



Univerza v Mariboru

Fakulteta za zdravstvene vede

ODGOVORNOST MEDICINSKE SESTRE PRI MANCHESTERSKEM SISTEMU TRIAŽE

(Magistrsko delo)

Maribor, 2019

Urška Urbas



Univerza v Mariboru

Fakulteta za zdravstvene vede

ODGOVORNOST MEDICINSKE SESTRE PRI MANCHESTERSKEM SISTEMU TRIAŽE

(Magistrsko delo)

Maribor, 2019

Urška Urbas



Univerza v Mariboru

Fakulteta za zdravstvene vede

Mentor: doc. dr. Matej Strnad

Somentorica: izr. prof. dr. Suzana Kraljić

ZAHVALA

Tam, kjer se že križajo potrebe sveta in tvoji talenti, tam je mesto tvojega poklica (Aristotel).

Zahvaljujem se mentorju doc. dr. Mateju Strnadu in somentorici izr. prof. dr. Suzani Kraljić, ki sta me s svojim optimizmom in potrpežljivostjo vodila in usmerjala skozi nastajanje magistrskega dela.

Posebna zahvala gre moji družini, najbližjim in prijateljem za nesebično podporo in zaupanje na moji študijski poti.



Univerza v Mariboru

Fakulteta za zdravstvene vede

Žitna ulica 15
2000 Maribor, Slovenija

Priloga 6

IZJAVA O AVTORSTVU IN ISTOVETNOSTI TISKANE IN ELEKTRONSKE OBLIKE ZAKLJUČNEGA DELA

Ime in priimek študent-a/-ke: Urška Urbas

Študijski program: Zdravstvena nega 2. stopnja

Naslov zaključnega dela: Odgovornost medicinske sestre pri
Manchesterskem sistemu triaže

Mentor: doc. dr. Matej Strnad

Somentor: izr. prof. dr. Suzana Kraljič

Podpisan-i/-a študent/-ka Urška Urbas

- izjavljam, da je zaključno delo rezultat mojega samostojnega dela, ki sem ga izdelal/-a ob pomoči mentor-ja/-ice oz. somentor-ja/-ice;
- izjavljam, da sem pridobil/-a vsa potrebna soglasja za uporabo podatkov in avtorskih del v zaključnem delu in jih v zaključnem delu jasno in ustrezno označil/-a;
- na Univerzo v Mariboru neodplačno, neizključno, prostorsko in časovno neomejeno prenašam pravico shranitve avtorskega dela v elektronski obliki, pravico reproduciranja ter pravico ponuditi zaključno delo javnosti na svetovnem spletu preko DKUM; sem seznanjen/-a, da bodo dela deponirana/objavljena v DKUM dostopna široki javnosti pod pogoji licence Creative Commons BY-NC-ND, kar vključuje tudi avtomatizirano indeksiranje preko spleta in obdelavo besedil za potrebe tekstovnega in podatkovnega rudarjenja in ekstrakcije znanja iz vsebin; uporabnikom se dovoli reproduciranje brez predelave avtorskega dela, distribuiranje, dajanje v najem in priobčitev javnosti samega izvirnega avtorskega dela, in sicer pod pogojem, da navedejo avtorja in da ne gre za komercialno uporabo;
- dovoljujem objavo svojih osebnih podatkov, ki so navedeni v zaključnem delu in tej izjavi, skupaj z objavo zaključnega dela;
- izjavljam, da je tiskana oblika zaključnega dela istovetna elektronski obliki zaključnega dela, ki sem jo oddal/-a za objavo v DKUM.

Uveljavljam permissivnejšo obliko licence Creative Commons: _____ (navedite obliko)

Začasna nedostopnost:

Zaključno delo zaradi zagotavljanja konkurenčne prednosti, zaščite poslovnih skrivnosti, varnosti ljudi in narave, varstva industrijske lastnine ali tajnosti podatkov naročnika:

_____ (naziv in naslov
naročnika/institucije) ne sme biti javno dostopno do _____ (datum odloga
javne objave ne sme biti daljši kot 3 leta od zagovora dela). To se nanaša na tiskano in
elektronsko obliko zaključnega dela.

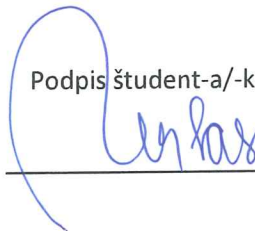
Temporary unavailability:

To ensure competition priority, protection of trade secrets, safety of people and nature, protection of industrial property or secrecy of customer's information, the thesis

_____ (institution/company name and
address) must not be accessible to the public till _____ (delay date of thesis
availability to the public must not exceed the period of 3 years after thesis defense). This applies
to printed and electronic thesis forms.

Datum in kraj: 17.07.2019, Maribor

Podpis študent-a/-ke:



Podpis mentor-ja/-ice: _____
(samo v primeru, če delo ne sme biti javno dostopno)

Ime in priimek ter podpis odgovorne osebe naročnika in žig:

(samo v primeru, če delo ne sme biti javno dostopno)

ODGOVORNOST MEDICINSKE SESTRE PRI MANCHESTERSKEM SISTEMU TRIAŽE

POVZETEK

Izhodišča in namen: V magistrski nalogi smo proučevali odgovornosti triažne medicinske sestre (TMS) pri izvajanju manchesterskega sistema triaže (MST). Namen raziskave je ugotoviti, ali TMS prepoznajo ter se zavedajo svojih odgovornosti ob uporabi MST. Prav tako nas je zanimalo, ali izkušnje in večletno delo v urgentnih ambulantnih prinašajo večjo odgovornost. Zanimala sta nas tudi aplikacija MTS v delovno okolje in zadovoljstvo z novim sistemom triažiranja in razvrščanja po MST.

Raziskovalna metodologija in metode: Uporabili smo deskriptivno metodo pregleda in analize literature z iskanjem po bazah podatkov: Cobiss, Medline/PubMed in Google Books. Uporabili smo tudi kvalitativno metodo s pomočjo intervjuja desetih medicinskih sester, ki delajo v triaži in ob svojem delu uporabljajo MST. Za obdelavo podatkov smo uporabili različne računalniške programe.

Rezultati: S kvalitativno raziskavo smo na podlagi pridobljenih rezultatov in analize podatkov ugotovili in raziskali, da se medicinske sestre dobro zavedajo odgovornosti ob uporabi MTS in da je ta sistem triažiranja in razvrščanja uporaben in zadovoljiv. Večletno delo in izkušnje v urgentni ambulanti prinašajo večjo odgovornost.

Diskusija in zaključek: TMS poznajo različne odgovornosti pri svojem delu. Veščine dobre komunikacije TMS s pacienti ter poznavanje norm in pravil ustanove so pglavitni del poklicnega delovanja. Dnevno se tudi srečujejo s primeri, ko se stanje pacienta v urgentni ambulanti poslabša, zato so potrebna kontinuirana izobraževanja in obnavljanja znanja, saj morajo znati ob tem pravilno ukrepati. Pacientom s tem zagotavljajo varno, kakovostno zdravstveno nego in oskrbo ob sprejemu v ambulanti nujne medicinske pomoči.

Ključne besede: komunikacija, triaža pacientov, triažna medicinska sestra, medicinska sestra, kompetence, Zakon o pacientovih pravicah

RESPONSIBILITY OF A MEDICAL NURSE WITHIN THE MANCHESTER TRIAGE SYSTEM

ABSTRACT

Background and aim: In this master thesis, we have examined the responsibility scope of a triage medical nurse within the Manchester Triage System (MTS). The aim of our study is to establish, whether triage medical nurses acknowledge their responsibility and awareness when they execute the MTS. In addition, the scope of our research was to establish, whether the work experience and years of service in an emergency department contributes to greater responsibility and awareness thereof. Our research interest extends also to the application of the MTS into a work space and establishing the level of content (personal satisfaction) with the new triage system and classification when using the MTS.

Methodology: For this study, a descriptive method of reviewing (surveying) and literature analysis has been used for searching the following databases: Cobiss, Medline/PubMed and Google Books. In addition, a qualitative method has been used during interviewing ten (10) respective medical nurses, who are specialized in triage and use the MST in their regular work routine. For data processing, we have used various software.

Results: Upon the analysis of data acquired by the descriptive method, we have established that the medical nurses are well aware of their responsibility within the MTS. Furthermore, the nurses also acknowledge the MTS and its classification as useful and satisfying. Our hypothesis regarding the work experience and years of service in emergency department and its contribution to a greater responsibility has also been confirmed.

Discussion and conclusion: Triage medical nurses are well aware of various responsibility during their work. Good communication skills, as well as good knowledge of protocols and regulation standards of a medical institution are essential to their professionalism. Due to their rather demanding and unpredictable daily routine, the triage medical nurses often deal with cases of rapid patient health deterioration, therefore the continuous education and implementation of new training

techniques for medical nurses are crucial for the patient's welfare upon the patient's admittance to emergency department.

Keywords: communication, triage of patients, medical nurse, competence, Patient's Rights Act.

KAZALO VSEBINE

1	Uvod in opis problema	1
1.1	Kompetence medicinskih sester.....	3
1.2	Odgovornosti medicinske sestre	5
1.2.1	<i>Profesionalna odgovornost</i>	8
1.2.2	<i>Etična odgovornost</i>	8
1.2.3	<i>Pravna odgovornost</i>	12
1.3	Triaža pacientov	16
1.3.1	<i>Triažni sistemi v svetu</i>	18
1.3.2	<i>Manchestrski sistem triaže</i>	19
1.4	Vloga in komunikacija MS v triaži.....	23
2	Namen in cilji magistrskega dela	28
3	Raziskovalna vprašanja	29
4	Raziskovalna metodologija	30
4.1	Raziskovalne metode	30
4.2	Raziskovalno okolje.....	31
4.3	Raziskovalni vzorec	32
4.4	Etični vidik.....	32
4.5	Predpostavke in omejitve raziskave.....	32
5	Rezultati	34
5.1	Intervjuji in analiza intervjujev	34
5.2	Zavedanje odgovornosti TMS ob uporabi MST	35
5.3	Zadovoljstvo z novim sistemom triažiranja in razvrščanja po MST	36
5.4	Pomen in vloga izkušenj večletnega dela v urgentnih ambulantnih ter posledično večja odgovornost MS	37
6	Interpretacija in razprava	39
7	Sklep	41
	Literatura.....	43
	Priloge.....	1

KAZALO TABEL

Tabela 1: Triažne kategorije v MST	22
--	----

1 Uvod in opis problema

Slovar slovenskega knjižnega jezika opredeljuje odgovornost kot:

- dolžnost sprejeti sankcije, dati opravičilo;
- lastnost, značilnost človeka, ki si prizadeva zadovoljevati norme, izpolnjevati zahteve, dolžnosti;
- nalogo, obveznost, odnos, pri katerem mora kdo dajati pojasnilo, utemeljitev za svoje delo, ravnanje;
- lastnost, značilnost tega, kar zaradi pomembnosti, posledic zahteva veliko znanje, skrbnost (Inštitut za slovenski jezik Frana Ramovša, 2005).

Odgovornost je torej lahko dolžnost, naloga, odnos in lastnost, je v svojem jedru individualno in svobodno ravnanje. Pomeni, da TMS sprejme nalogo, jo opravi po svojih najboljših močeh in nato stoji za tem. Biti odgovoren pomeni, da si sposoben in pripravljen odgovarjati. TMS jo mora prepoznati pri sebi, nato je lahko odgovorna do pacientov. Pogoje delovanja v delovnem okolju ustvarja z lastnimi odločitvami. Pri tem ne sme pozabiti delovati v dobro sebe in pacientov, ki jo obkrožajo. Kar bo vložila v medosebne odnose, bodisi do pacienta bodisi do sodelavcev, bo v enaki meri dobila nazaj v takšni ali drugačni obliki.

Odgovorne TMS izpolnjujejo obveznosti, ki jih imajo v delovnem okolju, v zdravstveni ustanovi in na lokalni ravni. Zavedajo se, da odgovarjajo za svoja dejanja. Osnovna značilnost odgovornosti je torej dober odnos človeka v družbi, odnos do zavoda, sodelavcev in nalog, ki izhajajo iz določene poklicne dolžnosti.

Nihče ni odgovoren le zase, ampak je tudi za druge. Odgovornost se tiče vseh odnosov, ki jih človek vzpostavlja z drugimi ljudmi, z družbo, z naravo in s samim seboj (Lesar, 2002).

Moralne, poklicno/deontološke in pravne norme so za poklic medicinskih sester jasno izoblikovana pravila o dolžnostih in odgovornostih.

Černoga & Bohinc (2009) razmišljata, da se ob poklicnem delu vsaki medicinski sestri v ospredje postavlja vprašanje, povezano z odgovornostjo: do kje, koliko, zakaj in kako odgovarja za svoje delo.

TMS se pri svojem delu srečuje z odgovornostjo na več ravneh. Nismo odgovorni le za svoje dobro telesno počutje, ampak tudi za našo vest. Prav tako nosimo odgovornost do pacientov, svojih sodelavcev, delodajalcev, svoje stroke, širše družbe. Menim, da je osebni pristop najbolj učinkovit in z njim lahko resnično nagovorimo pacienta. Odgovornost nas spremlja pri vseh postopkih v zdravstveni negi, predvsem pa v triažni ambulanti. Zaradi odtujenosti, hitrega tempa življenja, pomanjkanja človeške bližine in iskrenega pogovora lahko tudi majhna dejanja in geste delajo čudeže. Medicinska sestra (MS) opravlja svoje delo v skladu s sprejeto zdravstveno doktrino in s *Kodeksom etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije* (KEZNOS) oziroma z drugimi strokovnimi in etičnimi kodeksi ter s svojo vestjo. Tako za svoje delo prevzema etično, strokovno, kazensko in odškodninsko odgovornost. Vsak odgovarja za svoje opravljeno delo in njegovo kakovost, predvsem v zdravstvu (Černoga & Bohinc, 2009; Gabor, 2000).

Zavedati se moramo, da so ključ do uspeha zaposleni. Kakovost življenja in dela v urgentnih ambulantah ter skrb za varno delo so temelj spodbudnega delovnega okolja, v katerem lahko cilje in potrebe pacienta povezujemo s cilji zdravstvene ustanove, v kateri smo zaposleni.

Hiter napredek in razvoj družbe prinašata prominentne odnose med sodelavci v zdravstvu. Vedno znova je delo vseh poklicnih skupin postavljeno pod drobnogled. MS se vsakodnevno srečujejo z etičnimi in pravnimi dilemami, kar prinaša njihov obseg kot najštevilčnejše poklicne skupine. Pacienti so vedno bolj osveščeni, zahtevajo informacije in sodelovanje. Zavedajo se svojih pravic, ki jim jih nudi *Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP)* in ostala zakonodaja, ki ureja področje zdravstva.

Delo TMS v urgentnih centrih je relativno novo in predvsem zahtevno. Poteka v dinamičnem okolju, ki potrebuje nenehen, na dokazih podprt razvoj.

