

Sodobni trendi v onkološki zdravstveni negi

Brigita Skela Savič

Poznavanje zgodovine za razumevanje sedanjosti in prihodnosti

Prva organizirana strokovna povezovanja onkoloških medicinskih sester so se pričela v sedemdesetih letih. Tako je bila leta 1978 prva Internacionalna konferenca združenja medicinskih sester v onkološki zdravstveni negi v Londonu, ki jo je organiziral Robert Tiffany, direktor zdravstvene nege v bolnišnici Royal Marsden v Veliki Britaniji. Konference se je udeležilo 120 medicinskih sester iz dvajsetih držav. Tema konference je bila razvoj zdravljenja raka in zdravstvena nega. Na konferenci je Linda White Hilton (1999) iz Teksasa spregovorila o skriningu raka. Bila je edina medicinska sestra med zdravniki, ki je govorila o preventivi in zgodnjem odkrivanju raka, vendar te besede niso smele biti v naslovu njenega predavanja, ker so nekateri člani organizacijskega odbora menili, da posega na področje dela zdravnikov. Spregovorila je o prvih rezultatih tritedenskega programa teoretičnega in praktičnega usposabljanja medicinskih sester za področje preventive in zgodnje detekcije raka v Teksasu, ki je bi podprt s strani nacionalnega onkološkega inštituta. Medicinske sestre so se usposobile za jemanje brisov in izvedbo kolposkopije, programi so se z leti razširili še na druga področja onkologije in tečejo še danes.

Hiltonova (1999) napoveduje za medicinske sestre, ki delajo v onkologiji, naslednje:

- medicinske sestre bodo postale vodilne zdravstvenovzgojne učiteljice v delovnem okolju in v okolju populacije, kjer živijo; ključnega pomena je njihovo neposredno vedenje, kjer bodo postale vzgled boja proti raku;
- preventiva in zgodnje odkrivanje raka bosta postali najvišji prioriteti v hierarhiji problemov na področju onkologije, zato je potrebno programe šolanja medicinskih sester dopolniti s tovrstnimi učnimi vsebinami, saj se od medicinskih sester pričakuje, da bodo poprijele za delo na tem področju, ki so ga zgodovinsko gledano opravljali zdravniki;
- za vzpostavitev k bolniku orientirane obravnave je potrebno vzpostaviti medsebojno sodelovanje med zdravniki in medicinskimi sestrami ter drugim zdravstvenim osebjem; strokovna literatura navaja, da je nivo kakovosti zdravstvene oskrbe močno odvisen od tega, kako sodelujejo med seboj medicinske sestre in zdravniki;

viš. predav., mag. Brigita Skela Savič, univ. dipl. org.
Onkološki inštitut Ljubljana

- elektronski dostop do informacij in komunikacija po elektronski pošti bodo dvignili kakovost obravnave, tako z vidika zdravstvenih delavcev in z vidika bolnikov;
- genetika bo v onkološki zdravstveni negi zavzela pomembno mesto; medicinske sestre bodo zaradi svoje neposredne povezanosti z bolnikom vključene v odkrivanje rizičnih dejavnikov in njihovo spremljanje. Znanje medicinskih sester na področju genetike bo vplivalo na odločitve v klinični praksi in pripravo bolnika na življenje na domu.

Pomen izobraževanja za kakovost v onkološki zdravstveni negi

Primeri dobre prakse, ki jih je prikazala Hiltonova, so danes še v mnogih razvitih deželah jedro spora, ki se vrti predvsem okrog kompetenc in usposobljenosti onkoloških medicinskih sester, v ozadju je po mojem mnenju predvsem problem še vedno nevzpostavljenega partnerskega odnosa med zdravniki in medicinskimi sestrami, ker le-te še vedno delujejo pod pokroviteljstvom zdravnikov.

