

Splošna bolnišnica Novo mesto  
Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Novo mesto  
Univerza v Novem mestu Fakulteta za zdravstvene vede



**13. DNEVI MARIJE TOMŠIČ**  
**»IZZIVI INTEGRIRANE ZDRAVSTVENE IN SOCIALNE OSKRBE V ČASU EPIDEMIJE«**  
zbornik povzetkov

Novo mesto, 21. januar 2022

Zbrala in uredila Marjeta Berkopec

## PROGRAM SREČANJA

- 08.45 - 09.00 Prijava v spletno okolje
- 09.00 - 09.10 Uvodni nagovor predsednice organizacijskega odbora  
*Nataša Piletič, dipl. m. s., mag. vzg. in menedž. v zdr.,  
v. d. pomočnice direktorice za zdravstveno nego, SB Novo mesto*
- 09.10 - 09.40 Kakovost- temelj integrirane zdravstvene in socialne oskrbe  
*Biserka Simčič, spec. posl. ekon., QSM*
- 09.40 - 10.25 Nujnost sistemske ureditve dolgotrajne oskrbe in prizadevanja Srebrne niti  
*Biserka Marolt Meden, univ. dipl. soc., predsednica Srebrne niti*
- 10.25 - 11.10 Korona čas skozi prizmo poklicne etike medicinskih sester in babic  
*Darinka Klemenc, dipl. m. s., predsednica Častnega razsodišča 1. stopnje  
pri Zbornici - Zvezi*
- 11.10 - 11.20 Vprašanja in odgovori
- 11.20 - 11.40 Odmor
- 11.40 - 12.00 Socialno delo v bolnišnici – priložnost za sodelovanje med  
zdravstvenim in socialnovarstvenim sistemom  
*Sabina Klemenčič, univ. dipl. soc. del., SB Novo mesto*
- 12.00 - 12.20 Zdravstvena nega oseb z demenco v luči epidemije  
*Martina Žerjav, dipl. m. s., DSO Krško*
- 12.20 - 12.40 Vpliv arterijske hipertenzije na porast hitrosti pulznega vala  
*Matej Reisp, dipl. zn., dr. Gorazd Laznik, viš. pred.,  
Univerza v Novem mestu, Fakulteta za zdravstvene vede*
- 12.40 - 13.00 Korona – izzivi in priložnosti  
*Gabrijela Pirc, dipl. m. s., DUO Impoljca*
- 13.00 - 13.10 Vprašanja in odgovori
- 13.10 Zaključek srečanja

## Kazalo

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Kakovost - temelj integrirane zdravstvene in socialne obravnave</b>  | <b>1</b>  |
| Biserka Simčič, mag. Klavdija Kobal Štraus  |           |
| <b>Nujnost sistemske ureditve dolgotrajne oskrbe in prizadevanja Srebrne niti</b>                             | <b>4</b>  |
| Biserka Marolt Meden  |           |
| <b>Korona čas skozi prizmo poklicne etike medicinskih sester in babic</b>                                     | <b>7</b>  |
| Darinka Klemenc   |           |
| <b>Socialno delo v bolnišnici – priložnost za sodelovanje med zdravstvenim in socialnovarstvenim sistemom</b> | <b>11</b> |
| Sabina Klemenčič  |           |
| <b>Zdravstvena nega oseb z demenco v luči epidemije</b>   | <b>13</b> |
| Martina Žerjav  |           |
| <b>Vpliv arterijske hipertenzije na porast hitrosti pulznega vala</b>   | <b>14</b> |
| Matej Reisp, dr. Gorazd Laznik  |           |
| <b>Korona - izzivi in priložnosti</b>   | <b>16</b> |
| Gabrijela Pirc  |           |

## Kakovost - temelj integrirane zdravstvene in socialne obravnave

Biserka Simčič, mag. Klavdija Kobal Štraus

V Sloveniji je pristojnost za področje zdravstva in socialnega varstva razdeljena med dve ministrstvi (ZSV, 1992, ZZDej, 1992), ki morata svoje aktivnosti voditi in usklajevati s številnimi, pogosto med seboj nepovezanimi izvajalci. Zdravstvena in socialna obravnava posameznika bi se morali tesno prepletati s ciljem zagotavljanja neprekinjene celostne obravnave posameznika, ki zaradi bolezni, starostne oslabelosti, poškodb, invalidnosti, pomanjkanja ali izgube intelektualnih sposobnosti in drugih vzrokov potrebuje socialno varstveno ali zdravstveno obravnavo.

Najpogosteje so uporabniki storitev s področja zdravstva ali socialnega varstva starejši. Projekcije kažejo, da se bo v Sloveniji delež starih 65 let in več iz 20 % v letu 2019, povečal na skoraj 31 % v letu 2050, od tega delež starih 80 in več let iz 5,4 % v letu 2019 na 11,2 % v letu 2050 (SURs, 2021). S staranjem prebivalstva se bo povečevala tudi potreba po socialno varstvenih storitvah, dolgotrajni in zdravstveni oskrbi. Skozi leta se spreminja demografska slika, kakor tudi potrebe in pričakovanja uporabnikov storitev. Uporabniki v ospredje postavljajo kakovost življenja (ne zgolj podaljševanje življenja), želijo storitve, ki spoštujejo načela dostojanstva, jim omogočajo dobro počutje in ki jih lahko koristijo na svojem domu, v krogu svoje družine (OECD, 2021). Kakovostna obravnava uporabnikom lahko omogoči, da kljub nepopolni samooskrbi ostanejo čim bolj samostojni in dejavni partnerji v celotnem procesu obravnave (European Commission, 2013). Dobro načrtovana, kakovostna in varna obravnava lahko prepreči nepotrebne napotitve v bolnišnice in s tem zaščiti uporabnika pred nepotrebnimi obremenitvami ter zmanjša kadrovske in finančne obremenitve zdravstvenega sistema. Raziskave (de Bienassis, Llena-Nozal in Klazinga, 2020) kažejo, da je več kot polovico neželenih dogodkov na področju dolgotrajne oskrbe mogoče preprečiti, posledično pa napotitve v bolnišnice zmanjšati za 40 odstotkov.

