

Kontinuirana zdravstvena nega

Brigita Skela Savič

Uvod

Kontinuirana zdravstvena obravnava¹ postaja vse bolj pomembna v zadnjem desetletju, saj se zdravstveni sistem srečuje s povečanim številom kroničnih obolenj in s tem povezanim potrebnim hitrejšim obratom pacientov na bolnišnični ravni. Tako se sistem obravnave pacientov podaljšuje na primarno raven, kar se kaže s skrajševanjem ležalnih dob v bolnišnicah in z večjim obsegom dela na terciarni, sekundarni in primarni ravni. Ugotavljamo, da ima kontinuirana zdravstvena obravnava in s tem povezana zdravstvena nega vedno večji pomen za kakovostno obravnavo pacientov.

Zdravstveni zavodi kot organizacije se v zagotavljanju 24-urne obravnave srečujejo s številnimi razhajanjmi na nivoju oddelkov, različnih strok, delovnih izmen in posameznikov (Cook in drugi, 2000). Tako bolnišnice uporabljajo različne pristope za vzpostavitev kontinuirane obravnave, ki v neposredni praksi povzročajo številne probleme (Krogstad in drugi, 2002).

Definicija kontinuirane obravnave pacienta

Kontinuiteta je stopnja združevanja različnih nepovezanih dogodkov v zdravstveni obravnavi, ki se kaže kot skladen in povezan pristop zdravstvenega osebja do pacienta in njegovih potreb ter v dobrem medsebojnem sodelovanju osebja, ki izvaja zdravstveno obravnavo pri pacientu (Haggerty s sod., 2003).

V pregledu literature je razvidno, da ima kontinuirana zdravstvena oskrba dolgo zgodovino na področju primarne ravni (Hennen, 1975; Freeman, 1985; Hjortdahl, 1992; Freeman, Hjortdahl 1997). Koncept kontinuirane obravnave ni pogosto soroden z bolnišnično obravnavo (Krogstad in drugi, 2002). Velikokrat se izraz uporablja pri dolgotrajnih hospitalizacijah (Tresch in drugi, 1985), v psihiatriji (Shern, 1986) in zdravstveni negi (Smith, 2000). Prav tako je zaznati uporabo izraza

¹ *Kontinuirana zdravstvena nega je del zdravstvene obravnave in je nikakor ne moremo obravnavati ločeno, zato prispevek govori o kontinuirani zdravstveni obravnavi v kateri delujejo vsi strokovnjaki, ki so vključeni v proces obravnave pacienta v zdravstveni ustanovi, torej tudi medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege.*

kontinuirana obravnava v smislu kontinuitete dela posameznega zdravstvenega delavca pri posameznem pacientu, kjer Krogstad in drugi (2002) poudarjajo, da kontinuirana zdravstvena obravnava v bolnišnici zahteva več kot samo personalno kontinuiteto zdravstvenih delavcev in da so moderne bolnišnice zapletene organizacije, kjer celovitost obravnave ni vključena v njihovo organizacijsko strukturo.

Pristopi

Najpogosteje imajo pacienti izkušnje z dvema pristopoma, ki ju je razvil sociolog Goffman (1956; v Krogstad in drugi, 2002). Prvi koncept je kontinuiteta istih oseb (»front stage«), ko se pacient nenehno srečuje z istim zdravnikom in z isto medicinsko sestro. Ta osebna kontinuiteta je s strani pacientov močno želena. Drugi koncept je kontinuiteta organizacije (»backstage«), ki je del organizacijskega sistema organizacije. Pacient to začuti tako, da ga vsi zaposleni, s katerimi je v kontaktu, poznajo, prav tako njegov potek obravnave in da zaposleni ne podvajajo vprašanj, postopkov in dajejo enaka navodila in informacije. Ta kontinuiteta temelji na delitvi informacij in odgovornosti ter je strukturno podprta z implementacijo rutinskih postopkov, kot so predaje med delovnimi izmenami, napisanimi smernicami dela in rednim sestajanjem osebja. Delo osebja v bolnišnici je tako sestavljeno iz številnih procedur in rutin, ki jih bolnik nikoli ne vidi, vendar zagotavljajo kakovost in varnost njegovega zdravljenja. Takšno delovanje je usmerjeno v razvoj in prenos znanja med zaposlenimi, kar se odraža tudi v kulturi organizacije. Krogstad s sodelavci (2002) povzema, da mora kontinuiteta istih oseb (»front stage«), videna s strani pacienta, vedno izhajati iz kontinuitete organizacije (»backstage«), ki naj deluje na vseh nivojih kot sistem, ki je podprt s stabilnostjo osebja, z internim izobraževanjem, izgradnjo timov, deljeno odgovornostjo, s konsistentno obravnavo, pretokom informacij, fleksibilnostjo pri delu in z odgovornostjo.