Triažo pacientov naredi MS na podlagi glavne težave, ki jo pacient navaja, in ni namenjena postavljanju diagnoze, ampak temu, da ugotovimo akutnost stanja. Avtonomnost in dodatne kompetence bi triažni medicinski sestri pri delu omogočile kakovostnejšo in uporabniku naklonjeno zdravstveno oskrbo.

Sprejem pacienta v urgentni ambulanti mora biti izveden z uporabo enotnega protokola. V Sloveniji se uporablja MST, ki je v našem okolju najbolj uporaben, saj omogoča podelitev najvišjih prioritet pacientom brez vnaprejšnjega postavljanja diagnoze. Tak način je določen namenoma in je posledica tega, da osebje v urgentnih centrih upošteva predvsem simptome in znanke pacientov. So konsistentni in se ob enaki težavi pacienta vedno razvrstijo v enako triažno kategorijo. Imajo podrobno izdelano metodologijo in algoritme ob enaki težavi (Ladinek, 2013; Špilek Plahutnik & Zafošnik, 2016).

Prihodi pacientov v ambulante nujne medicinske pomoči se razlikujejo od obiskov v rednih ambulantah. So nenačrtovani, zdravstveno osebje na urgentnem oddelku pa ne pozna njihovih morebitnih prejšnjih bolezni, terapije ali denimo alergij. Bolniki, ki prihajajo v urgentno ambulanto, imajo zelo raznolika zdravstvena stanja, ki jih ni mogoče vnaprej predvideti, ravno tako pa se jih lahko naenkrat pojavi več, kot bi jih bilo zdravstveno osebje sposobno obravnavati. Vse to so razlogi, ki kažejo, da je MST potreben, saj omogoča razločitev nujnih bolnikov od nenujnih. S tem pa predvideva oziroma določa vrstni red njihove obravnave (Rajapakse, 2015).

Ustrezni triažni sistemi zagotavljajo kakovostne zdravstvene storitve, biti morajo zanesljivi in preprosti za uporabo. Povečujejo stopnjo zadovoljstva pacientov, zmanjšujejo čakalni čas in stopnjo umrljivosti. Povečajo dohodek in učinkovitost urgentnih centrov (Safari, et al., 2015).

1.1 Kompetence medicinskih sester

Osnovo za izobraževalne programe in standarde kvalifikacij nam daje opredelitev kompetenc, ki izvajalce poklicev v zdravstveni in babiški negi pripravljajo na vstop v delo.

So osnova za vzajemno priznavanje kvalifikacij in licenc med državami in omogočajo prost pretok delovne sile ter kandidiranje na trgu delovne sile (Elmers, 2008).

V času šolskega izobraževanja MS pridobi znanje za ugotavljanje pacientovih potreb, kar v bistvu predstavlja prvo fazo negovalnega procesa. MST kot izvajalca triaže opredeljuje MS ali zdravnika splošne prakse (Cotič Anderle, 2009; Gričar, 2007).

Kompetentnost je pogoj za odgovornost, nanjo pa lahko vplivajo različni dejavniki. Osebnostne lastnosti so pomembne za notranji ravni. To pomeni, da nas oblikujejo kot osebnost. Torej so naše znanje, veščine, etična občutljivost ter spoštovanje sebe in drugih. Na drugi strani nam delovne izkušnje prinašajo nov vir znanja, osebno deontološko rast, ki temelji na medsebojnih odnosih; zanimanje za delavnost in odgovornost za končen rezultat našega opravljenega dela.

Učinkovito vodenje, podpora s strani vodje in licenca za opravljanje dela so zunanji dejavniki. Ob tem so pomembni tudi dejavniki okolja in učinkovit izobraževalni sistem ter ustrezna tehnologija (Železnik, et al., 2008).

Kompetence TMS so utemeljene s tem, da v triažni oceni ne postavljamo medicinske diagnoze, ampak določamo prioriteto obravnave pacientov na podlagi klinične ocene. TMS ima torej znanje in kompetence za oceno stanja in razvrščanje pacientov ter ostale triažne aktivnosti, ki sodijo v delokrog TMS. V tujini pa imajo TMS veliko večje kompetence kot TMS v Sloveniji (Košir, et al., 2015; Rajapakse, 2015).

Triaža naj medicinski sestri prispeva miselnost o kakovostnejšem in bolj smiselnem načinu dela v kliničnem okolju in ne dodatne obremenitve pri delu. Da bi te navade prevzela, se mora dosledno izobraževati in pridobivati nova znanja iz vsebin triaže. Imeti mora ustrezno izobrazbo (diplomirana MS) ter minimalno 3 leta izkušenj v nujni medicinski pomoči (Zafošnik & Lavrenčič-Zafošnik, 2011).

MS mora v današnjem svetu in hitrem tempu razvijati znanja in spretnosti. Za učinkovito in napredno delovanje je treba izpostaviti značilnosti in vedenje, ki vplivajo na razvoj zdravstvene nege in stroke. V tem primeru govorimo o kompetencah MS in zdravstvenih tehnikov pri nas.

Delodajalci so sicer v opisih del in nalog strogo ločili delo MS in zdravstvenih tehnikov, v praksi pa je ta meja večkrat zabrisana.

Velik korak naprej smo dosegli 17. maja 2019, ko je aktualni minister za zdravje Aleš Šabeder podpisal soglasje k dokumentu Poklicne kompetence in aktivnosti v dejavnosti zdravstvene nege. Dokument pomembno opredeljuje, kaj kdo dela in za kaj je kdo pristojen in odgovoren v zdravstveni negi. Jasna navodila in zadolžitve med posameznimi poklici so osnova za dobro, kakovostno in varno oskrbo

pacientov, hkrati pa tudi zaščita za zaposlene v zdravstveni negi. Dokument podpira razvoj zdravstvene nege tudi v prihodnje in ob tem ohranja avtonomijo stroke, saj je dokument, ki opredeljuje pristojnosti, poklicne aktivnosti in kompetence izvajalcev. Pripravila ga je stroka – Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev MS, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Potrdil ga je tudi Razširjeni strokovni kolegij za zdravstveno in babiško nego.

Kompetence so razumljene kot presežek klasičnega tradicionalnega znanja in spretnosti, ki so potrebni za kakovostno opravilo dela ali naloge. Gre za tako imenovani skriti ali nevidni kapital v smislu tranzverzalnosti prenašanja, nadgrajevanja in povezovanja znanj in spretnosti, ki se izražajo zlasti v primeru celostnega reševanja problemov, nepredvidljivih situacij, ustvarjalnosti in invenciji novega. Kompetence je treba vrednotiti z vidika individualnega napredka posameznika, načrtovanja kariere, poklicne mobilnosti in delovne uspešnosti z vidika napredovanja in nagrajevanja (Kamenšek, 2004).

1.2 Odgovornosti medicinske sestre

Pojem odgovornosti lahko razdelimo na osebni in pravni vidik, torej biti odgovoren in imeti odgovornost. Tschudin (2004b) navaja moralna, etična, profesionalna in pravna področja odgovornosti. Kadar prevzemamo neko odgovornost, se temu odzovemo. Daje nam moč po nadgrajevanju in spreminjanju. Ob tem se moramo zavedati vseh posledic svojih odločitev.

Vloga TMS v zdravstvenih zavodih in zdravstvenem sistemu zahteva popolno uravnoteženost navznoter in navzven. Odprtost triažnih MS usmerja odgovornost do notranjega sveta, pa tudi do sveta zunaj nje. Mera odgovornosti do sveta okoli sebe so občutek povezanosti, soodvisnosti in želja po vračanju dobrega z dobrim. To pa zahteva zadostno mero dvignjene zavesti in skrbi za širšo družbeno korist. TMS so odgovorne do pacientov, sodelavcev, delodajalcev, stroke, širše družbe, predvsem pa so odgovorne sebi.

Tschudinova (2004b) in Čerboga & Bohinc (2009) navajajo, da mora biti vsakdo osebno in strokovno odgovoren, da dosega profesionalno odgovornost. Obstajajo različna področja odgovornosti – moralna, etična, profesionalna in pravna področja.

Moralne odgovornosti ne moremo meriti, profesionalne, pravne in etične odgovornosti pa se moramo zavedati na vseh ravneh dela. Strokovna odgovornost izhaja iz osebne odgovornosti in na njej temelji, vendar se lahko ti dve odgovornosti tudi izključujeta.

Osebna odgovornost je odgovornost, ki jo imamo do svojega življenja, svojih občutij in ravnanj. Je sposobnost in volja, da razmislimo o svojih dejanjih ter prevetrimo njihovo upravičenost (Juul, 2009).

Osebna odgovornost je način življenja posameznika, organizacije ali države kot celote. Njena moč pa je še toliko bolj prepričljiva, če jo TMS uresničujejo v praksi. Prevzemanje odgovornosti je stalen proces.

»Biti odgovoren sam zase pomeni nositi odgovornost za to, kar govoriš, pa tudi za svoje vrednote, meje in čustva« (Juul, 2011, pp. 85). Menim, da je MS ob tem, kar govori, odgovorna tudi za svoja ravnanja in dejanja. Osebna odgovornost vključuje tudi prevzemanje odgovornosti za vodenje samega sebe, prepoznavanje posledic dejanj in odločitev, sprejemanje čustev in razpoloženja ter vztrajanje pri doseganju ciljev in obveznosti (Cowie & Blades, 2011),

MS morajo v času študija pridobiti znanja za komunikacijo s pacientom, pripravljenost na vseživljenjsko učenje, kar omogoča uporabo dokazov v praksi (Watson & Shields, 2009).

MS v triaži za dobre stvari ni težko sprejeti odgovornosti. Težje postane takrat, kadar gre kaj narobe. Prevzeti odgovornost pomeni, da se soočimo s posledicami tega, kar se je zgodilo. Soočanje s posledicami lahko pomeni, da je stvar treba popraviti, se komu opravičiti, kaj dodatno narediti in ne nazadnje sprejeti kazen. To ni vedno enostavno.

Zdravstvene ustanove se morajo zavedati, da sodobni globaliziran svet postaja vse bolj raznolik in je posledica prostovoljnih in neprostovoljnih migracij ter drugih socialnih in ekonomskih sprememb. Zdravstveni delavci delajo z vse bolj kulturno raznoliko populacijo (Hvalič Touzery, 2014). Prav je, da se ob tem zavedamo, da nas raznolikost pacientov bogati na različnih ravneh in področjih dela, v širšem kontekstu pa tudi na področju kulture in delovanja družbe.

Čeprav zdravstvena nega zapolnjuje jedro strokovnih aktivnosti v modelih zdravstvene nege, se modeli med seboj razlikujejo v pojmovanju vlog MS (odgovornost, kontrola nad zdravstveno nego, ocenitev pacientov), komunikaciji, koordinaciji zdravstvene nege in vodenju (Cormack, et al., 2007).

TMS je pri svojem delu v določenem obsegu dela samostojna, v določenem pa podrejena zdravniku. V obeh primerih vedno prevzema vso odgovornost, ali za storjeno napako ali v primeru kršenja in neizpolnjevanja navodil in dolžnosti. Na temeljih svojih poklicnih dolžnosti nosi vso odgovornost. Vsekakor pa je ob tem pomembno poudariti, da je timsko delo osnova in v njem sodeluje vrsta zdravstvenih sodelavcev na različnih ravneh (Černoga & Bohinc, 2009; Hribar, 1996).

V Sloveniji zdravstveni timi sicer delujejo, a temeljijo predvsem na hierarhičnih razmerjih, ne pa na sodelovanju (Domajnko, et al., 2006). Ta delitev se prenaša tudi v odgovornost TMS pri delitvi dela. V timu vsak nosi svojo odgovornost, ob tem pa je njegova raven dela samostojna in enakovredna drugim članom. Vsak je dolžan poznati svoje delo, dolžno ravnanje in merila skrbnosti za svoje ravnanje. Zato je vnaprejšnja določitev strokovnih standardov za vsako poklicno skupino in za vsakega posameznega člana tako zelo pomembna (Černoga & Bohinc, 2009; Hribar 1999).

Uspešno in učinkovito timsko delo je močno odvisno od jasnih opredelitev odgovornosti vsakega posameznega člana, ki sodeluje pri dolgoročni ali kratkoročni nalogi timskega dela, od organizacijskega konteksta, v katerem se delo izvaja, in zlasti od osebnih odnosov med člani tima (Premik, 2007). TMS mora imeti za opravljanje svojega dela ustrezno izobrazbo, za opravljanje nalog pa ustrezno opremo in prostor delovanja. Če so izpolnjeni vsi subjekti za delo, prevzema vso odgovornost.

Z jasno delitvijo nalog in odgovornosti se tako poveča stopnja varnosti tako za pacienta kot zdravstvenega delavca, obenem pa je prvi in glavni pogoj za mirno, zbrano in uravnovešeno delo. Tako je tudi zagotovljen dober uspeh zdravljenja (Černoga & Bohinc, 2009; Hribar, 1999).

1.1.1 Profesionalna odgovornost

Temeljno določilo zdravstvene zakonodaje, ki opredeljuje odnos med poklicnimi kompetencami in odgovornostjo posameznega zdravstvenega delavca, je določilo 55. člena *Zakona o zdravstveni dejavnosti (ZZDej)*, ki določa, da lahko zdravstveni delavec samostojno opravlja vsako delo, za katero ima ustrezno izobrazbo in je zanj usposobljen ter ima na razpolago ustrezno opremo. Za svoje delo prevzema etično, strokovno, kazensko in materialno odgovornost (*ZZDej*).

Izvajati različne funkcije je sposobnost in prinaša strokovnost. Pomeni, da si za delo zmožen, primeren in vešč zaradi svoje izobrazbe, prakse, izkušenj in nadarjenosti. Čim več teh lastnosti ima delavec, tem večja je njegova strokovna odgovornost, večji so njegov delokrog ter zmožnosti opravljanja dela. Pomeni tudi dolžnost zdravstvenega delavca odgovarjati za opravljeno delo (Gabor, 2000). Izpolnjevanje moralnih dolžnosti pri delu ni zadostno, veliko vlogo ima tudi izobraženost delavca. Odgovornost torej vključuje tudi poklicno komponento (Koban, 1997).

Poklicna ali deontološka odgovornost je posledica kršitev etičnih pravil, ki so zapisana v KEZNOS-u. Odgovornost in sankcije se vzpostavljajo v okviru stanovskih združenj (Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov – v nadaljevanju Zbornica – Zveza). Strokovni zdravstveni organi, ki so pristojni za določene specifične postopke v medicinski stroki, ugotavljajo strokovno odgovornost in izrekajo sankcije (Koban, 1997; Žmauc, 1997).

1.1.2 Etična odgovornost

Etična odgovornost MS je zajeta v oblikovanem poklicnem kodeksu, nacionalni zakonodaji ter v Ljubljanski listini o reformi zdravstvenega varstva Svetovne zdravstvene organizacije (World Health Organization [WHO], 1996). V svojem bistvu je ta odgovornost naravnana predvsem na humanost in pravičnost, priznavanje enakih pravic do zdravja za vse ljudi ter v zadnjem času vse bolj tudi izdelan občutek za skupnost ter upoštevanje interesov narodnega zdravja in zdravja za vse (Koban, 1997).