Medicinske sestre v Sloveniji vse premalo govorijo o specializaciji iz onkološke zdravstvene nege in funkcionalnih izobraževanjih, ki so nujno potrebna za izvajanje onkološke zdravstvene nege na primarni, sekundarni in terciarni ravni, kjer je mesto zdravstvene nege jasno ne samo z ekonomskega, ampak tudi s strokovnega vidika. Verjetno je vzrok temu tudi majhnost naše države in prisotnost le enega onkološkega centra, kjer je skoncentrirano znanje in razvoj in se medicinske sestre usposablja po internem programu usposabljanja. Prav tako pa tudi sedanji visokošolski študij zdravstvene nege ni spodbujal specializacij. S prehodom na sistem šolanja 3 + 2 je potrebno aktivno pristopiti k pripravi študijskih programov za strokovne magisterije in doktorate iz onkološke zdravstvene nege. Glede na incidenco raka in demografske dejavnike se mora znanje o onkološki zdravstveni negi v Sloveniji širiti iz bazičnega jedra - Onkološki inštitut Ljubljana v večje slovenske bolnišnice. Potrebno je usposobiti kader za kakovostno izvajanje onkološke zdravstvene nege v vseh centrih, kjer se izvaja primarna, sekundarna ali terciarna obravnava rakavih obolenj. Izobražene medicinske sestre in zdravstveni tehniki so osnova za spremljanje in izboljševanje kakovosti dela, za razvoj raziskovalnega dela v zdravstveni negi, kar je gonilo razvoja strokovnega področja.

Nova organiziranost obravnave onkoloških bolnikov zahteva nov pristop

Poleg tega raziskave na področju onkologije, razvoj novih zdravil, novih metod zdravljenja in informacijske tehnologije zahtevajo kontinuirano izobraževanje in specializirano znanje zaposlenih v onkologiji (Kearney, 1999). Postaja jasno, da se bolnišnična obravnava bolnikov z rakom vedno bolj seli v dnevne bolnišnice,

ambulantno obravnavo in v prihodnosti v obravnavo na bolnikovem domu, kjer največje breme nosijo medicinske sestre. Keaeney-eva (1999) meni, da je z intenzivnim razvojem specifičnih onkoloških zdravljenj (kirurgija, radioterapija, sistemska terapija) in razvojem novih načinov zdravljenja raka (imunologija) potrebno sprejeti nove izzive tudi v onkološki zdravstveni negi. Cornerjeva (v Kearney, 1999) poudarja, da se mora zdravstvena nega iz danes dominantnega biomedicinskega modela preusmeriti k bolniku usmerjeno zdravstveno nego. Raziskave namreč kažejo, da bolniki želijo biti vključeni v sprejemanje odločitev o svojem zdravljenju. Zdravstvena nega mora postati terapija, tako kot vse druge priznane terapije v onkologiji, kjer osrednjo vlogo odigra izobrazena medicinska sestra, ki vodi bolnika v smeri doseganja zdravja (McMahon, 1991, v Kearney, 1999). Številne raziskave so potrdile pomemben vpliv intervencij zdravstvene nege na rezultate zdravljenja onkoloških bolnikov in obvladovanje stranskih učinkov zdravljenja ter siptomov napredovale bolezni (Smith in Stullenbarger, 1995; Mackintosh in Bowles, 1997; v Kearney, 1999).

Raziskovalno delo razvija stroko

V onkološki zdravstveni negi je potrebno graditi na dokazih podprti stroki, zato je nujno raziskovanje in implementacija rezultatov raziskovanja v neposredno prakso (Kearney, 1999).

Medicinske sestre bodo postale vodilne pri spremljanju bolnikov po končanem zdravljenju, ki so imeli rak prostate, rak dojke, možganske tumorje. Na žalost se ta trend spodbuja v Veliki Britaniji predvsem z ekonomskega in premalo s strokovnega vidika (Hammond in sod., 1995; Faitful, 1995; v Kearney, 1999). S tovrstnim spodbujanjem večje vloge medicinskih sester pri obravnavi onkoloških bolnikov bo prikazan terapevtski pomen onkološke zdravstvene nege in njeno mesto pri obravnavi bolnikov. Velik doprinos k razvoju onkološke zdravstvene nege se pričakuje zaradi vse bolj intenzivnega razvoja informacijske tehnologije (Kearney, 1999), ko bodo znanje in izkušnje medicinskih sester prestopile meje posameznih oddelkov, bolnišnic, držav in kultur.