Pereira (2005) povzema spoznanja na področju kontinuirane zdravstvene obravnave z vidika informacijskega sistema v zdravstveni negi. Kontinuirana zdravstvena obravnava je povezana s kakovostjo informacij, ki jih imamo o pacientu, in z njihovo uporabo (Brunt in ostali, 1999; Anderson in Helms, 2000; v Pereira, 2005). V tem kontekstu igra informacijski sistem zdravstvene nege veliko vlogo (Mainous, Gill, 1998; Brunt in ostali, 1999; Anderson, Helms, 2000; Cook in ostali, 2000; v Pereira, 2005).

Haggerty s sod. (2003) navaja tri vrste kontinuitete, ki so pomembne za zdravstveno obravnavo:

- Kontinuiteta informacij, ki se kaže z uporabo informacij glede na pretekle dogodke in okoliščine, ki omogoča ustrezno odločanje za vsakega posameznega

pacienta in je poleg kontinuitete informacij o bolezni pacienta povezana še s pacientovimi prioriteta, vrednotami in z razumevanjem konteksta.

- Kontinuiteta zdravljenja pacientove bolezni ali klinična kontinuiteta, ki se kaže v konsistentnem, fleksibilnem in timsko povezanem pristopu, ki je zlasti pomemben pri kroničnih bolnikih.
- Kontinuiteta odnosov med zdravstvenimi delavci, ki so vključeni v obravnavo pacienta na različnih ravneh.

Prednosti kontinuirane obravnave

Stopnja kontinuitete v zdravstveni obravnavi je povezana z izboljšavami v doseganju kliničnih ciljev. Tako Starfield s sod. povzema številne raziskave na to temo in ugotavlja, da je kontinuiteta v zdravstveni obravnavi povezana z večjo uporabo preventive, z boljšim prepoznavanjem pacientovih psihosocialnih problemov, z manjšim številom urgentnih sprejemov, z manjšim številom hospitalizacij na splošno, s krajšo ležalno dobo, z boljšim razumevanjem pacienta glede njegovega sodelovanja v procesu obravnave in s pravočasnim odkrivanjem pacientovih problemov (Starfield, 1986; v <http://www.chcr.brown.edu/pcoc/Contin.htm>). Wasson in sod. (1984; v Freeman in sod. 1997) v randomizirani študiji ugotovi, da so pacienti, ki so bili obravnavani po načelih kontinuirane obravnave, bolj zadovoljni z obravnavo, imajo krajši čas hospitalizacije in manj ponovnih sprejemov v bolnišnico.

Kontinuiteta zdravstvene obravnave je zlasti pomembna za terminalno bolne paciente, kjer je izjemnega pomena prenos relevantnih informacij v procesu prehajanja pacienta med obravnavami in med ustanovami. Prav tako pa je kontinuirana zdravstvena obravnava področje, ki ga pacienti močno povezujejo s svojim zadovoljstvom v zdravstveni ustanovi in je sestavni del vprašalnikov za merjenje izkušenj pacientov (Picker Commonwealth Instrument, 1991; McCusker 4-item Measure, 1984; Chao Patient Perception Instrument, 1988; Nursing Needs Assessment Instrument, 1998; v <http://www.chcr.brown.edu/pcoc/Contin.htm>).

Kontinuirana zdravstvena obravnava je pomembna za zadovoljstvo pacientov tako na primarni kot sekundarni in terciarni ravni (Veenstra in drugi, 2000; Hjortdahl, 1992) in jo je potrebno obravnavati z vidika pacientov in z vidika organizacije (Krogstad in drugi, 2002).

Ovire za vzpostavitev kontinuirane obravnave

Velik problem pri vzpostavljanju kontinuirane zdravstvene obravnave so težnje različnih poklicnih skupin v zdravstvu za razvoj svojih lastnih ciljev, procedur in rutin pri obravnavi pacienta. Tako zdravniki in medicinske sestre delajo ob istem

pacientu in imajo različen načrt dela, ločene cilje, metode dela in ločen sistem dokumentacije. Tako pacient postane del dveh različnih delovnih shem, ki se odražata v različni organizacijski kulturi. Različnost organizacijske kulture se kaže kot različnost v vrednotah, znanju in praksi. Krogstad s sodelavci (2002) opozarja, da ločeno delovanje posameznih strok povzroča velika razhajanja med njimi, kar močno slabi kontinuirano obravnavo in njeno konsistentnost. Izziv je torej v vzpostavitvi kontinuiranega in skupinskega učenja ter v preprečitvi majhnih otokov specifičnih spoznanj, ki se med seboj ne povezujejo. Sturmberg (2000) govori o tem, da mora biti kontinuirana zdravstvena obravnava, ki jo izvajajo različni izvajalci glede na potrebe pacienta, vedno koordinirana. Tovrstna obravnava zahteva tudi dobre medsebojne odnose med zaposlenimi. Hart (2002) dodaja, da mora kontinuirana zdravstvena obravnava aktivno vključiti pacienta, ki naj postane aktivni član tima, ki ga obravnava. Aiken s sodelavci (1994; 1998; 1999) ugotavlja, da morajo biti za zagotavljanje kontinuirane obravnave prisotni koordinacija, sodelovanje in skupni pristopi. Poleg tega omenja še sposobnost organizacije, da se sistem kontinuirane obravnave prenese v prakso, kar je povezano s poznavanjem resursov, kot so zaposleni, oprema, procesi idr. Tako mora biti strategija menedžmenta bolnišnice usmerjena v interprofesionalno izgradnjo timov in izgradnjo kulture prehajanja znanja in delitve odgovornosti (Risser, 1999), kar je velika ovira na poti izgradnje kontinuirane zdravstvene obravnave, saj so bolnišnice v osnovi hierarhično usmerjene, kjer je močno prisotna subkultura poklicnih skupin in subkultura zdravnikov - menedžerji ter močno izražen individualizem zdravnikov in njihov biomedicinski pogled na obravnavo pacienta.