Etika in etični odnos do odločitev in ravnanj v vsakodnevem življenju, tako v zdravstvu kot v drugih družbenih okoljih, sta v tem stoletju veliko bolj aktualna kot kadarkoli prej v zgodovini. Strinjamo se z ugotovitvijo dr. Janeza Juhanta (2009), ki je zapisal, da je etika temelj človekovega odnosa do sebe in do sveta, da oblikuje človeškost in je pomembna prav v trenutkih, ko iščemo nove vrednote in temelje medsebojnega sožitja.

Zdravstvena nega za razliko od medicinske stroke v ospredje postavlja drugačno raven za temelj svojega poklica. V središče postavlja dilemo »etike skrbi«, kar danes predstavlja alternativo prevladujočemu tehničnemu odnosu do pacientov (Ule, 2013). Ob tem poudarja, da se zdravniki veliko časa ukvarjajo z medicinsko-tehničnimi vprašanji zdravljenja in diagnosticiranja ter njihove etične dileme izhajajo iz teh vprašanj. Medtem pa zdravstvena nega bolj poudarja udeležbo v interakciji s pacienti v kontekstu trajnejših in kontinuiranih odnosov. Dialog med triažno MS in pacienti naj bo pristen in iskren, je tudi temelj nadaljnjega sodelovanja in osveščanja pacienta. Tudi pri pogovorih o tem, katera etika je prava v današnjem individualnem svetu izkušenj, ki vzpostavlja več različnih življenjskih izkušenj, je izjemno težko določiti tiste kriterije etičnega delovanja, ki bi povezovali oziroma bi jih sprejele vse skupine.

Obširna vrsta odgovornosti je moralna in se odlikava v odgovornosti posameznika ter v njegovi lastni oceni svojega ravnanja kot dobrega ali slabega. TMS za delo potrebuje osebno odgovornost in odgovornost za vzdrževanje ustreznega znanja – z rednim učenjem. Pri svojem delu in izvajanju zdravstvene nege je moralno oziroma etično odgovorna. Zdravstveno nego izvaja po vesti in etičnih normah, ki so vzpostavljene v državi. Kritična mora biti glede lastne pristojnosti, kadar sprejema dolžnosti in kadar jih nalaga drugim. Vsakodnevno se srečuje z veliko etičnimi vprašanji, ki pa pogosto nimajo preprostega odgovora, kaj je prav in kaj ne. TMS mora v prvi vrsti zaupati vase in v svoj prav. Vzpostaviti mora primeren horizontalni pogovor s pacienti ter z njihovo pomočjo opredeliti osrednji problem ali težavo, ki jih zadeva. Skupaj morajo proučiti rešitve, jih pretehtati in odločitev sprejeti na podlagi razumevanja problema. Odločitev za prevzemanje odgovornosti ni mogoče

vezati na zakone ter kodekse, saj jih vsak posameznik filtrira skozi svojo vest, kar ob tem v njem pušča sledove osebne odgovornosti (Gabor, 2000; Koban, 1997).

Šelih (1998) pravi, da je temelj odgovornosti MS kršitev dolžnostnega ravnanja. Prevezajo jo pravila etičnih kodeksov in številna ter raznovrstna pravna pravila, vsebino dolžnostnega ravnanja pa opredeljuje stroka. Kršitev dolžnosti ima lahko za posledico »zgolj« moralno odgovornost, če gre za kršitev etičnega načela, ki ni konkretno predstavljeno v določenem pravnem pravilu. Disciplinska kršitev, prekršek ali kaznivo dejanje zaradi svoje teže predstavljajo večjo nevarnost, zato so s pravnimi pravili opredeljeni kot kaznivo ravnanje. Če zaradi kršitve dolžnostnega ravnanja nastopi škoda, jo je oškodovani upravičen terjati od povzročitelja.

MS in pacient morata vzpostaviti zavedajoč in spoštovanja vreden odnos. Temelji na zaupanju in je voden z občutkom nuditi skrb. Večkrat se moramo odločati na hitro in v pomanjkanju časa, zato o problemu ne razmišljamo mirno in logično. Tschudinova (2004a) je mnenja, da se v takih okoliščinah večina MS bolj zanaša na svoje »instinkte« kot na druga vodila ali doktrine. Kadar svoje dejanje utemeljijo s spoznanjem resnosti določene situacije ali možnih posledic, se pokaže razlika med začetnico in strokovnjakinjo. Slednja bi delovala s profesionalno, pravno in etično odgovornostjo, ker je profesionalka.

1.1.2.1 Kodeks etike

Kodeks etike se v različnih poklicih ali profesijah izkazuje kot dobrodošel. Več kot je človeškega znanja prenesenega v pisne in elektronske zapise, bolj se zanemarja humanost in človekov osebni spomin (Trstenjak, 1996). Ob tem Tschudinova (2004a) razmišlja, da skuša sodobni človek z etično-moralnimi kodeksi vrednostno-normativno usmerjati in zavezovati svoje vedenje, ravnanje. Kodeksi so vezani na delovna oziroma poklicna področja. Človeka postavljajo v nove in nepredvidljive socialno-proizvajalne okoliščine, kar je posledica razvite sodobne tehnologije dela. Etično-moralno vedenje in delovanje naj bo za posameznika čim manj zgrešeno in nepredvidljivo. Kodeksi izvajanja so potrebni v institucijah in organizacijah, v katerih javna odgovornost zahteva preglednost. Kodeks izvajanja je najustreznejši pripomoček tako za osebje kot za javnost. Tako postajajo etično-moralni kodeksi v

človekovem življenju, njegovem vedenju in delu vse bolj poudarjeni in pogojeni (Pediček, 1996).

Mednarodni svet medicinskih sester (International Council of Nurses – ICN) je Mednarodni kodeks etike prvič sprejel leta 1953. Od takrat je bil že večkrat pregledan in potrjen; zadnji pregled in popravek sta iz leta 2017. Mednarodni kodeks navaja, da imajo MS štiri temeljne odgovornosti: podpiranje zdravja, preprečevanje bolezni, obnavljanje zdravja in lajšanje trpljenja.

1.1.2.2 Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije

Na podlagi 87. člena *Zakona o zdravstveni dejavnosti (ZZDej)* je Strokovno združenje izvajalcev zdravstvene in babiške nege Slovenije skladno s 14. členom Statuta na seji Izvršilnega odbora dne 9. 3. 2017 sprejelo prenovljen *Kodeks etike zaposlenih v zdravstveni negi in oskrbi (KEZNOS)*. Ta kodeks se uporablja za vse člane Strokovnega združenja izvajalcev zdravstvene in babiške nege Slovenije. Vsak zaposleni v zdravstveni negi in oskrbi (v nadaljevanju izvajalec) je dolžan storiti vse potrebno, da se ravna po določbah tega kodeksa. Če v tem kodeksu posamezno načelo ni podrobneje opisano, velja mednarodni kodeks etike za MS. Namen tega kodeksa je opredeliti načela delovanja, po katerih se morajo ravnati izvajalci zdravstvene nege in oskrbe. Za dijake in študente zdravstvene nege je kodeks vodilo pri oblikovanju profesionalnih etičnih in moralnih vrednot (*KEZNOS*).

Kodeks ima štiri osnovna vodila, ki usmerjajo etično delovanje zaposlenih v zdravstveni negi in oskrbi:

- promocijo zdravja,
- preprečevanje bolezni,
- povrnitev zdravja,
- lajšanje trpljenja.

Zdravstveni delavci opravljajo zdravstveno dejavnost v skladu s sprejeto zdravstveno doktrino in s kodeksom medicinske deontologije oziroma z drugimi strokovnimi in etičnimi kodeksi (*ZZDej*, 45. člen). Etična načela in pravila *Kodeksa etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije* so namenjena in obvezujejo vse, ki delujejo ali se izobražujejo na področju zdravstvene nege in oskrbe. Predstavljajo vodilo pri

oblikovanju profesionalnih etičnih in moralnih stališč ter vrednot, podlago za etično odločanje, pomoč pri argumentiranju teh odločitev ter omogočajo etično refleksijo profesionalnega dela (*KEZNOS*).

Zdravstvena nega in oskrba močno vplivata na zdravje in življenje ljudi. S tem izvajalci zdravstvene nege in oskrbe prevzemajo veliko odgovornost, ki je ni mogoče opredeliti samo z zakoni in predpisi, pomembna sta etična drža prav vsakega posameznika ter kontinuiran razvoj njegovih moralnih vrednot.

Delo TMS močno vpliva na zdravje in življenje ljudi, zato je zlasti pomembna njena etična drža, ki izhaja iz njenih moralnih vrednot. Kodeks etike MS pomaga pri oblikovanju etičnih vrednot, ki jo vodijo pri njenem delu in ravnanju v vseh stanjih in ob vsakem času, kar velja za ves negovalni tim (Černoga & Bohinc, 2009).

Kodeks sestavljajo tri komponente, in sicer specifične profesionalne vrednote, ki so svojstvene za zdravstveno nego, načela, ki so skupna zdravstvenim delavcem in izvirajo še iz Hipokratove dobe, in človekove pravice, ki so izhodišče vsega ravnanja v humani zdravstveni obravnavi (Černoga & Bohinc, 2009).

KEZNOS ima na osnovi teh komponent šest sklopov in deset etičnih načel ter v okviru načel navedene standarde ravnanja (*KEZNOS*):

- načela od 1 do 3 so usmerjena na izvajalce zdravstvene nege in oskrbe ter pacienta,
- načela od 4 do 6 so usmerjena na izvajalce zdravstvene nege in oskrbe ter prakso,
- načelo 7 je usmerjeno na izvajalce zdravstvene nege in oskrbe ter raziskovanje,
- načelo 8 je usmerjeno na izvajalce zdravstvene nege in oskrbe ter sodelavce,
- načelo 9 je usmerjeno na izvajalce zdravstvene nege in oskrbe ter družbo,
- načelo 10 je usmerjeno na izvajalce zdravstvene nege in oskrbe ter stanovske organizacije.

1.1.3 Pravna odgovornost

Na zadnje mesto postavljamo pravno odgovornost. Sem sodijo disciplinska, odškodninska in kazenska odgovornost za izvršeno kaznivo dejanje. Te tri vrste

odgovornosti lahko načeloma sicer obstajajo hkrati, vendar velja praviloma vsaka naslednja za težjo od prejšnje in jo zato tudi redkeje uporabljamo.

Disciplinska odgovornost (čeprav nedvomno opredeljena kot vrsta pravne odgovornosti) sodi namreč glede na način obravnavanja v okvir organizacije, v kateri je bila kršitev izvršena. Praviloma ne preide okvira organizacije. Disciplinsko odgovornost za kršitev dolžnosti in delovnih obveznosti ugotavljajo organi znotraj organizacije zaposlenega.

Če se ugotovi, da gre za kršitve po *ZZDej*, storilca obravnava sodnik za prekrške (Filipčič, 2002).

Pacientove pravice predstavljajo zelo specifičen sistem, zato zahtevajo tudi specifično ureditev. Zdravje ni več najvišji zakon, temveč je to pacientova volja, ki ga iz pasivnega udeleženca v procesu zdravstvene oskrbe spreminja v aktivnega in odločilnega akterja pri sprejemanju odločitev o lastnem telesu, zdravju in življenju (Kraljić, 2009).

Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP) v 47. členu navaja vrste postopkov za varstvo pacientovih pravic:

- »Pacient, ki meni, da so mu bile kršene pravice, določene s tem zakonom, ima pravico do obravnave kršitev v naslednjih postopkih, ki jih ureja ta zakon.«
- Prva obravnava kršitve pacientovih pravic pred pristojno osebo izvajalca zdravstvenih storitev na podlagi pacientove pisne ali ustne zahteve (v nadaljnjem besedilu: postopek z zahtevo za prvo obravnavo kršitve).
- Druga obravnava kršitve pacientovih pravic v postopku pred Komisijo Republike Slovenije za varstvo pacientovih pravic na podlagi pacientove pisne ali ustne zahteve.

Vse tri vrste pravne odgovornosti imajo zelo velik pomen za pravila stroke in pravila poklicne deontologije. Pravzaprav so ta pravila dejanska realna podlaga za presojo odgovornosti po pravnih merilih. *ZZDej* v 45. členu določa: »Zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci opravljajo zdravstveno dejavnost v skladu s sprejeto zdravstveno doktrino in kodeksom medicinske deontologije oziroma z drugimi strokovnimi in etičnimi kodeksi.

Pri opravljanju svojega dela morajo obravnavati vse ljudi pod enakimi pogoji na enak način in spoštovati njihove ustavne in zakonske pravice. Edino merilo prednosti je nujnost zdravstvenega posega.«

Kazen za prekršek v Sloveniji je globa. *ZPacP* prekrške opredeljuje v 85., 86. in 87. členu. 85. člen določa, da nadzor nad izvajanjem *ZPacP* opravlja Ministrstvo za zdravje, prekrškovni organ pa je Zdravstveni inšpektorat Republike Slovenije. V 86. in 87. členu določa višino glob za kršitve posameznih določb *ZPacP*. Kršitve so razdeljene v dve skupini, in sicer »prave« kršitve pacientovih pravic in kršitve obveznosti izvajalcev zdravstvenih storitev, ki so namenjene učinkovitemu izvajanju *ZPacP* (Balažic, et al., 2009).

Odškodninska odgovornost temelji na 55. členu *ZZDej* in 174. členu *Obligacijskiga zakonika (OZ-UPB1)*.

Da nekdo lahko zahteva povračilo nastale škode, morajo biti izpolnjeni naslednji pogoji:

- da je škoda sploh nastala,
- da škoda izvira iz nedopustnega ravnanja,
- da obstaja vzročna zveza med nastalo škodo in nedopustnim ravnanjem,
- da obstaja odgovornost na strani povzročitelja škode.

Odškodninsko odgovornost ugotavlja sodišče v pravdnem postopku, pogoj je, da je bolnik zato, ker je MS nekaj storila ali nekaj opustila, utrpel škodo. Dejanje storilca in vzročna zveza med dejanjem in nastalo škodo morata biti absolutno dokazljiva, saj je treba ugotoviti, ali je dejansko nastala škoda ter posledice škodljivega dejanja in ali je to lahko normalna posledica bolnikovega zdravstvenega stanja (Filipčič, 2002).

Malomarnost je milejša oblika krivde in se presoja po abstraktnih merilih pravnega prometa. Za zdravstvene delavce velja, da mora zdravstveni delavec ravnati s tisto stopnjo skrbnosti, ki jo je mogoče pričakovati od povprečnega zdravstvenega delavca njegovega profila (zdravnik, zdravnik – specialist, MS), in glede na stopnjo znotraj skupine (nad- oz. podrejenost), ki glede na konkretni primer ravna v skladu s svojimi poklicnimi dolžnostmi (Žurej, 2006).