Bistvo vodenja kakovosti je sistematično izboljševanje znanja zaposlenih, organiziranosti procesov, delovnega okolja in vodenja. Kaže se v povečani uspešnosti obravnave, večji dostopnosti zdravljenja, boljših delovnih pogojih, predvsem pa v večji varnosti. Izboljšave temeljijo na prilagajanju spreminjajočim se razmeram, odpravljanju vzrokov za vrzeli med odkloni in standardno kakovostjo ter razširjanju vzrokov za najboljše prepoznane prakse (Kiauta idr., 2010). Metodologija spremljanja kakovosti zdravstvene obravnave je bila v Sloveniji na področju bolnišnične obravnave, postavljena že v letu 2010, prvi koraki pri postavljanju metodologije spremljanja kakovosti zdravstvene obravnave v socialno varstvenih zavodih pa so bili narejeni šele leta 2021, s testnim spremljanjem kazalnikov kakovosti zdravstvene obravnave v socialno varstvenih zavodih (Gorup, Guštin, Jacović, 2021), revizijo testirane metodologije in tudi umestitvijo podlage, ki socialno varstvene zavode zavezuje k spremljanju kakovosti zdravstvene obravnave v skladu z nacionalno določeno metodologijo (od 1. januarja 2022 dalje, Aneks k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2022).

Pomemben temelj na poti h kakovostni integrirani obravnavi v Republiki Sloveniji predstavlja tudi sprejem Zakona o dolgotrajni oskrbi (2021), ki s ciljem celostne obravnave povezuje storitve s področja zdravstva in socialnega varstva in določa, da je kakovostna dolgotrajna oskrba tista oskrba, ki dosega celostno, strokovno, uporabniku prilagojeno dolgotrajno oskrbo, ob upoštevanju **temeljnih načel kakovosti: uspešnost, varnost, pravočasnost, neprekinjenost, učinkovitost, enakopravnost in osredotočenost** na uporabnika ter njegovo aktivno vlogo, ki se izvaja v skladu s strokovnimi standardi in najboljšimi praksami. Integracija storitev s področja zdravstva in socialnega varstva ter vodenje kakovosti integrirane obravnave predstavlja svojevrsten izziv državam (Kaehne, 2016; Igarashi, Eltaybani, Takaoka, 2020), pilotni projekti, ki jih je koordiniralo Ministrstvo za zdravje pa so pokazali (Nagode, Dremelj, Dolničar, 2021), da imamo na področju krepitve sodelovanja med službami in zaposlenimi s področja zdravstva in socialnega varstva se precej prostora za izboljšave.

## Viri

1. de Bienassis, K., Llana-Nozal, A. in Klazinga, N. S. 2020. OECD Health Working Papers No.121: The economics of patient safety Part III: Long-term care: Valuing safety for the long haul. Dostopno na: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/be07475c-en.pdf?expires=1621810167&id=id&accname=guest&checksum=275D2511164C92393085F947F06ECB3A> (16. 12. 2021).
2. European Commission. 2013. A Good Life in Old Age. Dostopno na: [https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/a-good-life-in-old-age\\_9789264194564-en#page4](https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/a-good-life-in-old-age_9789264194564-en#page4) (14. 12. 2021).
3. Gorup, L., Guštin, E., Jacovič, A., Kobal Straus, K., Lipar, T., Počič, M., Poldrugovac, M., Simčič, B., Tičar, Z. 2021. Priročnik o kazalnikih kakovosti zdravstvene obravnave v socialnovarstvenih zavodih. Dostopno na: <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/Dolgotrajna/Prirocnik-o-kazalnikih-kakovosti-zdravstvene-obravnave-v-socialnovarstvenih-zavodih-julij-2021.pdf> (14. 12. 2021).
4. Igarashi, A., Eltaybani, S., Takaoka, M. 2020. Quality Assurance in Long-Term Care and Development of Quality Indicators in Japan. Dostopno na: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2333721420975320> (15. 12. 2021).
5. Kaehne, A. 2016. The Building Blocks of Integrated Care. International Journal of Integrated Care; 16(4):5.
6. Kiauta, M., Poldrugovac, M., Rems, M., Robida, A., Simčič, B. 2010. Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010-2015). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
7. Nagode, M., Dremelj, P., Dolničar, V., Hvalič Touzery, S., Istenič, A., Kobal Tomc, B. 2021. Dolgotrajna oskrba – izziv in priložnost za boljši jutri. Evalvacija pilotnih projektov s področja dolgotrajne oskrbe. Dostopno na: <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/Dolgotrajna/Dolgotrajna-oskrba-povzetek-dec21.pdf> (14. 12. 2021).
8. OECD. 2021. Long-term care workforce: caring for the ageing population with dignity. Dostopno na: <https://www.oecd.org/els/health-systems/long-term-care-workforce.htm> (14. 12. 2021).
9. Pribakovič Brinovec, R., Masten – Cuznar, O., Ivanuša, M., Leskošek, B., Pajntar, M., Poldrugovac, M., Simčič, B., Tušar, S. 2010. Priročnik o kazalnikih kakovosti. Dostopno na: <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/Dostopnost-in-varnost-zdravstvenega-varstva/Kakovost-zdravstvenega-varstva/Navodila/11cc816388/Prirocnik-o-kazalnikih-kakovosti.pdf> (14. 12. 2021).
10. SURS. 2021. Število in sestava prebivalstva. Dostopno na: <https://www.stat.si/StatWeb/Field/Index/17/104> (14. 12. 2021).
11. Zakon o dolgotrajni oskrbi. 2021. Dostopno na: <https://imss.dz-rs.si/IMiS/ImisAdmin.nsf/ImisnetAgent?OpenAgent&2&DZ-MSS-01/f7754631b485879db03bcd298ec9fd739423cedea245e0ecebec519029a4a755> (14. 12. 2021).
12. Vlada Republike Slovenije. 2021. Aneks št. 1 k Splošnemu dogovoru. Dostopno na: <https://www.gov.si/novice/2021-12-09-aneks-st-1-k-splosnemu-dogovoru/> (15. 12. 2021).
13. Zakon o socialnem varstvu (Uradni list RS, št. 3/07 – uradno prečiščeno besedilo, 23/07 – popr., 41/07 – popr., 61/10 – ZSVarPre, 62/10 – ZUPJS, 57/12, 39/16, 52/16 – ZPPreb-1, 15/17 – DZ, 29/17, 54/17, 21/18 – ZNOrg, 31/18 – ZOA-A, 28/19 in 189/20 – ZFRO). Dostopno na: <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO869> (14. 12. 2021).
14. Zakon o zdravstveni dejavnosti (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, 1/19 – odl. US, 73/19, 82/20, 152/20 – ZZUOOP, 203/20 – ZIUPOPVE in 112/21 – ZNUPZ). Dostopno na: <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO214> (14. 12. 2021).

# **Nujnost sistemske ureditve dolgotrajne oskrbe in prizadevanja**

## **Srebrne niti**

### Izzivi integrirane zdravstvene in socialne oskrbe v času epidemije

Biserka Marolt Meden

#### **Pogled nazaj**

Vsi vemo, kje smo. V Sloveniji, za katero še vedno lahko rečemo, da je neokrnjen biser narave na našem planetu in kjer radi živimo. Mi starejši pa bi radi, tako kot vsi, dostojno živeli v zadnjem življenjskem obdobju, ko naj bi obirali sadove dolgega obdobja vlaganja v solidarnostni sistem zdravstva in sociale in zdaj potrebujemo pomoč in storitve dolgotrajne oskrbe.

Vemo tudi kakšna so demografska gibanja, da je Slovenija med najhitreje starajočimi se družbami, kjer je delež starejših nad 65 let že približno 20 odstotkov.

Zato je sistemska ureditev dolgotrajne oskrbe nujna. Slovenija je bila do decembra 2021 edina evropska država, ki ni imela zakonsko urejenega področja dolgotrajne oskrbe. Delež sredstev, ki jih v Sloveniji namenimo za dolgotrajno oskrbo pa je daleč pod povprečjem OECD15, samo 0,9 odstotka in v EU kar 1,7 odstotka BDP. Torej morajo tisti, ki odločajo o proračunu naše države zagotoviti večji delež za dolgotrajno oskrbo in za zdravstvo, da bodo udeležili lepe besede o skrbi za ranljive skupine prebivalstva.

Epidemija je razkrila in potencirala vse slabosti na področju zdravstva in sociale. Dostopnost zdravstvenega varstva se je izrazito poslabšala. Čakalne dobe so se še podaljšale, čeprav še vedno nimamo takšnega informacijskega sistema, da bi lahko natančno vedeli, kako in kje se lotiti tega problema. Na srečo so strokovnjaki, ki so vzpostavili sledilnik za COVID-19, vzpostavili tudi program, ki državljanom omogoča, da lažje najdejo prostega družinskega zdravnika. Kar 130.000 državljanov je namreč ostalo brez osebnega družinskega zdravnika zaradi spremenjene glavarine, upokojitev in dolgoročnih posledic neučinkovite in neustrezne zdravstvene politike.



Posledice epidemije po številu umrlih zaradi covid-19 so bile za Slovenijo hujše kot v večini evropskih držav ugotavlja UMAR. Presežna umrljivost v letu 2020 je bila v zadnjih 3 mesecih leta 2020 najvišja med državami EU. Prepočasi se lotevamo čakalnih vrst na področju sociale tako v domovih kot pri pomoči na domu in predolgo je trajalo, da smo s pomočjo EU sredstev začeli vlagati v dvig kakovosti namestitvev v institucijah socialnega varstva.

Včasih se premalo zavedamo, da revščina v Sloveniji narašča. Kar 254.000 prebivalcev ima dohodek nižji od 739 evrov, ki predstavlja prag tveganja revščine. Med njimi je 97.000 upokojencev, kar predstavlja 19,5 odstotka vseh upokojencev. Najbolj ogrožene so samske ženske, stare več kot 65 let. Epidemija je stanje poslabšala.

### **Pogled naprej**

Vsi si moramo prizadevati za krepitev sistema javnega zdravstva in sociale in narediti vse, da se bo mreža javnega zdravstva in sociale krepila in ne trgala ter nadomeščala z zasebniki.

Zdravstvo in sociala sta na področju dolgotrajne oskrbe neločljivo povezana. Zato govorimo o integriranih socialno-zdravstvenih storitvah. In zato je vsakršno ločevanje zdravstva in sociale in razmisleki o tem, kaj je bolj pomembno socialna ali zdravstvena oskrba, popolnoma neprimerno in odveč. Odveč so očitki o prevladujoči medicinski oskrbi v domovih starejših. V ospredju mora biti človek, ki potrebuje tako storitve socialne oskrbe kot tudi zdravstveno nego oziroma celovito zdravstveno oskrbo. In že smo pri kadrih, ki bodo zagotavljali te storitve. Da jih bomo imeli več, dovolj še dolgo ne, je nujno, da odločevalci uredijo pogoje dela in plačilo. Torej so nujni novi kadrovske standardi in normativi na obeh pomembnih področjih in ureditev plačnega sistema, ki bo tem nujno potrebnim in danes deficitarnim kadrom zagotovil ustrezno plačilo. Le tako bomo imeli uporabniki na voljo možnost izbire med storitvami, ki naj bi jih zagotavljal Zakon o dolgotrajni oskrbi. Z velikimi koraki pa se moramo lotiti izobraževanja novih profilov za izvajanje integriranih socialno-zdravstvenih storitev dolgotrajne oskrbe.

Komaj sprejeti Zakon o dolgotrajni oskrbi prinaša veliko vprašanj, kako ga bomo izvajali. Kako bodo delovale bivalne skupnosti, oskrbni domovi in kako negovalni

domovi. Se bo res veliko ljudi odločilo za denarno pomoč oziroma za oskrbovalca družinskega člana in ne bo treba vlagati v namestitve v institucije? Kako bomo poskrbeli za osebe z demenco, saj vemo, da je demenca druga epidemija, ki ji ne moremo ubežati? Kako si bodo občine in država delili pristojnosti in sredstva za kakovostno dolgotrajno oskrbo? Bomo zmogli do leta 2025 zagotoviti solidarnostno sistemsko financiranje dolgotrajne oskrbe in bo resnično vsak ne glede na kraj bivanja ali prihodek deležen cenovno dostopnih in kakovostnih storitev dolgotrajne oskrbe, ki jih potrebuje?

#### Viri

1. [www.srebrna-nit.si](http://www.srebrna-nit.si)
2. Urad RS za ekonomske analize in razvoj, publikacija Evropski steber socialnih pravic, Slovenija 2000 – 2020, avgust 2021

## Korona čas skozi prizmo poklicne etike medicinskih sester in babic

Darinka Klemenc

V prispevku je obravnavan vidik poklicne etike medicinskih sester in babic, s poudarkom na korona (Covid-19) času, ki nam je zadnje leto in pol dodobra zaznamoval in spremenil življenje tako na globalni kot na lokalni in osebni ravni. In to obdobje še vedno traja. Na povsem nepričakovane okoliščine so neposredno vezane razmere v zdravstvenem sistemu, izjemno se dotikajo tudi zdravstvene in babiške nege. Vključno s strokovnimi, organizacijskimi izzivi, z našimi osebnimi in poklicnimi vrednotami, moralnimi normami, tudi z etičnimi izzivi, problemi in dilemami. Zaradi prisotnosti Covida-19, vmes razglašene epidemije in njenih hudih posledic (ob koncu leta 2021 štejemo že preko 5600 smrti, na deset /sto? tisoče tistih, ki jim je covid pustil posledice, ne le na zdravju, tudi na čustvenem, ekonomskem, socialnem in drugih področjih, da svojcev in drugih bližnjih, ki so izgubili svoje najbližje, ne omenjamo) se je spremenil in vseskozi prilagajal celotni sistem zdravstvene oskrbe prebivalcev v vseh okoljih in na vseh treh nivojih zdravstvenega varstva. Zdravstvena in babiška nega sta ves ta čas na hudi preizkušnji, tudi zaradi (že skoraj dve desetletji) močno podhranjenega števila negovalnega kadra in (v odnosu na EU direktive) pre/nizke izobrazbene ravni njenih izvajalk in izvajalcev, kar velja zlasti za zdravstveno nego, saj so si babice izobraževanje po EU direktivi uredile že pred desetletji. Zato ni nenavadno, da se v takšnih situacijah veliko »dogaja« tudi na področju poklicnih kompetenc, odgovornosti, poklicne (in seveda tudi osebne) etike; ne nazadnje sta tako zdravstvena kot babiška nega zelo etični disciplini.

V luči Kodeksa etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije in Kodeksa etike za babice Slovenije so v prispevku izpostavljena nekatera načela, na katera je smiselno opozoriti, jih pregledati skozi primere iz prakse, jih reflektirati v luči konkretnih situacij, morda lažje v bolj »mirnih« časih. A korone še ni konec in s tem tudi ne vsakodnevnih etičnih izzivov. Najbrž bo po covid obdobju potrebno pregledati tudi obstoječe poklicne kodekse (pravkar je prenovljeni Kodeks etike za medicinske sestre izdal tudi Mednarodni svet medicinskih sester – ICN). Stroko in njene izvajalce je potrebno

opremiti tudi za naprej, saj se je svet nepovratno spremenil, vključno z vrednotami tudi profesionalnimi. Zagotovo se bomo še leta pogovarjali o posameznih težkih (ali tudi lepih) primerih in dogodkih, o pacientih in njihovih bližnjih, s katerimi smo doživljali najhujše ali najlepše trenutke. In iz brezizhodnih situacij izšli oboji – kot zmagovalci ali kot poraženci. Soočali se bomo tudi s slabo vestjo, ki je eden od najpogostejših vzrokov za izgorelost medicinskih sester in babic. Ne fizični oz. telesni napor (četudi niso zanemarljivi), po več raziskavah je izgorelost posledica slabe vesti in nepredelanih težkih dogodkov, nerazrešenih etičnih pomislekov in vprašanj. Spomini na obdobje, ki ga v svoji poklicni karieri nihče od nas ni pričakoval, bodo tudi priložnost za refleksijo najtežjih situacij, etičnih dilem in problemov, ki smo jih doživljali v kliničnih okoljih, na domovih pacientov (patronažna služba), v domovih starejših in drugod, lahko dragoceno gradivo za izboljšanje etične občutljivosti v zdravstveni in babiški negi in v zdravstvu nasploh.

V prispevku je navedena razlaga ključnih pojmov, vezanih na poklicno etiko, ki v osnovi pomeni nauk o dobrem, pravilnem ali koristnem odnosu do človeka, živali, živega, neživega okolja. Gre za odnos do drugega, ki se izraža z dobrim za drugega in dobrim samim po sebi. Poznamo osebno in profesionalno etiko, slednja je zapisana v kodeksih poklicne etike. Od teorij etike so na zdravstveno in babiško nego vplivale deontološka ali Kantova oz. biomedicinska teorija etike (zdravniki), ki je za medicinke sestre in babice precej rigidna (govori le o dolžnostih), teleološka (utilitarizem), etika vrlin, etika skrbi, ki je v zadnjih 30 letih osnovna teorija za dejavnost zdravstvene in babiške nege. Obstaja še več drugih teorij etike, ki za razumevanje naslovne teme niso ključne. Z etiko je v tesni povezavi morala; gre za splet vrednostno naravnane človekovega ravnanja, skupek nenapisanih družbenih pravil, po katerih se ravna skupnost. Morala je človekovo notranje vodilo pri odločanju v življenjskih situacijah in je odraz časa, družbe, družbenih ureditev, kultur, veroizpovedi... Vodila in načela posameznih moral so različna in se zgodovinsko spreminjajo. Filozofska disciplina, ki si prizadeva opredeliti naravo in pomen zahtev različnih moral, je etika. Moralna in etična načela se v medsebojnih odnosih prepletajo, zato se v praksi uporabljata oba izraza skupaj. Moralno delovanje se odraža v etičnem vprašanju: Ali delam, presojam in odločam dobro, koristno, pravilno? Prav skrbstveno delo, vezano na etiko skrbi, se v zdravstveni (in babiški) negi pojavlja na edinstven način – kot neposredna pomoč

sočloveku, kjer odnosi, čustva, empatija, spoštovanje, skrb v najširšem pomenu besede predstavljajo velik del vsakodnevnega dela v praksi zdravstvene in babiške nege. In to neposredno skrbstveno delo posameznika povezuje z drugim/i; ritmi skrbi se menjavajo, tudi po spolu, kraju, času. Skrbstveno delo izvajajo ljudje za ljudi, k ljudem in kot ljudje. Etika skrbi je zadnjih 30 let ključna teorija za področje poklicnega delovanja medicinskih sester in babic.

Iz etike izhajajo etični kodeksi; etična načela si oblikuje praktično vsaka poklicna skupina. Izhajajoč iz obeh stanovskih kodeksov (za zdravstveno nego in oskrbo in za babice) je v prispevku izpostavljena vsebina tistih načel, kjer je bilo v korona času zaznati več strokovnih in etičnih izzivov, problemov, dilem ali kršitev. Posebej je (v zdravstveni negi in oskrbi) izpostavljeno načelo III, ki se glasi: Izvajalci zdravstvene nege in oskrbe spoštujejo dostojanstvo in zasebnost pacienta v vseh stanjih zdravja, bolezni, ob umiranju ter po smrti. Podobno se glasi načelo 3 v kodeksu za babice: Babica spoštuje zasebnost in dostojanstvo ženske, otroka in družine. Pri tem jo zavezuje poklicna molčečnost.

Posebni izziv predstavljajo etične dileme, vezane na korona čas. Etične dileme se sicer pojavljajo v vseh življenjskih obdobjih in situacijah (najtežje rešljive so vezane na začetek in konec življenja), pri obeh spolih, v vseh starostih. Ta kriterij je lahko v času pomanjkanja zdravstvenih kapacitet, osebja, opreme (respiratorji, proste postelje) velik izziv. Dileme lahko nastanejo tudi v odnosu na: veroizpoved, multikulturnost, ranljive skupine, ...Razlika med problemom in dilemo je, da je problem rešljiv, dilema pa ni. Gre za dvom, ali je naše delovanje oziroma odločanje res v korist pacienta ali mu morda celo škoduje; tedaj govorimo o etični dilemi. Istočasno izbiramo lahko med dvema ali več slabimi odločitvami in nobena ni dobra za pacienta.

V predstavitvi je obrazloženih nekaj etičnih dilem, ki so se dogajale (nekatero se še vedno) v slovenskem zdravstvenem sistemu, večinoma v korona času. Tako smo se v začetku cepljenja soočali s cepljenjem mimo vrste, nato s primerom iz Namibije, s premalo pozornosti na varovanje zasebnosti, bilo je preveč razgaljanja hudo bolnih in umirajočih pacientov na covid oddelkih v medijih, prikazane so bile celo polne krste na covid oddelkih, v poduk in kot promocijo cepljenja se je večkrat na dan vrtel po TV

postajah »vzgojni« dokumentarni film, bili smo priča izpostavljanju osebnih in zdravstvenih podatkov pacientov, na kar je opozarjala tudi Delovna skupina v zdravstveni in babiški negi pri Zbornici – Zvezi. Bili smo priča ali celo so-akterji pri izpostavljanju javnih oseb v ranljivih situacijah, veliko je bilo vdorov medijev na covid oddelke, nenehno novi posnetki, za kuliso pa najtežji pacienti,...Pre/številne snemalne ekipe so imele ponekod lažji vstop v intenzivne sobe kot svojci hudo bolnih in umirajočih; mnogi se niso mogli posloviti od najbližjih, tudi v domovih starejših, kjer še vedno ni razjasnjeno t. i. triažiranje stanovalcev domov po kriterijih, kdo bo deležen zdravljenja v bolnišnici, kdo ne, kar je etično sporno, tudi v odnosu do tistih starejših, ki so zboleli v domačem okolju in so imeli predvidoma boljšo možnost hospitalizacije. Primerov je več in vsak je vreden razmisleka. Da se podobne zgodbe ne bi ponavljale. Na koncu se poraja vprašanje, kako se „opremiti“, sami sebe, da bomo zdržali permanentni stres in utrujenost, ki trajata že skoraj dve leti in ker bo covid po napovedi še kar trajal? Morda pomislimo na vrednote (osebne, poklicne): kolegialnost, zaupanje, solidarnost, strokovnost, organiziranost, spoštovanje so/človeka. V težki situaciji je tudi priložnost za izboljšanje med poklicnega sodelovanja, kot so to storili študenti prostovoljci - medicine in zdravstvene/babiške nege ob največjem pomanjkanju osebja po domovih starejših.

Za pogum, za vztrajanje, za soočanje z izzivi, ki še trajajo, četudi se vsaka kriza enkrat konča, ljudje in odnosi pa ostanemo, je pomembno, da sproti rešujemo tudi etične dileme in probleme, da si izmenjujemo izkušnje, kjer je dragocena medgeneracijska pomoč, da si sproti skušamo vsaj za silo »polniti baterije«, četudi je to odklop v tišini, v naravi, med ljudmi, ki nas razumejo. Da se odmaknemo tudi iz socialnih omrežij in ekranov, ko je to mogoče. In da za paciente, ki nas potrebujejo, preprosto smo. Dragoceni. Nenadomestljivi. Strokovni. Empatični. Etični.

## Socialno delo v bolnišnici – priložnost za sodelovanje med zdravstvenim in socialnovarstvenim sistemom

Sabina Klemenčič

Socialno delo se je kot poklicna dejavnost v zdravstvu uveljavilo v začetku 20. stoletja. Ključne so bile ugotovitve, da dejavniki iz človekovega okolja vplivajo na človekovo zdravje, pojav bolezni, zdravljenje in izid zdravljenja. Osrednji prostor, v katerem se dogaja proces pomoči v socialnem delu, je pogovor. Pogovor za sooblikovanje razumevanja, za raziskovanje rešitev, soustvarjanje dobrih izidov.

Prispeva k celostnemu pristopu zdravstvene obravnave, upoštevajoč, da se pomoč ne sme osredotočati samo na somatske in psihične vidike, temveč tudi na odnose in okolje v katerem posameznik živi.

Obsega znanje razumevanja medosebnih odnosov na različnih področjih delovanja posameznika in njegovega okolja. V okviru svojega delovanja se usmerja na to, kje se nahaja problem, v katerih delih interakcije med posameznikom in okoljem, katere strategije so potrebne, kakšen je njihov vpliv na življenje pacienta.

Cilj socialnega dela v zdravstveni dejavnosti je s pacientom in/ali njegovim bližnjim v izvirnem delovnem projektu soustvariti dober in uresničljiv izid za pacienta. Do stisk in težav pogosto pride, ko poslabšanje zdravstvenega stanja ne omogoča več načina življenja, kot so ga bili vajeni. Ne vedo, kako bo z njihovim zdravjem, koliko pomoči bodo potrebovali, ali bodo po zaključenem zdravljenju še lahko živeli samostojno, ali bodo delno, ali v celoti potrebovali pomoč drugega. Nekateri morajo popolnoma spremeniti način življenja, mnogi tudi okolje.

Socialna delavka sodeluje s strokovnimi timi v bolnišnici in s strokovnjaki zaposlenimi v institucijah socialnega varstva. Predvsem pri zagotavljanju psihosocialne pomoči in podpore, informiranju o pravicah, postopkih in izvajalcih virov pomoči in storitev. Sodelovanju in koordiniranju s posameznimi izvajalci storitev. Načrtovanju pomoči pacientom po odpustu iz bolnišnice. Idealno bi bilo, da z vsakim pacientom, skupaj z njegovimi bližnjimi in vsemi vključenimi strokovnjaki poiščemo rešitev »po meri

posameznika«. Žal to ni vedno možno. Ponudba storitev, ki jih potrebujejo ne sledi vedno njihovim željam in potrebam. Epidemija, ki jo doživljamo, je prinesla dodatne izzive vsem deležnikom v procesu pomoči. Obenem pa nam nudi tudi priložnost za strpno razumevanje drug drugega, izmenjavo znanj in izkušenj, za še boljše sodelovanje v prihodnje.



## Zdravstvena nega oseb z demenco v luči epidemije

Martina Žerjav

Demenca je skupek bolezenskih znakov, ki so posledica več različnih bolezenskih procesov, običajno kronične ali napredujoče narave, ki se kaže kot upad spominskih sposobnosti, osiromašeno mišljenje, nesposobnost orientacije, razumevanja, učnih sposobnosti, govornega izražanja, presoje, zmanjšana sposobnost obvladovanja čustev, socialnega vedenja ali motivacije (Kogoj, 2000).

Demenca prizadene 4 % ljudi po 70. letu starosti in 13 % po 80. letu starosti (Lunder, 2007). Usodno ne prizadene le bolnika, temveč zaradi osebnostnih in vedenjskih sprememb ter večje odvisnosti vpliva tudi na odnos bližnjih do njega. Bližnji so pri tem pogosto zelo izčrpani in zato ne morejo bolniku nuditi toliko pomoči, kot bi jo potreboval (Kogoj, 2007). V svetu in v Sloveniji narašča število starejših oseb, kar ob manjši rodnosti pomeni, da se prebivalstvo stara. S tem se povečuje število različnih obolenj, kar povzroča velik družbeni, zdravstveni in socialni problem. Narašča tudi število oseb z demenco, trenutno je po oceni v Sloveniji 33000 oseb z demenco. Zato je pomembno teoretično in izkustveno znanje o zdravstveni negi oseb z demenco.

Zaposleni v zdravstveni negi in oskrbi oseb z demenco se srečujejo s pozitivnimi in negativnimi vplivi delovnega okolja, ki vplivajo na kakovostno izvedbo zdravstvene nege in oskrbe.

Epidemija je izraz za nenaden izbruh in hitro širjenje nalezljive bolezni v človeški populaciji, v kateri močno presega normalno obolevnost. Kadar pa obolevnost zavzame veliko geografsko področje, pa SZO razglasi pandemijo. S takšno obliko obolevnosti smo se srečali tudi v Sloveniji ob novi korona virusni bolezni. Medosebna komunikacija je za medicinske sestre (b nadaljevanju MS), ki delajo z osebami z demenco, še posebej pomembna. Poznamo več vrst komunikacije, vendar sta pri delu z osebami z demenco v ospredju verbalna in neverbalna komunikacija. Komunikacija pa je v času epidemije močno ovirana z uporabo varovalne opreme.

## Vpliv arterijske hipertenzije na porast hitrosti pulznega vala

Matej Reisp, dr. Gorazd Laznik

Arterijska hipertenzija (AH) je kronična bolezen, ki pomembno vpliva na nastanek ateroskleroze, ki jo lahko učinkovito odkrijemo z meritvijo hitrosti pulznega vala (ang. pulse wave velocity PWV). Meritve in posledično odkrite povišane vrednosti PWV so dober napovednik za srčno-žilne zaplete. S kvantitativno metodo raziskovanja smo raziskali, pojasnili in opredelili vpliv arterijske hipertenzije na porast PWV v različnih starostnih skupinah pri pacientih, ki AH že imajo. Podatke smo izpisali iz zdravstvene dokumentacije pacientov iz operacijskega sistema AtCor Sphygmocor. Obdelali smo jih po vnaprej pripravljeni predlogi, ki smo jo oblikovali na podlagi pregledane strokovne literature. Vzorec je obsegal 191 pacientov z arterijsko hipertenzijo, od tega 50,3 % (96) moških in 49,7 % (95) žensk. Povprečna starost pacientov, katerih dokumentacija je bila pregledana, je bila 53 let. Izkazalo se je, da so vrednosti PWV pri pacientih, ki imajo optimalen KT 72 %. Pri pacientih z optimalnim KT je 60 % povišanih vrednosti PWV. Pri pacienti z visoko normalnim KT in hipertenzijo 1. stopnje je bilo 53 % povišanih PWV. Pacienti s hipertenzijo 2. stopnje so imeli 53 % normalnih PWV, pri hipertenziji 3. stopnje je bilo povišanih PWV 94 %. Pri izolirani sistolični hipertenziji je imelo povišane vrednosti PWV 50 % pacientov. Rezultati raziskave nedvomno kažejo na pomembnost arterijske hipertenzije pri porastu hitrosti pulznega vala, najbolj očitna povezava je pri hipertenziji 3. stopnje in v starostni skupini med 30 in 49 let, kar znaša slabo tretjino vseh pacientov. Povprečno se je vrednosti PWV pri hipertoničnih dvignila za 8%, kar predstavlja povišano tveganje za nastanek srčno-žilnih zapletov, to pa jasno izkazuje pomembnost zdravstveno vzgojnega dela diplomirane medicinske sestre.

### Literatura

1. Accetto, R., Salobir, B., Brguljan Hitij, B. in Dolenc, P. (2014). Slovenske smernice za obravnavo hipertenzije. *Zdravniški vestnik*, 83(11), 727–758.
2. Balder, J. W., Rimbart, A., Zhang, X., Veil, M., Kanninga, R., Dijk, F. idr. (2018). Genetics, Lifestyle, and Low-Density Lipoprotein Cholesterol in Young and Apparently Healthy Women. *Circulation*, 137(8), 820–831.

3. Božič, N. in Brguljan Hitij, J. (2016). Register bolnikov z maligno hipertenzijo. V P. Dolenc (ur.), XXV. strokovni sestanek združenja za arterijsko hipertenzijo. Ljubljana: Združenje za arterijsko hipertenzijo, Slovensko zdravniško društvo, str. 33-37.
4. Božič, N., Knez, J., Dolenc, P. in Brguljan Hitij, J. (2019). Mesec meritev maj 2019. V P. Dolenc (ur.), XXVIII. strokovni sestanek združenja za arterijsko hipertenzijo. Ljubljana: Združenje za arterijsko hipertenzijo, Slovensko zdravniško društvo, str. 105-108.
5. Brguljan-Hitij, J., Dolenc, P., Erhartič, A. in Salobir, B. (2018). Slovenske smernice za obravnavo hipertenzije, 2018, skrajšana verzija. Pridobljeno s <https://hipertenzija.org/wp-content/uploads/2019/12/Smernice-za-obravnavo-hipertenzije-2018.pdf>.
6. Brunner-La Rocca, H. P. (2010). Towards applicability of measures of arterial stiffness in clinical routine. *European heart journal*, 31(19), 2320–2322.
7. Cevc, M. (2016). Hipertenzija in hiperlipidemija. V P. Dolenc (ur.), XXV. strokovni sestanek Združenja za arterijsko hipertenzijo. Združenje za arterijsko hipertenzijo, Slovensko zdravniško društvo, str. 63–72.
8. Čegovnik, B., Salobir, B. in Salobir, N. (2019). Interpretacija izvidov za oceno s hipertenzijo povzročene prizadetosti organov. V P. Dolenc (ur.), XXVIII. strokovni sestanek združenja za arterijsko hipertenzijo. Ljubljana: Združenje za arterijsko hipertenzijo, Slovensko zdravniško društvo, str. 23-32.
9. Dolenc, P. in Vujanić, A. (2018). Definicija arterijske hipertenzije. V P. Dolenc (ur.), XXVII. strokovni sestanek združenja za arterijsko hipertenzijo. Ljubljana: Združenje za arterijsko hipertenzijo, Slovensko zdravniško društvo, str. 15-24.
10. Ježovnik, M. in Poredoš, P. (2017). Vnetje - skupni patogenetski dejavnik arterijske aterosklerotične in venske tromboembolične bolezni. *Zdravniški vestnik*, 86(5/6), 244–254.
11. Turk, M., Lunder, M., Janić, M., Skarlovnik, A. in Šabovič, M. (2014). Pomen hitrosti pulznega vala in centralnega arterijskega tlaka v klinični praksi. *Medicinski razgledi*, 53(2), 171–180.
12. Yuhua, Z., Xuemei, X., Zhenzhen, W., Yingchao, B., Quangang, C., Xufeng, H. idr. (2018). Research Progress on the Relationship between Atherosclerosis and Inflammation. *Biomolecules* 8(3), 1-11.

## Korona - izzivi in priložnosti

Gabrijela Pirc

V posebnem socialno varstvenem zavodu Dom upokojencev in oskrbovancev Impoljca, smo se v času epidemije s Covidom srečevali s številnimi dilemami in izzivi. V prvi vrsti smo se srečevali s povsem novo situacijo, ki je okrepila strah pred novim in neznanim. Nadalje smo iskali primerne pristope kako predstaviti nastalo situacijo našim stanovalcem in jih povabiti k sodelovanju. Glede na njihova osnovna (psihiatrična) obolenja, je bilo potrebno še posebej pazljivo, empatično in poljudno strokovno pojasniti pomen izolacije, testiranja, preprečevanja prenosa okužbe ter jih opolnomočiti, da so razumeli smisel vseh ukrepov, s katerimi smo se soočali vsi skupaj.

Nabava OVO in zagotavljanje primernih prostorov sive in rdeče cone, ki bodo odgovarjali standardom ter kadrovska zasedba, nam je bil posebno velik izziv, ki smo ga z ustreznim strokovnim znanjem, celostnim pristopom in potrpežljivostjo zelo uspešno uresničili.

Priložnost in pozitivna izkušnja službe zdravstvene nege je bila tudi v tem, kako približati pomen vseh priporočil in ukrepov tudi drugim službam, da smo smotrno stopili skupaj in sledili zdravstveni stroki.

Srečanje so omogočili



# ***Baxter***



**MM SURGICAL**

**ECOLAB<sup>®</sup>**



**TOSAMA**

*Negujemo generacije od 1923*

TG-med d.o.o.