Zaključek

Kontinuiteta informacij vpliva na doseganje ciljev zdravljenja, ker dviguje klinično znanje in opozori na koristne informacije o pacientu. V zadnjem desetletju se je izjemno povečala mobilnost pacienta znotraj zdravstvene obravnave, saj za njega skrbijo številni različni strokovnjaki, katerih ugotovitve vplivajo na odločitve v zvezi z njim. Znanje in ugotovitve zdravstvenih delavcev je potrebno nujno povezati preko timskega dela za pacienta in v transparentnem informacijskem sistemu. Na ta način bomo povečali učinkovitost in preprečili podvajanja v obravnavi ter morebitno škodo za pacienta. Kontinuirana zdravstvena obravnava pomeni izmenjavo relevantnih informacij o pacientu znotraj in izven zdravstvenih ustanov. In končno, kontinuirana zdravstvena obravnava mora biti vedno povezana z dostopnostjo obravnave. Nihče ne more biti razpoložljiv 24 ur na dan, zato je timska obravnava nujnost (<http://www.chcr.brown.edu/pcoc/Contin.htm>).

Literatura:

- Aiken LH, Smith HL, Lake ET. Lower Medicare mortality among a set of hospitals known for good nursing care. *Med Care* 1994; 32: 771-787.
- Aiken LH, Sloane DM, Sochalski J. Hospital organisation and outcomes. *Qual Health Care* 1998; 7: 222-226.
- Aiken LH, Sloane DM, Lake ET, Sochalski J, Weber AL. Organization and outcomes of inpatient AIDS care. *Med Care* 1999; 37: 760-772.
- Cook RI, Render M, Woods DD. Gaps in the continuity of care and progress on patient safety. *BMJ* 2000; 320: 791-794.
- Freeman G. Priority given by doctors to continuity of care. *J Roy Coll Gen Pract* 1985; 35: 423-426.
- Freeman G, Hjortdahl P. What future for continuity of care in general practice? *BMJ* 1997; 314: 1870-1873.
- Hart JT. Continuity would be achieved with patient held records. *BMJ* 2002;324:851.
- Haggerty J, Reid R, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ* 2003;327:1219-1221.
- Hennen BK. Continuity of care in family practice. Part 1: dimensions of continuity. *J Fam Pract* 1975; 2: 371-372.
- Hjortdahl P. Continuity of care: general practitioners' knowledge about, and sense of responsibility toward their patients. *Fam Pract* 1992; 9: 3-8.
- Krogstad U, Hofoss D, Hjortdahl P. Continuity of hospital care: beyond the question of personal contact. *BMJ* 2002; 324: 36-38.
- Pereira, F. Information relevance for continuity of nursing care. *Online Journal of Nursing Informatics (OJNI)*, 9, (3) [Online]. Available at http://eaa-knowledge.com/ojni/ni/9_3/pereira.htm
- Risser DT, Rice MM, Salisbury ML, Simon R, Jay GD, Berns SD. The potential for improved teamwork to reduce medical errors in the emergency department. The MedTeams Research Consortium. *Ann Emerg Med* 1999; 34: 373-383.
- Shern DL, Wilson NZ, Ellis RH, Bartsch DA, Coen AS. Planning a continuum of residential/service settings for the chronically mentally ill: the Colorado experience. *Community Ment Health J* 1986; 22: 190-202
- Smith L, Daughtrey H. Weaving the seamless web of care: an analysis of parents' perceptions of their needs following discharge of their child from hospital. *J Adv Nurs* 2000; 31: 812-820.
- Sturmberg JP. Continuity of care: towards a definition based on experiences of practising GPs. *Fam Pract* 2000; 17: 16-20.

- Veenstra M, Pettersen KI, Sjetne IS. Patients' experiences at 21 Norwegian hospitals. Lorenskog: HELTEF Foundation for Health Services Research, 2000
- Tresch DD, Simpson WMJ, Burton JR. Relationship of long-term and acute-care facilities. The problem of patient transfer and continuity of care. *Am Geriatr Soc* 1985; 33: 819-826.
- <http://www.chcr.brown.edu/pcoc/Contin.htm>