Kazenska odgovornost je najtežja oblika odgovornosti. Definirana je v 24. členu *Kazenskega zakonika (KZ-1)*:

»1. Kriv je storilec, ki je bil ob storitvi kaznivega dejanja prišteven in je ravnal z naklepom ali iz malomarnosti, pri tem pa se je zavedal ali bi se moral in mogel zavedati, da ravna v nasprotju s pravom, in če niso podani razlogi, ki izključujejo krivdo.

2. Kriv je storilec, ki je storil kaznivo dejanje z naklepom ali iz malomarnosti, pri tem pa se je zavedal ali bi se moral zavedati, da ravna v nasprotju s pravom.«

V 25. in 26. členu KZ-1 sta naklep in malomarnost opredeljena podrobneje: »Kaznivo dejanje je storjeno z naklepom, če se je storilec zavedal svojega dejanja in ga je hotel storiti (direktni naklep) ali če se je zavedal, da lahko stori dejanje, pa je v to privolil (eventualni naklep). Kaznivo dejanje je storjeno iz malomarnosti, če storilec ni ravnal s potrebno pazljivostjo, čeprav se je zavedal, da lahko stori dejanje, pa je lahkomišlno mislil, da se to ne bo zgodilo ali da bo to lahko preprečil (zavestna malomarnost), ali če se ni zavedal, da lahko stori dejanje, pa bi se bil po okoliščinah in po svojih osebnih lastnostih tega moral in mogel zavedati (nezavestna malomarnost).«

Kadar so izpolnjeni vsi elementi zdravstvenega varstva za njegovo delovanje, je njegovo delovanje izpolnjeno. Kompetentna in natančna pravila z razvrščanjem pacientov v vrstni red, po katerem so tudi obravnavani ali jim je nudena nujna medicinska pomoč, so potrebna v izogib škodi in spoštovanju načela sorazmernosti. Prav to dilemo rešujejo pravila o triaži oziroma v slovenskem pravnem redu pravila MTS.

Bistvo zdravstvene dejavnosti torej ni le v strokovnosti, temveč se od zdravstvenih delavcev pričakuje humanost, zavzetost, požrtvovalnost, poklicna predanost in plemenitost, se pravi osebne lastnosti, ki se jih s kazenskopravno prisilo ne da izsiliti. Poudarek na humanosti tega zahtevnega in odgovornega poklica pa zahteva tudi humanost pri presojanju njihove morebitne krivde za domnevno kaznivo dejanje malomarnega zdravljenja. Potreben je ustrezen posluh za slabosti, ki izvirajo iz nepopolnosti človeške narave. Tej namreč ni vselej dano, da zadosti določenim željam, pričakovanjem in zahtevam. Napaka na tem področju je že sama po sebi

tragična, in to toliko bolj, kolikor večje je nesorazmerje med njeno subjektivno platjo in težo njenih posledic. Impresija o posledicah, nastalih ob zdravljenju, zato ne sme imeti vpliva na racionalno presojo. Zdravstvenih delavcev glede na delikatnost njihovega poklica ni treba privilegirati, temveč od njih zahtevati le tisto previdnost in skrbnost, ki je bila glede na njihova strokovna merila v konkretnem primeru objektivno potrebna in subjektivno mogoča (Radišić, 1996).

1.3 Triaža pacientov

Triaža je postopek, ki se uporablja v urgentnih oddelkih po vsem svetu. Namenjena je zmanjševanju kliničnega tveganja za paciente, ko zdravstveno osebje zaradi velikega števila pacientov ne zmore sprotne obravnave, saj klinična potreba presega zmogljivosti (Mackway-Jones, et al., 2014).

Število pacientov v urgentnih ambulantah povsod po svetu narašča in pogosto presega zmogljivosti sprotne obravnave. Delo na področju triaže je zelo zahtevno, opravljale naj bi ga izkušene MS in reševalci ob sodelovanju zdravnika. Triaža je postopek zmanjševanja kliničnega tveganja za pacienta v primerih, ko zaradi velikega števila pacientov zdravstveno osebje ne zmore opraviti sprotne zdravstvene obravnave vseh pacientov. Namen triaže je oceniti nujnost zdravstvenega stanja pacienta in določiti prioritete zdravstvene obravnave. Triaža se izvaja v različnih okoljih in pod različnimi pogoji. Poznamo triažo ob množičnih nesrečah, naravnih katastrofah na terenu in v institucijah v okviru urgentnih centrov ter bolnišničnih oddelkov (Safari, et al., 2015).

TMS so izobražene in usposobljene, da znajo oceniti nujnost obravnave ob ugotovljenih urgentnih stanjih. Ob tem zagotavljajo kontinuirano znanje in znajo takoj ustrezno ukrepati. Za dobro triažiranje potrebujejo obširno strokovno znanje, sposobnost opazovanja, prepoznavanja ter ocenitve situacije in delovne izkušnje.

V svetu se že dolgo pojavlja triaža. Je proces, ki se je v delu in obravnavi pacientov najbolj intenzivno začel razvijati konec 20. stoletja. Cilj triaže je smiselna izraba kritičnega časa, v katerem lahko rešimo življenje čim več pacientom. Število pacientov, ki potrebujejo prvo pomoč, je v razmerah masovnih nesreč zmeraj večje

od možnosti tistih, ki jo dajejo. Zato najprej opravimo triažo in obenem nudimo neodložljive ukrepe in šele pozneje dokončno oskrbimo paciente (Kovačič, 1999).

Robertson-Steel (2006) trdi, da mora biti triažni sistem enostaven, da omogoča hitro oceno pacientovega stanja in je uporaben za široko populacijo ljudi z različnimi zdravstvenimi težavami oz. simptomi. Pravilna triaža povečuje varnost pacientov in kakovost njihove obravnave.

V urgentni ambulanti se triaža začne s sprejemom pacientov. Med večjim številom pacientov mora TMS znati oceniti, kateri od njih najbolj in najhitreje potrebuje medicinsko pomoč. Hitro mora oceniti nujnost sprejema in ob urgentnih stanjih takoj pospremiti pacienta v ambulanto, kjer se mu nudi zdravstvena pomoč. Šele ko pacient ni več v življenjski nevarnosti, začne zbirati pri njem, svojcih ali drugem spremstvu vse potrebne administrativne podatke (Kopina, 2012). Triaža tudi ni namenjena postavljanju diagnoz in napotna oz. predvidena diagnoza tudi ni temelj za razvrščanje, saj so pacienti pri enaki diagnozi lahko zelo različno prizadeti (Mackway-Jones, et al., 2014). Kovačič (1999) pravi, da mora oseba, ki triažira pacienta, tega videti, stopiti do njega, zbrati informacije ob pacientu in o njegovem zdravstvenem stanju. Prvi stik s pacientom je v triaži, torej ga opravi TMS.

Z njim se pogovarja v času bolezni ter blaži tesnobo in stisko, ki lahko nastane v času čakanja na zdravstveno obravnavo. Pacienti od nje dobivajo informacije v zvezi s čakalno dobo na zdravstveno obravnavo, približnim časom čakanja na izvide, preiskave in možno zdravljenje (Mackway-Jones, et al., 2006).

Zavedati se je treba, da je predmet dela čisto poseben: človeško življenje in zdravje. Vsaka najmanjša napaka oziroma incident pri delu pa lahko ima za posledico nepopravljivo škodo. Predvsem so zelo pomembni hitro ukrepanje in strokovnost zdravstvenega osebja, sprejemanje težkih odločitev in organiziranje dela. TMS mora biti ustrezno izobražena, izkušena in usposobljena za delo. Sposobna mora biti oceniti situacijo, dobro opazovati in vzpostaviti human odnos do pacienta.

Naraščanje števila pacientov v urgentnih centrih povsod po svetu postaja globalni problem. Zaradi nenačrtovanih prihodov pacientov je delo težko načrtovati in omogočati njihovo pravočasno obravnavo. Čakalnice postajajo prepolne, kar prinaša tveganje, da v nepregledni množici spregledajo paciente, ki zaradi svojega

zdravstvenega stanja potrebujejo takojšno zdravstveno oskrbo (Fawdon & Adams, 2013; Rooney & Schilling, 2014). Posledično lahko to vodi do velikega tveganja glede varnosti pacientov.

Po svetu ambulante nujne medicinske pomoči uporabljajo različne sisteme triažiranja za oceno ogroženosti pacientov in s tem določijo prednostno obravnavo.

1.1.4 Triažni sistemi v svetu

Triaža se je razvila zaradi potreb vojakov v vojnah in je še vedno tesno povezana z vojaško medicino (Iserson, et al., 2007). Beseda izvira iz francoske besede triere in pomeni razvrščanje, razporejanje. Zasledimo jo v času Napoleonovih vojn, ob koncu 18. stoletja, ko so jo uporabljali za razvrščanje poškodovanih, ki so potrebovali kirurško oskrbo (Bračko, 2017). Takrat je francoski vojaški kirurg in glavni zdravnik Napoleonovih vojsk Larrey ustanovil »ambulance volante« oziroma letečo ambulanto, katerih namen je bil opraviti nujne operativne posege čim bližje bojišču (Prestor, 2011).

Postopno so se triažni postopki izpopolnili. Danes se v svetu in v Evropi v urgentnih ambulantah uporablja več različnih triažnih sistemov. Med bolj znanimi so kanadski, avstralski in manchestrski triažni sistem (MTS), ki je najbolj razširjen v Evropi. Osnovna načela in cilji vseh triažnih sistemov so enaki, razlikujejo se glede načina dela, nomenklature in časovnih mejnikov. V Sloveniji se uvaja MTS, ki je najbolj primeren za uporabo v našem okolju. Ima podrobno izdelano metodologijo in algoritme, ki so konsistentni in ob enaki težavi bolnika vedno razvrstijo v enako triažno kategorijo (Rajapakse, 2015).

Triažni sistemi temeljijo na upoštevanju vrednot človeškega življenja ter pravičnega in učinkovitega razvrščanja pacientov.

Zanesljiv triažni sistem je bistvenega pomena za optimalno doseganje ciljev. Tako je v modernem svetu v uporabi veliko triažnih sistemov, ki so zanesljivi in vsi izpolnjujejo omenjene vrednote, vendar se med seboj močno razlikujejo. Pet točkovni triažni sistemi so zanesljivi instrumenti za obravnavo pacientov v urgentnih centrih (Alquraini, et al., 2015).

1.1.5 Manchesterski sistem triaže

Delovna skupina za pripravo izobraževanja in usposabljanja diplomiranih MS/diplomiranih zdravstvenikov v sistemu nujne medicinske pomoči, torej triaže, se je leta 2010 formirala na Ministrstvu za zdravje Republike Slovenije.

Razprava je pripeljala do rešitev, da je v državi potreben enoten sistem triaže v vseh slovenskih ambulantah nujne medicinske pomoči. Odločili so se za MST kot zanesljiv način sprejema urgentnega pacienta.

Februarja 2011 je potekal v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana prvi formalni tečaj MTS s sodelovanjem gostujočega angleškega inštruktorja. Inštruktorji MTS so na podlagi odredbe, ki jo je izdal minister za zdravje v začetku leta 2013, pripravili program usposabljanja za izvajanje službe NMP z nazivom »Triaža v sistemu nujne medicinske pomoči v Republiki Sloveniji«. Program obsega tridnevni teoretični del in petdnevni praktični del v obliki vaj v splošni, kirurški, internistični in pediatrični urgentni ambulanti.

Na podlagi programa usposabljanja za izvajanje triaže naj bi to izvajal ustrezno izobražen zdravstveni kader, diplomirane MS/diplomirani zdravstveniki z vsaj tremi leti delovnih izkušenj na področju nujne medicinske pomoči in z opravljenim tečajem MTS. Proces usposabljanja triažnih MS je dolgotrajen, kar pomeni, da se v proces triaže vključujejo tudi MS, ki nimajo opravljenega tečaja. Še posebej težko je za novo zaposlene takoj po zaključku študija, ki imajo zelo malo praktičnih izkušenj (Bračko, 2017).

MTS je leta 1994 razvila skupina izkušenih zdravnikov in MS urgentnih oddelkov devetih bolnišnic v Manchestru, ker so želeli poenotiti triažne standarde na urgentnih oddelkih. Oblikovali so lestvico petih triažnih kategorij, ki se ločijo po barvi, imenu in številki ter določenem idealnem najdaljšemu času do medicinske obravnave. Najvišja kategorija pomeni, da so hudo bolni ali težko poškodovani pacienti z življenje ogrožajočim stanjem razvrščeni v najnujnejšo, rdečo kategorijo in potrebujejo takojšnjo oskrbo. Pacienti, razvrščeni v zelo nujno, oranžno kategorijo, potrebujejo oskrbo v 10 minutah; pacienti v nujni, rumeni kategoriji lahko počakajo na oskrbo do 1 uro; manj nujni so razvrščeni v zeleno triažno kategorijo in lahko do oskrbe čakajo 2 uri. Ostali pacienti so razvrščeni v modro triažno kategorijo in lahko

čakajo tudi 4 ure oz. se jih lahko preusmeri k njihovemu osebnemu zdravniku (Bračko, 2017).

Ta sistem se uporablja v številnih evropskih državah in tudi v posameznih oddelkih v Kanadi, Avstraliji in Japonski (Cotič Anderle, 2007).

Van Veen (2010) navaja, da je MST zelo občutljiv in zanesljiv sistem triažiranja, ki je uporaben tako za odrasle kakor tudi za otroke, ki potrebujejo nujno medicinsko pomoč. MST omogoča dodelitev najvišjih prioritiet pacientom brez vnaprejšnjega postavljanja diagnoze.

Ta način je namensko izbran in je posledica dejstva, da urgentni oddelki pri svojem delovanju v prvi vrsti upoštevajo predvsem simptome in znake pacientov, ki prihajajo na urgenco (Bartol, 2013).

Triažna metoda je jasno izoblikovana, MS ob prihodu pacienta ugotovi glavni razlog njegovega obiska ambulate nujne medicinske pomoči. Glede na stanje pacienta izbere ustrezen algoritem in znotraj tega ustrezen triažni kriterij. Vedno se prične ugotavljati stanje pacienta po kriterijih, ki kažejo na večjo stopnjo nujnosti do manjše. Z določanjem kriterijev se pacienta ustrezno kategorizira in s tem določi barvo, ta pa je maksimalni čas čakanja do zdravstvene obravnave. Namen triaže pacientov je ocena stanja ogroženosti in prizadetosti ob prihodu v ambulanto nujne medicinske pomoči (Mackway-Jones, et al., 2014).

Delo poteka v skladu s protokolom in standardi. Protokol narekuje medicinski sestri, kaj mora pacienta vprašati in po kakšnem vrstnem redu ter ga na podlagi stanja uvrsti v ustrezno triažno kategorijo. TMS mora to tudi dokumentirati, kar ji omogoči visoko pravno zaščito (Mackway-Jones, et al., 2014).