Ključnega pomena za razvoj je informatizacija zdravstvene nege, ki je pogojena z naslednjimi aktivnostmi:

- izgradnja in standardizacija terminologije v zdravstveni negi;
- digitalni viri dokazov v zdravstveni negi;
- standardi, ki pospešijo izmenjavo znanja v heterogenih sistemih;
- informacijski procesi, ki podpirajo uporabnost dokazov iz klinične prakse;
- kompetentnost informatike (Bakken, 2001).

Menedžment zdravstvene nege mora vzpostaviti pogoje za razvoj stroke in raziskovalno delo

Robert Tiffany je pred petindvajsetimi leti zapisal, da verjame, da za odličnost v onkološki zdravstveni negi potrebujemo dobro usposobljene medicinske sestre za klinično delo, katerih delo morajo podpirati medicinske sestre raziskovalke, programi kontinuiranega izobraževanja in menedžment zdravstvene nege (Yarbo, 1999).

Menedžment mora imeti vizijo razvoja stroke, postaviti si mora cilje svojega delovanja in strategije za doseganje ciljev. Menedžerji v zdravstveni negi morajo znati vzpostaviti učinkovite time in projektni način dela. Pomembno je vključevanje vseh zaposlenih, kjer mora vodilna struktura v zdravstveni negi zagotavljati kadrovske, organizacijske in ekonomske vire za doseganje ciljev.

Menedžerji zdravstvene nege ne smejo priti v konflikt s stroko, ki pogosto izhaja iz dobro prepoznane vrednote, da je le dober strokovnjak lahko dober menedžer (Skela Savič, 2003), kar v neposredni praksi pomeni, da bi morala biti vodilna medicinska sestra oddelka »največji depo« znanja iz onkološke zdravstvene nege, kar v neposredni praksi seveda ne drži.

V zdravstveni negi je potrebno vzpostaviti jasne meje med menedžiranjem/vodenjem službe/oddelka in strokovnim vodenjem določenega strokovnega področja. Usposobljena in izkušena medicinska sestra je klinični vodja določenega strokovnega področja in naj bi po priporočilih Higginsa (2003) polovico svojega delovnega časa delala z bolniki, drugo polovico naj bi posvetila razvoju specialnosti stroke, ki jo pokriva, s svetovanjem bolnikom in z vodenjem delovnih timov, povezanih z razvojem strokovnega področja. Dobro klinično vodenje je osnova za razvoj stroke.

Dober klinični vodja zna razložiti potrebne spremembe v klinični praksi in jih izpeljati skupaj z zaposlenimi, vodi klinične time, poskrbi za servisno podporo oddelka, spodbuja medsebojno sodelovanje in dobro organizacijo dela na oddelku (Girvin, 1998; v Higgins, 2003) in je v podporo menedžerju zdravstvene nege na oddelku. V prihodnosti morajo biti medicinske sestre - klinične vodje nosilke razvoja strokovnih področij v onkologiji, avtorice kliničnih poti v zdravstveni negi, mentorice, steber menedžmenta in raziskovanja v zdravstveni negi.

