večjem zdravstvenem zavodu v Sloveniji. Raziskovalni instrument je bil vprašalnik 112 vprašanj zaprtega tipa, z rangiranjem na Likertovi lestvici od 1 do 5. Za različne spremenljivke uporabljen koeficient alfa je znašal 0,774. Podatki so bili obdelani z deskriptivno statistiko, t-testom, korelacijsko ter regresijsko analizo.

Rezultati: Zaposleni menijo, da je najmanj pomemben nekaznovalni odziv na napake ($PV=8,55$, $p=0,000$) in najbolj timsko delo v bolnišničnih enotah ($PV=4,62$, $p=0,000$). Ocenjeni determinacijski koeficient je pokazal, da lahko 71,1 % variance indikatorjev preprečevanja padcev pojasnimo z vplivom zaposlenih, motivacijo s strani vodje in izobraževanjem.

Diskusija in zaključki: Ugotovimo, da ima vodenje velik pomen, tako na področju izobraževanja, kakor pri samem motiviranju zaposlenih. Raziskava je lahko izhodišče nadaljnjih raziskav, tudi na večjem številu vključenih zaposlenih.

Ključne besede: medicinska sestra, pacient, zdravstvena nega

Abstrakt

Introduction: Mistakes or incidents in health care can have catastrophic consequences. Being aware of it, leading is of key importance in health care. The purpose of the research is to analyze factors for greater security of patients in hospitals, especially on the field of fall prevention. We checked how work-related atmosphere and cultural support of the organisation affect the secure process.

Methods: In the quantitative research, there was 17,6 % ($n=256$) participants employed in health care in the year of 2013 in a major health facility in Slovenia. The research instrument was a questionnaire with 112 closed-typed questions, with ranking on the Likertova scale from 1 to 5. For different variables, the alfa coefficient was 0,774. Details were processed with descriptive statistics, with a t-test, correlation and regression analysis.

Results: According to the employees, a non-penalty response is least important when it comes to mistakes ($PV=8,55$, $p=0,000$) and teamwork is of greatest importance in hospital units ($PV=4,62$, $p=0,000$). The estimated determinational

coefficient showed that 71,1% of indicator variance of fall prevention can be explained with the impact of employees, leadership motivation and education.

Discussion and closure: *We find out, that leadership is very important, as well on the field of education as for the sole motivation of employees. The research can be a platform for further research, also on a higher number of employees involved.*

Key words: *nurse, patient, health care*

Uvod

Varnost pacientov je temeljnega pomena za kakovost zdravstvenega varstva in s tem tudi zdravstvene nege, ki temelji na preventivnih pristopih in sistematičnih analizah poročil pacientov in zdravstvenega osebja o varnostnih zapletih. Sistemski pristop k zagotavljanju varnosti predvideva sistematično razvijanje varnih struktur postopkov in procesov skupaj s popravniimi dejanji kot odgovor na varnostni zaplet. Napake nastanejo, ker se ljudje motimo in ker so sistemi pomanjkljivi. Zato je potrebno vzpostaviti mehanizme in oblikovati politiko, ki je pomembna za zdravje in varnost posameznikov, družin in skupnosti (World Health Organization, 2010).

Delovno okolje in vloga managerjev zdravstvene nege so se v zadnjih 20 letih spremenili. To lahko vpliva na sposobnost ustvarjanja pravične kulture in lahko pomeni, da so sami žrtve organizacijske krivice (Beauchamp, Childress, 2009).

Medicinske sestre managerji bi se morali zavedati konkurenčnih sistemov kulture v organizaciji z vsemi oblikami komunikacije, ko se skuša vzpostaviti ali krepiti varnostna kultura. Raziskava kaže, da uporaba teorije strukturiranja na pojem varnostne kulture vpliva dinamičen sistem individualnih ukrepov in organizacijska struktura, ki omogoča varno prakso. Medicinske sestre so bistvenega pomena za (re)produciranje varnostne kulture sistema (Groves, Meisenbach, Scott-Cawiezell, 2011).

Varni procesi dela so temeljnega pomena za kakovost zdravstvenega varstva in s tem tudi zdravstvene nege, ki temelji na preventivnih pristopih in sistematičnih analizah poročil pacientov ter zdravstvenega osebja o varnostnih zapletih. Vsak korak v oskrbi pacienta vključuje možnosti za napake in določeno stopnjo tveganja za pacientovo varnost (Priatelj, 2012). Zdravstvene organizacije so kompleksni adaptivni sistemi. Posegi na teh sistemih imajo nelinearne učinke, tako da lahko manjše aktivnosti vodijo do znatnih sprememb ali sprememb, ki se kažejo na dolgi rok. Mnoge bolnišnice predstavljajo aktivnosti za izboljšanje varnosti pri procesih dela. Primer razvoja in izvajanja celovitega sistema upravljanja varnosti pacientov je model osrednje bolnišnice Vaasa na Finskem, ki je temeljil na razumevanju varnosti pacientov. Sistem je premaknil iz odsotnosti napak na možnost, da uspe v neprestano spreminjajočih pogojih. To je bilo podprto z uvedbo sistema neželenih dogodkov poročanja in z izobraževanjem zdravstvenih delavcev na področju varnosti pacientov, z močno podporo na ravneh odločanja (bolnišnico upravljanje), ki se je izkazala za ključni predpogoj za uspeh (World Health Organization, 2012).

Raziskava Lorber in Skela Savič (2011) je pokazala, da vodje zaposlenih v procese odločanja ne vključujejo v meri, kakor ocenjujejo sami ter da predloge sodelavcev ne upoštevajo ali jih slabo upoštevajo. Skela Savič, Pagon in Robida (2007) ugotavljajo, da morajo vodje postati ključni spodbujevalci vključevanja posameznika v proces odločanja.

Metode

V raziskavi so sodelovali zaposleni v zdravstveni negi v Univerzitetnem kliničnem centru Maribor, ki so bili v času razdeljevanja vprašalnika na delovnem mestu. Priložnostno smo na izbrani dan razdelili 500 vprašalnikov med zaposlenimi v

zdravstveni negi, kar predstavlja 34,4 % vseh zaposlenih v raziskovanem zavodu, vrnjenih smo dobili 256 vprašalnikov, kar predstavlja 51,2 % odziv, s tem smo vključili 17,6 % vseh zaposlenih v zdravstveni negi raziskovanega zavoda.

Pred pričetkom raziskave smo pridobili soglasje za izvedbo anketiranja s strani vodstva zdravstvene ustanove. Dogovor o izvedbi raziskave je potekal s pomočnico direktorja za področje zdravstvene nege. V enotah, kjer smo vprašalnike razdelili, smo strokovne vodje zdravstvene nege oddelkov obiskali in podali razlago, v eni izmed enot je avtorica tudi sama zaposlena. Vprašalnik je bil sestavljen na način, da je zagotavljal anonimnost, anketiranje je bilo prostovoljno, vsak anketiranec je imel možnost sodelovanja v raziskavi zavrniti. Vprašalniki so se zbirali v za ta namen pripravljenih kuvertah v posameznih enotah.

Zaznavanje kulture varnosti v bolnišnici smo proučevali s pomočjo trditev, kjer so zaposleni rangirali 12 trditev po pomembnosti, pri čemer je 1 najpomembnejša trditev. Trditve v vprašalniku za Zaznavanje kulture varnosti v bolnišnici so navedeni po raziskavi Robida (2010b) - Kultura varnosti pacientov – Pilotna raziskava o bolnišnični kulturi varnosti pacientov, ki je povzeta po vprašalniku Agencije za raziskave in kakovost zdravstvene obravnave (AHRQ), (Sorra, Nieva, 2004). Vprašalnik priporoča Evropska mreža za varnost pacientov (EuNetPas) in ga je do leta 2010 uporabilo že 31 držav (Agency For Helathcare Research and Quality, 2009) in 32 trditev po vprašalniku, kjer so odgovore rangirali s pomočjo Likertove lestvice. Trditve so zasnovane na podlagi pregleda tuje in domače literature, direktna povzemanja Skela Savič (2007), trditve so povzete po navajanjih avtorjev Shortell in Kaluzny (2000), Davies, Nutley in Mannion (2000) in Ranson, Joshi in Nash (2005), Grol (2001) in pregled literature Robida (2009), »Pot do odlične zdravstvene prakse«, po kateri sem spremenljivke za vprašalnik razvila sama. Anketiranci so se opredeljevali z rangiranjem po pomembnosti na lestvici Likertovega tipa. Rezultati notranje konsistentnosti vprašalnika za kulturo varnosti so 0,774. Predhodno smo razumevanje vprašalnika preizkusili na manjšem vzorcu petih anketirancev, da bi se izognili nerazumljivim in občutljivim postavkam. Po preizkusu nismo odstranili nobenih vprašanj.

Uporabili smo različne statistične metode s pomočjo računalniškega programa SPSS 20,0 (opisno statistiko, t-test, korelacijsko ter linearno regresijsko analizo). Z uporabo opisne statistike smo ugotavljali statistično pomembne razlike med posameznimi spremenljivkami za zaznavanje kulture varnosti. Razlike v povprečnih ocenah smo preverjali s t-testom, povezanost med spremenljivkami s korelacijsko analizo ter z linearno regresijsko analizo ugotavljali vpliv neodvisne spremenljivke na odvisno spremenljivko (dojemanja zaposlenih na področju kriterijev potrebnih za doseganje varnosti).

Rezultati

Opis vzorca

Struktura anketirancev po spolu - 54 moških in 202 ženski. Povprečna starost anketiranih je bila 37,8 let (min 21 let in max 57 let). Med anketiranci je bilo 59,4 % srednješolsko izobrazbo, 1,94 % višješolsko, 29,7 % visoko šolsko izobrazbo, 7,4 % univerzitetno, 1,56 % jih ima končan magisterij ter 0,0 % nihče doktorata.

Rezultati t-testa in statistično pomembne razlike za proučevane spremenljivke so prikazane v Tabeli 1, kjer smo ugotovili statistično pomembnost vseh proučevanih spremenljivk.

Tabela 1: Primerjava trditev zaznavanja kulture varnosti (N=256)

	PV	SD	t	p
Pogostost poročanja dogodkov.	6,87	3,76	-0,470	0,000
Podpora vodstva oddelka za varnost pacientov.	6,30	3,46	0,100	0,000
Učeča se organizacija.	6,70	3,54	1,042	0,000
Timsko delo v bolnišničnih enotah.	4,62	3,45	1,039	0,000
Odprtost komunikacije.	5,15	3,04	0,189	0,000
Celokupno zaznavanje varnosti.	5,98	2,98	-0,990	0,000
Povratna informacija o napakah.	6,42	2,76	0,587	0,000
Strokovna, natančna predaja pacientov med izmenami.	5,41	2,90	-0,648	0,000
Timsko delo med bolnišničnimi enotami.	7,21	3,04	0,425	0,000
Podpora vrhnjega vodstva.	7,68	2,89	-1,110	0,000
Nekaznovalni odziv na napake.	8,55	3,38	-0,669	0,000
Ustreznost števila in kompetenc osebja.	6,55	4,03	0,688	0,000

PV= povprečna vrednost, SD= standardni odklon, t= t test, p= statistična pomembnost (*p<0,05; **p<0,01)

Iz povprečnih vrednosti v tabeli 1 je razvidno, kolikšno vrednost zaposleni pripisujejo omenjenim značilnostim. Zaposleni menijo, da je najmanj pomemben nekaznovalni odziv na napake (PV = 8,55, p = 0,000) in najbolj timsko delo v bolnišničnih enotah (PV = 4,62, p = 0,000). S t testom smo preverili, ali obstaja statistična pomembnost za proučevane spremenljivke. Ugotovili smo, da je vseh 12 spremenljivk statistično pomembnih: pogostost poročanja dogodkov (t = -0,470, t = 0,000), podpora vodstva oddelka za varnost (t = 0,100, p = 0,000), učeča se organizacija (t = 1,042, p = 0,000), timsko delo v bolnišničnih enotah (t = 1,039, p = 0,000), odprtost komunikacije (t = 0,189, p = 0,000), celokupno zaznavanje varnosti (t = -0,990, p = 0,000), povratna informacija o napakah (t = 0,587, p = 0,000), strokovna, natančna predaja pacientov (t = -0,648, p = 0,000), timsko delo med bolnišničnimi enotami (t = 0,425, p = 0,000), podpora vrhnjega vodstva (t = -0,110, p = 0,000), nekaznovalni odziv na napake (t = -0,669, p = 0,000), ustreznost števila in kompetenc osebja (t = 0,688, p = 0,000).

Tabela 2: Regresijska analiza delovne klime na preprečevanje padcev (N=256)

Preprečevanje padcev	Neodvisne spremenljivke	b	SE	β	t	p
R ² =0,771	Vpliv zaposlenih	0,094	0,030	0,183	3,089	0,002
	Motivacija zaposlenih s strani vodje	2,86	0,045	0,777	6,331	0,000
	Izobraževanja	-0,261	0,046	-0,677	-5,633	0,000

R^2 = determinacijski koeficient, b = nestandardiziran koeficient, SE = standardna napaka, β = standardiziran koeficient, t = t test, p = statistična pomembnost (* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$)

Iz analize rezultatov je razvidno, da na delovno klimo pomembno vplivajo zaposleni s svojim vedenjem ($b = 0,094$, $\beta = 0,183$, $p = 0,002$), motiviranje zaposlenih s strani vodje ($b = 2,86$, $\beta = 0,777$, $p = 0,000$) in dodatna izobraževanja, ki v delovna okolja prinašajo večjo samozavest in zadovoljstvo zaposlenih ($b = -0,261$, $\beta = -0,677$, $p = 0,000$).

Ocenjeni determinacijski koeficient je pokazal, da lahko 71,1 % variance indikatorjev preprečevanja padcev pojasnimo z vplivom zaposlenih, motivacijo s strani vodje in izobraževanjem. Gre za relativno visok delež pojasnjene variabilnosti, na preprečevanje padcev vplivajo še drugi dejavniki, ki niso bili predmet dane raziskave.

Sklep

Zaposleni v raziskavi ocenjujejo, da je za zaznavanje kulture varnosti najbolj pomembno timsko delo v bolnišničnih enotah. Rezultat raziskave, ki je merila timsko delo, kjer so zaposleni ocenjevali razsežnosti timskega dela je pokazala podobne rezultate. Najpogosteje ocenjene dimenzije so bile komunikacija, usklajevanje in spoštovanje, pomembni so jim odnosi (Valentine, Nembhard in Edmondson, 2012).

Zaposlenim ocenjujejo, da je pomembno poročanje dogodkov, podpora vodstva oddelka za varnost, učeča se organizacija, timsko delo v bolnišničnih enotah, odprtost komunikacije, celokupno zaznavanje varnosti, povratna informacija o napakah, strokovna, natančna predaja pacientov, timsko delo med bolnišničnimi enotami, podpora vrhnjega vodstva, nekaznovalni odziv na napake, ustreznost števila in kompetenc osebja. Pri vseh omenjenih spremenljivkah so sposobnosti vodje ključnega pomena. Medicinska sestra manager z upravljanjem ima vpogled v alternative, v kompleksni strukturi konjunktore. Odgovorne so za vzdrževanje prakse, ki je bila uzakonjena z negovalnimi sredstvi, odgovorne, tudi če to presega kategorije hierarhije in so odgovorne za različne storitve znotraj bolnišnične organizacije. To v majhnih vsakodnevnih dejavnostih utrjuje model zdravstvenega sistema in medicinske sestre. Managementi s svojimi dejanji, ki so večinoma več kot reprodukcijski, reflektivno prispevajo h krepitvi ustanovljenih modelov. V raziskavi je 11 od 13 medicinskih sester menedžerjev izrazilo, da niso imele pojma o upravljanju pred prevzemom te funkcije (Guerra et al., 2011).

Preprečevanja padcev lahko pojasnimo z vplivom zaposlenih, motivacijo s strani vodje in izobraževanjem. Raziskava Arnetz et al. (2011) je pokazala, da so organizacijski dejavniki učinkovitost, delovno vzdušje in stres pri delu cilji, ki lahko vplivajo na intervencije za izboljšanje varnosti pacientov. Medicinska sestra menedžerj ima pri vodenju projektov izzive z vidika naslednjih protislovij: ohranjanje projektov in zagotavljanje oskrbe pacientov, učinkovito upravljanje vsakodnevnega dela in podpora dela v multiprofesionalnem timskem vodenju posameznih zaposlenih (Suhonen in Paasivaara, 2011).

Obravnavan primer je le način, s katerim smo skušali prikazati, da management v zdravstveni negi zaposlenih mora zagotoviti podporo na področju kakovosti tudi za vidike preprečevanja padcev, hkrati pa odpira možnosti novih raziskav. Takšno vrsto raziskave je mogoče izvesti v vseh zdravstvenih zavodih, prav tako bi bilo smiselno spremljati spremembe na tem področju ob sprejetju določenih predlogov.

Literatura

1. Agency for Healthcare Research and Quality. 2009. Surveys on Patient Safety Culture. <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/> (22.12.2012).
2. Arnetz JE, Zhdanova LS, Elsouhag D, Lichtenberg P, Luborsky MR, Arnetz BB. Organizational climate determinants of resident safety culture in nursing homes. *Gerontologist*. 2011;51 (6):739-49.
3. Beauchamp, T L, Childress J.F. Principles of Biomedical Ethics. 6 izd. New York: Oxford University Press; 2009.
4. Grol R. Improving the Quality of Medical Care: Building Bridges Among Professional Pride, Payer profit, and Patient Satisfaction. *JAMA* 2001; 286(20):2578-85.
5. Groves PS, Meisenbach RJ, Scott-Cawiezell. Keeping patients safe in healthcare organizations: a structuration theory of safety culture. *J Adv Nurs*. 2011; 67 (8):1846-55.
6. Lorber M, Skela Savič B. Odločanje in uporaba moči vodij. *Obzor. Zdrav. Neg.* 2011;45 (1): 15-21.
7. Prijatelj V. Organizacijsko informacijski model preprečevanja napak v procesu zdravstvene nege: doktorska disertacija. Maribor: Univerza v Mariboru: Fakulteta za organizacijske vede; 2012.
8. Ranson SB, Joshi MS, Nashi DB. The health care quality book. Chicago, IL: Health Administration; 2005.
9. Robida A. Pot do odlične zdravstvene prakse. Ljubljana: Planet GV 269; 2009.
10. Robida A. Kultura varnosti pacientov - Pilotna raziskava o bolnišnični kulturi varnosti. Dostopno na: http://www.prosunt.si/assets/files/Kultura%20varnosti%20pacientov_2010.pdf (14.8.2011).
11. Shortel SM, Kaluzny AD. Health Care Management: Organizational Design and Behavior. 4 izd. Delmar, CA: Thomas Learning TM; 2000.
12. Skela Savič B, Robida A, Trunk A. Opredelitev znanj in kompetenc za srednjo upravljaljsko raven v bolnišnici. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje; 2006.
13. Skela Savič B. Dejavniki uspešnega izvajanja sprememb v slovenskem zdravstvu: doktorska disertacija. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede; 2007.
14. Suhonen M, Paasivaara L. Shared human capital in project management. Systematic review of the literature. *Project Management Journal* 2011;42 (2): 4-16.
15. Valentine MA, Nembhard IM, Edmondson AC. Measuring Teamwork in Health Care Settings: A Review of Survey Instruments. Boston, MA: Harvard Business School; 2012.
16. World Health Organization. Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice. 2010. Dostopno na: http://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en (15.11.2012).
17. World Health Organization. Patients' Safety: 2nd Round table on Reporting systems in health care. 2012. Dostopno na: <http://www.euro.who.int/pubrequest> (29.11.2012).

VREDNOSTNI SISTEM V ZDRAVSTVENI NEGI DANES IN JUTRI

VALUE SYSTEM IN NURSING TODAY AND TOMORROW

Gordana Lokajner, dipl.m.s., univ.dipl.org., Đurđa Sima, dipl.m.s.
Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana,
gordana.lokajner@gmail.com; djurdja.sima@siol.net

Izvleček

Vrednote so vpliv civilizacije, ki lahko bistveno spreminjajo ravnotežje vrednega in nevrednega v korist vrednot. Vsaka družba ima vrednote in prepričanja o zdravju in bolezni ter moralno sprejeta načela obnašanja povezana s promocijo zdravja. Celovitost delovanja medicinske sestre in babice v poklicnem in širšem družbenem delovanju je naravnana na razmerje realizacije in izpopolnjevanja vrednot na človeški ravni, ki je v nenehni interakciji s svetom in samim seboj. Na oblikovanje osebnostnih in profesionalnih vrednot medicinskih sester in babic vplivajo tudi družbena moralna občutljivost, razumevanje moralne razsodnosti, motivacija in moralni značaj, ki ga sooblikuje družba v trenutnem času. Profesionalne vrednote so nastajale skozi razvoj profesije zdravstvene nege in babištva, ki jih je le ta opredelila v svojih kodeksih. Zgodijo se lahko, da vrednota posameznika pride v konflikt s profesionalno vrednoto ali obratno, še posebej takrat, ko se profesija (pre)počasi odziva na družbene spremembe v globaliziranem svetu. S člankom, bo s pregledom pojmov in aktivnosti na področju osebnih in profesionalnih vrednot pri izvajalcih zdravstvene in babiške nege, predstavljena problematika doma in v tujini

Ključne besede: osebne vrednote, profesionalne vrednote, medicinska sestra.

Abstract

The values are the impact of civilization, which can significantly alter the balance of worthy and unworthy in favour of values. Every company has values and beliefs about health and disease and accepted moral principles of behaviour related to health promotion. The integrity of nurses and midwives in professional and broader social functioning is focused on the ratio of output and advanced features in the human level, which is in constant interaction with the world and himself. On the creation of personal and professional values of nurses and midwives are also influenced by the social moral sensitivity, moral discernment, understanding, motivation and moral character which are to shape society in the current time. Professional values are formed through the development of the profession of nursing and midwifery, which was only, identified this in their codes. It could be that the value of the individual comes into conflict with the professional value, or vice versa, even especially when the profession (too) slow response to social change in a globalized world. The article will review concepts and activities in the field of personal and professional values of nurses, presented problems at home and abroad.

Key words: personal values, professional values, nurse.

Teoretična izhodišča

Vrednote v življenju in delovanju medicinske sestre so v neposredni zvezi z osebnim in poklicnim delovanjem, ki ga medicinska sestra ustvarja, krepi in bogati v danem gospodarskem in kulturnem okolju. Občutek za dobro počutje v poklicni skupini in v delovnem okolju je odvisen od naših komunikacijskih veščin, negovanja dobrih medosebnih odnosov, partnerskega vključevanja pacienta v komunikacijski okvir in umeščanja vrednostnega sistema v osebni in profesionalni razvoj (Lokajner & Sima 2011).

Dejavno zavzemanje posameznikov ali poklicne skupine, da sebi in skupini postavijo vrednote, presega razmišljanja iz časov, ko smo bili kot skupina delujočih v zdravstveni in babiški negi postavljeni v sistem skupnih in kolektivnih vrednot takratnega časa. Vpliv tržne ekonomije na družbo je zelo močan in je prodril tudi na področje zdravstvene oskrbe, ki je dvignila pomembnost ekonomske učinkovitosti na eni strani, obenem pa tudi nevarnosti, povezane s poudarjanjem ekonomske učinkovitosti brez upoštevanja humanosti. Zdaj je prednost ekonomske učinkovitosti zasenčila izide zdravstvene oskrbe za uporabnike (Gastmans 1998 cit po. Numminen et al., 2009). Taki primeri prikazujejo, kako imajo trendi moderne družbe in moderne zdravstvene oskrbe etične posledice pri delu zdravstvenih delavcev, predvsem medicinskih sester (Numminen et al., 2009). Imeti sposobnost moralne držbe – to pomeni imeti moralno občutljivost, sposobnost moralnega razmišljanja, moralne motivacije in moralnega značaja (Fry & Johnstone, 2002). Medicinske sestre se lahko znajdejo v situacijah (Wurzbach, 1998; Cortis, 2003; Carter, 2008; Ulrich et al., 2010), kjer so postavljene na preizkušnjo njene moralne vrednote, ki jih z znanjem in razvitimi sposobnostmi moralne držbe lažje razrešujejo. Za krepitev dobre prakse so pomembne naslednje kategorije: osebne lastnosti, tehnične veščine, organizacija, vodenje stroke, delovno okolje in sodelavci; tudi nega in negovanje vedenjskih vzorcev (Catlett & Lovan, 2011).

Oblikovanje profesionalnih vrednot poklicnih skupin je vezano na zgodovinski razvoj in zorenje posamezne poklicne skupine. V evropskem prostoru se medicinske sestre lahko pohvalijo z začetki regulacije poklica že leta 1916. Zdravstvena nega v slovenskem prostoru sprejema attribute samostojne stroke na prehodu v 21. stoletje. Obdobje po osamosvojitvi obeležuje čas, ki ga gospodarska in kulturna javnost opisuje kot čas tranzicije. Značilnost tega prehodnega obdobja smo v javnem zdravstvu začeli doživljati kot izgubo javnih programov in vrivanje privatizacije v do tedaj skrbno izdelane programe na primarni ravni zdravstvenega varstva. Promocija zdravja skozi programe medicinskih sester je izgubila svoj pomen in veljavo. Oblike poklicnih aktivnosti, ki smo jih medicinske sestre začele samoiniciativno razvijati skozi lastna profesionalna združenja, so povezovanje po enakih in podobnih možnostih z namenom, da se predstavimo in vplivamo na reševanje lastnih poklicnih interesov ter tako krepimo vpliv v družbi. V ljubljanskem društvu medicinskih sester, bobic in zdravstvenih tehnikov smo tako s svojim programom za delovanje v javnem interesu odprli poklicno združenje in dostopnost našim uporabnikom – pacientom (Lokajner & Sima 2011).

METODE

Kot metoda znanstveno-raziskovalnega dela je bila izbrana metoda pregleda literature v slovenskem in angleškem jeziku. Uporabili smo dokumente, dosegljive na spletnih straneh strokovnih združenj medicinskih sester in bobic, drugih strokovnih združenj. Uporabljene iskalne besede v bazi COBIB.SI: *vrednote* v povezavi z *etika*, *medicinska sestra*, *zdravstvena nega*. Pregled v angleškem jeziku je zajemal ključne

besede: personal values, professional values, codes, nurse. Pregledana je bila vstopna vzajemna baza: EBSCO Host, z dostopom do: ACS Journals Search, BioMed Central Journals, CINAHL with Full Text (EBSCO), Cochrane Library (Wiley), ScienceDirect (Elsevier), MEDLINE ter spletne strani tujih strokovnih združenj medicinskih sester in babic.

Raziskovalna strategija je obsegala raziskovanje elektronsko dostopnih baz podatkov, pregled indeksov relevantnih strokovnih publikacij in pregled citiranih referenčnih člankov. Obdobje pregleda literature je trajalo od januarja do aprila 2015.

REZULTATI

Slovensko javno mnenje in osebne vrednote medicinskih sester

Raziskovanje vrednot je v družboslovnem raziskovanju pogost pojem, zato se tudi v naši raziskavi nismo mogli in ne smeli izogniti temu poglavju. Pomembno je tudi zato, ker je dana možnost, da ugotovitve naše raziskave primerjamo z raziskavami vrednot Slovencev kot državljanov in prebivalcev Republike Slovenije. Projekt Slovensko javno mnenje (SJM; izvajajo ga že od leta 1968¹) je najširša longitudinalna družboslovna empirična raziskava v Sloveniji, ki temelji na reprezentativnem vzorcu polnoletnih prebivalcev Slovenije in je po zasnovi podobna General Social Survey, NORC v ZDA oziroma ALLBUS, ZUMA v ZRN. V okviru SJM potekajo raziskave na področju socialne stratifikacije in mobilnosti, migracij, političnega javnega mnenja, volilnih procesov in političnih strank, raziskave razširjenosti množičnih medijev ipd. (Toš et. al., 2012). Raziskava vrednot je stalnica empiričnega raziskovanja v okviru programa Slovensko javno mnenje (SJM) vse od začetka tega projekta in še posebej poudarjena smer raziskovanja po pridružitvi programu Svetovne raziskave vrednot (World Value Survey) in Evropski raziskavi vrednot (European Value Survey, EVS, 1991; v Toš 2009).

V projektu Slovensko javno mnenje raziskava vrednot poskuša odgovoriti na vprašanje, katere so vrednote, s katerimi se Slovenci najbolj istovetijo. Na tem področju je bilo v Sloveniji izvedenih več domačih in tujih raziskav (vrednostne usmeritve mladih, raziskave v okviru Svetovne raziskave vrednot – WVS ter različne tematske raziskave). Ob vsem naštetem je treba omeniti raziskavo Slovensko javno mnenje (SJM), ki je poleg vključevanja v mednarodne projekte ohranila lastno identiteto in deloma lastno tematizacijo problematike vrednot. Cela vrsta vzporednih raziskav potrjuje, da sta v vrhu Slovenčevega vrednotenja poleg družine še delo in zdravje (Toš, 2012).

V raziskavi SJM se kot stalni raziskovalni repertoar od leta 1992 dalje postavlja vprašanje: Prosimo, povejte, kako pomembna je vsaka od naštetih stvari v vašem življenju? Naštete so: *družina, prijatelji in znanci, prosti čas, politika, delo, vera*. Ali so zelo pomembne, precej pomembne, ne preveč pomembne, sploh niso pomembne. V pregledu analize raziskav v letih od 1992 do 2008 se vselej potrdi, da Slovenke in Slovenci najvišje uvrščajo družino (3,86), sledijo prijatelji (3,54), delo (3,33) in prosti čas (3,33), vera (2,25) ter politika (1,82). Izsledki raziskave *Vrednote v prehodu V. Slovenija v evropskih primerjavah – Evropska družboslovna raziskava 2002–2010* so osredotočeni na nabor in prikaz raziskovalnih gradiv, pridobljenih v okvirih mednarodnih primerjalnih programov oz. konkretno v Evropski družboslovni raziskavi, kar je ta čas brez dvoma najpomembnejši empirični družboslovni projekt v Evropi. V peto knjigo so vključena gradiva petih meritev, opravljenih v okviru projekta ESS v letih 2002, 2004, 2006, 2008 in 2010 (Toš et. al., 2012).

¹ Opomba avtorjev

V raziskavi Društva medicinskih sester Ljubljana (Lokajner et al., 2013) o osebnih in profesionalnih vrednot, je bilo vprašanje o vrednotah oblikovano: »**Prosimo, ocenite posamezne našete vrednote za vas.**« Pri tem so morali anketiranci na lestvici od 1 do 6 izbrati med najbolj pomembno (1) do najmanj pomembne vrednote (6) med »*delom, družino, prijatelji in znanci, prostim časom, politiko, vero*«.

Medicinskim sestram, babicam in zdravstvenim tehnikom v populaciji je najpomembnejša vrednota **družinsko življenje**, sledi **delo**, nato **prosti čas**, **prijateljstvo**, **vera** in na koncu **politika**.

Profesionalne vrednote

Po analizi literature so med profesionalne vrednote najvišje uvrščene:

- **človeško dostojanstvo** (Ersoy&Altun 1998; LeDuc&Kotzer 2009; Özcan et.al., 2012; Pang et. al. 2009; Rassin, 2008; Rassin 2010; Shahriari et.al. 2012;),
- **pravičnost** (Ersoy & Altun 1998; Johnsotone 2011; Kvas & Naka 2004; LeDuc & Kotzer 2009; Özcan et.al.,2012; Pang et.al., 2009; Rassin, 2008; Rassin 2010; Shahriari et.al., 2012;)
- **sočutje in altruizem** (Blakemore 2012; Ersoy & Altun 1998; LeDuc & Kotzer 2009; Özcan et.al., 2012; Pang et.al., 2009; Rassin, 2008; Rassin 2010; Shahriari et.al., 2012; Snellman & Gedda, 2012;Straughair 2012a; Straughair 2012 b; Straughair 2012;),
- **odkrit odnos** (Blakemore 2012; Ersoy & Altun 1998; LeDuc & Kotzer 2009; Özcan et.al., 2012; Pang et.al., 2009; Rassin, 2008; Rassin 2010; Shahriari et.al., 2012; Snellman in Gedda, 2012; Straughair 2012;),
- **kompetence** (Blakemore 2012; Ersoy&Altun 1998; LeDuc& Kotzer 2009; Özcan, et.al., 2012; Pang idr. 2009; Rassin, 2008; Rassin 2010; Shahriari idr. 2012; Snellman in Gedda, 2012; Straughair a&b 2012;)
- **skrb** (Blakemore 2012; Ersoy & Altun 1998; LeDuc & Kotzer 2009; Özcan et.al., 2012; Pang et.al., 2009; Rassin, 2008; Rassin 2010; Shahriari et.al., 2012; Snellman & Gedda, 2012;Straughair a&b, 2012).

V slovenski raziskavi (Lokajner et. al, 2013) anketiranim medicinskim sestram, zdravstvenim tehnikom in babicam so na prvem mestu profesionalnih vrednot: **strokovnost, odgovornost in pravičnost**, sledijo **znanje in varnost**, na tretjem mestu sta **komunikacija in zaupanje**, sledita **empatija in partnerstvo**, za njima se je uvrstila vrednota **solidarnosti** ter na zadnjem mestu **zagovorništvo**.

Vrednote so se razvijale skozi zgodovino človeštva in se dokazano spreminjajo ob večjih družbenih premikih in spremembah. Osebnne in poklicne vrednote so neločljivo povezane. Vredno je poudarjati njihovo negovanje skozi procese samouresničevanja in samoaktualizacije. Zaznavanje lastne integritete skozi postavljene vrednote in poslanstvo profesionalne organizacije naj bi bila del načrta osebnega razvoja posameznika v zdravstveni in babiški negi. Poudarjamo ponotranjenje profesionalnih vrednot organizacije, kar tolmačimo kot strnjenost skupne profesionalne zavesti in zavesti na ravni posameznika. Vzajemnost teh ravni kaže na osebno zrelost in

preseganje okvirja povprečnega sistema vrednosti, ki jih neguje povprečna potrošniška družba in jih zato poimenujemo moralna pravila posameznika – norma. Klinično opolnomočenje medicinskih sester je pogoj za vzpostavitev varne klinične prakse (Lokajner&Sima 2011).

Tudi v slovenski raziskavi (Lokajner et.al, 2013) se je pokazalo, da so vrednote medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov skladne z vrednotami državljanov Slovenije ter vrednotami prebivalcev Evrope. Veliko avtorjev poudarja znanje, sposobnosti, klinične modrosti, etično in moralno občutljivost medicinskih sester in babic v klinični praksi (Baernholdt&Cottingham, 2010; Brown, 2011; Fahrenwald et.al., 2005; Haggerty& Grace 2008; Hisar &Karadag, 2010; Johnstone&Kanitaski, 2009; Luntley, 2011;Numminen et. al., 2009; Wangensteen et. al., 2010;).

Medicinske sestre in babice so pomemben del družbe in gradijo ter vplivajo na mnenje in vrednotenje zdravja v svojih okoljih. S svojimi že oblikovanimi moralnimi, estetskimi in čustvenimi vrednotami sooblikujejo vrednostni sistem ostalih v zdravstvenem sistemu.

Krepitev temeljev vrednot za slovenski prostor zdravstvene in babiške nege je naloga poklicne skupine. Smernice za razvoj profesionalnih vrednot nam postavljajo profesionalna združenja s poslanstvom in vizijo delovanja organizacije (Lokajner&Sima 2011).

Kakšne medicinske sestre želimo jutri?

Veliko avtorjev poudarja znanje, sposobnosti, klinične modrosti, etične in moralne občutljivosti medicinskih sester in babic v klinični praksi (Baernholdt & Cottingham, 2010; Brown, 2011; Fahrenwald et.al., 2005; Haggerty & Grace 2008; Hisar & Karadag,2010; Johnstone & Kanitaski, 2009; Luntley, 2011; Numminen et.al.,2009; Wangensteen et.al., 2010) Celotno področje zdravstvene oskrbe se radikalno spreminja v smeri iskanja poti za postavljanje varnih in kakovostnih postopkov obravnave pacienta. Prepoznavanje in krepitev sociokulturnega okolja za vse skupine zdrave in bolne populacije se vse skozi krepi v zadnjem desetletju, za namenom, da dosežemo optimalno. Predvsem, da zagotovimo osnovne elemente socialnega in etičnega delovanja. Vodilo osnutka ustvarjanja kulture varnosti je v Novi Zelandiji bila uvedba učenja in prepoznavanja potrebe po varnosti skozi izobraževalne programe, že od leta 1990, zato je poskrbelo profesionalno združenje medicinskih sester in babic (Woods, 2011). Za krepitev dobre prakse so pomembne kategorije: osebne lastnosti; tehnične veščine in organizacija in vodenje stroke; delovno okolje in sodelavci; ter nega in negovanje vedenjskih vzorcev (Catlett & Lovan, 2011).

Vloga in lastnosti vodje sta se izkazali za zelo pomembni, ko želimo razložiti, kako organizacija zaposluje in zadržuje svoj človeški kapital (Bontis& Fitz-enz 2002). Študije so dokazale, da so uspešnejši tisti vodje, katerih delo temelji predvsem na čustveni inteligenci (Sunindijo et al. 2007; Clarke 2010) in človečnosti (El-Sabaa 2001) ter upoštevajoč sistem vrednot v zdravstveni negi (Bentzen et. Al, 2013; Miller&Bird, 2014; Smith, 2015;Trede & Schweri, 2013; Tuckett, 2015). Nobena organizacija ne more doseči svojih ciljev brez uspešnih ljudi. Prilagodljivost in združljivost novozaposlenih z vedenjskim vzorcem organizacije sta poleg sposobnosti, znanja spretnosti in osebnostnih lastnosti, ključni pri izboru kadrov v zdravstveni negi. Pridobivanje in zadrževanje ključnih kadrov v zdravstveni negi se začne in konča pri viziji vrhnjega managementa zdravstvenega zavoda. Direktorica za zdravstveno nego ali glavna medicinska sestra mora imeti jasno vizijo razvoja zdravstvene nege v zdravstvenem zavodu, izdelan profil ključnih kadrov ter

izoblikovane jasne cilje, ki jih želi doseči pri svojem delu, da zagotovi kakovostno in varno zdravstveno nego. Ob vsem tem je ključno poznavanje vsebine dela in lastnosti ključnih strokovnjakov, ki bodo zasedali ta delovna mesta in sodelovali z njo pri uresničevanju le teh. Uspešno delo in sodelovanje menagerk z izobraževalnimi inštitucijami, različnimi strokovnimi združenji medicinskih sester, omogoča, da hitreje prepoznajo bodoče ključne kadre (Lokajner&Musič, 2014).

ZAKLJUČEK

Vrednote so se razvijale skozi zgodovino človeštva in se dokazano spreminjajo ob večjih družbenih premikih in spremembah. Osebnostne in poklicne vrednote so neločljivo povezane. Vredno je poudarjati njihovo negovanje skozi procese samorealizacije in samoaktualizacije. Zaznavanje lastne integritete skozi postavljenje vrednot in poslanstvo profesionalne organizacije, naj bi bil del načrta osebnega razvoja posameznika/ ce v zdravstveni in babiški negi. Poudarjamo poudarjanje profesionalnih vrednot organizacije, kar tolmačimo kot strnjeno skupno profesionalno zavest in zavest na ravni posameznika. Vzajemnost teh ravni kaže na osebno zrelost in presežanje okvirja povprečnega sistema vrednot, ki jih neguje povprečna potrošniška družba in jih zato poimenujemo moralna pravila posameznika - norma. Medicinske sestre so pomembni del družbe, ki gradijo in vplivajo na mnenje in vrednotenje zdravja v svojih okoljih. S svojimi že oblikovanimi moralnimi, estetskimi in čustvenimi vrednotami sooblikujejo vrednotni sistem ostalih v zdravstvenem sistemu.

Literatura

1. Baernholdt M, Cottingham S. The clinical nursing leader-new nursing role with global implications. *Int Nurs Rev.* 2011 Mar;58(1):74-8.
2. Bentzen G, Harsvik A, Brinchmann BS. Values that vanish into thin air": nurses' experience of ethical values in their daily work. *Nurs Res Pract.* 2013 Avg; Vol (avg): 1-8
3. Blakemore S. Government outlines values vital for its new vision of care. *Nurs Older People.* 2012 Nov;24(9):6-7.
4. Bontis N, Fitz-enz J. Intellectual capital ROI: a causal map of human capital antecedents and consequents. *Journal of Intellectual Capital.* 2002; 3 (3): 223-247.
5. Brown LP. Revisiting our roots: Caring in nursing curriculum design. *Nurse Educ Pract.* 2011 Nov;11(6):360-4.
6. Carter B. 'Good' and 'bad' stories: decisive moments, 'shock and awe' and being moral. *J Clin Nurs.* 2008;17(8):1063-70.
7. Catlett S, Lovan RS. Being a good nurse and doing the right thing: A replication study *Nurs Ethics.* 2011 Jan;18(1):54-63.
8. Clarke C. Emotional intelligence and its relationship to transformational leadership and key project manager competences. *Project Management Journal.* 2010; 41 (2): 5-20.
9. Cortis JD. Culture, values and racism: application to nursing. *Int Nurs Rev.* 2003 Mar;50(1):55-64.
10. El-Sabaa S. The skills and career path of an effective project manager. *International Journal of Project Management.* 2001; 19 (1): 1-7.

11. Ersoy N, Altun I. Professional and Personal values of Nursing in Turkey. *Journal of Asian and International Bioethics.*, 1998; (8): 72-75.
12. Fahrenwald NL, Bassett SD, Tschetter L, Carson PP, White L, Winterboer VJ. Teaching Core Nursing Values. *J Prof Nurs.*2005;21(1):46-51.
13. Fry S, M J Johnstone. *Ethics in Nursing Practice A guide to ethical decision making* (2nd edition) Geneva ICN: Blackwell Science, 2002: 157-168.
14. Haggerty L A, Grace P. Clinical wisdom: The essential foundation of «good» nursing care. *J Prof Nurs.* 2008;24(4):235-40.
15. Hisar F, Karadag A. Determining the professional behaviour of nurse executives. *Int J Nurs Pract.* 2010 Aug;16(4):335-41.
16. Johnstone MJ, Kanitsaki O. Ethics and advanced care planning in culturally Diverse Society. *J Transcult Nurs.* 2009;20(4):405-16.
17. Kvas A, Naka S. Razvoj vrednot in načelo pravičnosti. *Obzor Zdr N.* 2004;38: 4: 305-12.
18. Lokajner G, Sima Đ. Vrtinec osebnostnih vrednot medicinskih sester ter babic in profesionalnih vrednot zdravstvene in babiške nege. In: SKELA-SAVIČ B, HVALIČ TOUZERY S, ZURC J, SKINDER SAVIČ K eds. 4th International Scientific Conference on Research in Nursing and Health Care.Evidence-based health care - opportunities for linking health care professions, patient needs and knowledge : proceedings of lectures with peer review : zbornik predavanj z recenzijo. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego. 2011: 342-350.
19. Lokajner G, Sima Đ, Požun P. Vrednostni okvir medicinskih sester, zdravstvenih tehnikov in babic-članov Društva medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana. In: KVAS, Andreja (ur.), et al. Približajmo zdravstveno okolje pacientu : zbornik prispevkov. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, 2013: 103-127.
20. Lokajner G, Musič D. Lov na ključne kadre v zdravstveni negi. V: Kadivec S, Majcen Dvoršak S.(ur.). *Strokovno srečanje Medicinska sestra vodja.* Ljubljana, 30. maj 2013, Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije -Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v managementu, 2013.
21. LeDuc K., Kotzer AM. bridging the gap: A comparison of the Professional Nursing Values of students, New Graduates and Seasoned Professionals. *Nurs Educ Perspect.* 2009 Sep-Oct;30(5):279-84.
22. Luntley M. What do nurses know? *Nurs Philos.* 2011 Jan;12(1):22-33.
23. Miller S, Bird J. Assessment of practitioners' and students' values when recruiting. *Nurs Manag (Harrow).* 2014 Aug 28;21(5):22-9.
24. Numminen O H, Leino-Kilpi H, Arend A, Katajisto J. Nursing students and teaching of codes of ethics: an empiracal research study. *Int Nurs Rev.* 2009 Dec;56(4):483-90.
25. Özcan M., Akipinar A., Ergin A B. Personal and professional values grading among midwifery students. *Nurs Ethics.* 2012 May;19(3):399-407.
26. Pang D., Senaratana W., Kunaviktikul W., Klunklin A., mcElmurry BJ. Nursing values in China: The expectations of registered nurses. *Nurs Health Sci.* 2009 Sep;11(3):312-7.

27. Rassin M. Values grading among nursing students- Difference between the ethnic groups. *Nurse Educ Today*. 2010 Jul;30(5):458-63.
28. Rassin M. Nurses' professional and personal values. *Nurs Ethics*. 2008 Sep;15(5):614-30.
29. Shahriari M., Mohammadi E., Abbaszadeh A., Bahrami M., Fooladi MM. Perceived ethical values by Iranian nurses. *Nurs Ethics*. 2012 Jan;19(1):30-44.
30. SJM 2006: POROČILA; 5. Poročilo; Vrednotne orientacije - 2006 (Delovna verzija). Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede - IDV, CRJMMK, 2007.
31. Smith C. Exemplary leadership: how style and culture predict organizational outcomes *Nurs Manage*. 2015 Mar;46(3):47-51.
32. Snellman I., Gedda K M. The value ground of nursing. *Nurs Ethics*. 2012 Nov;19(6):714-26.
33. Straughair C (a). Exploring compassion: implications for contemporary nursing. Part 1. *Br J Nurs*. 2012 Feb 8-22;21(3):160-4.
34. Straughair C (b). Exploring compassion: implications for contemporary nursing. Part 2. *Br J Nurs*. 2012 Feb 23-Mar 7;21(4):239-40, 242-4.
35. Toš N. Vrednote v prehodu V. Slovenija v evropskih primerjavah: evropska družboslovna raziskava 2002 - 2010. Urednik Toš Niko. Wien : Echoraum ; Ljubljana : Fakulteta za družbene vede., 2012.
36. Trede I, Schweri J. Work values and intention to become a registered nurse among healthcare assistants. *Nurse Educ Today*. 2014 Jun;34(6):948-53.
37. Tuckett A. Speaking with one voice: A study of the values of new nursing graduates and the implications for educators. *Nurse Educ Pract*. 2015 Mar 7: 1-7
38. Ulrich C M, Taylor C, Soeken K, O'Donnell P, Farrar A, Danis M, Grady C. Everyday ethical issues and stress in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 2010; 66 (11): 2510-2519.
39. Woods M. Cultural safety and the socioethical nurse. *Nursing Ethics*, 2011: 17(6) 715-725.
40. Wurzbach M E. Managed Care: Moral conflicts for Primary Health Care Nurse. 1998; 46: 62-66.
41. Wangensteen S, Johansson IS, Björkström ME, Nordström G. Critical thinking dispositions among newly graduated nurses. *J Adv Nurs*. 2010;66(10):2170-81.

NOVOSTI IN SPREMEMBE, KI JIH PRINAŠA ISO 9001:2015

CHANGES IN THE ISO 9001:2015

Danica Šprajcar, univ. dipl.inž.kem.teh.
Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik
danica.sprajcar@klinika-golnik.si

Izvelek

Mednarodna organizacija za standardizacijo (International Organization for standardization ISO) pripravlja novo izdajo standarda ISO 9001. Na razpolago je že osnutek nove izdaje standarda (ISO /DIS). Nakazuje vsebinske spremembe zahtev, ki jih morajo izpolnjevati organizacije, ki želijo poslovati v skladu s standardom ISO 9001. Predviden je tudi časovni okvir za prilagoditev novim zahtevam standarda ISO 9001.

Abstract

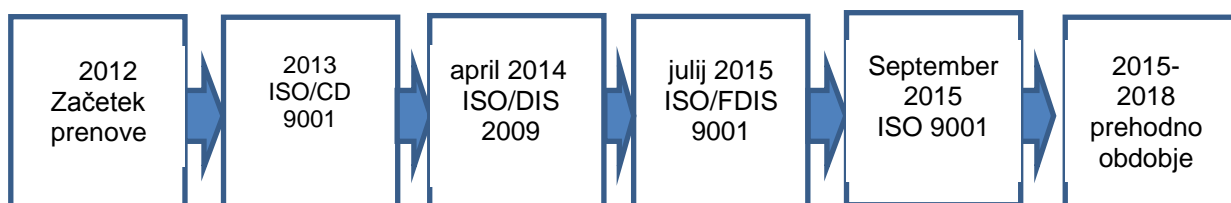
The International Organisation for Standardisation (ISO) is preparing a revision of the ISO 9001 standard. A draft of the updated version (ISO/DIS) is already available. It indicates changes of requirements that institutions will have to consider in order to conduct business in accordance with ISO 9001. Organisations will be granted a transition period to adapt to the new edition of the standard.

1. Uvod

Standard ISO 9001 je med vodilnimi standardi za sisteme vodenja kakovosti v svetu. Od leta 1987, ko je bila izdana prva verzija tega standarda, je doživel že več prenov. Trenutno je pri Mednarodni organizaciji za standardizacijo (International Organization for standardization – ISO) v zaključni fazi priprava verzije, katere izdajo pričakujemo v septembru 2015.

Na osnovi zahtev standarda ISO 9001 je danes certificiranih že več kot 1,1 milijonov sistemov vodenja v organizacijah širom po svetu.

2. Potek prenove standarda ISO 9001



ISO najavlja izid nove verzije standarda ISO 9001 v septembru 2015. Do septembra 2018 nato poteka triletno prehodno obdobje. Od septembra 2018 dalje certifikati, ki bodo podeljeni na osnovi zahtev standarda SIO 9001:2008 ne bodo več veljavni.

3. Pričakovane novosti in spremembe

Ključne spremembe, ki jih predlaga ISO/DIS 9001 so:

- struktura in terminologija
- širši notranji in zunanji kontekst sistema vodenja kakovosti organizacije
- podrobnejše zahteve za sistem vodenja kakovosti

3.1. Struktura in terminologija

Pri pripravi nove verzije standarda upoštevajo, da vse več organizacij uporablja zahteve različnih standardov. Struktura bo olajšala integracijo različnih sistemov vodenja v enovit sistem vodenja poslovnih procesov organizacije.

Opaznejše spremembe pri terminologiji:

ISO 9001:2008	ISO 9001:2015 (DIS)
'proizvodi'	'izdelki in storitve'
'dokumentacija' ' zapisi'	'dokumentirana informacija'
'delovno okolje'	'okolje za izvedbo procesov'
'nabavljeni proizvod'	'eksterno pridobljeni izdelki in storitve'
'dobavitelj'	'zunanji dobavitelj'

3.2. Kontekst organizacije

Predlagane zahteve v zvezi s kontekstom organizacije predstavljajo večjo vsebinsko novost. Organizaciji, ki želi izpolnjevati zahteve nove verzije standarda ISO 9001 nalagajo, da v večji meri prepozna zahteve njenega notranjega in zunanjega okolja v povezavi z njenim poslanstvom in vizijo. S pomočjo vzpostavljenega sistema vodenja kakovosti bo organizacija morala upravljati vplive zunanjega okolja, svoje kulture in vrednot ter zahteve vseh zainteresiranih strani.

3.3. Podrobnejše zahteve za sistem vodenja

Ocena tveganja: pri vzpostavitvi sistema vodenja kakovosti bo organizacija morala prepoznati tveganja in priložnosti, ki lahko vplivajo na njeno doseganje zastavljenih ciljev. S prepoznavanjem in ocenjevanjem tveganj bo organizacija ocenila, kako visoko grožnjo zanjo predstavlja posamezno tveganje. V skladu z oceno bo pripravila tudi ukrepe za obvladovanje prepoznanih tveganj.

Upoštevanje potreb in pričakovanj zainteresiranih strani: Organizacija mora prepoznati, katere zainteresirane strani z vidika vodenja kakovosti vplivajo na njeno dolgoročno uspešnost. Standard zahteva, da organizacija obravnava vpliv zainteresiranih strani na njeno dolgoročno uspešnost z vidika varnosti in zdravja pri delu, varovanja informacij, kakovosti in okolja.

Načrtovanje sprememb: Ko organizacija ugotovi potrebo po spremembi sistema vodenja kakovosti, mora to izvesti na načrtovan in sistematičen način, tako da med drugim ustrezno dodeli ali prerazporedi pristojnosti, da določi namen sprememb in prouči vse morebitne spremembe ter da preveri razpoložljivost vseh potrebnih virov in vpliv sprememb na celovitost sistema vodenja kakovosti.

4. Prehod na novo izdajo

Organizacije, ki vzpostavljajo sistem vodenja kakovosti na osnovi zahtev standarda ISO 9001, se v prehodnem obdobju lahko odločijo za certificiranje po zahtevah standarda ISO 9001:2008 ali ISO 9001:2015.

Organizacije, ki že imajo certificiran sistem vodenja kakovosti, bodo imele čas za prehod na novo izdajo standarda do septembra 2018.

5. Zaključek

Ker po napovedi organizacije ISO novosti standarda ISO 9001 prinašajo številne koristi, je najbolj pomembno, da se z novim konceptom standarda natančno seznanimo. Ob podrobnem pregledu zahtev standarda je potrebno oceniti, katerih zahtev ne izpolnjujemo ter poiskati optimalen način izpolnjevanja teh zahtev prav za našo organizacijo. Le na ta način bomo standard izkoristili kot učinkovito orodje za vzpostavitev, delovanje in stalno izboljševanje našega sistema vodenja kakovosti.

Literatura

1. http://www.iso.org/iso/home/standards/management-standards/iso_9000.htm (dostop: 14.5.2015)
2. http://www.siq.si/ocenjevanje_sistemov_vodenja/aktualno/prenova_standarda_iso_9001/index.html (dostop: 14.5.2015)
3. http://www.bureauveritas.com/wps/wcm/connect/bv_com/group/services+sheet/iso-9001-certification_12249 (dostop: 14.5.2015)

KAKO Z VODENJEM SPODBUJATI K ZDRAVEMU IN VARNEMU DELU

HOW THROUGH LEADERSHIP MOTIVATE TOWARDS HEALTHY AND SAFE WORK

Tanja Urdih Lazar, univ. dipl. nov.

Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa
tanja.urdihlazar@kcli.si

Izvleček

V članku sta na podlagi pregleda sodobne literature opredeljena koncepta promocije zdravja pri delu in k zdravju usmerjenega vodenja kot enega od najpomembnejših dejavnikov za uspešne programe skrbi za zdravje zaposlenih. Promocija zdravja je v Ottawski listini opredeljena kot strategija posredovanja med ljudmi in njihovim okoljem za zdravje ter proces, ki omogoča, da ljudje povečajo nadzor nad dejavniki, ki vplivajo na determinante zdravja, in na tej osnovi svoje zdravje izboljšajo. Promocija zdravja pri delu je kombinirano prizadevanje delodajalcev, delavcev in družbe izboljšati zdravje in blaginjo ljudi na delu. K zdravju usmerjeno vodenje mora navdihovati in motivirati zaposlene skozi oblikovanje skupne vizije in krepitev občutka višjega smisla pri delu, hkrati pa jih usmerjati k doseganju ciljev in oblikovanju pozitivnih delovnih odnosov v zameno za nagrado. Kakšno podporo bodo programom promocije zdravje nudili vodje, pa je v veliki meri odvisno od njihovih stališč do zdravja in aktivnosti za boljše zdravje.

Ključne besede: *promocija zdravja pri delu, k zdravju usmerjeno vodenje, stališča v zvezi z zdravjem*

Abstract

On the basis of literature review, the article defines the concepts of workplace health promotion and health-oriented leadership as one of the key factors for successful workplace health programmes. The Ottawa Charter defines health promotion as a strategy of intermediation between people and their environment to improve health, and as a process of enabling people to increase control over their health and its determinants, and thereby improve their health. Workplace Health Promotion is the combined efforts of employers, employees and society to improve the health and well-being of people at work. Health-oriented leadership has to inspire and motivate employees through shared vision and enhanced feeling of meaning in their work, and in the same time to lead them to goal achievement and building good work relationships in exchange for rewards. What kind of support would leaders offer to workplace health promotion programmes, depends to a great extent on their attitudes towards health and activities to promote health at work.

Key words: *workplace health promotion, health-oriented leadership, health attitudes*

Uvod

Odgovornost za varnost in zdravje pri delu je v skladu s slovensko, pa tudi širšo evropsko zakonodajo, naložena delodajalcu (Zakon o varnosti in zdravju pri delu, 1999, 2001, 2011). Na podlagi tega določila temelji obsežna formalnopravna ureditev področja varnosti in zdravja pri delu, od leta 2011 pa tudi izrecna obveza o načrtovanju in izvajanju programov promocije zdravja, ki sicer običajno v Evropi in drugod po svetu sodi med prostovoljne dejavnosti delodajalcev. To pomeni, da bi morala vodstva slovenskih podjetij in drugih delovnih organizacij aktivno zagotavljati takšne delovne razmere, ki zdravju ne bi škodovale, ampak ga celo podpirale in krepile, ter zaposlenim omogočati pridobivanje znanja in veščin za oblikovanje zdravju naklonjenega življenjskega sloga. Podatki o zdravju slovenskih delavcev in tudi poročila inšpekcijskih služb pa kažejo, da kljub vsem tem zakonskim zahtevam skrb za varnost in zdravje pri delu marsikje ni ustrezno urejena oz. so programi na tem področju premalo učinkoviti. Razlogov za to je seveda lahko več, eden od pomembnih dejavnikov, ki vplivajo na to, ali in kako se bo skrb za zdravje pri delu uredila, je zagotovo vodenje. Vodje so tisti, ki morajo kakršno koli dejavnost v organizaciji odobriti, zanjo zagotoviti sredstva in osebje ter ji z aktivno podporo zagotoviti ustrezno mesto v organizacijski strukturi. Vendar raziskovalci ugotavljajo, da je vloga vodij na tem področju še širša. Zaobjeti jo poskušajo s konceptom t. i. k zdravju usmerjenega vodenja, ki ga povezujejo s podporo programom promocije zdravja pri delu kot najširšega pristopa k boljšemu zdravju zaposlenih.

Promocija zdravja (pri delu)

Green in Kreuter (1991) sta promocijo zdravja opredelila kot kombinacijo izobraževalnih in okoljskih spodbud za aktivnosti in življenjske razmere, ki so zdravju prijazne. V Ottawski listini pa je promocija zdravja opredeljena kot strategija posredovanja med ljudmi in njihovim okoljem za zdravje ter proces, ki omogoča, da ljudje oz. skupnosti povečajo nadzor nad dejavniki, ki vplivajo na determinante zdravja, in na tej osnovi svoje zdravje izboljšajo. Promocija zdravja izhaja iz koncepta zdravja kot izraza stopnje, do katere sta posameznik ali skupina sposobna uresničiti svoje težnje in zadovoljiti svoje potrebe, ter spreminjati svoje okolje oz. ga obvladovati (World Health Organization, 1986). Promocija zdravja je celovit pristop k zdravju, ki s pomočjo usklajenih socialnih in političnih dejavnosti ustvarja trdne temelje za izboljšanje in ohranjanje zdravja posameznikov in skupnosti (Koelen, Van den Ban 2004; Berridge, 2004).

Najpomembnejše sporočilo Ottawske listine je, da skrbi za zdravje ne smemo omejiti na zdravstvo. Kot dopolnitev pristopa obvladovanja dejavnikov tveganja se začne uveljavljati pristop promocije zdravja v različnih okoljih. Okolje za zdravje je kraj ali družbeni kontekst, v katerem se ljudje vključujejo v dnevne dejavnosti, pri katerih medsebojno delujejo okoljski, organizacijski in osebni dejavniki, ki vplivajo na zdravje

in blaginjo (World Health Organization, Regional Office for Europe, 2001). Poleg družine, šole, vrtca, kmetije, lokalne skupnosti itd. je eno takšnih okolij tudi delovno okolje.

Delovno mesto je pomembno okolje za dejavnosti na področju promocije zdravja iz naslednjih razlogov:

- obstoj različnih struktur zaradi zahtev v zvezi z medicino dela in zdravjem in varnostjo pri delu. Le-te se da zlahka uporabiti za izvajanje dejavnosti promocije zdravja;
- delovno mesto ponuja potencial za obveščanje in pomoč pri izboljševanju zdravja velikega števila ljudi. Nekateri so člani skupin, ki jih je sicer zelo težko doseči;
- promocija zdravja pri delu je skupni interes delodajalcev in delavcev;
- organizacije, ki razmišljajo dolgoročno, priznavajo, da je upravljanje z ljudmi prav tako pomembno – če ne še bolj – kot upravljanje finančnih in drugih virov. Zdravje in pripravljenost delavcev za delo sta tudi tesno povezana in sta ključna dejavnika v katerikoli organizaciji, ki stremi k večji učinkovitosti, kompetitivnosti in produktivnosti (European Network for Workplace Health Promotion).

Promocija zdravja pri delu je kombinirano prizadevanje delodajalcev, delavcev in družbe izboljšati zdravje in blaginjo ljudi na delu (Baart et al, 2003). Njena vizija so zdravi delavci v zdravih organizacijah (European Network for Workplace Health Promotion). Po Zakonu o varnosti in zdravju pri delu iz leta 2011 k promociji zdravja na delovnem mestu sodijo sistematične ciljne aktivnosti in ukrepi, ki jih delodajalec izvaja zaradi ohranjanja in krepitev telesnega in duševnega zdravja delavcev.

Pri tem je treba poudariti, da gre v promociji zdravja za dejavnosti, s katerimi na podlagi sprejete politike in/ali strategije izboljšujemo zdravje tako, da spreminjamo okolje (fizično in socialno) in vedenja (npr. uporaba drog, nezdrava prehrana). S spremembami okolja tako gradimo podporno okolje za zdravje, v katerem bodo lahko zaposleni s pridobljenim znanjem in veščinami oblikovali zdravju naklonjen življenjski slog. Poleg tega je za uspešne programe promocije zdravja pri delu treba upoštevati še naslednja načela: vključevanje zaposlenih že v fazi načrtovanja; pozitiven pristop, ki temelji na spodbujanju, pohvalah in nagrajevanju; reševanja pravih problemov, do katerih smo prišli na podlagi analize zdravja in ocene potreb zaposlenih; usklajeno in sistematično delo na podlagi načrta ter sprotne evalvacija in prilagajanje programa (Stergar, Urdih Lazar, 2012).

K zdravju usmerjeno vodenje

V literaturi najdemo razmejitve med vodenjem (angl. »leadership«) in upravljanjem (angl. »management«) organizacij, pri čemer upravljanje razumemo kot oblikovanje formalnih sistemov, postavljanje splošnih ciljev in vrednot, načrtovanje in izvajanje aktivnosti ter nadzor nad tem izvajanjem. Vodenje pa se osredotoča bolj na

neformalne sisteme, na odnose med ljudmi in organiziranje ljudi, na oblikovanje skupne kulture in vrednot s ciljem navdihovati in motivirati zaposlene (Owen, Lambert, 1998; Yukl, 2002). Za organizacijo sta pomembni obe funkciji, vendar je vodenje pomembnejše za uvajanje sprememb in razvoj (Daft, 1999). Promocija zdravja pri delu pa nujno prinaša s seboj spremembe in potrebo po razvoju.

Raziskave k zdravju usmerjenega vodenja so se osredotočale predvsem na transformacijski tip vodenja, ki se usmerja v inspiracijo in motiviranje zaposlenih skozi oblikovanje skupne vizije in krepitev občutka višjega smisla pri delu, kar prispeva k zadovoljstvu pri delu in zavzetosti za delo. Vendar nekateri avtorji menijo, da ta vidik vodenja v programih za boljše zdravje zaposlenih ni dovolj in ga je treba kombinirati s transakcijskim tipom vodenja, ki usmerja zaposlene k doseganju ciljev in oblikovanju pozitivnih delovnih odnosov v zameno za nagrado, ter s tem prispeva k informiranosti zaposlenih o pričakovanjih v zvezi z njihovim delom in s tem k zmanjšanju negotovosti, kar ugodno vpliva na zdravje in blaginjo zaposlenih (Burns, 1978 cit. po Eriksson, 2011; Bass, 1990 cit. po Eriksson, 2011). To pomeni, da zaposleni pri delu potrebujejo tako podporo vodij kot tudi nadzor, da bi lahko uresničili svoje potenciale – tako pri delu samem kot tudi pri doseganju boljšega zdravja in blaginje pri delu.

Če povzamemo še nekatere druge avtorje, so pri skrbi za zdravje pri delu posebej pomembni naslednji elementi vodenja:

- k zdravju usmerjena komunikacija, ki vključuje tako pomoč vodij pri reševanju težav v zvezi z delom in postavljanju prioritet kot tudi motiviranje za sodelovanje v aktivnostih promocije zdravja pri delu in oblikovanje zdravju naklonjenega življenjskega sloga;
- osredotočenost na delovno mesto in delovne naloge ter spodbujanje oblikovanja zdravju naklonjenih delovnih razmer, tako v smislu zdravih in varnih delovnih mest kot tudi zagotavljanja podpornega okolja za zdravje (tj. finančne, organizacijske in kadrovske možnosti) in pozitivne organizacijske klime, ki po eni strani sooblikuje zdravo delovno okolje, po drugi pa podpira sodelovanje v aktivnostih promocije zdravja pri delu;
- vrednote in osveščenost vodij v zvezi z zdravjem zaposlenih, ki seveda določa vedenje vodij, hkrati pa raziskave kažejo, da so zaposleni, ki verjamejo, da vodje cenijo njihovo zdravje, bolj motivirani za sodelovanje v programih promocije zdravja (Franke, Felfe, Pundt, 2014).

Poleg podpore oblikovanju zdravju naklonjene organizacijske kulture je ena od pomembnih nalog k zdravju usmerjenega vodenja tudi omogočanje participatornega pristopa, ki spodbuja zaposlene ne le k sodelovanju pri izvajanju aktivnosti ampak tudi pri razvoju in evalvaciji celovitih politik in programov promocije zdravja pri delu (Parsons, 1999). Tako so lahko aktivnosti za boljše zdravje pri delu res skupno prizadevanje menedžmenta in zaposlenih.

Stališča vodij do zdravja in promocije zdravja

Splošna stališča menedžerjev do zdravja (lastnega zdravja in zdravja zaposlenih) in promocije zdravja so pomemben dejavnik pri implementaciji programov promocije zdravja pri delu (Skagert, 2010).

Po raziskavi, ki jo je Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa opravil leta 2005 v okviru programa Čili za delo, direktorji in direktorice pogosto ocenjujejo zdravje zaposlenih podobno kot lastno zdravje. Skoraj 70 odstotkov jih je menilo, da delo v njihovi organizaciji vpliva na zdravje zaposlenih, pogosteje so tako menile direktorice in tisti anketiranci, ki so zdravje zaposlenih ocenili slabše. Večina anketiranih se je strinjala, da lahko od motiviranih delavcev pričakujemo boljše rezultate, da zadovoljstvo delavcev pri delu pozitivno vpliva na njihovo počutje in zdravje in da za lastno zdravje lahko največ naredi vsak sam (Stergar, Urlih Lazar, 2005). Strokovnjaki menijo, da je prepričanje vodij o posameznikovi odgovornosti za zdravje eno večjih tveganj za uvajanje (uspešnih) programov promocije zdravja v podjetjih (Menckel, Österblom, 2002), saj je velika verjetnost, da se bodo ti programi usmerjali pretežno na spreminjanje življenjskega sloga, medtem ko bo delovno okolje ostalo nespremenjeno in zaposlenim ne bo omogočalo zdrave izbire.

V raziskavi med slovenskim menedžmentom se je trditvijo, da je lahko bolniški stalež odraz slabih delovnih razmer, strinjalo nekaj manj kot tri četrtine anketiranih, skoraj petina pa s to trditvijo ni niti soglašala niti ne soglašala. Dobra polovica anketiranih direktoric in direktorjev je izjavila, da obravnavajo stanje zdravja in varnosti pri delu v podjetju po potrebi. V petini podjetij so ga obravnavali zgolj ob sprejemanju izjave o varnosti z oceno tveganja, le v 4 odstotkih primerov pa na vsakem sestanku vodilnih. Kljub temu sta kar dobri dve tretjini anketiranih izjavili, da bi se njihovo podjetje vključilo v program promocije zdravja, če bi jim tak program ponudili – pogosteje tisti, ki so menili, da bi se dalo zdravje zaposlenih v njihovem podjetju izboljšati, pa tudi direktorice in direktorji, ki so že imeli izkušnjo s tovrstnimi programi (Stergar, Urlih Lazar, 2005). Rezultati raziskave so bili izhodišče za razvoj programa Čili za delo, katerega osrednji del je izobraževanje za svetovalce za promocijo zdravja, ki v podjetjih skrbijo za načrtovanje in izvajanje programov promocije zdravja. Izkušnje kažejo, da je uspeh njihovega dela v veliki meri odvisen od podpore vodij.

Zaključek

Programi promocije zdravja pri delu se lahko izvajajo samo tam, kjer se menedžment zaveda pomena skrbi za zdravje zaposlenih ter da je to nujen sestavni del učinkovitega in k produktivnosti usmerjenega poslovanja sodobnih organizacij. Samo načelna podpora vodstva pa prav tako ni dovolj. Vloga vodij v promociji zdravja naj bi zajemala k zdravju usmerjeno komunikacijo, ki vključuje pomoč vodij pri reševanju težav v zvezi z delom, postavljanje prioritet ter motiviranje za sodelovanje v

aktivnostih promocije zdravja pri delu; osredotočenost na izboljšave delovnega mesta in prilagajanje delovnih nalog; spodbujanje oblikovanja zdravju naklonjenih delovnih razmer ter pozitivne vrednote v zvezi z zdravjem v podjetju.

Zaradi sprejema zakonodaje, ki je v letu 2011 delodajalcem naložila obvezo načrtovanja in izvajanja programov promocije zdravja na delovnem mestu, bi bili verjetno podatki raziskave o stališčih slovenskih direktoric in direktorjev nekoliko drugačni, predvsem bi verjetno narasla njihova pripravljenost na izvajanje aktivnosti na tem področju, medtem ko je pričakovati, da na splošno pri drugih stališčih ne bi prišlo do drastičnih sprememb. Ob izjemnem pomenu vodenja pri promociji zdravja bi morali zato več naporov vlagati v izobraževanje in osveščanje vodij o pomenu zdravja za dobro in produktivno delo ter o umetnosti samega vodenja, ki bi spodbujalo pozitivne spremembe v delovnem okolju – tako na področju zdravja kot tudi pri uresničevanju poslovnih ciljev.

Literatura

1. Baart P, et al. Workplace Health Promotion. An Integral Part of Good Business Practice. Woerden: Dutch Centre Workplace Health Promotion and the Netherlands Institute of Health Promotion and Disease Prevention; 2003.
2. Berridge V. Historical policy approaches. In: Thorogood M, Coombes Y, eds. Evaluating health promotion: practice and methods. Oxford: Oxford University Press; 2004: 11–24.
3. Daft RL. Leadership: theory and practice. Fort Worth: Dryden Press; 1999.
4. Eriksson A. Health-Promoting Leadership: A Study of the Concept and Critical Conditions for Implementation and Evaluation [doktorsko delo]. Göteborg: Nordic School of Public Health; 2011.
5. European Network for Workplace Health Promotion. Workplace Health Promotion. Dostopno na: ww.enwhp.org/workplace-health-promotion.html (15. 10. 2011).
6. Franke F, Felfe J, Pundt A. The impact of health-oriented leadership on follower health: Development and test of a new instrument measuring health-promoting leadership. German Journal of Research in Human Resource Management 2014;28(1-2):139–161.
7. Green L, Kreuter M. Health Promotion Planning: An educational and environmental approach. Toronto: Mayfield; 1991.
8. Koelen MA, Van den Ban AW. Health education and health promotion. Wageningen: Wageningen Academic Publishers; 2004.
9. Menckel E, Österblom L. Managing Workplace Health: Sweden Meets Europe. Stockholm: National Institute for Working Life; 2002.
10. Owen JM, Lambert FC. Evaluation and the information needs of organizational leaders. American Journal of Evaluation 1998;19(3):335–346.

11. Parsons ML. Health promoting organizations: a systems model for advanced practice. *Holistic Nursing Practice* 1999;13(4):80–89.
12. Stergar E, Urdih Lazar T. Pripravljenost delodajalcev na izvajanje programov promocije zdravja in njihov odnos do zdravja. *Sanitas et Labor* 2005;4(1):135–167.
13. Stergar E, Urdih Lazar T. Zdravi delavci v zdravih organizacijah: Priročnik za promocijo zdravja pri delu v srednje velikih in velikih podjetjih in organizacijah. Ljubljana: Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa; 2012.
14. World Health Organization, Regional Office for Europe. WHO European Healthy Cities Network. Dostopno na: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/environment-and-health/urban-health/activities/healthy-cities/who-european-healthy-cities-network> (20. 10. 2011).
15. World Health Organization. Ottawa Charter for Health Promotion. An International Conference on Health Promotion: The move towards a new public health. Ottawa, November 17-21, 1986.
16. Yukl GA. Leadership in organizations. 6. ed. Upper Saddle River: Prentice Hall; 2006.
17. Zakon o varnosti in zdravju pri delu. Uradni list Republike Slovenije št. 56/1999 in 43/2011.

Z ZDRAVO PREHRANO DO ZDRAVJA - NALOŽBA ZA PRIHODNOST

WITH A HEALTHY FOOD TO HEALTH- INVESTMENT FOR THE FUTURE

pred. Nataša Vidnar, dipl.m.s.,univ.dipl.org.
Zdravstveni dom Maribor
natasa.vidnar@zd-mb.si

Izvelek

Zdrava prehrana postaja vedno pomembnejše dejstvo. Vključuje varno, energijsko, hranilno, uravnoteženo in varovalno hrano, ki krepi in ohranja zdravje ljudi. Kot dejavnik tveganja lahko deluje način prehranjevanja, ki ogroža zdravje ljudi. Lahko pa je zaščitni dejavnik, ki krepi zdravje in izboljša kvaliteto življenja- naložba za prihodnost. Ključni vzroki za nastanek kronično nenalezljivih bolezni, so dejavniki nezdravega življenjskega sloga, med katere spada tudi nezdrava prehrana in telesna nedejavnost.

Prispevek vključuje preprosta priporočila, kako ohraniti zdravje z zdravim prehranjevanjem, ki temeljijo na priporočilih Svetovne zdravstvene organizacije in CINDI Slovenija, prilagojena so pa našim prehranjevalnim navadam.

V kolikor bomo upoštevali samo 12 priporočil zdravega prehranjevanja, bomo v roku treh mesecev vplivali na dejavnike tveganja (holesterol v krvi, krvni sladkor,...), znižali telesno težo in se predvsem bolje počutili.

Ključne besede: zdrava uravnotežena prehrana, kronično nenalezljive bolezni, dejavniki tveganja, priporočila za zdravo prehranjevanje

Abstract

Healthy eating is becoming more important fact. It includes a safe, energy savings, balanced and protective food, which strengthens and maintains health. As a risk factor can act catering, which threatens peoples health. But it may be the protective factor of health with enhancing health and quality of life- investing for the future. The main reasons for chronic non-contageous diseases are the factors of an unhealthy lifestyle, which include unhealthy eating habits and physical inactivity.

The contribution includes simple recommendations how to maintain good health through healthy eating, which based on the recommendation of the World Health Organization and CINDI Slovenia, they adjusted to our eating habits.

If we take into account only 12 recommendations of healthy eating, we will within three months affects on factors of an unhealthy life style (cholesterol, blood sugar,...), reduce weight and we will in particular feel better.

Key words: healthy balanced food, chronic non-contageous diseases, factors of an unhealthy lifestyle, recommendations of healthy eating

UVOD

Zdrava prehrana vključuje varno, energijsko, hranilno, uravnoteženo in varovalno hrano, ki krepi in ohranja zdravje ljudi. Zdravo prehranjevanje naj postane spontani del načina življenja in hkrati vsakodnevni užitek (Hlastan Ribič, 2012).

Kot dejavnik tveganja lahko deluje način prehranjevanja, ki ogroža zdravje ljudi. Lahko pa je zaščitni dejavnik, ki krepi zdravje in izboljša kvaliteto življenja- naložba za prihodnost. Ključni vzroki za nastanek kronično nenalezljivih bolezni, so dejavniki nezdravega življenjskega sloga, med katere spada tudi nezdrava prehrana in telesna nedejavnost.

Prehrana naj bi bila čim bolj pestra naj bi vključevala različna živila. Prehranska piramida je slikovni prikaz izbora in količine živil pri pripravi obrokov in jedi. Prikazuje uživanje živil iz šestih glavnih skupin živil. Vsaka skupina vsebuje določene hranilne snovi, ne pa vseh, ki jih potrebujemo (Hlastan Ribič, 2012). Živila iz ene skupine ne morejo v celoti nadomestiti živil iz druge skupine. Za doseganje zdravja potrebujemo živila iz celotne prehranske piramide in v pravih razmerjih.

Namen prispevka je omogočiti ljudem lažje razumeti načela zdravega prehranjevanja in se z užitkom zdravo prehranjevati. Smernice, ki temeljijo na 12 korakih zdravega prehranjevanja in veljajo za zdravo odraslo populacijo. Pazljivost je potrebna pri pacientih, ki imajo posebne diete in se morajo posvetovati z zdravnikom.

Priporočila o uravnoteženi zdravi prehrani lahko uporabljamo vedno in povsod. Vedno se držimo načela priporočenih razmerij šestih skupin živil. Z upoštevanjem le teh, lahko izbiramo zdravo, uravnoteženo hrano tudi v različnih restavracijah in drugod.

Za doseganj »Zdrave prehrane, ne potrebujemo nobenih teorij, upoštevati je potrebno dejstvo oziroma načelo prehranjevanja naših prednikov. Jedli vse, ampak v omejenih količinah in pravilno pripravljeno ter predvsem vključevali telesno dejavnost.

Raziskave so pokazale, da lahko z zdravim življenjem izboljšamo zdravje ljudi. Zato predstavljajo zdravo prehranjevanje, redna telesna dejavnost in izogibanje razvadam, kot so kajenje, čezmerno pitje alkohola ključne korake k boljšemu zdravju Slovencev.

Prehranjevalne navade Slovencev

Maučec Zakotnik (2012) navaja, da prehranjevalne navade pomenijo, kakšen je način prehranjevanja posameznika, neke skupine ali družbe kot celote.

Vključujejo izbor in količino živil ali hrane, ki jo uživamo, delež posameznih živil v prehrani, način priprave hrane in pogostnost ter razporejenost obrokov hrane preko dneva (Maučec Zakotnik, 2012).

Na prehranjevalne navade posameznika ali družbe vplivajo socialne, ekonomske, etične in kulturne danosti okolja v posamezni državi. Velik vpliv, predvsem v današnjem času pa imajo izobraženost ljudi, dostopnost in cena hrane (Maučec Zakotnik, 2012).

Slovenci imamo slabe prehranjevalne navade. Pogostnost splošnega nezdravega prehranjevanja v populaciji odraslih prebivalcev Slovenije ocenjujemo na 52 %, po klinični oceni pa ima 64% Slovencev že prisotne dejavnike tveganja za nastanek

kronično nenalezljivih bolezni. Slovenci neredno uživamo zajtrk, časovno in količinsko si neustrezno razporejamo obroke preko dneva, prav tako pa si neustrezno pripravljamo hrano. Uživamo prevelike količine zdravju škodljivih maščob, soli in sladkorja, pojemo preveč sadja in premalo zelenjave, predvsem sveže.

Moški se slabše prehranjujejo kot ženske, prebivalci ruralnega v primerjavi s prebivalci urbanega okolja, mlajši v primerjavi s starejšimi, nižje izobraženi v primerjavi z višje izobraženimi (Maučec Zakotnik, 2012).

Pogostnost dosoljevanja hrane pri mizi se zmanjšuje. Zvišuje se ukvarjanje ljudi s telesno dejavnostjo, kar je pozitiven podatek, ker gresta zdrava uravnotežena prehrana in telesna dejavnost z »roko v roki«.

Predvsem pa je problem red in disciplina v prehrani.

Priporočila za zdravo prehranjevanje

Priporočila o zdravi prehrani lahko uporabljamo vedno in povsod: ko se odločamo kaj bomo jedli, ko pripravljamo jedi, ko polnimo nakupovalno košaro,...Z upoštevanjem teh priporočil lahko vedno izbiramo zdravo in uravnoteženo prehrano, tudi ko ne kuhamo doma.

Temeljijo na priporočilih Svetovne zdravstvene organizacije in CINDI Slovenija, prilagojena so našim prehranjevalnim navadam (Hlastan Ribič, 2012).

Hlastan Ribič (2012), jih navaja v 12 korakih :

1. V jedi uživajte in jejte redno. Izbirajte pestro hrano, ki naj vsebuje več živil rastlinskega kot živalskega izvora.
2. Izbirajte živila iz polnovrednih žit in žitnih izdelkov.
3. Večkrat dnevno jejte pestro sadje in zelenjavo. Izbirajte lokalno pridelano in sveže zelenjavo ter sadje.
4. Nadzorujte količino zaužite maščobe in nadomestite večino nasičenih maščob (živalskih maščob) z nenasičenimi rastlinskimi olji.
5. Nadomestite mastno meso in mastne mesne izdelke s stročnicami, ribami, perutnino ali ustim mesom.
6. Dnevno uživajte priporočene količine manj mastnega mleka in maj mastnih mlečnih izdelkov.
7. Jejte manj slano hrano
8. Omejite uživanje sladkorja in sladkih živil.
9. Zaužijte dovolj tekočine .
10. Omejite uživanje alkohola.
11. Hrano pripravljate zdravo in higiensko.
12. Bodite telesno dejavni in sicer toliko, da bo vaša telesna masa normalna.

Teh 12 korakov zdravega prehranjevanja je namenjenih ljudem od drugega leta starosti naprej, ki želijo okrepiti, ohraniti ali izboljšati svoje zdravje. Če jih boste upoštevali, bo vaše tveganje, da bi zboleli za katero od kronično nenalezljivih bolezni, manjše. Prav tako boste v roku 4 mesecev znižali dejavnike tveganja, kot so holesterol ter ostale maščobe v krvi in vplivali na višino krvnega sladkorja. Bolje se boste počutili in lažje vzdrževali telesno težo.

Zaključek

Zdravo prehranjevanje naj postane spontani del življenja in hkrati vsakodnevni užitek. Prehrana naj bo čim bolj pestra in naj vključuje različna živila. Priporočamo od 3 do pet uravnoveženih dnevnih obrokov. Dan začnite z zajtrkom, ki je najpomembnejši dnevni obrok v prehrani, saj telo oskrbi z energijo in presnovi se v 100%. Dokazano je, da tisti, ki zjutraj redno in zdravo zajtrkujejo, se bolj redno in zdravo prehranjujejo tudi preko dneva.

Medicinske sestre imamo zelo hiter tempo, včasih nedoločljiv delovni čas in je potrebno, za ohranjanje in krepitev zdravja posebno pozornost nameniti zdravi uravnoveženi prehrani in tudi telesni dejavnosti. Predvsem redu in disciplini v prehrani. Na ta način bomo poskrbele za zdravje, vitalnost, vplivale na dejavnike tveganja in bile kos vsakodnevnim obremenitvam, tako v službi kot doma. Predvsem pa pri delu s pacienti, bile vzgled.

Literatura

1. Hlastan Ribič C. Zdrav krožnik. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS; 2009.
2. Hlastan Ribič C, Šerona A. Uravnovežena prehrana. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS; 2012.
3. Maučec Zakotnik J, Hlastan Ribič C. Manj maščob, več sadja in zelenjave. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS; 2012.

SPONZORJI

ZLATI SPONZOR
PHARMAMED-MADO, d.o.o., Ljubljana

SREBRNI SPONZOR
Medis, d.o.o., Ljubljana

BRONASTI SPONZOR
Medias International, d.o.o., Ljubljana
Sanolabor, d.d., Ljubljana

NEUTRON[®]

Brezigelni medicinski pripomoček, ki zmanjšuje incidenco s katetrom povezanih infekcij in preprečuje povratek krvi v kateter



NEUTRON[®] – neaktiven



NEUTRON[®] – med infuzijo



NEUTRON[®] – med aspiracijo

- + Preprečuje nastajanje krvnih strdkov – neprestano ohranja prehodnost katetra.
- + Vključuje edinstveno inovativno patentirano tehnologijo dvosmerne silikonske valvule.
- + Preprečuje povratek krvi v kateter, a hkrati omogoča tako infuzijo kot tudi aspiracijo.
- + Tehnologija, ki klinično dokazano zmanjšuje število s katetrom povezanih okužb krvnega obtoka za 46%.



HITER IN UČINKOVIT

 **PHARMAMED**
INOVACIJE, KI REŠUJEJO ŽIVLJENJA

PHARMAMED-MADŌ, d.o.o., Leskoškova 9E, 1000 Ljubljana
T 01 / 541 22 30, F 01 / 541 22 31, info@pharmamed.si

Optiplan®

Vaš zanesljivi partner pri zdravstveni negi in organizaciji dela v bolnišnicah, domovih starejših občanov in drugih zdravstvenih ustanovah.

Vozički

Vozički za reanimacijo, za dokumentacijo, za nego in prevoze bolnikov, za terapijo

Mape

Temperaturne mape, mape za pacientovo dokumentacijo



Bolnišnice v Sloveniji, ki že uporabljajo vozičke OPTIPLAN:

Univerzitetni klinični center Ljubljana, Univerzitetni klinični center Maribor, Bolnišnica Topolsica, Ortopedska bolnišnica Valdoltra, Porodnišnica Kranj, Splošna bolnišnica Brezica, Splošna bolnišnica Celje, Splošna bolnišnica Izola, Splošna bolnišnica Jesenice, Splošna bolnišnica Murska Sobota, Splošna bolnišnica Novo mesto, Splošna bolnišnica Slovenj Gradec.

Du Tisje, Medicinska fakulteta Ljubljana, Zavod za transfuzijo, Ljubljana.

medis.prodaja@medis.si

MEDIS
www.medis.si





**Capnostream®
Bedside Capnography Monitor**



+PHARMAMED
INOVACIJE, KI REŠUJEJO ŽIVLJENJA

PHARMAMED-MADO, d.o.o., Leskoškova 9E, SI-1000 Ljubljana, Slovenija, T 01 541 22 30, F 01 541 22 31, E info@pharmamed.si