V Sloveniji se manchestrski model uporablja od leta 2010. Osnovni princip manchestrske triaže temelji na določitvi klinične prizadetosti posameznika in določitvi nujnosti.

MST je model, ki ga sestavlja 5 osnovnih faz:

- 1. faza je prepoznavanje problema,
- 2. faza je zbiranje in analiza informacij,
- 3. faza je razmišljanje o možnosti oskrbe,

- 4. faza je izbira pravilne poti oskrbe,
- 5. faza je ocena pacientovega stanja (Mackway-Jones, et al., 2014).

Paciente glede na nujnost obravnave uvrstimo v naslednje triažne skupine: **rdečo, oranžno, rumeno, zeleno in modro skupino** (Tabela 1). Triažne skupine po MTS, glavne vzroke za uvrstitev v skupino in predviden najdaljši možen čas obravnave predstavljamo v nadaljevanju. MTS trenutno temelji na uporabi 53 algoritmov, ki zajemajo glavne simptome, zaradi katerih pacienti prihajajo v ambulante nujne medicinske pomoči oziroma v urgentne ambulante bolnišnic (Mackway-Jones, et al., 2014):

- **Rdeča triažna skupina**

Pacient potrebuje takojšnjo obravnavo za ohranitev življenjskih funkcij. Neodložljivo stanje, ki ogroža življenje. Pacient za svojo oskrbo potrebuje ekipo nujne medicinske pomoči takoj ob prihodu.

- **Oranžna triažna skupina**

Zelo resno bolan ali poškodovan pacient, čigar zdravje v tem trenutku ni neposredno ogroženo. Obravnavan mora biti znotraj 10 minut po prihodu.

- **Rumena triažna skupina**

Pacient, ki je stabilen, vendar ima resne zdravstvene težave. Obravnavan mora biti znotraj 60 minut po prihodu.

- **Zelena triažna skupina**

Standardni urgentni primeri brez potrebe takojšnje obravnave. Obravnavan mora biti znotraj 120 minut po prihodu.

- **Modra triažna skupina**

Pacientovo stanje ni nujno. Obravnavan mora biti znotraj 240 minut po prihodu.

Tabela 1: Triažne kategorije v MST

Kategorija	Triažna kategorija	Barva triažne kategorije	Maksimalni čas do obravnave (v min)
1	Takojšnja	Rdeča	0
2	Zelo nujna	Oranžna	10
3	Nujna	Rumena	60
4	Standardna	Zelena	120
5	Nenujna	Modra	240

Vir: Mackway-Jones, et al. (2006)

Simptomi in znaki, ki so podlaga za določanje klinične prioritete, so kriteriji. Kriteriji so lahko splošni in se pojavljajo v vseh algoritmih ali specifični in se pojavljajo samo v posameznih algoritmih. Kriteriji so znotraj triažnih algoritmov dodatno obrazloženi (Rajapakse, 2015).

Vsaka triažna ocena se prične z upoštevanjem življenje ogrožajočih in nujnih kriterijev, ki se jih postopoma izključuje. Triaža je dinamičen postopek, znotraj katerega je treba pacienta stalno opazovati in spremljati spremembe ter po potrebi spreminjati triažne kategorije (Mackway-Jones, et al., 2014).

Pacientovo klinično stanje se lahko med čakanjem na obravnavo spreminja, zato je možen postopek retriaže pri vsaki triažni skupini. Kelbič, et al. (2010) navajajo, da naj retriaža poteka takrat, če se klinično stanje spremeni v tolikšni meri, da vpliva na triažno kategorijo, ali nam dodatne informacije o zdravstvenem stanju pacienta kažejo, da bodo posledično vplivale na nujnost obravnave. Dokumentiranje je obvezno za vsako opravljeno retriažo, vključno z začetno in posledično spremenjeno triažno kategorijo ter tudi razlogom zanjo.

V Sloveniji je konec leta 2015 s pomočjo sredstev Evropske unije začela delovati večina od 10 novih urgentnih centrov (UC), ki so pomemben dosežek za razvoj urgentne medicine in izboljšanje zdravstvenega sistema v celoti. Leta 2015 je Ministrstvo za zdravje s pomočjo različnih strokovnjakov izvedlo strokovno-organizacijske nadzore s svetovanjem v vseh UC in pripadajočih enotah zunaj bolnišnične dejavnosti nujne medicinske pomoči (Prestor, 2016).

Izvajanje triaže bistveno prispeva k dobri in učinkoviti organizaciji urgentnega oddelka, če so vsi deležniki, ki delujejo znotraj UC, med seboj dogovorjeni o poteku dela in spoštujejo delo drug drugega. Triaža nam omogoča, da bolnike z različno prioriteto usmerimo na različne dele urgentnega oddelka (t. i. »streaming«). MTS ima izdelano matriko, v kateri je za vsak razlog prihoda in znotraj tega ugotovljeno triažno kategorijo določeno, na kateri del urgentnega oddelka ali zunaj njega sodi posameznik (Mackway-Jones, et al., 2006).

MTS omogoča kakovostno, standardizirano in varno začetno obravnavo pacientov v urgentnih ambulantah. Omogoča tudi spremljanje oz. nadzor pravilnosti dela TMS in s tem zagotavljanje stalne kakovosti dela. MTS je zato pridobil svoje mesto pri sprejemu urgentnih pacientov tudi v Sloveniji (Rajapakse, 2018).

1.4 Vloga in komunikacija MS v triaži

Komuniciranje je v raznolikih oblikah tako razširjeno in tako zelo povezano z našim življenjem in delom, da ga jemljemo kot nekaj samoumevnega in danega. Običajno se zato nehote spozabimo izrednega pomena, ki ga ima komuniciranje v vsakdanjem družbenem in delovnem življenju in ki se kaže v tem, da je človekovo obnašanje skoraj vedno rezultat ali funkcija določene oblike komuniciranja (Možina, 2004).

Izvajanje triaže pomeni prvi stik pacienta z zdravstvenim sistemom in začetek zdravstvene obravnave. TMS mora s pacientom vzpostaviti zaupen dialog, kar včasih zahteva dobre komunikacijske sposobnosti. TMS pacientu poda informacijo o predvidenem čakalnem času do pregleda pri zdravniku, kjer počaka do pregleda, kaj storiti v primeru poslabšanja zdravstvenega stanja ipd. (Bračko, 2017).

Pajnikihar (2009) govori o humanističnem pristopu v zdravstveni negi, ki poudarja skrb za človeka, njegove vrednote in ga postavlja v središče dogajanja. Ob tem opisuje in poudarja elemente enakovrednega partnerskega odnosa med MS in pacientom. Ti naj bodo vezani na spoštovanje dostojanstva, pacientovo avtonomijo, informiranje pacienta, soodločanje in zaupanje.

V zdravstveni negi pri zadovoljevanju potreb bolnika pomagajo dobra komunikacija, znanje in spretnosti medsebojnih odnosov. Kot temeljno vrednoto zdravstvene nege in spoštovanje človekovega dostojanstva naj ti medsebojni odnosi pričakovano

izžarevajo toplino, prijaznost in profesionalnost (Pajnkihar & Lahe, 2006). Komunikacija je dejavnost, ki se ji ne moremo izogniti in je uporabljena bolj ali manj uspešno vse življenje.

TMS mora nepretrgoma spremljati stanje in razporeditev pacientov. Obvladati mora vsak trenutek in stanje pacientov. Pogosto se mora odločiti, v katero ambulanto napotiti pacienta. Pacienti, ki so življenjsko ogroženi, krvavijo ali so v dihalni stiski, so prednostno obravnavani v urgentni ambulanti (Mackway-Jones, et al., 2006).

TMS je prvi stik, ki ga ima bolnik ob prihodu v ambulanto nujne medicinske pomoči. Z ustrezno komunikacijo vzpostavi sodelovanje s pacientom in njegovimi spremljevalci. Slavetić & Važanić (2012) navajata, da je to razlog, zakaj mora biti TMS usposobljena za prepoznavanje bolnikovih težav in ne sme biti oseba, ki ima težave s komuniciranjem. Znati mora prepoznati pacientove težave in oceniti triažno kategorijo pacienta. Od triažne kategorije je odvisno, kako dolgo bo bolnik čakal na začetek obravnave, zato je toliko bolj pomembno znanje TMS s področja triaže.

Za triažo so torej potrebni obširno strokovno znanje, sposobnost presoje in večletne delovne izkušnje. Zaradi vseh aktivnosti, za katere je odgovorna TMS, mora biti ustrezno izobražena (dipl. m. s/dipl. zn) z vsaj tri letnimi delovnimi izkušnjami v ambulanti nujne medicinske pomoči in usvojenim znanjem iz vsebin nujne medicinske pomoči. Slednja ima pri izvajanju triaže pomembno vlogo, saj pride najprej v stik s pacientom. Glavna naloga TMS je natančna določitev prioritete pacientov. Obravnava pacienta mora biti hitra in učinkovita.

Izogibati se je treba dolgih pogovorov, klinična obravnava oziroma merjenje vitalnih funkcij pa se izvaja le takrat, kadar je to resnično potrebno (Mackway-Jones, et al., 2006).

Priporočljivo je, da se nove TMS uvajajo v delo ob izkušeni MS in da obstaja možnost posvetovanja ob dilemah, težavah in ipd. TMS naj opravlja le tiste postopke in meritve, ki so potrebne za izvajanje triaže in določitev ustrezne kategorije – v realnosti morajo pogosto izvajati veliko več kot to (Bračko, 2017).

Pacient potrebuje komuniciranje z zdravstvenim osebjem, da lahko sporoča svojo zaznavo bolezni in da dobi nasvet, informacijo, kako naj se sooča z novo nastalo

situacijo. Kadar je zdravstveno osebje nepripravljeno poslušati pacienta, ga nestrpno prekinja, gleda mimo njega, daje nejasne odgovore na zastavljena vprašanja, lahko to pacienta dokončno napolni z odporom in nezaupanjem (Stričević & Ivanc, 2006).

Strokovnost in etika sta v zdravstveni negi tesno povezani, saj le tako lahko za pacienta zagotovimo koristno delovanje. MS s širokim strokovnim znanjem zagotavljajo pacientom varno, učinkovito in kakovostno zdravstveno nego. Morajo se zavedati, da svoje delo opravljajo etično, da se držijo lastnih moralnih načel in zakonodaje Republike Slovenije. Poznavanje teorije etike in etičnega odločanja pripomore k razvijanju sposobnosti, ki jih MS potrebuje za etično ravnanje ob strokovni napaki v zdravstveni negi (Fošnarič, 2010).

Slavetić & Važanić (2012) prav tako izpostavljata problem preobremenjenosti ambulante nujne medicinske pomoči. TMS je velikokrat v središču teh dogajanj in mora znati učinkovito komunicirati s svojci, reševalci, zdravniki in ostalimi medicinskimi sestrami na oddelku ter z administrativnim osebjem. Z vsemi mora znati vzpostaviti dober proces komunikacije.

Za kulturo odnosov med zdravstvenim timom in pacienti ni dovolj le hotenje, temveč tudi znanje in prilagodljivost vsakemu pacientu posebej. Nekatere raziskave kažejo, da pacienti ne razumejo celo polovice tistega, kar jim zdravstveni delavci pripovedujejo. To prekinja stik in možnost sodelovanja.

Zdravstveni delavci naj bi uporabljali razumljiv jezik z manj latinščine in tujkami, pri komuniciranju z otroki pa predvsem dialekt, ki ga otrok razume (Jus, 2006).

Večina TMS tudi ugotavlja, da potrebujejo kontinuirano izobraževanje, dodatna usposabljanja, izmenjavo izkušenj oz. skupno reševanje posameznih težavnih, kompleksnih primerov triaž. To bi med drugim pomagalo tudi pri obvladovanju posledic stresa na delovnem mestu, na katerega vplivajo tudi medsebojni odnosi, agresija in grožnje s strani pacientov oz. njihovih spremljevalcev in različni moteči dejavniki, kot so telefonski klici, različne administrativne naloge, istočasno delo na več deloviščih (Bračko, 2017). TMS v klinični praksi in pri etičnem sklepanju ob kompleksnosti znanja, ki ga potrebuje za izvajanje zdravstvene nege, pomagata refleksija in neprestano zavedanje same sebe kot MS med interakcijo z drugim (Fairchild, 2010).

Slavetić & Važanić (2012) opozarjata na dejavnike, ki vplivajo na vzpostavitev odnosa med TMS in pacienti:

- fizično okolje: TMS naj izvaja triažo v trižni ambulanti in pacientu tako zagotovi intimnost in zaupljivost;
- časovna omejitev: proces triaže ne sme trajati več kot 2–5 minut;
- uporaba jezika: TMS mora uporabljati pacientu razumljiv jezik;
- neverbalna komunikacija: govorica telesa, izraz na obrazu in glas vplivajo na kakovost komunikacije;
- medgeneracijske razlike: TMS naj vedno ohranja visoko stopnjo profesionalnosti;
- čustva: TMS mora imeti sposobnost ostati mirna in vzpostaviti dobro komunikacijo;
- proces triaže: pacienti morajo biti obveščeni o postopku triaže, prav tako morajo dobiti pojasnilo, zakaj je razlika v času čakanja odvisna od trižne kategorije;
- proces dogajanja na oddelku: pacienti in njihovi svojci morajo dobiti pojasnila o tem, kaj lahko pričakujejo v ambulanti nujne medicinske pomoči;
- čas čakanja: na vprašanje bolnika »Kako dolgo bom še čakal?« se nikakor ne sme reci 1–2 uri. Primernejši je odgovor: »To je odvisno od vaših zdravstvenih težav. Kako Vam lahko pomagam?«

Za dobro komunikacijo je potrebna sproščenost. Tudi resne stvari je treba gledati s kančkom zdravega humorja in prijaznega odnosa do pacientov, sodelavcev in okolice. Humor in smeh prinašata več zdravja, omogočata lažje komuniciranje in sprostitev v še tako težkih situacijah. Zdrav humor in nasmeh polepšata dan. Dajeta potrebno energijo za delo in odzmeta bolečino ter poskrbita, da že tako natrpan vsakdan prijetneje mine. Iz opisanega vidimo, kaj vse lahko prinese lepa beseda – nasmeh na obraz, pozitiven pogled na svet, dobro komunikacijo in dobre medsebojne odnose (Kersnik, 2004).

MS bi morale biti pozorne na skrb zase, ki vključuje sprejemanje svojih čustvenih odzivov na paciente in poskušanje zagotavljanja osebnega zadovoljstva. Pridobivanje povratnih informacij od sodelavcev in pacientov je lahko koristno pri prepoznavanju

in izboljšanju medosebnih komunikacijskih spretnosti. MS in drugi zdravstveni delavci, ki pogosteje delajo s težavnimi pacienti ali družinami, doživljajo manj zadovoljstva pri delu in več izgorevanja. Potrebovali bi podporo kolegov, prijateljev, podporne skupine ali psihoterapijo.