Prav tako je potrebno v neposredni praksi graditi razumevanje pomembnosti neposredne in posredne zdravstvene nege. V našem okolju prevladuje razmišljanje, da tista medicinska sestra, ki ne dela neposredno z bolniki ni enaka tisti, ki dela z bolniki. Pojavlja se občutek manjvrednosti in s tem je verjetno povezano manjše zanimanje medicinskih sester za delo na področju raziskovanja, vodenja strokovnega področja, kjer je potrebno še izgraditi renome tega področja, kar z neustreznimi pristopi lahko popolnoma zavre razvoj, medicinsko sestro pa pahne v

karierno krizo. Manley (1997; v Higgins, 2003) opisuje neposredno zdravstveno nego kot neposredno delo z bolniki in s svojci, medtem ko posredno zdravstveno nego opisuje kot delo z osebjem, načrtovanje zdravstvene nege, razvoj z dokazi podprte zdravstvene nege, nadzorovanje in usmerjanje dela osebja k željenim ciljem z uporabo strokovne literature in primeri dobre prakse. Vsekakor igrajo pri spreminjanju tovrstne miselnosti pomembno vlogo menedžerji v zdravstveni negi.

Tako mora imeti danes medicinska sestra, spodbujevalka razvoja določenega strokovnega področja, poleg strokovnega znanja in sposobnosti komunikacije in vodenja še znanja s področja uvajanja sprememb v neposredni praksi, kot so poznavanje teorije vodenja, vpliva organizacijske kulture na uvajanje sprememb, pomembnost razvoja timskega dela, pomembnost informacijske podpore idr.

Za razvoj onkološke zdravstvene nege je pomemben sodobni menedžment, katerega jedro je transformacijsko vodenje, ki se kaže z jasnimi strukturami in procesi dela, zaupanjem do zaposlenih, s kariernim razvojem zaposlenih, spodbujanjem sprememb, inovativnosti, medsebojnega sodelovanja, z možnostjo vplivanja idr. (Gabert, 1995; Cook, 1996; v Higgins, 2003). Transformacijski vodja zna jasno spregovoriti o viziji razvoja zdravstvene nege.

Tradicionalna struktura vodenja oddelka postavlja na vrh vodilno medicinsko sestro, ki je v očeh zaposlenih predvsem dober strokovnjak v zdravstveni negi, zato lahko razvoj medicinskih sester specialistk posameznih področij onkologije in njihova umestitev na bolnišnične oddelke celo ogrozi vlogo vodilne medicinske sestre ali menedžerja zdravstvene nege oddelka, če sprememba ni pravilno predstavljena vodilnim in timskim medicinskim sestram.

Sprejeti je potrebno orodja, ki podpirajo razvoj stroke

Tradicionalizem je močno zakoreninjen v zdravstvu in odpor do sprememb je velik. Ključnega pomena je predstavitev sprememb zaposlenim in njihov doprinos za neposredno delo, za bolnika in za razvoj stroke. Nekaj potrebnih metod dela, ki jih je potrebno vpeljati v neposredno prakso, je opisanih v tabeli 1 (Skela Savič, 2003).

Bolnik ima pravico do aktivnega sodelovanja v procesu zdravljenja in zdravstvene nege

Donovan in Mercer (2003) pravita, da se morajo medicinske sestre približati bolnikom v psihosocialnem smislu in ne samo kot dobre izvajalke medicinsko-tehničnih posegov. Bolniki si želijo pogovora, konzultacije, izražanje svojih izkušenj, kar jim krepi moč za boj z boleznijo. Krcmar (2000; v Donovan in Mercer, 2003)

Tabela 1: Primerjava med prakso danes in sodobnimi trendi v onkološki zdravstveni negi

Praksa v onkološki zdravstveni negi danes	Sodobni trendi v onkološki zdravstveni negi
V ospredju rutinsko izvajanje del in nalog.	Procesna metoda dela.
Vzpostavljene so »skupinske evidence«, povezane z bolnikovo terapijo in s stranskimi učinki zdravljenja.	Dokumentiranje v dokumentacijo zdravstvene nege na osnovi procesne metode dela.
Standardi s področja medicinsko tehničnih posegov.	Standardizirani načrti zdravstvene nege.
Prepletanje med timskim in funkcionalnim modelom.	Timski model delitve dela.
Spremljanje kakovosti.	Izboljševanje procesov dela.
Kategorizacija bolnišnične zdravstvene nege.	Kategorizacija za dnevno bolnišnico, ambulantno obravnavo idr.
Večinoma rutinsko svetovanje bolniku ob določenem specifičnem onkološkem zdravljenju.	Načrtovano zdravstveno vzgojno delo glede na potrebe bolnika in svojcev.
	Nova strokovna področja v onkološki zdravstveni negi: - paliativna zdravstvena nega, - skrining rakavih obolenj, - starost, rak in zdravstvena nega, - celovita obravnava bolnika in družine, - suportivna zdravstvena nega idr.

pravi, da se od medicinskih sester pričakuje, da pri obravnavi bolnika z rakom povežejo bolnikovo telo in psiho, kar mora biti osnovna filozofija dela onkoloških medicinskih sester in jih razlikuje od drugih poklicev v zdravstvu. Tako Donovan in Mercer (2003) pravita, da če se bo sestristvo obrnilo v smer tehnicizma, obstaja velika verjetnost, da bo to v škodo bolnika, saj ne bo imel več priložnosti izražati svojih izkušenj.

Pomembno za kakovostno obravnavo onkoloških bolnikov je vključevanje družine bolnika v obravnavo, predvsem v smislu izobraževanja in podpore bolniku pri zdravljenju in zdravstveni negi. Raziskave so pokazale, da več kot je socialne pomoči bolniku s strani družine, manj je obupanosti pri bolniku in tako lažje premaguje stres zaradi bolezni in zdravljenja (Tan, Karabulutlu, 2005).

Medicinske sestre igrajo pomembno vlogo pri obravnavi bolnikov z rakom in kakovosti njihovega življenja, od diagnoze do izteka življenja, pri preventivi in zgodnji detekciji rakavih obolenj, klinični genetiki idr. S svojim delom vplivajo na

psihosocialno počutje bolnikov (McCorkle, Grant, Frank-Stromborg & Baird, 1996; Miaskowski & Buchsel, 1999). V razvitem svetu so medicinske sestre veliko naredile na področju bolečine, utrujenosti, seksualnosti, neplodnosti, soočanja z boleznijo (Brant, 1996; Ferrell, 1996; Grant, Padilla & Greimel, 1996; v Ferrell in sod., 2003), pri reševanju psiholoških problemov, problemih prehrane, motnjah spanja, menopavzalnih simptomih (Ferrell, Grant, Dean, Funk & Ly, 1996; Ferrell, Grant, Funk, et al., 1996; Ganz, 2001; v Ferrell in sod., 2003). Medicinske sestre so danes usposobljene za reševanje psiholoških simptomov, nudijo podporo bolniku in izobraževalne programe za bolnike in svojce, usklajujejo delo s socialnimi delavci, duhovniki, delavci v rehabilitaciji, s psihologi (Brant, 1996; Carroll-Johnson, Gorman & Bush, 1998; Dow, Ferrell & Anello, 1997; Ferrell, Grant, Funk, Otis-Green & Garcia, 1997a; Quigley, 1989; v Ferrell in sod., 2003). Socialna skrb medicinskih sester za bolnike se kaže v pozornosti na spolnost bolnika, na bolnikov izgled in pri svetovanju partnerju in otrokom bolnika, prepoznavanju skrbi bolnika, ki so ekonomske narave (Hoffman, 1991; v Ferrell in sod., 2003).

Zaključek: Okolje kot oblikovalec razvoja onkološke zdravstvene nege

Večanje incidence raka pomeni za zdravstveni sistem, da bo potrebno zaposliti več medicinskih sester na področju preprečevanja, zgodnjega odkrivanja in zdravljenja raka. Potrebno je podpreti predlagane izobraževalne programe za podiplomsko izobraževanje iz onkološke zdravstvene nege.

Trendi v svetu kažejo, da je zanimanje za poklic medicinske sestre v upadanju in da se povprečna starost medicinskih sester veča (Stokowski, 2004). V slovenskem prostoru trenutno zanimanje za poklic presega zmogljivosti vseh treh visokih šol, vendar zaradi neustrezne kadrovske politike zdravstvenih zavodov, kjer odgovorni predvsem iz ekonomskih razlogov niso načrtovali ustreznega zaposlovanja diplomiranih medicinskih sester, se v slovenskem prostoru srečujemo z velikim pomanjkanjem medicinskih sester. Projekcija Inštituta za varovanje zdravja kaže (Albreht, 2004), da s sedanjimi visokošolskimi zmogljivostmi ne bomo mogli nadomestiti odhoda upokojenih medicinskih sester, kaj šele, da bi povečali število le-teh. Tako se je menedžment zdravstvene nege soočil s situacijo, ko mora na trgu ponuditi delovna mesta, kjer bodo medicinske sestre videle pozitivni razvoj v svoji karieri. Če želimo kakovostno onkološko zdravstveno nego, moramo prehiteti konkurenco na trgu delovne sile. To pa lahko naredimo le, če bo onkološka medicinska sestra prepoznana kot uveljavljena strokovnjakinja na svojem področju in enakopravna sodelavka v multidisciplinarnem timu. Za to smo odgovorni vsi, ki delamo v onkologiji.

Literatura:

- Albreht, T. (2004). Analiza preskrbljenosti z medicinskimi sestrami ter ovrednotenje stopenjskih ukrepov in projekcij do leta 2033. Inštitut za varovanje zdravja.
- Bakken, S. (2001). An informatics infrastructure is essential for evidence based nursing. *J Am Med Inform Assoc.* May-Jun; 8(3): 199-201.
- Donovan, T., Mercer, D. (2003). Onward in my journey, Preparing nursing for a new age of cancer care. *Cancer nursing*, Vol. 26, No. 5, 400-404.
- Ferrell in sod., (2003). The Role of Oncology Nursing to Ensure Quality Care for Cancer Survivors: A Report Commissioned by the National Cancer Policy Board and Institute of Medicine. *Oncology nursing forum*, Vol. 30. No. 1. <http://www.ons.org/publications/journals/ONF/Volume30/Issue1/300132.asp>
- Higgins, A. (2003). The developing role of the consultant nurse. *Nursing management*, vol. 10, No. 1, 22-28.
- Hilton White, L. (1999). The Robert Tiffany Lectureship, Vital sings at the millennium: Becoming more than we are. *Cancer nursing*, Vol. 22, No. 1, 6-16.
- Kearney, N. (1999). New strategies in the management of cancer. *Cancer Nursing*, Vol. 22, No. 1, 28-33.
- McCorkle, R. (1996). Surviving breast cancer. In R. McCorkle, M. Grant, M. Frank-Stromborg, & S.B. Baird (Eds.), *Cancer nursing* (2nd ed.) (pp. 893-898). Philadelphia: Saunders.
- Miaskowski, C., & Buchsel, P. (1999). *Oncology nursing: Assessment and clinical care*. St. Louis, MO: Mosby.
- Skela Savič, B. (2003). Zdravstvena nega in uspešno vodenje v slovenskih bolnišnicah. V: Kernič P (ur.), Filej B (ur.) Zbornik predavanj in posterjev 4. kongresa zdravstvene nege, Portorož, 1.-3. oktober 2003. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege - Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, 215-228.
- Skela Savič, B. (2003). Program dela in razvoja v službi za zdravstveno nego na Onkološkem inštitutu Ljubljana. Interni dokument Onkološkega inštituta, Služba za zdravstveno nego in oskrbo.
- Tan, M., Karabulutlu, E. (2005). Social support and hopelessness in Turkish patients whit cancer. *Cancer nursing*, Vol. 28, No. 3, 236-240.
- Yarbro, C., H. (1999). Presidents address: Visions: Our hopes for the future. *Cancer nursing*, vol. 22, No. 1, 1-4.