2 Namen in cilji magistrskega dela

Namen magistrskega dela je predstaviti vlogo TMS in njene odgovornosti pri izvajanju MST.

Cilji teoretičnega dela magistrskega dela so:

- pregled in analiza relevantne domače in tuje literature;
- opisati in opredeliti triažo ter podrobno predstaviti MTS;
- opisati vlogo MS pri triaži pacienta v ambulanti nujne medicinske pomoči;
- opisati smernice prakse in odgovornosti MS pri triaži pacienta v ambulanti nujne medicinske pomoči;
- opredeliti pomen odgovornosti MS pri triaži pacientov ter prepoznavanje in zavedanje svoje odgovornosti.

Cilji empiričnega dela magistrskega dela so:

- opredeliti, ali večletne delovne izkušnje vplivajo na večjo odgovornost MS;
- ali MS poznajo in se zavedajo odgovornosti ob uporabi MST;
- ali MS ravnajo odgovorno pri svojem delu ter jim delo v triaži predstavlja večjo odgovornost;
- na podlagi pridobljenih rezultatov raziskave opraviti analizo podatkov in s tem pridobiti odgovore na postavljena raziskovalna vprašanja.

3 Raziskovalna vprašanja

V magistrskem delu smo želeli odgovoriti na naslednja vprašanja:

- **RV 1:** Ali prepoznate in se zavedate svojih odgovornosti TMS ob uporabi MST?
- **RV 2:** Ali ste zadovoljni z novim sistemom triažiranja in razvrščanja po MST?
- **RV 3:** Ali menite, da izkušnje in večletno delo v urgentnih ambulantah prinaša večjo odgovornost MS?

4 Raziskovalna metodologija

Predhodno smo pregledali teoretična izhodišča s pomočjo študija domače in tuje literature, ki smo jo proučili, uredili, analizirali in sistematizirali ter jo vključili v teoretični del in razpravo. Literaturo smo iskali s pomočjo različnih baz podatkov (Cobiss, Medline, PubMed). Nato smo oblikovali namen in cilj raziskave. Opredelili smo vzorčenje, metode raziskovanja, tehnike in instrumente ter statistične metode. V empirični fazi smo z intervjujem zbrali podatke. Analizirali in primerjali smo dosedanja znanstvena spoznanja.

Podatke smo obdelali, uporabili bomo opisne statistične metode. Rezultate intervjuja smo obdelali s pomočjo računalniških programov Microsoft Office Word 2010 in Microsoft Office Excel 2010.

Za pridobivanje podatkov o vlogi in izkušnjah MS z MST smo uporabili opomnik, ki nam je bil v pomoč ob vodenem intervjuju. Prva štiri vprašanja se nanašajo na osnovne podatke o starosti, spolu, izobrazbi in delovni dobi. Nato si sledijo posamezni sklopi vprašanj na temo odgovornosti, zadovoljstva in odnosa TMS do pacientov. MS smo vprašali, ali poznajo svoje odgovornosti, ter o splošnem delu in uporabi MST.

4.1 Raziskovalne metode

Uporabljena je deskriptivna metoda pregleda in analize literature z iskanjem po bazah podatkov: Cobiss, Medline/PubMed in Google Books. Uporabili smo tudi kvalitativno metodo, ki smo jo izvedli s pomočjo intervjuja desetih MS, ki delajo v triaži in ob svojem delu uporabljajo MST. Kvalitativna raziskava je namenjena poglobljenemu vpogledu v neko situacijo, stanje, pri čemer se upošteva mnenje in občutke ljudi, ki so vpleteni v dogajanje. Za izvedbo intervjuja smo pridobili dovoljenje zavoda in se predhodno dogovorili z vodjo Urgentnega kirurškega bloka Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana (UKC Ljubljana).

Kvalitativna metoda je subjektivna, pri kateri je pomemben položaj raziskovalca tako pri zbiranju podatkov kot pri njihovi analizi. Prisotnost raziskovalca lahko vpliva na pridobljene podatke, prav tako so tudi rezultati raziskave odvisni od njegove

interpretacije. Kvalitativno metodologijo uporabimo, ko raziskujemo stvari, ki jih ne moremo neposredno meriti ali opazovati. Uporabimo jo predvsem za raziskovanje odnosov, občutkov in mišljenja anketiranih oseb, z njo pridobimo vpogled v anketiranca (Ragin, 2007).

Uporabili smo vodeni pristop in intervju. Odločili smo se za polstrukturirani globinski intervju, ki je znan po tem, da je večina vprašanj že vnaprej določenih v obliki opomnika, odgovori na ta vprašanja pa so popolnoma odprti.

4.2 Raziskovalno okolje

Intervju smo izpeljali s pomočjo vprašanj v opomniku. Postavljena so na način, da zajemajo glavne teme magistrskega dela in omogočajo razkritje posameznih pojmov. Pri analizi nam je opomnik služil tudi kot okvir.

Ker tema magistrskega dela do neke mere posega tudi v zasebno življenje, je sogovornikova svoboda izražanja nudila kakovostne odgovore na zastavljena vprašanja. MS so imele ob intervjuju možnost individualnega odgovora. Prostovoljno so odgovarjale na vprašanja, v obdelavi podatkov so na njihovo željo uporabljene zaporedne številke, da ohranimo anonimnost. Za polstrukturirani globinski intervju je značilno, da je namen raziskave jasen, odgovori na vprašanja pa so odprti in prosto tekoči. Že začetno vprašanje je jasno, izpraševalec poskuša z njim spodbuditi prosto govorjenje o predmetu. Udeleženec odgovarja na vprašanja, ki jih postavlja raziskovalec, obenem pa njegovi odgovori določajo smer intervjuja. Vrstni red in oblikovanje vprašanj se spreminjata od intervjuja do intervjuja, kar pomeni, da se pri posameznih intervjujih razlikuje tudi specifična vsebina (Churchill & Iacobucci, 2005).

Metodologija je namenska, uporabljen je majhen vzorec intervjuvanih oseb. Uporabili smo fenomenološko metodologijo, saj bodo MS ob raziskavi fenomena, njegove narave in pomena opisale in podale odgovore skozi individualno izkušnjo, življenje in delo v urgentni ambulanti. Vzorec je namensko majhen, tako je skupina bolj homogena glede na zastavljena vprašanja. Uporabili smo metodo polstrukturiranega intervjuja, s čimer smo dosegli pristen odnos med izpraševalcem in intervjuvancem. Vprašanja so nevtralna, nesugestibilna in odprta.

4.3 Raziskovalni vzorec

Kvalitativne raziskave temeljijo navadno na namenskih vzorcih. To je oblika neverjetnostnega vzorčenja, pri katerem raziskovalec namensko izbere vzorčne enote, za katere je mnenja, da so najboljši predstavniki določene skupine. V večini primerov raziskovalec vključi tiste enote, ki so po njegovem mnenju oziroma presoji najbolj reprezentativne za proučevano populacijo. Tako namensko vzorčenje je dokaj poceni, hitro in ustrezno, ne omogoča pa neposrednega posploševanja podatkov na določeno populacijo, ker po navadi populacija ni jasno definirana. To vzorčenje je subjektivno in njegova vrednost je popolnoma odvisna od raziskovalčeve presoje, strokovnosti in kreativnosti (Malhotra & Birks, 2003).

Raziskovani vzorec je zajemal MS, ki delajo v Triažni ambulanti Urgentnega kirurškega bloka, UKC Ljubljana in ob svojem delu v triaži uporabljajo MST. Vzorec je priložnostni, saj smo za raziskavo izbrali organizacijo v kateri sem zaposlena. S tem smo dosegli racionalnost. Kot namenski vzorec smo izbrali tiste MS, ki o delu v triaži vedo največ ter se vsakodnevno na delovnem mestu srečujejo z odgovornostjo. MS niso izbrane naključno, temveč namensko, saj smo želeli med zaposlenimi izbrati najbolj kompetentne.

Analizo intervjujev smo izvedli z metodo zgoščevanja pomena, kjer smo vse intervjuje, ki smo jih predhodno zapisali in oblikovali, zapisali v bolj obvladljivi obliki. Ohranili smo glavna dejstva in spoznanja v posameznem intervjuju.

4.4 Etični vidik

Upoštevali smo etična načela, kar pomeni, da so podatki in teoretična osnova, s katerimi razpolagamo, aktualni, verodostojni in uporabljeni v namene strokovne obravnave. Vsem medicinskim sestram smo zagotovili anonimnost, sodelovanje v intervjuju pa je bilo prostovoljno z možnostjo odklonitve.

4.5 Predpostavke in omejitve raziskave

Predpostavljali smo, da je v Sloveniji dovolj razpoložljivih virov in predstavljajo ustrezen vzorec za analizo dosedanje uporabe koncepta in strokovne literature pri raziskovanju. Intervju je dosegljiv in razumljiv v ustreznem obsegu za zajem vzorca,

uporabljene metode v raziskavah, ki smo jih analizirali, pa so večinoma sestavljene iz merjenja ene ali dveh spremenljivk pri posameznem dejavniku.

Omejitve raziskovanja so analiza in merjenja naključnega vzorca MS. Rezultati so predstavljali le splošen pogled, za podroben prikaz in celovito obdelavo raziskovalnega problema bi bila potrebna širša raziskava. Druge instrumente ali dele instrumentov, ki se ukvarjajo z drugimi vidiki vedenja in videnja, smo izpustili iz analiz.

5 Rezultati

V tem poglavju predstavljamo interpretacijo izvedenih intervjujev odprtega tipa. Z dobljenimi odgovori, interpretacijo ter razpravo želimo odgovoriti na zastavljene hipoteze in raziskovalna vprašanja.

Dobljene podatke smo na podlagi raziskovalnih hipotez in vprašanj uredili v naslednja poglavja:

- zavedanje odgovornosti TMS ob uporabi MST;
- zadovoljstvo z novim sistemom triažiranja in razvrščanja po MST;
- pomen in vloga izkušenj večletnega dela v urgentnih ambulantnih ter posledično večja odgovornost MS.

5.1 Intervjuji in analiza intervjujev

V prvem sklopu intervjuja smo osebe povprašali po spolu, starosti, delovni dobi na trenutnem delovnem mestu in stopnji izobrazbe.

Na intervjuje je odgovarjalo 10 oseb, 7 oseb ženskega spola in 3 osebe moškega spola. Oseba z oznako I1 je ženskega spola, stara 32 let in ima na trenutnem delovnem mestu 10 let delovne dobe. Oseba z oznako I2 je ženskega spola, stara 61 let in ima na trenutnem delovnem mestu 39 let delovne dobe. Oseba z oznako I3 je ženskega spola, stara 54 let in ima na trenutnem delovnem mestu 24 let delovne dobe. Oseba z oznako I4 je moškega spola, stara je 50 let in ima na trenutnem delovnem mestu 7 let delovne dobe. Oseba z oznako I5 je moškega spola, stara je 45 let in ima na trenutnem delovnem mestu 13 let delovne dobe. Oseba z oznako I6 je ženskega spola, stara 53 let in ima na trenutnem delovnem mestu 34 let delovne dobe. Oseba z oznako I7 je ženskega spola, stara 38 let in ima na trenutnem delovnem mestu 12 let delovne dobe. Oseba z oznako I8 je ženskega spola, stara 55 let in ima na trenutnem delovnem mestu 32 let delovne dobe. Oseba z oznako I9 je ženskega spola, stara 33 let in ima na trenutnem delovnem mestu 10 let delovne dobe. Oseba z oznako I10 je moškega spola, stara je 40 let in ima na trenutnem delovnem mestu 14 let delovne dobe. Vseh deset ima višjo ali visoko izobrazbo, ena od teh univerzitetno.

5.2 Zavedanje odgovornosti TMS ob uporabi MST

Namen vprašalnikov je bil ugotoviti, kakšno odgovornost pri svojem delu nosi TMS.

Da z uporabo MTS postane TMS bolj kompetentna in odgovorna do svojega dela, meni 7 intervjuvanih (I1, I2, I3, I7, I8, I9 in I10). Oseba I7 je sicer mnenja, da moraš biti pri svojem delu ne glede na vse, z uporabo MST ali brez, odgovoren.

Da TMS z uporabo MTS postane bolj kompetentna, saj ima orodje, s katerim lahko utemelji svoje odločitve, dodaja še oseba I8. Oseba I8 tudi meni, da se poveča odgovornost, saj je kadarkoli možno preveriti vsako njeno odločitev na podlagi zapisanih podatkov na trižnem listu oziroma v računalniku.

Oseba I10 navaja, da se bolj kompetentno in odgovorno do svojega dela čuti še posebej takrat, ko je v timu več MS, ki imajo manj izkušenj. Takrat jo vedno skrbi, ali bodo znale ukrepati v primeru, ko se stanje poslabša.

3 intervjuvane osebe (I5, I6 in I7) so mnenja, da z uporabo MTS ne postanejo nič bolj kompetentne in s tem odgovorne do svojega dela.

8 intervjuvanih oseb je pritrdilno odgovorilo na vprašanje, da se zavedajo svojih odgovornosti ob uporabi MST. Da bi lahko rekla, da nekaj ve o tem oziroma »nekaj se mi sanja«, je odgovorila oseba I3.

Oseba I7 pa je na vprašanje odgovorila, da se odgovornosti zaveda delno, opredelila se je na približno 80 % tega zavedanja.

Na vprašanje »Ali poznate svoje odgovornosti in ste seznanjeni z morebitnimi posledicami ob kršitvah?« je 5 oseb (I5, I6, I8, I9 in I10) odgovorilo pritrdilno.

Oseba I3 je odgovorila z »da, nekaj vem o tem«. Oseba I7 je odgovorila z delno, opredelila se je na približno 80 % poznavanja odgovornosti in seznanjenosti z morebitnimi posledicami ob njihovi kršitvi. 3 osebe (I1, I2 in I4) so odgovorile z ne.

5.3 Zadovoljstvo z novim sistemom triažiranja in razvrščanja po MST

Namen vprašanj je bil ugotoviti zadovoljstvo s sistemom triažiranja in razvrščanja po MST.

Vseh 10 intervjuvanih je opravilo izobraževanje za MST (MST). 4 intervjuvani (I2, I3, I8 in I10) so MST opravili pred 8 leti, oseba I1 ga opravlja 8 mesecev, oseba I4 3 mesece, oseba I6 2 leti, oseba I5 7 let, oseba I9 6 let in oseba I7 4 leta.

7 intervjuvanih (I1, I2, I3, I5, I6, I9 in I10) se povsem strinja, da je MST zanesljiva in dobra metoda. Oseba I4 je mnenja, da je uporaba MTS dokaj dobra. Oseba I7 pa navaja, da je dobra, a ni 100 % zanesljiva v vseh primerih.

Oseba I8 je mnenja, da je MTS v primerjavi z drugimi oblikami razvrščanja pacientov v čakalne vrste dokaj varna in zanesljiva metoda. Problem vidi v tem, da je prilagojen anglosaški organizaciji dela in ne nemški oziroma avstrijski, ki je v uporabi pri nas.

Oseba I9 izpostavlja, da je MST v veliko oporo TMS, da se tako lažje odloči, v katero kategorijo pacient sodi, saj je triažiranje pacientov odgovorno in naporno delo. Doda še, da »sploh pri nas, saj dnevno obišče urgenco veliko število pacientov. Nekateri znajo biti zelo arogantni in napadalni ter izsiljujejo prednost«. Sicer je mnenja, da je MST zanesljiva in dobra metoda.

Vseh 10 intervjuvanih je mnenja, da je razvrščanje pacientov v skupine glede na nujnost obravnave dobra oblika triaže pacientov. Oseba I8 izpostavlja, da je razvrščanje pacientov v skupine glede na nujnosti obravnave dober sistem obravnave, včasih pa se ji zdi, da bi bile poleg osnovne skupine potrebne tudi podskupine, posebej v skupini, ki je najštevilčnejša (zelena).

Oseba I9 je mnenja, da je ta oblika triažiranja dobra. Sicer ve, da bi nekateri izpostavljali otroke in starejše osebe, kar pa tudi ni v redu. Pravilno se ji zdi, da se paciente triažira glede na nujnost njihove poškodbe.

Oseba I10 še dodaja, da se spominja starega sistema, kjer je bilo odvisno, kdaj si prišel in tudi kako si prišel – prednost so imeli pacienti, pripeljeni z reševalnim vozilom, čeprav so imeli »le« zvit gleženj.

5.4 Pomen in vloga izkušenj večletnega dela v urgentnih ambulantnih ter posledično večja odgovornost MS

Namen vprašanj je bil ugotoviti pomen in vlogo izkušenj večletnega dela v urgentnih ambulantah ter posledično večjo odgovornost MS.

Vseh 10 intervjuvanih meni, da izkušnje in večletno delo v urgentnih ambulantah prinaša večjo odgovornost MS. Da so izkušnje pri delu enakovredne ali celo pomembnejše kot znanje, meni oseba I8. Oseba I9 meni, da se na določene stvari začne gledati drugače, na drugačen način se ocenjuje tudi posamezna stanja pacienta.

Oseba I9 tudi dodaja, da še posebej, ko je v timu večje število novo zaposlenih, ki nimajo veliko izkušenj.

Na vprašanje »Ali se vam delo TMS zdi bolj ali manj stresno od ostalih sodelavk, ki delajo v drugi urgentni ambulanti?« je 7 intervjuvanih (I1, I2, I3, I4, I5, I6 in I8) odgovorilo z da. I8 dodaja, da je bistveno bolj stresno, saj TMS predstavlja prvi stik s poškodovanci, svojci, reševalci in sta vsa nadaljnja oskrba in počutje pacienta zelo odvisna od prvega stika. Ena oseba (I7) se s tem ne strinja, saj meni, da so vsa delovišča stresna.

Oseba I9 navaja, da je vsekakor delo z grobo oceno čez vsa delovišča naporno in stresno hkrati, saj je Centralni urgentni blok v Ljubljani ena od največjih urgenc v Sloveniji, ki jo dnevno obiše ogromno število pacientov. Poleg vsega rešujejo še dodatne problematike, ki se pojavljajo. Tako da težko reče, da je delo TMS najbolj naporno. Rekla bi, da ni lahko. Po 12 urah triaže so kar vsi zelo veseli, da lahko gredo domov.

Da bi bila TMS dovolj zbrana in odgovorna za svoje delo, bi bilo dnevno idealno 8 delovnih ur, menijo 4 intervjuvani (I1, I8, I6 in I8). Oseba I8 doda še, da bi poleg maksimalnega 8-urnega delovnika na vsake 3 ure bili potrebni 15-minutni odmori kot v vseh dobrih podjetjih, kjer delajo z ljudmi, saj bi si MS med tem odmorom lahko odpočila in uspešneje delala naprej.

Oseba I5 meni, da bi takšni delovniki trajali 6 ur, 2 osebi (I2 in I10) pa, da 4 ure. Oseba I10 sicer pove, da če sta gneča in vpliv »lune«, ima že po nekaj urah vsega dovolj, če delo poteka normalno, pa lahko dela tudi 12 ur s premori. Osebnost pa misli,

da več kot 4 ure ni dobro. Dodaja še, da bi se po tem času morali zamenjati ter iti na manj stresno delovišče. Pravi: »Samo sanje in katero delovišče pa je manj stresno.«

To, da čas na tem delovišču ni pomemben in da je pomembno, koliko časa ima MS na voljo za triažo, meni oseba I7. Da bi bila na triaži 12 ur ena sama MS, pa je vsekakor preveč, meni oseba I9. Ta bi na polovici delovnika prosila za zamenjavo delovišča. Sedaj, ko so na triaži razpisane dve MS, je delo lažje. Tako se lažje, tudi glede na število pacientov, zmenita glede malice in odmorov. Pa tudi malo si izmenjata triažiranje ležečih pacientov, sploh tistih, ki so pripeljani z reševalnim vozilom.

Na vprašanje »Kateri so moteči dejavniki na delovnem mestu, ki vplivajo na izvedbo triaže?« so intervjuvani odgovorili z odgovori v nadaljevanju.

Oseba I1 meni, da so to prevelika gneča, premalo prostora in preutrujenost. Tudi oseba I2 meni, da je to gneča. Oseba I3 navaja, da je to večje število pacientov naenkrat v vrsti – veliko jih je za druge ambulate na urgenci (morda zaradi slabih informacij na vhodu?), VIP – vse mora počakati, ker je to najbolj nujno v danem trenutku, ter da je zelo težko delati retrižo, predvsem ob velikem številu pacientov in dolgi čakalni vrsti. Za osebo I4 so moteči dejavniki manj pomembni telefonski klici in agresivni pacienti. Obremenitev, težavnost pacientov, pritiski svojcev in pomen pravilne odločitve po MST kot moteče dejavnike navaja oseba I6. Osebo I7 pri delu motijo gneča, premalo časa za triažo in nezaupanje PHE glede predaje.

Osebo I9 pri delu motijo predvsem nedogovorjeni kriteriji glede triažiranja pacientov v ambulanto za težje poškodbe, neenakomerna razporeditev ekip glede na znanje, izkušnje in sposobnosti, neupoštevanje čakalne vrste s strani ambulantnih sester, pripombe sodelavcev v smislu »danes bo polno rumenih, saj vemo, kdo triažira«.

Ima tudi pripombe glede razvrščanja in organizacije oskrbe poškodovanih otrok in ljudi s posebnimi potrebami. Meni tudi, da je MTS pomanjkljiva v smislu razvrščanja in opisov poškodb. Oseba I10 pa navaja, da so moteči dejavniki gneča in nestrpnost, »pametovanje« sodelavcev, kam sodi kakšen pacient, ter osebno počutje. Ena oseba (I9) ni podala mnenja.

6 Interpretacija in razprava

RV 1: Ali prepoznate in se zavedate svojih odgovornosti TMS ob uporabi MST?

Z opravljeno raziskavo lahko potrdim, da je zavedanje odgovornosti med triažnimi medicinskimi sestrami ob uporabi MTS.

Ugotovljeno je bilo, da pa z uporabo MTS MS postane bolj kompetentna in s tem čuti večjo odgovornost do svojega dela. Bolj bi morali poznati svoje odgovornosti ter biti seznanjeni z morebitnimi posledicami ob kršitvah.

RV 2: Ali ste zadovoljni z novim sistemom triažiranja in razvrščanja po MST?

Z opravljeno raziskavo lahko potrdim, da so osebe zadovoljne s sistemom triažiranja in razvrščanja po MST.

Glede na rezultate je izvajanje MST zanesljiva in dobra metoda. Tudi razvrščanje pacientov glede na nujnost obravnave v skupine je dobra oblika triaže.

RV 3: Ali menite, da izkušnje in večletno delo v urgentnih ambulantnih prinaša večjo odgovornost medicinske sestre?

Z opravljeno raziskavo lahko potrdimo, da vpliv izkušenj in večletno delo v urgentnih ambulantah prinašata večjo odgovornost MS.

Primerljivo študijo je opravil Ebrahimi, et al. (2016). Tako imenovano študijo Delphi, ki je obsegala tri zaporedne raziskave (pregled relevantne literature ter dvakratno zaporedno anketiranje MS v urgentnih triažnih ambulantah). Potekala je od marca do oktobra 2014. Cilj je bil opisati vlogo in odgovornost TMS. Študijo je odobril Odbor za etično raziskovanje na Univerzi za medicinske vede v Mashhadu. Vloga je bila poslana strokovnim panelom maja 2014. Postavke v vprašalniku so bile povezane s področji triaže, etike, ocenjevanjem oblike triaže, odločanjem TMS, informiranjem, kompetencami in dokumentiranjem. Znanstveni dokazi so omejeni za zagotovitev pomembnega vpliva na tok pacientov v nujnih primerih.

Rezultati so bili pričakovani in sprejemljivi. TMS so v svojem delovnem okolju zadovoljne in imajo pomembno vlogo v ambulantah nujne medicinske pomoči.

Pri svojem delu so odgovorne in zagotavljajo varno in uspešno delo v ambulantah nujne medicinske pomoči. TMS za svoje delo potrebuje varno okolje, dinamičen napredek in kontinuirano in napredno izobraževanje. Izobraževanja so pomembna, saj postavljajo pomemben člen pri njenem delu, ter delu v timu (Ebrahimi, et al., 2016).

7 Sklep

Delo TMS je zelo pomembno. Ko pacient potrebuje zdravstveno, nujno medicinsko pomoč in oskrbo, se znajde na urgenci. TMS je del tima in takrat bi si želeli, da nam pomoč in oskrbo nudi nekdo, ki je za to usposobljen in se zaveda odgovornosti svojega dela. Obseg odgovornosti za paciente opisujejo tudi TMS, ki zaznavajo večjo odgovornost pri sami triaži in spremljanju vseh pacientov v čakalnici. Smiselno je, da paciente poznajo, saj jih lahko po potrebi retriažirajo. Nudijo jim dodatne informacije, jih seznanijo s potekom pregleda in jih usmerjajo. Triažni sistem služi kot orodje, ki jim omogoča lažje in varnejše pristopanje k pacientu.

Osredotočili smo se na TMS, ki s svojim zahtevnim in odgovornim delom v zdravstvenem sistemu posledično sodijo v pomembno skupino zdravstvenih delavcev. TMS ima več vlog – razširjeno vlogo, avtonomnost in prenos kompetenc na triažno MS v tujini vidijo kot pomemben dejavnik pri časovnem skrajševanju obravnav pacientov v urgentnih centrih. V Sloveniji pa so kompetence in vloga triažnih MS še vedno nedorečene.

Razvidno je, da je manchestrska oblika triaže – razvrščanje pacientov glede na nujnost obravnave dobra oblika triaže pacientov. TMS se dnevno srečujejo s primeri, ko se stanje pacienta v urgentni ambulanti tudi poslabša, zato so potrebna kontinuirana izobraževanja in obnavljanja znanja, saj mora ta znati ob tem pravilno ukrepati.

Intervjuvane TMS so mnenja, da naporni in stresni delovniki, ki vključujejo stik TMS s poškodovanci, svojci, reševalci, vplivajo na kakovost dela, pri katerem je treba biti povsem zbran, saj gre za odgovorno delo – razvrščanje pacientov. Prisotni moteči dejavniki so tudi gneča, pomanjkanje časa, prostorska stiska, preutrujenost, telefonski klici, težavni pacienti in pritiski svojcev, ki so lahko posledično moteči dejavniki za dobro obliko dela. To lahko dosežemo z dobro organizacijo delovnega procesa: urnik, zadovoljivo število kadra, uvedba dodatne triažne ambulante (ena za paciente, ki pridejo sami, ter druga za reševalce), čas za počitek itd.

Rezultate naše raziskave bi lahko uporabili predavatelji manchestrskega triažnega sistema, ki poučujejo MS. Ne smemo pozabiti, da je obisk na urgencah po vsej

Sloveniji visok in da so s tem obremenjene tudi TMS kot del tima. Zaradi tega se je smiselno redno usposabljeni z vseh področij (triaža, komunikacija, deeskalacijske tehnike, tečajji sprostivnih tehnik itd.). Raziskovanje bi lahko razširili tudi na evalvacijo organiziranih tečajev MST.

Literatura

Alquraini, M., Awad, E. & Hijazi, R., 2015. Reliability of Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS) in Saudi Arabia. *International Journal of Emergency Medicine*, 8(1), p. 80.

Balažic, J. et. al., 2009. Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP) s komentarjem. Ljubljana: GV založba.

Bartol, T., 2013. *Organizacijski vidiki triaže: primerjava med Manchesterskim triažnim sistemom in Emergency Severity Indeksom: diplomsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta.

Bračko, V., 2017. Triaža v urgentnih ambulantah: izzivi, težave in rešitve. In: R. Vajd & M. Gričar, eds. *Urgentna medicina: izbrana poglavja 2017: zbornik. 24. mednarodni simpozij o urgentni, Portorož, 15.-17. junij 2017*. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino, pp. 19-24.

Churchill, G. A. & Iacobucci, D., 2005. *Marketing research: methodological foundations*. 9th ed. Mason (Ohio): Thomson South-Western.

Cormack, C. et al., 2007. The process of developing and implementing a nursing care delivery model for geriatric rehabilitation. *Journal of Nursing Administration*, 37(6), pp. 279-286.

Cotič Anderle, M., 2007. Triaža na urgentnem oddelku bolnišnice. In: D. Štromajer, et al. eds. *Življenjsko ogrožen pacient - učinkovita in kakovostna oskrba. 1. kongres Sekcije, Čatež, 18 - 20. oktober 2007*. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v urgenci, pp. p. 49-52.

Cotič Anderle, M., 2009. Triaža – krizni menedžment urgentnih oddelkov. In: S. Majcen Dvoršak, A. Kvas, M. Kaučič, D. Železnik, & D. Klemenc, eds. *7. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije »Medicinske sestre in babice - znanje je naša moč«*. Grand hotel Union, 11. – 13. Maj. Ljubljana: zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, p. 213C.

Cotič Anderle, M., 2011. Izvajanje triaže pri rednem delu urgentnih ambulant. In: M. Gričar & R. Vajd, eds. *Urgentna medicina – izbrana poglavja. 18. mednarodni simpozij o urgentni medicini, 15.–18. junij 2011*. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino, pp. 163–166.

Černoga, A. & Bohinc, M. 2009. Profesionalna in etična odgovornost medicinske

sestre. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 43(3), pp. 223-228.

Domajnko, B. et al., 2006. Živeta interprofesionalna razmerja: kvalitativni pregled. In: A. Kvas, M. Pahor, D. Klemenc & J. Šmitek, eds. *Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu: priložnost za izboljševanje kakovosti*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, pp. 235-273.

Ebrahimi, et al., 2016. The role descriptions of triage nurse in emergency department: a Delphi study. *Scientifica*, 2016(5269815), pp. 1-6.

Elmers, C. R., 2008. The role of preceptor and nurse leader in developing intensive care unit competency. *Critical Care Nursing Quarterly*, 33(1), pp. 10-8.

Fairchild, R. M., 2010. Practical ethical theory for nurses responding to complexity in care. *Nursing Ethics*, 17(3), pp. 353-362.

Fawdon, H. & Adams, H., 2013. Advanced clinical practitioners role in the Emergency Department. *Nursing Standard*, 28(16-18), pp. 48-51.

Filipčič, K., 2002. Pravna odgovornost medicinske sestre za poslabšanje zdravja in izdajo poklicne skrivnosti. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 36(1), pp. 15-21.

Fink, I., Goltnik Urnaut, A. & Števančec, D., 2009. *Poslovno komuniciranje: gradivo za 1. letnik*. Ljubljana: Zavod IRC.

Fošnarič, L., 2010. *Etični in kazenski vidik strokovnih napak v zdravstveni negi: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Gabor, G., 2000. *Moralna in strokovna odgovornost delavcev v zdravstveni negi (raziskovalna naloga): diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Gričar, M., 2007. Pomen triaže v urgentni medicini. In: D. Štromajer, A. M. Cotič & S. Mahnič, eds. *Zbornik predavanj. 1. kongresa sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v urgenc, Čatež, 18.-20. oktober 2007*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveze društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 47-48.

Hribar, T., 1996. Etika in profesionalnost. In: M. Pauko, ed. *Profesionalna etika pri delu z ljudmi: zbornik*. Maribor: Univerza v Mariboru & Inštitut Antona Trstenjaka za psihologijo, logoterapijo in antropohigieno v Ljubljani, pp. 35-39.

Hvalič Touzery, S. 2014. Kulturne kompetence medicinskih sester kot dejavnik kakovosti oskrbe pacientov. In: S. Pivač, et al. eds. *Klinično usposabljanje skozi*

EU direktivo in mednarodne standarde ter izkušnje v Sloveniji: količina in kakovost kliničnega usposabljanja: zbornik predavanj. 8. šola za klinične mentorje, 18. 9. 2014. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo, pp. 46-55.

Inštitut za slovenski jezik Frana Ramovša, 2005. *Slovar slovenskega knjižnega jezika*. Ljubljana: DZS

Iserson, V. K. & Moskop, C. J., 2007. Triage in medicine, part I: concept, history and types. *Annals of Emergency Medicine*, 49(3), pp. 275-281.

Jerčič, L. & Kersnič, P., 2004. Medicinska sestra in humor na delovnem mestu. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 38(4), pp. 275-285.

Juhant, J., 2009. *Etika I: na poti k vzajemni človeškosti*. Ljubljana: Študentska založba.

Juul, J., 2009. *Družinske vrednote: življenje s partnerjem in otroki*. Radovljica: Didakta.

Juul, J., 2011. *Mož in oče: knjiga zate*. Ljubljana: Inštitut za sodobno družino Manami

Kelbič, A., Fekonja, Z., Šimat, D. & Zafošnik, U., 2010. Sprejem pacienta po standardu SNMP Maribor: prikaz uporabe modificiranega Manchestersterekega sistema. In: A. Posavec, ed. *20-letnica delovanja Sekcije reševalcev v zdravstvu: zbornik predavanj. Strokovno srečanje Od reševalca do reševalca v zdravstvu, Gozd Martuljek, 26. in 27. marec 2010*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija reševalcev v zdravstvu, pp. 217-226.

Koban, B., 1997. Poklicne dolžnosti in obveze medicinske sestre. In: *Odgovornost zdravstvenega tehnika in medicinske sestre, 4. in 5. april 1997*. Maribor: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, pp. 67-74.

Kodeks etike zaposlenih v zdravstveni negi in oskrbi. Uradni list RS, št. 13/17.

Košir, R. et al., 2015. *Enotna metodologija organizacije urgentnih centrov v Republiki Sloveniji: delovno gradivo*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.

Kopina, N., 2012. Odgovornost medicinske sestre v urgentni internistični ambulanti. In: M. Berkopec, ed. *Odgovornost v zdravstveni negi. 4. dnevi Marije Tomšič, Dolenjske Toplice, 19. in 20. januar 2012*. Novo mesto: Splošna bolnišnica Novo mesto, Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih

tehnikov dolenske & Visoka šola za zdravstvo Novo mesto, pp. 111-113.

Kovačič, A., 1999. *Prva pomoč. Triaža: priročnik za bolničarje*. Ljubljana: Rdeči križ Slovenije.

Kraljić, S., 2009, Avtonimija pacienta v domači in tuji sodni praksi. In: Gorišek, J. B. eds. *Profesionalna etika pri delu z ljudmi: zbornik*. Univerzitetni klinični center. Maribor: Univerza v Mariboru in Inštitut Antona Trstenjaka, pp. 135-145

Ladinek, B., 2013. *Vloga reševalca pri triaži: diplomsko delo*. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede.

Lesar, I., 2002. *Med iskanjem in izbiro smisla: vpliv Franklove teorije smisla na vzgojno teorijo in prakso*. Ljubljana: Inštitut za psihologijo osebnosti

Mackway-Jones, K., Marsden, J. & Windle, J. eds., 2006. *Emergency triage*. 2nd ed. Oxford: Blackwell Publishing.

Mackway-Jones K., Marsden, J. & Windle, J. eds. 2014. *Emergency triage*. 4rd ed. New York: John Wiley & Sons.

Malhotra, N. & Birks. D., 2003. *Marketing research: an applied approach*. London: Prentice Hall.

Mallett, J. & Woolwich, C., 1990. Triage in accident and emergency departmens. *Journal of Advanced nursing*, 15(12), pp. 1443-1451.

Možina, S., Tavčar, M., Zupan, N. & Knežević, A. N., 2004. *Poslovno komuniciranje: evropske razsežnosti*. 2nd rev. ed. Maribor: Obzorja.

Obligacijski zakonik (OZ-UPB1). Uradni list RS, št. 97/07.

Pajnkihar, M. & Lahe, M., 2006. Spoštovanje pacientovega dostojanstva in avtonomnosti v medsebojnem partnerskem odnosu med medicinsko sestro in pacientom. In: B. Filej, et al. eds. *Kakovostna komunikacija in etična drža sta temelja zdravstvene in babiške nege: zbornik predavanj in posterjev. 1. simpozij zdravstvene in babiške nege z mednarodno udeležbo, 21. september 2006*. Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Maribor, pp. 31-34.

Pajnkihar, M., 2009. Nurses' (un-)partner-like relationships with clients. *Nursing Ethics*, 16(1), pp. 43-54.

Pediček, F., 1996. Zakaj etično-moralni kodeksi?. In: M. Pauko, et al. eds.

Profesionalna etika pri delu z ljudmi: zbornik. Maribor: Inštitut Antona Trstenjaka za psihologijo, logoterapijo in antropohigieno, p. 43.

Premik, M., 2007. Zdravnik in medpoklicno sodelovanje v zdravstvu. *Zdravstveni Vestnik*, 76(1), pp. 49-53.

Prestor, J., 2016. *Kakšne so naše izkušnje po uvdebi UC?* Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Prestor J., 2011. Pomen triaže in izvajanje primarne triaže v primeru izrednih dogodkov In: M. Gričar & R. Vajd, eds. *Urgentna medicina: izbrana poglavja 2011: zbornik. Osemnajsti mednarodni simpozij o urgentni medicini, Portorož, 15.-18. junij 2011*. Ljubljana : Slovensko združenje za urgentno medicino, pp. 150-155.

Radišić, J., 1996. Lekarske greške u svetlosti pravnih razmatranja. In: L. Krulj, et al. eds. *Aktualni pravni problemi u medicini*. Beograd: Institut društvenih nauka-Centar za pravna istraživanja, pp.179-180.

Ragin, C. C., 2007. *Družboslovno raziskovanje: enotnost in raznolikost metode*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, pp. 107

Rajapakse, R., 2015. Triaža v urgentnih ambulantah. *Zdravniški Vestnik*, 84(4), pp. 259-267.

Rajapakse, R., 2018. Triaža v sistemu nujne medicinske pomoči. In: R. Vajd & M. Gričar, sds. *Urgentna medicina: izbrana poglavja 2018: zbornik. 25. mednarodni simpozij o urgentni medicini, Portorož, 14.-16. junij 2018*. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino, pp. 49-53.

Robertson-Steel, I., 2006. Evolution of triage systems. *Emergency Medicine*, 23, pp. 154-155.

Rooney, K. D. & Schilling, U. M., 2014. Point-of-care testing in the overcrowded emergency department – can it make a difference? *Archives of Emergency Medicine and Critical Care*, 18(6), p. 692.

Safari, S. et al., 2015. Hospital and pre-hospital triage systems in disaster and normal conditions; a review article. *Iranian Journal of Emergency Medicine*, 1(2), pp. 2–10.

Slavetić, G. & Važanić, D., 2012. *Trijaža u odjelu hitne medicine*. Zagreb: Ministarstvo zdravlja RH & Hrvatski zavod za hitnu medicinu.

Smith P. K., Cowie, H., & Blades, M. 2011. *Understandings children's development*. 5th ed. Chichester, West Sussex : J. Wiley & Sons.

Stričević, J. & Ivanc, Z., 2006. Besedne in nebesedne spretnosti pri sporazumevanju. In: B. Filej, et al. eds. *Kakovostna komunikacija in etična drža sta temelja zdravstvene in babiške nege: zbornik predavanj in posterjev. 1. simpozij zdravstvene in babiške nege z mednarodno udeležbo, 21.09.2006*. Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, pp. 67-71.

Šelih, A., 1998. Pogoji in meje kazenske odgovornosti zdravstvenega delavca, zlasti zdravnika: izbrana poglavja. In: A. Polajnar-Pavčnik & D. Wedam, eds. *Pravo in medicina*. Ljubljana: Cankarjeva založba, pp. 165-191.

Špilek Plahutnik, A. & Zafošnik, U., 2016. Dileme triažne medicinske sestre ob nenavadnih primerih. In: M. Gričar & R. Vajd, eds. *Urgentna medicina: izbrana poglavja 2016. Portorož, 13. - 15. junij 2016*. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino, pp. 186-187.

Trstenjak, A., 1996. *Profesionalna etika in civilna držba*. In: M. Pauko, ed. *Profesionalna etika pri delu z ljudmi: zbornik*. Maribor: Inštitut Antona Trstenjaka, pp. 9-12.

Tschudin, V., 2004a. *Etika v zdravstveni negi: razmerja skrbi*. Ljubljana: Educy.

Tschudin, V., 2004b. Strokovna, etična in pravna odgovornost: širša perspektiva. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 38(1), pp. 1-5.

Ule, M., 2013. Zaupanje in empatija kot ključna socialna dejavnika v okolju bolnikov. In: A. Kvas, et al. eds. *Približajmo zdravstveno okolje pacientu: zbornik prispevkov*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, pp. 9-17.

Van Veen, M. et al., 2010. Repeatability of the Manchester Triage System for children. *Emergency Medical Journal*, 27(7), pp. 512-516.

Watson, R. & Shield, L., 2009. Cruel Britannia: a personal critique of nursing in the United Kingdom. *Contemporary Nurse*. 32(1-2), pp. 42-54.

World Health Organization, 1996. The Ljubljana charter on reforming health CARE. *BMJ*, 312(7047), pp. 1664-1665.

Zafošnik, U. & Lavrenčič-Zafošnik, P., 2011. Prenova procesa sprejema bolnika na urgenci - pridobitve z uvedbo Manchesterskega sistema triaže. In: M. Gričar & R. Vajd, eds. *Urgentna medicina - izbrana poglavja 2011: zbornik. 18. mednarodni simpozij o urgentni medicini, portorož, 15. - 18. junij 2011*.

Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino, pp. 167-169.

Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP). Uradni list RS, št. 15/08 in 55/17.

Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej). Uradni list RS, št. 23/05 – uradno prečiščeno besedilo, 15/08 – ZPacP, 23/08, 58/08 – ZZdrS-E, 77/08 – ZDZdr, 40/12 – ZUJF, 14/13, 88/16 – ZdZPZD, 64/17 in 1/19 – odl. US.

Železnik, D. et al., 2008. *Poklicne kompetence in aktivnosti v zdravstveni in babiški negi*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Žmauc, J., 1997. Status in odgovornost zdravstvenega tehnika. In: *Odgovornost zdravstvenega tehnika in medicinske sestre: zbornik, 4. in 5. april 1997*. Maribor: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, pp. 1-7.

Žurej, J., 2006. Pravne pasti pomanjkljive dokumentacije v zdravstveni negi. In: I. Rijavec, ed. *Dokumentiranje v procesu zdravstvene nege kirurškega bolnika: zbornik predavanj, 20. april 2006*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kirurgiji, pp. 23-45.

Priloge

Priloga 1: Izbor vprašanj za intervjuje

Izbor vprašanj za intervjuje:

- Katerega spola ste?
- Koliko ste stari?
- Kolikšna je vaša delovna doba na trenutnem delovnem mestu?
- Stopnja vaše izobrazbe? Ali ste opravili izobraževanje za manchesterški sistem triaže (MST) in koliko mesecev oziroma let jo izvajate?
- Ali ste mnenja, da je uporaba MST zanesljiva in dobra metoda?
- Ali menite, da izkušnje in večletno delo v urgentnih ambulantnih prinašajo večjo odgovornost medicinske sestre?
- Ali ste mnenja, da je razvrščanje pacientov v skupine glede na nujnost obravnave dobra oblika triaže pacientov?
- Ali ste menja, da z uporabo MST postanete bolj kompetentni in odgovorni za svoje delo?
- Ali se zavedate svojih odgovornosti kot TMS ob uporabi MST?
- Ali poznate svoje odgovornosti in ste seznanjeni z morebitnimi posledicami ob kršitvah?
- Ali se vam delo TMS zdi bolj ali manj stresno od ostalih sodelavk, ki delajo v drugi urgentni ambulanti?
- Koliko delovnih ur na dan bi bilo idealno, da TMS izvaja triažo in bi pri tem še bila dovolj zbrana in odgovorna za svoje delo?
- Kateri so moteči dejavniki na delovnem mestu, ki vplivajo na izvedbo triaže?

Priloga 2: Potrdilo lektorja



Priloga 4
izpolni lektor

POTRDILO LEKTORJA O LEKTORIRANJU NA ŠTUDIJSKIH PROGRAMIH 2. STOPNJE

Ksenija Pečnik, prof. slov. jezika, (ime in priimek lektorja) s svojim podpisom potrjujem, da sem zaključno delo z naslovom: Odgovornost medicinske sestre pri manchesterskem sistemu triaže avtorja: Urške Urbas jezikovno pregledal in da je zaključno delo jezikovno ustrezno.

Datum: 11. 7. 2019

Podpis lektorja: