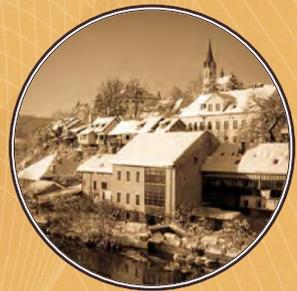
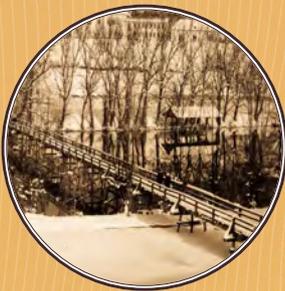


DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTER, BABIC IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV NOVO MESTO
FAKULTETA ZA ZDRAVSTVENE VEDE NOVO MESTO
SPLOŠNA BOLNIŠNICA NOVO MESTO

ZDRAVSTVENA NEGA V LUČI GLOBALNIH IZZIVOV

zbornik prispevkov

10. dnevi Marije Tomšič



Novo mesto, 2018

DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTER, BABIC IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV NOVO MESTO
FAKULTETA ZA ZDRAVSTVENE VEDE NOVO MESTO
SPLOŠNA BOLNIŠNICA NOVO MESTO

**ZDRAVSTVENA NEGA V LUČI
GLOBALNIH IZZIVOV**
zbornik prispevkov

10. dnevi Marije Tomšič

Dolenjske Toplice, 18. in 19. januar 2018

Novo mesto, 2018

ZDRAVSTVENA NEGA V LUČI GLOBALNIH IZZIVOV
10. dnevi Marije Tomšič

Izdala in založila / Publisher ©

Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto / Faculty of Health Sciences Novo mesto

Recenzirala / Outside Reviewer

Dr. Ljiljana Leskovic

Tehnična urednika / Technical Editors

Bojan Nose, Tanja Radovan

Natisnila / Printed by

Tiskarna Cicero Begunje, d. o. o.

Naklada / Circulation

200

Za strokovno korektnost in jezikovno pravilnost odgovarjajo avtorji prispevkov.

CIP - Kataložni zapis o publikaciji

Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

616-083(082)

DNEVI Marije Tomšič (10 ; 2018 ; Dolenjske Toplice)

Zdravstvena nega v luči globalnih izzivov : zbornik prispevkov / 10. dnevi Marije Tomšič, Dolenjske Toplice, 18. in 19. januar 2018. - Novo mesto : Fakulteta za zdravstvene vede = Faculty of Health Sciences, 2018

ISBN 978-961-94049-8-0

1. Gl. stv. nasl.

293178880

VSEBINA

<i>Nikolina Belavić</i>	7
Globalna razširjenost diabetične retinopatije	
<i>Jelka Cimermančič</i>	13
Spremembe v babištvu - velik izziv globalnega pomena	
<i>Marija Kadovič</i>	22
The impact of globalization on nurses of the 21st century	
<i>Mag. Marta Kavšek in ddr. David Bogataj</i>	26
Razvoj stanovanjske oskrbe na temelju modela mnogoterih pojemanj	
<i>Tomislav Kovačević</i>	39
Aktualni problemi rada medicinskih sestra u SR Njemačkoj	
<i>Dr. Milena Kramar Zupan</i>	43
Koristi in pomen uvajanja kakovosti v zdravstvu	
<i>Dr. Nevenka Kregar Velikonja, Jožica Čampa</i>	55
Povezanost razvoja študijskih programov in razvoja stroke zdravstvene nege	
<i>Mateja Kržičnik</i>	66
Izzivi okolja za zdravstveno nego	
<i>Dr. Ljiljana Leskovic</i>	73
Uspešnost uvajanja in izvajanja dolgotrajne oskrbe starih oseb v domačem okolju	
<i>Stanislava Majerle</i>	84
Možnosti razvoja integrirane oskrbe starejših - primer prakse iz tujine	
<i>Brigita Muhič</i>	89
Demenca v luči globalnih sprememb	
<i>Milivoj Piletič</i>	95
Opolnomočenje bolnikov	
<i>Mag. Jožica Rešetič, Nataša Piletič</i>	98
Prostovoljstvo kot izziv globalizacije	
<i>Mojca Saje</i>	114
Vloga medicinske sestre v zdraviliški rehabilitacijski medicini nekoč in danes	
<i>Zdenka Seničar</i>	124
Medgeneracijsko sodelovanje: mentor – mentoriranec	
<i>Mojca Simončič</i>	141
E-medica	
<i>Mag. Mateja Vodnik</i>	147
Digitalna tehnologija – blagoslov ali prekletstvo?	
<i>Simona Volf</i>	155
Vpliv komunikacije z vidika uspešnosti delovanja tima v organizaciji	
<i>Primož Žlak</i>	159
E-dokumentiranje v rehabilitacijski zdravstveni negi	

Predgovor

Strokovna srečanja, ki smo jih poimenovali po prvi medicinski sestri na Dolenjskem, se letos jubilejno proslavljajo z deseto obletnico. Marija Tomšič je svoje življenje posvetila zdravstveni negi bolnikov in vzgoji negovalnega kadra, temelje stroke zdravstvene nege v novomeški bolnišnici pa je postavila leta 1946, ko je postala glavna medicinska sestra kirurškega oddelka. Njena zapuščina je velika. Že takrat se je zavedala, da je izobraževanje ključno za dobro in strokovno opravljeno delo. Pod njenim vodstvom se je več generacij mladih deklet izobraževalo za zdravstveno nego bolnika in postavila je zametke za kasnejša izobraževanja, najprej v bolničarski, kasneje pa v srednji zdravstveni šoli. Marija Tomšič je bila tudi vizionarka. Prepoznala je potrebo po povezovanju medicinskih sester in na njeno pobudo je bil leta 1952 ustanovljen novomeški pododbor Društva medicinskih sester Slovenije. Zato ni naključje, da se letošnje jubilejno srečanje ponaša z naslovom »Zdravstvena nega v luči globalizacije«.

Ko govorimo o globalizaciji, govorimo predvsem o spremembah v družbi, politiki in ekonomskem sistemu, o krepitvi svetovnih družbenih procesov, ki povezujejo med seboj tudi najbolj oddaljene kraje na našem planetu. V zadnjih desetletjih so se tudi na področju zdravstva začele dogajati precejšnje spremembe. Tako pri nas kot po svetu, se v temeljih spreminja odnos med družbo, zdravstvenim sistemom, bolniki in svojci. Poleg izobrazbe in usposobljenosti je zdravje postalo pomembna sestavina človeškega kapitala in je sestavni del socialne blaginje ter kazalec razvitosti države.

Globalizacija prinaša in od nas zahteva veliko bolj odprt in dinamičen odnos med uporabniki zdravstvenih uslug in zdravstvenimi delavci. Dandanes se bolniki vse bolj aktivno vključujejo tako v zdravljenje, kot tudi v aktivno varovanje zdravja. Že danes, še bolj pa v prihodnosti, bo to pomenilo zdravstvenemu osebju velik izziv. V tem procesu bo profesija zdravstvene nege imela pomembno vlogo, seveda ob pogoju, da bo presegla svoje dosedanje tradicionalne vloge. Danes govorimo o integrirani zdravstveni oskrbi, kjer ima medicinska sestra pomembno vlogo, kot samostojna nosilka zdravstvene nege. In ravno kontinuirano strokovno izobraževanje in izpopolnjevanje je predpogoj za našo strokovno in ne nazadnje, tudi osebno rast. Na ta način naredimo naše delo vidno, kvalitetno in varno, s partnerskim odnosom pri delu z bolniki in njihovimi skrbniki.

Zdravstvo svoje težave, s katerimi se srečuje danes, ne bo moglo rešiti brez sodelovanja in povezovanja z drugimi strokami, znanostmi, inštitucijami in službami. In v tem ima zdravstvena nega zagotovo prednost, saj se bomo z vzpostavitvijo in implementacijo sodobne zdravstvene nege v proces našega dela, lažje in hitreje odzivali na pričujoče spremembe in potrebe današnje družbe.

*Simona Volf, univ. dipl., org.,
predsednica organizacijskega odbora*

Globalna razširjenost diabetične retinopatije

POVZETEK - Več kot šest odstotkov odrasle populacije v Sloveniji ima sladkorno bolezen. Sladkorna bolezen, po več letih trajanja, lahko okvari različne telesne organe. Pride do okvare žil, ki te organe prehranjujejo. Kot zaplet sladkorne bolezni je na očesu najpogostejša diabetična retinopatija, ki je najpogostejši vzrok slepote v svetu med delovnim prebivalstvom, kot tudi pomemben vzrok slepote med starostniki. 1,5 % bolnikov s sladkorno boleznijo je slepih zaradi diabetične retinopatije. Delež slepote se v zadnjih letih zmanjšuje zaradi preventivnega in terapevtskega vodenja bolnikov. Z zgodnjim odkrivanjem in zdravljenjem diabetične retinopatije in njenih zapletov se ohranja vid. Za zgodnje odkrivanje diabetične retinopatije so bolniki s sladkorno boleznijo vključeni v program presejanja diabetične retinopatije, kjer se odkrivajo zgodnje spremembe na očesnem ozadju. Pri diabetični retinopatiji se pojavljajo mikroanevrizme, eksudati in krvavitve. Vzrok za slab vid je lahko otekline rumene pege (makularni edem), krvavite v steklovino, v mrežnico ali pred njo in odstop mrežnice. V zdravljenje sodi dobro uravnan krvni sladkor, laserska fotokoagulacija, zdravlila za zaviranje neovaskularizacij, v najhujših primerih pa je potrebna vitrektomija.

KLJUČNE BESEDE: diabetični makularni edem, anti-VEGF, presejanje

1 Uvod

Diabetična retinopatija je v razvitem svetu najpogostejši vzrok med aktivnim prebivalstvom, starim od 20 do 64 let in pomemben vzrok slepote med starostniki. Poslabšanje vida vpliva na zmožnost opravljanja poklicnega dela (NIJZ, 2017).

Kakovost življenja postaja vse bolj pomembna na vseh področjih medicine, vendar pa je še posebej pomembna na področju oftalmologije, saj ima izguba vida zelo velik vpliv na kakovost življenja. Lahko izrazito vpliva na funkcionalno neodvisnost. Ko izguba vida napreduje se zmanjša možnost, za varno kuhanje, pospravljanje in druga gospodinjska dela, brez tveganja za padec ali poškodbo (Klesert, Chang, 2005).

2 Sladkorna bolezen

»Sladkorna bolezen ali diabetes mellitus je skupina različnih bolezni, ki jim je skupna previsoka koncentracija glukoze v krvi, kar imenujemo poljudno tudi previsok krvni sladkor.« Sladkorna bolezen je zaradi svoje pogostosti in kompleksne obravnave velik javno-zdravstveni problem. Za to boleznijo zbolijo vedno več mlajših ljudi. Je najpogostejši vzrok med prebivalci Slovenije za obisk zdravnika (Ministrstvo za zdravje, 2010).

Sladkorno bolezen tip 2 ima 95 % bolnikov s sladkorno boleznijo, sladkorno bolezen tip 1 ima 4 % bolnikov s sladkorno boleznijo. Drugi tipi sladkorne bolezni nastanejo zaradi nekaterih zdravil, operacij, podhranjenosti, okužb, genetskih sindromov in drugih redkih bolezni (Ministrstvo za zdravje, 2010).

Svetovna zdravstvena organizacija ocenjuje, da ima nasvetu 246 milijonov odraslih ljudi (5,9 % prebivalstva) sladkorno bolezen. Približno 308 milijonov odraslih pa ima moteno toleranco na glukozo (7,5 %), ki je predstopnja razvoja sladkorne bolezni. Z leti pričakujejo porast teh števil (Ministrstvo za zdravje, 2010). V Evropski uniji živi več kot 30 milijonov odraslih s sladkorno boleznijo. Pogostnost te bolezni se je pri odraslih povečala od letu 2003 iz 7,6 % na 8,6 % do leta 2006, napovedujejo pa, da bo do leta 2025 imelo to bolezen že ve kot 10 % prebivalcev EU (Ministrstvo za zdravje, 2010).

Sladkorna bolezen je dolgo časa neodkrita, saj so bolniki več let brez težav in poiščejo pomoč pri zdravniku šele zaradi zapletov, ki jih povzroči sladkorna bolezen. Pojavijo se naslednji zapleti sladkorne bolezni: možganska kap, srčna kap, ledvična odpoved, slepota, okvara živcev in skupaj z okvaro žilja nog privede do amputacije. Pomembno je zgodnje odkrivanje zapletov, za upočasnitev njihovega napredovanja (Ministrstvo za zdravje, 2010).

3 Diabetična retinopatija

Razlog za slepoto pri bolnikih s sladkorno boleznijo je diabetična retinopatija. Pojavi se pri tretjini bolnikov s sladkorno boleznijo, po 20-ih letih trajanja bolezni pa skoraj pri vsakem. Začetna stopnja so krvavitve na mrežnici. Bolezen je lahko celo življenje na začetni stopnji, vid pa je ogrožen, ko bolezen napreduje. Pri slabo urejeni sladkorni bolezni nastanejo spremembe, ki ogrožajo in poslabšajo vid (NIJZ, 2017).

Diabetična retinopatija se glede na napredovanje deli na neproliferativno (NPDR) in proliferativno diabetično retinopatijo (PDR). Diabetična retinopatija lahko zajema rumeno pego (osrednji del mrežnice), periferijo mrežnice ali oboje. Neproliferativna diabetična retinopatija se na začetku kaže kot mikroanevrizme, ki so prve vidne klinične spremembe na mrežnici. Z napredovanjem bolezni se pojavijo krvavitve, trdi eksudati in edem mrežnice. Z napredovanjem ishemije NPDR preide v PDR. Značilna sprememba za PDR je neovaskularizacija. Neovaskularizacija je razraščanje novih žil, ki se lahko začnejo razraščati na papili vidnega živca ali ob poteku glavnih žilnih lokov (Urbančič, 2013). Najpogostejša oblika diabetične retinopatije, ki ogroža vid je edem rumene pege (diabetični makularni edem – DME). Prizadene 1 od 15 ljudi s sladkorno boleznijo. Na razvoj patofiziološkega procesa DME vpliva hiperglikemija in medsebojni vpliv ravnega faktorja endotelija žil (vascular endothelial growth factor - VEGF) ter vnetnega dejavnika.

4 Globalna razširjenost diabetične retinopatije

Svetovna zdravstvena organizacija (WHO) ocenjuje, da diabetična retinopatija predstavlja 4,8 % primerov slepote po vsem svetu (37 milijonov). Analiza 22896 oseb s sladkorno boleznijo iz 35 študij populacije ZDA, Avstralije, Evrope in Azije (med leti 1980–2008) je pokazala, da je bila skupna razširjenost diabetične retinopatije pri sladkorni bolezni tipa 1 in 2 34,6 % (Ting, Cheung & Wong, 2016).

Pri sladkorni bolezni tipa 1 so študije poročale o razširjenosti diabetične retinopatije od 10 do 50 %, odvisno od populacije, metode, ki je bila uporabljena za presejanje ter od trajanja sladkorne bolezni. Študija, ki je vključevala 31 klinik v 16 evropskih državah, je pokazala, da se je razširjenost diabetične retinopatije med bolniki s sladkorno boleznijo tipa 1 gibala od 25 % v Avstriji do 60 % na Portugalskem. Leta 2004 so združeni podatki iz dveh ameriških študij odkrili prevalenco za katerokoli diabetično retinopatijo, ki je znašala 82 % in 32 %. V Aziji so poročanja o nižji razširjenosti, z najnižjo razširjenostjo v Indiji (13,4 %), sledi Kitajska (14 %). V Avstraliji in na Novi Zelandiji se je stopnja prevalence DR gibala od 25 % do 42 % (Ting, Cheung & Wong, 2016).

Pri sladkorni bolezni tipa 2 je skupna razširjenost bila 25,2 %. Raziskava v Združenem kraljestvu je pokazala razširjenost med 25 % in 27 %. Razširjenost diabetične retinopatije v drugih evropskih državah, kot sta Švedska, Danska in Italija, je bila nekoliko višja in je znašala med 30 % in 40 %. V Združenih državah so bile izvedene multikulturne študije. Razširjenost diabetične retinopatije je znašala od 30 do 50 %, pri čemer je bila populacija v latinskoameriški populaciji največja. Študije v Avstraliji so pokazale razširjenost od 22 % do 35 %. V preteklosti je bila razširjenost diabetične retinopatije v Aziji sorazmerno nizka. Na Kitajskem se je razširjenost gibala med 28 % in 43 %. Zaradi slabega dostopa do zdravstvenih storitev je bila višja v podeželskih kot mestnih območjih na Kitajskem. Nasprotno, Indijanci, ki so živeli na urbanih območjih, so imeli večjo razširjenost diabetične retinopatije (18 %) v primerjavi s podeželskimi indijanci (10,3 %) (Ting, Cheung & Wong, 2016).

5 Diagnostika in zdravljenje

Za spremljanje napredovanja DME in zdravljenja se uporablja neinvazivno slikanje s pomočjo optične koherentne tomografije - OCT (Tan, Cheung, Simo, Cheung & Wong, 2017). OCT skenira mrežnico s prekrivanjem večjega števila slik istega linijskega skena (Leskovar, 2012). OCT je preiskava, ki pokaže prečni prerez skozi mrežnico rumene pege in s tem omogoči natančno oceno DME (Urbančič, 2013). Pomembna preiskava je tudi fluoresceinska angiografija (FA). FA je neizogibna, invazivna diagnostična metoda pri zdravljenju žilnih bolezni mrežnice, ki se jo uporablja za postavitev diagnoze in za ugotovitev sprememb na očesnem ozadju, ki vpli-

vajo na vid (Leskovar, 2012). FA omogoča oceno žilja mrežnice, pokaže prepustnost žilja in ishemijo mrežnice (Urbančič, 2013).

Pri zdravljenju diabetične retinopatije je cilj preprečiti napredovanje bolezni in s tem poslabšanje vida (Urbančič, 2013). Očesno zdravljenje je lahko lasersko, z anti-VEGF zdravili, intravitrealnimi kortikosteroidi in vitrektomijo (Gundogan, Yolcu, Akay, Ilhan, Ozge & Uzun, 2016). Z lasersko fotokoagulacijo se zabrazgotini ishemično mrežnico in s tem se zmanjša ishemični stimulus za razvoj neovaskularizacij. Zmanjšanje ishemičnega stimulusa vpliva na prepustnost žilja in s tem na edem mrežnice. Lasersko fotokoagulacijo se priporoča kadar spremembe ne zajemajo centra rumene pege.

Ko je poslabšanje vida posledica DME, ki zajema center rumene pege, je indicirano zdravljenje z anti-VEGF zdravili (Urbančič, 2013). Žilni endotelijski rastni faktor (VEGF - vascular endothely growth factor) stimulira angiogenezo in prepustnost žil. Količina VEGF se poveča pri pomanjkljivi oskrbi tkiva s kisikom, spremembi pH, spremembi tlaka, pod vplivom različnih rastnih dejavnikov (Jesenšek, 2015). Zdravila anti-VEGF (anti vascular endothely growth factor) so zaviralci rastnih dejavnikov za endotelij žil (Jaki Mekjavić, 2015). Vežejo se na VEGF in na ta način zavirajo njegovo biološko aktivnost. Zaustavljajo rast novih žil v očesu in zmanjšujejo njihovo prepustnost (Jesenšek, 2015). Uporablja se za zdravljenje makularnega edema različnega vzroka in za preprečevanje škodljivega učinka novonastalih žil v očesu. Z zdravili anti-VEGF se ohrani trenutni vid, v veliko primerov pa se vid lahko izboljša in včasih celo vrne vid, ki ga je bolnik imel pred nastankom bolezni. V oftalmologiji se uporabljajo tri vrste anti-VEGF zdravil: bevacizumab (Avastin®), ranibizumab (Lucentis®), aflibercept (Eylea®) (Jaki Mekjavić, 2015).

Za zmanjšanje makularnega edema se uporabljajo tudi protivnetna zdravila, znana kot kortikosteroidi. Eden od njih je deksametazon (Ozurdex®), ki deluje tako, da ob vstopu v celico zavira tvorjenje VEGF in prostangladinov (to je snov, ki sodeluje pri vnetju in otekanju) (European Medicines Agency, 2014). Uporablja se tudi triamcinolon, ki stabilizira stičišča endotelijskih celic in s tem zmanjša propustnost žil in intraretinalni edem (Kraut, 2005).

Pri diabetični retinopatiji je včasih potreben tudi operativni poseg, vitrektomija. To je poseg pri katerem se odstrani steklovino. Steklovinski prostor se napolni s plinsko ali silikonsko tamponado. Najpogostejše indikacije so krvavitev v steklovino, odstop mrežnice, in traksijski edem rumene pege (Urbančič, 2013).

6 Razprava

Poslabšanje vida in slepoto bolnikov s sladkorno boleznijo lahko preprečimo z rednimi očesnimi presejalnimi pregledi in z zdravljenjem (NIJZ, 2017). V Sloveniji se presejanje za odkrivanje diabetične retinopatije izvaja več kot 20 let. Leta 2015 pa je uveden nov program sistematičnega presejanja za odkrivanje diabetične retino-

patije na nacionalni ravni. Nacionalni program presejanja za odkrivanje diabetične retinopatije temelji na regionalni organiziranosti, enotni informacijski tehnologiji in enotnem pristopu k pregledu. Pregled zajema anamnezo, določitev vidne ostrine, fotografiranje očesnega ozadja, spremljanje in napotitev bolnikov na zdravljenje ali na vnovični pregled in oblikovanje zbirke podatkov (NIJZ, 2017).

V Očesni ambulanti Splošne bolnišnice Novo mesto izvajamo presejanje diabetične retinopatije od aprila 2016. Presejanje poteka v popoldanskem času ob torkih in vsak drugi četrtek.

Namen članka je predstaviti razširjenost diabetične retinopatije in aktivnosti, ki se v očesni ambulanti izvajajo pri bolnikih z diabetično retinopatijo.

7 Zaključek

Sladkorna bolezen in diabetična retinopatija je zdravstveni problem po vsem svetu. V očesni ambulanti dnevno obravnavamo veliko bolnikov s sladkorno boleznijo, tako preventivno kot kurativno. Za kakovostno življenje teh pacientov je predvsem pomembna preventiva in presejalni pregledi. Zelo pomembno je, da se spremembe zgodaj odkrijejo, da se prepreči napredovanje bolezni. Zgodnje odkrivanje in takojšnje zdravljenje omogočata preprečevanje motenj vida, povezanih z diabetesom.

Pacienti vključeni v nov presejalni program, so s programov zelo zadovoljni. Predvsem iz razloga, da pregled hitreje opravijo, kot prej, ko so čakali za pregled pri oftalmologu. Čas je pacientom dragocen.

LITERATURA

1. European Medicines Agency (2014). Povzetek EPAR za javnost; Ozurdex. Pridobljeno 10. 11. 2017, s http://www.ema.europa.eu/docs/sl_SI/document_library/EPAR_-_Summary_for_the_public/human/001140/WC500095501.pdf.
2. Gundogan, F. C., Yolcu, U., Akay, F., Ilhan, A. in Ozge, G. & Uzun, S. (2016). Diabetic macular edema. Pakistan journal of medical sciences, 32 (2), 505–510. Pridobljeno 1. 11. 2017, s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4859054/>.
3. Jaki Mekjavić, P. (2015). Pomen bioloških zdravil anti-VEGF v oftalmologiji. V B. Mrzelj, M. Blažič in A. Udovč (ur.), Biološka zdravila anti-VEGF v oftalmologiji: zbornik predavanj, Laško (str. 7–12). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v oftalmologiji.
4. Jesenšek, P. (2015). Osnove delovanja bioloških anti-VEGF zdravil. V B. Mrzelj, M. Blažič in A. Udovč (ur.), Biološka zdravila anti-VEGF v oftalmologiji: zbornik predavanj, Laško (str. 13–18). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v oftalmologiji.

5. Klesert, T. R. in Chang, T. (2005). Quality of life in age-related macular degeneration: Assessing vision-related quality of life. *Medscape Ophthalmology*, 6. Pridobljeno 15. 11. 2017, s http://www.medscape.org/viewarticle/514448_3.
6. Kraut, A. (2005). Triamcinolon intravitrealno v zdravljenju cistoidnega edema makule. *Zdravniški vestnik*, 74 (10), 579–82. Pridobljeno 10. 11. 2017, s <https://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:doc-9XLATJ4A>.
7. Leskovar, A. (2012). Fluoresceinska angiografija pri starostni degeneraciji makule – vloga medicinske sestre (Diplomsko delo). Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede. Pridobljeno 10. 11. 2017, s <https://dk.um.si/IzpisGradiva.php?id=38892>.
8. Ministrstvo za zdravje (2010). Nacionalni program za obvladovanje sladkorne bolezni. Strategija razvoja 2010–2020. Pridobljeno 20. 10. 2017, s http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz_dokumenti/zakonodaja/NP_diabetes/Nacionalni_program_obvladovanja_sladkorne_bolezni_210410.pdf.
9. NIJZ (2017). Poslabšanje vida in slepoto pri bolniki s sladkorno boleznijo lahko preprečimo. Pridobljeno 25. 10. 2017, s <http://www.nijz.si/sl/poslabsanje-vida-in-slepoto-pri-bolnikih-s-sladkorno-boleznijo-lahko-preprecimo>.
10. Tan, S. T., Cheung, N., Simo, R., Cheung, G. C. M. in Wong, T. Y. (2017). Diabetic macular oedema. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 5 (2), 143–155. Pridobljeno 30. 10. 2017, s <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2213858716300523#!>.
11. Ting, D. S. W., Cheung, G. C. M., & Wong, T. Y. (2016) Diabetic retinopathy: global prevalence, major risk factors, screening practices and public health challenges: a review. *Clinical & Experimental Ophthalmology*, 44 (4), 260–277. Pridobljeno 5. 11. 2017, s <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ceo.12696/full>.
12. Urbančič, M. (2013). Diabetična retinopatija. V B. Mrzelj (ur.), *Očesne manifestacije sistemskih bolezni: zbornik predavanj*, Kočevska Reka, 12. april 2013 (str. 43–47). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v oftalmologiji.

Spremembe v babištvu - velik izziv globalnega pomena

POVZETEK - Babištvo ima pomembno vlogo v zdravstvenem varstvu žensk in otrok. Ker se tudi to področje prilagaja drugačnosti sodobne družbe, se samodejno sproža potreba po spremembah tudi na področju babiškega delovanja. Te se nakazujejo tako na operativnem kot tudi na organizacijskem nivoju. Vloga in podoba babice v obstoječem sistemu zdravstvenega varstva tako kliče po novi podobi. V odnosu do sodelujočih poklicnih skupin, strok oziroma profesij (prav tako do uporabnikov zdravstvenih storitev) se rušijo toge hierarhične zasnove delovanja ter postavljajo nove dimenzije povezovanja. Te se odlikujejo po načelih sodelovanja in soodločanja, intenzivnega vsestranskega komuniciranja ter skupnega reševanja problemov. Za pripravo in spopad z vsemi spremembami je potrebna moč. Ta se v prvi vrsti kaže v razumevanju potreb po spremembah. Le tako je spremembe sploh možno videti kot izziv, jih sprejeti in k njim pristopiti. Najprej z naborom novega, obsežnejšega znanja, nato pa z veliko volje in vztrajnosti le-tega aplicirati v prakso. Brez slednjega namreč v življenju ni možno doseči ničesar. Tudi nadgradnje lastne stroke ne. Prav zato prispevek podaja ne le dejanske izzive, ki jih babištvu prinaša globalizacija, temveč tudi načine in pristope, s katerimi se slovensko babištvo z njimi že spoprijema in z njimi dosega ponekod nekoliko večje in ponekod nekoliko manjše uspehe.

KLJUČNE BESEDE: babištvo, spremembe, izzivi

1 Uvod

Tako kot ostale dejavnosti tudi zdravstvena ne more ubežati globalizaciji. Svetlič (2004) pravi, da je le-ta večdimenzionalen proces, ki s pomočjo več različnih prvin (ekonomskih, političnih, kulturnih) ustvarja in oblikuje novo kakovost. Ob tem zahteva globalno usklajevanje in povezovanje dejavnosti na povsem drugačen, nov način.

Gre torej za proces, ki je neizbežen. Teče svojo pot, do posameznikov, ki se mu upirajo, pa ostaja popolnoma ravnodušen. Prinaša potrebe po prilagajanju, oblikovanju novih znanj, novih pristopov. Slednje lahko predstavlja izziv ali pa težavo in prepreko, ki ne dovoljuje nadaljevati rutinskega pristopanja. Če je znanja dovolj, da je globalizacijo moč razumeti, dojeti in sprejeti kot izziv, se je možno z njo seveda tudi spoprijeti in ji slediti v času in prostoru. Če znanja ni, je vpliv globalizacije razumeti težko, kar med drugim lahko pomeni tudi to, da procesa ni možno dojeti kot izziv temveč le kot težavo. Prav ta sčasoma preraste v problem, ki se kaže kot ujetost dejavnosti (tudi zdravstvene) v tisti (pretekli) čas in prostor, ko le-ta zahtev in pričakovanj modernega sveta ne zmore izpolnjevati več.

2 Spremembe v babištvu - posledica razvoja vrednot družbe

Spremembe, s katerimi se tako rekoč spoprijemajo vse poklicne skupine v zdravstvu in ne le babiška, so le logična posledica razvoja vrednot družbe. Ovsenik (2015) pravi, da se vrednote razvijajo in s tem tudi spreminjajo odnosno z razvojem dogodkov in odkritij v določenem časovnem obdobju in imajo pomemben vpliv na življenje in kulturo. Musek (2003) jih označuje kot pojmovanje cenjenega, Ovsenik (2015) pa kot smiselnega v neki kulturi. Na podlagi tega se oblikujejo medgeneracijske razlike, s katerimi pa se predstavniki določenih generacij spopadajo zelo različno. Nekateri s sprejemanjem, drugi z zavračanjem. Tisti, ki predstavljajo razvito družbo, razvojem vrednot in posledičnim spremembam družbe sledijo, ostali pa se v tem elementu srečujejo s frustracijo in nemočjo, kar se lahko stopnjuje v konflikte in probleme. Povsod, tudi na delovnem mestu, se tako gradijo medgeneracijski jezovi (Ovsenik, 2015).

Vsaka dejavnost znotraj zdravstva se z globalnostjo spoprijema na svojstven način, pri tem pa upošteva svojo specifičnost ter iz nje izhajajoče morebitne prednosti oziroma tudi slabosti. Babiška dejavnost predstavlja skrb za ženske in njihove otroke in pomeni vlaganje v družine in skupnost tako za sedanje kot tudi prihodnje rodove, kar je neprecenljive vrednosti (Prelec, 2018). Z vidika njenega poslanstva gre torej za »veliko« dejavnost, z vidika dejanske velikosti in umestitve v tako raznolik in mogočen zdravstveni koncept pa zelo majhno. Prav zaradi majhnosti je primorana hitro dojemati globalnost družbe in se nanjo tudi hitro odzivati. Bistvo je namreč v njeni obstojnosti.

Velja upoštevati, da se usoda majhnosti (majhne dejavnosti) skriva v njeni odprtosti in dojemljivosti. Majhna dejavnost uspeva, če je dojemljiva in odzivna ter propade, če je zaprta. Kot neodzivna in nedinamična se namreč ne more specializirati za tista področja, kjer uživa primerjalne prednosti (Svetlič, 2004).

Zavedanje posledic majhnosti tako vodi k nekoliko bolj razumevajočemu in intenzivnejšemu spoprijemanju z neizbežnimi spremembami, ki so odgovor na globalizacijo družbe. Slednje zahteva zelo veliko angažiranja tako celotne poklicne skupine babic na slovenskem nivoju kot tudi posameznih babiških timov v zdravstvenih organizacijah in seveda posameznic znotraj njega.

Ob tem je pomembno poudariti, česar se babiška dejavnost tudi močno zaveda, da določene situacije, ki jih prinaša globalizacija, ni potrebno vedno obravnavati kot neko nerazumljivo in neumestno zahtevo ali problem temveč tudi kot priložnost za doseganje nečesa novega, boljšega. Le tako je lahko reševanje do sedaj neznanih situacij možno dojeti in razumeti kot pomemben izziv, zastavljene cilje pa lažje dosegati.

Zmotno je namreč razmišljati, da nove generacije, ki oblikujejo drugačne vrednote, prinašajo izključno težave. Prinašajo le drugačna pričakovanja, ki pa so le logičen

odraz njihovih potreb. Prav slednje predhodnim generacijam nikakor ne bi smele biti težava temveč v prvi vrsti izziv in priložnost za:

- pridobivanje novega znanja in tako prispevek k razvoju poklica oziroma stroke;
- raziskovanje in proučevanje vrednot posameznih generacij ter gradnjo mostov med njimi (izboljšanje medgeneracijskega razumevanja in sodelovanja);
- povezovanje različnih zdravstvenih dejavnosti;
- intenzivnejše povezovanje in sodelovanje z uporabniki zdravstvenih storitev;
- razumevanje in usklajevanje želja in potreb moderne družbe (mešanice več generacij) s trenutno veljavnimi strokovnimi standardi in doktrinami.

Raziskati in proučiti vrednote posameznih generacij in s pomočjo tega ugotoviti, kje in kako graditi most med njimi, da bo le-ta čim bolj trden in produktiven, je zagotovo eden temeljnih izzivov, s katerim se je potrebno spoprijeti najprej in na njem razvijati ostale. Pomembno je namreč vedeti in zavedati se, da je za varno in kakovostno delo nujno potrebno dobro sodelovanje med različnimi poklicnimi skupinami ter hkrati tudi z uporabniki zdravstvenih storitev. Prav takšno sodelovanje pa je lahko zelo zahtevno, saj sodelujoči posamezniki pripadajo več generacijam, vsaka izmed njih pa je okarakterizirana s lastnimi vrednotami, razmišljanji in pričakovanji. V lastnih očeh seveda z najbolj pravnimi in realnimi, v očeh ostalih pa lahko le z drugačnimi, nerazumljivimi in nesprejemljivimi. Vlaganje truda v medgeneracijsko razumevanje in sodelovanje, pa naj bo to v odnosu do sodelavcev ali pa do uporabnikov zdravstvenih storitev, je torej neizbežno.

2.1 Globalizacija kot izziv (priložnost) za razvoj babiške dejavnosti (pridobivanje znanja in s tem moči ter avtonomije)

Kljub temu, da globalizacija prinaša potrebo po spopadanju z več izzivi hkrati, ni odveč trud vlagati tudi v nadgrajevanje znanja in s tem razumevanje trenutnega prostora in časa ter razmišljanj in pričakovanj ljudi, ki živijo v njem.

Znanje je med drugim tudi bistveni element za razvoj vsake poklicne skupine, tudi babiške. Je eden najpomembnejših dejavnikov, ki poklicno skupino nadgradi in jo preoblikuje v stroko. Če se želi babištvo razvijati kot stroka, se mora, tako pravi Mivšek (2012) le-to izraziti v zadostni specifičnosti in se tako bistveno razlikovati od zdravstvene nege in porodništva.

Z znanjem je močno povezana avtonomija ter občutek moči in odgovornosti pri organizaciji lastnega delovanja. Znanje je tisto, ki vsakemu zdravstvenemu delavcu daje občutek stabilnosti, sigurnosti in posledičnega miru, pa najsi bo to neposredno pri opravljanju klinične prakse ali pa pri organizaciji in vodenju le-te. Razmišljanje, znotraj katerega Mivšek (2012) razglablja o smotrnosti zahteve po vsaj dodiplomski izobrazbi za babice, delujoče v kliničnem okolju, je v tem elementu še kako umestno.

Šibkost slovenskega babištva predstavljata prav znanje in avtonomija (Mivšek, 2012). Študija, ki to dokazuje, ni le pokazatelj trenutne pozicije babištva v teh elementih temveč tudi nakazilo za nadaljnji razvoj in opredelitev ciljev ter seveda vseh

izzivov, ki z njimi sovpadajo. Prav slednji pa so močno povezani s pričakovanji uporabnikov babiških storitev.

Študija, izvedena leta 2012 dokazuje, da dodiplomsko izobraževanje babic vpliva na babiško razmišljanje v smislu večje cenjenosti znanja, nikakor pa (še) ne na razmišljanje o dejanskem obstoju specifičnosti babištva in tako bistvene drugačnosti od zdravstvene nege in porodništva. Če že same babice v večini (še) vedno menijo, da so porodniške medicinske sestre (Mivšek, 2012), je malo ironično pričakovati, da bodo drugačnega mnenja medicinske sestre in zdravniki.

Razlog za tovrstna stališča vseh sodelujočih zdravstvenih delavcev na področju ginekologije in porodništva je, kot pravi Mivšek (2012), iskati v trenutno zavzetih vlogah babice v zdravstvenih ustanovah, katere se podrejajo njihovim močnim hierarhičnim ureditvam.

Pristopiti k organizacijskim spremembam obstoječe ureditve v neki zdravstveni ustanovi, ki kot takšna obstaja desetletja, je izredno velik izziv, doseči zastavljeni cilj pa produkt obsežnega, dolgotrajnega in vztrajnega dela. Vloženega znanja in moči v tovrstne spremembe je enormno veliko. Dejstvo namreč je, da dosežen cilj, ki se izkaže v dejansko vidnem organizacijskem premiku, za sabo skriva še veliko več. V prvi vrsti gre namreč za premike v razmišljanju in dožemanju. Doseči slednje je uspeh, ki je predpogoj vsem začetnim pristopom k organizacijskim spremembam.

Kompetentnost in posledična pristojnost nekega poklica je torej predpogoj, da je k spremembam obstoječe ureditve v neki zdravstveni ustanovi sploh možno pristopiti. Babiški poklic je za delovanje znotraj področja ginekologije in porodništva zagotovo najbolj primeren, saj svojo kompetentnost in pristojnost opravičuje s specifičnim, za to področje prilagojenim dodiplomskim študijem, ki je urejeno v skladu s sektorsko direktivo EU. Zakšek idr. (2008) pravijo, da takšno izobraževanje predstavlja temelj in izhodišče za pojavnost in obstojnost babištva kot samostojne stroke.

Tako kot v ostalih zdravstvenih ustanovah, kjer je obravnavano ginekološko porodniško področje, se tudi na ginekološko porodniškem oddelku Splošne bolnišnice Novo mesto stremi k uvedbi babiške skrbi, ki bi bila obsežnejša od trenutno obstoječe. Potreba po spremembi se je razvila na podlagi (drugačnih) zahtev, želja in potreb današnjih uporabnikov zdravstvenih storitev ginekološko porodniške narave. Slednji težijo k samostojnejši babiški stroki ne samo v porodnem bloku, temveč tudi na vseh ostalih področjih oddelka, znotraj katerih se gibljejo v času hospitalizacije. Potreba po individualni, celoviti in kontinuirani babiški skrbi vse od prihoda žensk in njihovih spremljevalcev v porodnišnico pa vse do izhoda iz nje je tako precej jasno nakazana (Cimermančič, 2017).

Izziv je tako izpeljati vizijo, ki predvideva delovanje babic na vseh odsekih ginekološko porodniškega oddelka. Babice bi delovale samostojno v okviru svojih kompetenc in posledičnih pristojnosti, ob tem pa tesno sodelovale in se dopolnjevale z ostalimi dejavnostmi, ki ginekološko porodniško področje še oblikujejo (Cimermančič, 2017).

2.2 Globalizacija kot izziv (priložnost) za povezovanje babiške dejavnosti z ostalimi poklicnimi skupinami in strokami

Kakovostna in varna zdravstvena obravnava sta temeljna elementa, katera močno zaznamujeta razvoj zdravstva. Klemenc in Pahor (2006) sta mnenja, da je s slednjima močno povezano medpoklicno sodelovanje zdravstvenih delavcev. Razvoj namreč vpliva tudi na spremembe v pristojnosti, avtonomiji in odgovornosti le-teh (Klemenc, 2007).

Sodelovanje je dejavnost, ki si zasluži spodbude. Nezadostna medsebojna povezanost namreč v zdravstvu predstavlja problem, ki perzistira kot nezadostna želja po vključevanju sprememb v že utečeno obstoječe delovanje (Oštir in Petrovič, 2011). Prav zato je znotraj ginekološko porodniškega oddelka Splošne bolnišnice Novo mesto veliko energije in truda vloženega prav v povezovanje in sodelovanje babiškega poklica z ostalimi. Ob tem se spoštujejo in upoštevajo merila enakovrednosti, upoštevanja in spoštovanja.

Velja namreč, da se babiška dejavnost močno prepleta in dopolnjuje z medicinsko. Znotraj ginekološko porodniškega področja je namreč ogromno situacij, ko je babiška kompetentnost nezadostna, zahtevnost zdravstvenih ukrepov pa posega v domeno pristojnosti medicine (Cimermančič, 2017). Prav tako je neizbežno sodelovanje in dopolnjevanje z medicinskimi sestrami različnih specialnosti ter prav tako s profili oziroma poklici podporne narave.

2.3 Globalizacija kot izziv za boljše sodelovanj babiške dejavnosti z uporabniki zdravstvenih storitev in uspešnejše usklajevanje želja in potreb moderne družbe s trenutno veljavnimi strokovnimi standardi in doktrinami

Uporabnik zdravstvenih storitev je osrednji element zdravstvene obravnave, ki vedno bolj pridobiva na pomembnosti (Klemenc in Pahor, 2006). Porodnica na primer tako sama odloča, kje, kako in s kom bo rodila (Žugelj, 2008). Pri tem jo seveda vodijo njene lastne želje, varuje pa zakon. Zakon o pacientovih pravicah (2008) namreč pravi, da ima pravico, da o sebi in svojem telesu ter tudi o otroku, ki se v njenem telesu razvija, odloča sama.

Želja porodnic ni vedno možno izpolniti ali pa vsaj ne v celoti, pa kljub temu, da so lahko podprte z zakonom. V tistih situacijah in okoliščinah, ko želje porodnic ogrožajo njeno ali/in otrokovo zdravje ali življenje, je željam slediti kontradiktorno v zdravstveni stroki. Tega se babica kot strokovna oseba zaveda in se tedaj ravna v skladu s Kodeksom etike za babice Slovenije (2014). Ta jo namreč zavezuje, da nastalo situacijo porodnici pojasni na njej razumljiv način in svoje delo naprej opravi v skladu s strokovno utemeljeno in veljavno doktrino.

Ker je porodni proces zelo nepredvidljiv, se lahko znotraj njega zdravstveno stanje tako porodnic kot tudi še nerojenih otrok bliskovito hitro spremeni. Tudi na takšen način, da je hitro ukrepanje nujno oziroma neizbežno. Časa za razlago o razlogih in

namenih hitrega pristopa v tistem trenutku je zelo malo ali pa ga ni. Izziv, kako v takšnih trenutkih zadostiti tako načelom, ki izhajajo iz obveze pojasnilne dolžnosti kot tudi načelom strokovno utemeljene doktrine, je precejšen.

Na ginekološko porodniškem oddelku Splošne bolnišnice Novo mesto se tovrsten izziv rešuje večtirno. Pojasnila v pisni obliki tako nosečnice dobijo že v času rednih preventivnih obiskov v ginekoloških dispanzerjih. Le tako imajo dovolj časa, da zadevo temeljito preberejo, oblikujejo morebitna dodatna vprašanja, na katera lahko dobijo odgovore s strani kompetentnih zdravstvenih delavcev že na sledečih obiskih v ambulantah. Poleg tega imajo možnost obiska šole za starše, kjer lahko poslušajo različne teme, ki se nanašajo na predporodno, obporodno in poporodno obdobje. Poleg tega se lahko udeležijo še individualnih razgovorov z babico in tudi na ta način razjasnijo vprašanja in dileme. Namen je namreč vzpostaviti odprt odnos, sodelovanje in soodločanje.

3 Metode

3.1 Namen in cilji raziskave

Namen raziskave je bil ugotoviti, s katerimi pričakovanji se uporabnice ginekološko porodniških zdravstvenih storitev srečujejo, ko vstopijo v zdravstveni sistem. Cilje znotraj raziskave smo namenili ugotavljanju, v kolikšni meri gojijo pričakovanje, da:

- bodo zdravstveni delavci upoštevali njihove želje,
- bodo zdravstveni delavci upoštevali njihove potrebe,
- jim bodo zdravstveni delavci pojasnili vse zdravstvene pristope, s katerimi bodo znotraj zdravstvenega procesa obravnavane,
- bodo lahko sodelovale pri odločitvah.

V raziskavi smo uporabili kvantitativno metodo dela.

3.2 Opis merskega instrumenta in vzorec

Podatke smo zbrali s pomočjo anketnega vprašalnika. Ta je bil zasnovan na podlagi pregleda literature in izkušenj pri obravnavi ginekološko porodniških pacientk oziroma varovank. Vzorec je sestavljalo 30 uporabnic ginekološko porodniških zdravstvenih storitev, ki smo jih k sodelovanju naprosili naključno.

3.3 Opis postopka zbiranja in analize podatkov

Zbiranje podatkov je potekalo v drugem in tretjem tednu meseca novembra 2017. Zbrani podatki so bili statistično obdelani s pomočjo računalniškega programa Word Excel. Rezultati so prikazani v obliki tabele.

4 Rezultati

V raziskavi je sodelovalo 30 nosečnic. 6 (20 %) jih je bilo rojenih do leta 1980, 24 (80 %) pa v letih med 1981 in 2000. Rojenih v letu 2001 in kasneje v vzorcu ni bilo.

Med anketirankami smo preverjali njihovo strinjanje s ponujenimi trditvami, katere so opredeljevale morebitna njihova pričakovanja v zvezi z zdravstveno obravnavo. Strinjanje s posameznimi trditvami smo merili s petstopenjsko Likertovo lestvico, pri čemer je veljalo: 1 - sploh ne drži, 2 - ne drži, 3 - ne vem, 4 - drži, 5 - zelo drži.

Povprečne stopnje strinjanja s posameznimi trditvami so prikazane v Tabeli 1.

Tabela 1: Strinjanje s trditvami, ki opredeljujejo pričakovanja uporabnic ginekološko porodniških zdravstvenih storitev v zvezi z zdravstveno obravnavo

<i>Pričakovanja</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Pričakujem, da bom lahko izrazila svoje želje.	30	4,7	0,458
Pričakujem, da bodo zdravstveni delavci upoštevali moje želje.	30	4,5	0,498
Pričakujem, da bodo zdravstveni delavci upoštevali meni lastne potrebe.	30	4,7	0,458
Pričakujem, da mi bodo zdravstveni delavci razložili, če in zakaj mojih želja ne bo moč upoštevati.	30	4,6	0,481
Pričakujem, da me bodo zdravstveni delavci obvestili, kako bodo pristopali.	30	4,7	0,442
Pričakujem, da mi bodo zdravstveni delavci pojasnili vse zdravstvene pristope, s katerimi me bodo obravnavali.	30	4,7	0,442
Pričakujem, da bom lahko sodelovala pri odločitvah.	30	4,6	0,481
<i>Povprečje</i>	<i>30</i>	<i>4,7</i>	<i>0,466</i>

Vir: Anketni vprašalnik, 2017.

Anketiranke se z visoko stopnjo strinjanja ($M = 4,7$) opredeljujejo glede vseh trditvev, ki opredeljujejo pričakovanja v zvezi z zdravstveno obravnavo. Najvišja pričakovanja ($M = 4,7$) gojijo v zvezi z izražanjem svojih želja, upoštevanjem lastnih (individualnih) potreb ter v zvezi z obveščanjem in pojasnjevanjem glede pristopov v zdravstveni obravnavi. Nekoliko manjša pričakovanja, pa vendar še vedno zelo visoka ($M = 4,6$) gojijo v zvezi z možnostjo sodelovanja pri odločitvah. Prav tako v veliki meri ($M = 4,5$) pričakujejo, da bodo zdravstveni delavci upoštevali njihove želje ter tudi, da jim bodo le-ti razložili, če in zakaj njihovih želja ne bo moč upoštevati ($M = 4,5$).

5 Razprava

Ne glede na to ali posameznik v zdravstveni sistem vstopa v vlogi izvajalca ali uporabnika zdravstvenih storitev, s seboj prinaša vrednote, katere v njem vzbujajo različne poglede in pričakovanja. Mešanica različnih generacij tako predstavlja mešanico vrednot, pogledov in pričakovanj.

Predstavniki generacije X so razvili razpad vrednot, ki jih je oblikovala predhodna generacija. Tradicionalne vrednote jim ne pomenijo toliko kot predhodni generaciji. Želijo biti zadovoljni, samostojni, upoštevanj. Cenijo zasebnost (Ovsenik, 2015).

Generacija Y vrednote še razvija in oblikuje. Predstavniki le-te želijo svobodo in kakovostno življenje. Ne želijo biti odgovorni (Ovsenik, 2015). Pričakujejo, da bodo vključeni v odločitve (Novak, 2007).

Uporabnice ginekološko porodniških zdravstvenih storitev, ki so bile zajete v raziskavi, pripadajo generacijama X in Y. Raziskava dokazuje in potrjuje, kar razlaga literatura. Pacientke oziroma varovanke tako X kot tudi Y generacije želijo svobodo. Pričakujejo, da bodo upošteevane ter enakovreden člen pri odločanju. Pričakovanje, da bodo lahko izrazile svoje želje, katere bodo s strani zdravstvenih delavcev tudi upošteevane, je visoko. Od zdravstvenih delavcev pričakujejo tudi obvestila, pojasnila in možnost soodločanja.

Različnim generacijam pripadajoče pacientke, varovanke se znotraj zdravstvenega sistema srečujejo s prav tako različnim generacijam pripadajočimi zdravstvenimi delavci. Za nameček so med njimi tudi predstavniki generacije veteranov, katerih vrednote in posledična pričakovanja so spet drugačna.

Raziskava iz leta 2015 dokazuje, da imajo prav vse generacije izrazite lastne vrednote in jim tudi sledijo. Da bo moč slediti homogenizaciji družbe, bo potrebno vse te vrednote preučiti, uskladiti in posamezne generacije motivirati za gradnjo mostov med njimi (Ovsenik, 2015).

6 Zaključek

Izziv, s katerim se bo moral spoprijeti vsak zdravstveni delavec, so prihajajoče spremembe, ki se nanašajo na generacijske vrednote in iz njih izhajajoča pričakovanja. Niso posledica posameznikov, ki so si morda zaželeli drugačnosti. So posledica sprememb v družbi, te pa so posledica razvoja človeštva. Slednje gleda in razmišlja drugače ter oblikuje svojstvene vrednote in svojstvena pričakovanja. Le-ta zahtevajo prilagojeno obravnavo.

Posamezniki, ki se s spremembami trenutno že spopadajo in so morda moteč dejavnik tistim, ki se še vedno radi zadržujejo v »varnem objemu dolgoletne ustaljene, stare prakse«, so le osebe, ki si upajo stopiti izven teh trdo zasidranih meja. So osebe ki so že dojele, da gre za proces, ki je neizogiben. Obravnava jih tudi Filej (2005), ki pravi: »Udobneje je delati »po starem«, tako kot mnogo leta, in to tudi zagovarjati. Vendar spremembe tečejo svojo pot. Če se jim bomo upirali, se bodo prav tako dogodile, mi pa bomo potegnili »krajši konec« in spet ne bomo zadovoljni. Zato se je bolje nanje pripraviti.«

LITERATURA

1. Cimermančič, J. (2017). Poslanstvo in vizija babištva v Splošni bolnišnici Novo mesto. V A. Prelec (ur.), *Izzivi v ginekologiji in porodništvu* (str. 5–11). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in babic Slovenije.
2. Filej, B. (2005). Vprašanja: Ali imamo odgovore nanje? *Obzornik zdravstvene nege*, 39 (1), 173-174.
3. Klemenc, D. (2007). Medpoklicno sodelovanje v zdravstvenem timu med medicinskimi sestrami in zdravniki – priložnost za nenehno izboljševanje kakovosti. *Zdravstveni vestnik*, 76 (1), 55-59.
4. Klemenc, D. in Pahor, M. (2006). Povezovanje poklicnih skupin kot pogoj za uvajanje kakovosti v zdravstvu. Portorož: Management v zdravstvu.
5. Kodeks etike za babice Slovenije (2014). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije. Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
6. Mivšek, A. Proces profesionalizacije babištva v Sloveniji (Doktorska disertacija). Pridobljeno 17. 10. 2017, s http://dk.fdv.uni-lj.si/doktorska_dela/pdfs/dr_mivsek-ana-polona.PDF.
7. Musek, J. (2003). Raziskovanje vrednot v Sloveniji in vrednotni univerzum Slovencev. Pridobljeno 18. 11. 2017, s <http://www.prihodnost-slovenije.si/up-rs/ps.nsf/krf/6E9D-C6507D449582C1256E940046C554?OpenDocument>
8. Novak, M. (2007). Medgeneracijske razlike in vloga HRM. Pridobljeno 10. 11. 2017, s <http://dk.fdv.uni-lj.si/dela/tehovnik-ajda.PDF>.
9. Oštir, M. in Petrovič, M. (2011). Sodelovanje medicinskih sester na vseh ravneh zdravstvenega varstva. *Slovenska pediatrija*, 18 (1), 22-26.
10. Ovsenik, R. (2015). Vrednote generacij. *Revija za univerzalno odličnost*, 4 (2), 17-32.
11. Prelec, A. (2008). Uvod. *Obzornik zdravstvene nege*, 42 (1), 1-2.
12. Svetlič, M. (2004). Globalizacija in neenakomeren razvoj v svetu. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
13. Zakon o pacientovih pravicah (2008). Uradni list RS, št. 15 (11. 02. 2008). Pridobljeno 26. 10. 2017, s <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/2008-01-0455?-sop=2008-01-0455>.
14. Zakšek, T., Drglin, Z., Mivšek, A. P., Šimnovec, I., Skubic, M., in Stanek Zidarič, T. (2008). Kompetence za osnovno babiško prakso. *Obzornik zdravstvene nege*, 42 (3), 215-220.
15. Žugelj, E. (2008). Odloča ženska, ki rojeva. Pridobljeno 26. 10. 2017, s <http://www.bibaleze.si/clanek/nosecnost/odloca-zenska-ki-rojeva.html>.

The impact of globalization on nurses of the 21st century

ABSTRACT - Globalization is a dynamic economic, political and cultural process that is enabled by rapid development in the fields of transport and communication. All three components of these processes directly affect the development and design of nursing. In the time of transition and the strong influence of globalization, the Croatian nurse is experiencing non-recognition by the EU regulations and from the profession it has to be transformed into a profession.

KEY WORDS: globalisation, nursing, mobility, nursing role, leadership

1 Introduction

Globalization is a dynamic economic, political and cultural process that is enabled by rapid development in the fields of transport and communication. All three components of these processes directly affect the development and design of nursing. In the time of transition and the strong influence of globalization, the Croatian nurse is experiencing non-recognition by the EU regulations and from the profession it has to be transformed into a profession. To meet global health care needs, nurses often move within and among countries, creating challenges and opportunities for the profession, health care organizations, communities, and nations. Researchers, policy makers, and industry and academic leaders must, in turn, grapple with the impacts of globalization on the nursing and health care workforce.

2 Vocation or profession?

For the past 10 years, nursing has developed in the direction of the profession by opening University studies and encouraging the enrollment of a doctoral (phd) study in the nursing area. The basis for nursing education and evidence based practice is being developed. The development is largely contributed by the informatization - the unification and use of the data from the documentation.

Differences between vocation and profession (Shoya Zichy, Ann Bidou Carier “match” 2007) are in many ways.

- A profession needs extensive training and specialized knowledge. An vocation does not need any extensive training.

- Persons engaged in an vocation are not paid for their knowledge, but only for what they produce.
- Unlike a person engaged in an vocation, a professional has to undergo higher education.
- A profession tends to be autonomous, whereas, for an vocation, no one has autonomous power; he or she is supervised by another person.
- Unlike vocation, a profession demands that the responsibility lies with the individual.
- A profession is guided through certain ethical codes, and regulated by certain statute.

Nursing have become an important segment of multidisciplinary biomedical science and profession, as well as the health care system is ready for great changes, by definition, not only in the content and functional aspects, but also in the organizational and management sense (Kraft et al., 2017).

3 Are the health system and modern society mature for change?

Nursing of the 21st Century offer quality human resources that include educated and trained nurses, ready to accept new concepts, ideas, innovations, creation of new content as well as management and leadership. It also offers educational resources in terms of organization and functioning of adequate educational institutions such as undergraduate, graduate and postgraduate teaching, and various of continuous professional development. Strategic - conceptual resources imply a comprehensive organization of nursing in the Republic of Croatia in one whole, the affirmative interaction of working micro - circles with larger - macro - circles and the social, political and academic community.

4 The power of globalization

The most important forces of global nursing are human resources that include mobile, educated and trained nurses, ready to accept new concepts, ideas, innovations, creation of new content as well as management and leadership. Competent nurse brings the success of overall treatment of patients with professional and financial impacts. A nurse at the hospital performs more than 80% of all the procedures being performed on the patient at 24 hours, what is the effect on treatment outcomes? Salary coefficient for master degree nurses in Croatia is not recognized, does it mean that we do not need such a nurses or we are not organized as well in our organization?

Globalization and increased mobility make it possible for a sufficient number of nurses and their appropriate distribution based on changing needs. In order to be

competent and competitive in the world, competencies in health care, as well as job descriptions throughout the health system, must be reviewed (Timmons et al., 2016). Educational resources, the organization and functioning of adequate educational institutions such as undergraduate, graduate and postgraduate teaching, and various of continuous professional development are another advantage of globalization. The nurse today can choose where and how they will be educated, what learning outcomes they want to achieve. Did we achieve the desired level? Basic education for nurses in Croatia is a high school (level 4) - a licensed nurse. High school lasts 5 years, clinical practice is unorganized, criteria for selection of clinical bases are unclear with regard to the curriculum, questionable autonomy and developed responsibility of the student at the moment of obtaining a license. Undergraduate study - professional or University bachelor's degree faces self-financing, lack of specializations that are EU standard, as well as in basic education, most of the teachers outside of clinical practice (questionable currentity of knowledge). Graduate professional or University study – master degree nurses who are also self-financing, and ultimately there is a complete lack of recognition in the health care system. Doctors of Science - Biomedicine and Health at the Faculty of Medicine, absolutely not recognized, self-financed, the program is inadequate, the Master degree nurse with the Phd in health system works only as a bachelor's degree nurse.

The strategic - conceptual resources that globalization brings to us would refer to the comprehensive organization of nursing in the Republic of Croatia in one whole, the affirmative interaction of working micro - circle with larger - macro - circles and the social, political and academic community. Achieving the same standards of education and work, hierarchical excellence (Assistant Directors for Nursing), developing a strategy for nurses to stay in the Republic of Croatia. Professional societies should think globally, connect with foreign, influential associations and have a realistic impact on the transformation and improvement of work in nursing. Also, nursing should have a stronger impact on the health and political scene (Ministry of health, Health insurance).

Information and communication resources and adequate management strategies, as a non-essential benefit of globalization, can make the nurses a significant backbone in overall management - a multidisciplinary team profile with active and respectable participation in decision-making. The 21st century nurse manager must become an active decision-maker in the problem-solving process within the organization and performance of health care, learn by participating in research, following recent literature and information sources, with the application of new information-communication technologies. It must be ready for the challenges of “new” time for nurses / technicians - supporting and developing leadership (Kofman and Raghuram, 2006).

One of the most common reasons for leaving the Republic of Croatia, the nurses point to an unresolved employer's awareness of safe work (technical and material resources, contemporary and relevant equipment, the application of the latest methods and procedures in health care). It is necessary to provide high quality equipment and supplies for health care and space requirements, protocol management, and health care standards to achieve adequate health care.

5 Conclusion: What should be a nurse position in globalization?

Nursing must continually reevaluate the way it is regulated. Regulatory frameworks must have global as well as local relevance. They must be fair, robust, informed, transparent, and responsive. Effective communication among regulatory organizations globally will facilitate the sharing of critical information and regulatory best practice as well as increase coherence in the development of local, national, regional, and international regulatory frameworks.

Nursing in Croatia needs to monitor the global trade and services agenda to shape acceptable agreements in the public interest and to be constantly vigilant.

The movement of nursing professionals will continue, adding complexities to regulation, nursing ethics, and health care delivery. As globalization accelerates, regulatory authorities from Council and national nurses associations must continue to provide leadership in ethical decision making and regulation. In today's increasingly complex period, nursing must ensure that the profession's standards do not become diluted or inappropriate for our values (Kokko, 2011).

LITERATURE

1. Kofman, E. and Raghuram, P. (2006). Gender and Global Labour Migrations: Incorporating Skilled Workers. *Antipode*, 38, (2), 282-303
2. Kokko, R. (2011). Future nurses' cultural competencies: what are their learning experiences during exchange and studies abroad? A systematic literature review. *Journal of nursing management*, 19, (5), 673-682
3. Kraft M., Kastel A., Eriksson H. (2017). Global Nursing-a literature review in the field of education and practice. *Nursing Open*, 4, (3), 122-133.
4. Timmons S., Evans C., Nair, S. (2016). The development of the nursing profession in a globalised context: A qualitative case study in Kerala, India. *Social science and medicine*, 166, 41-48.

Razvoj stanovanjske oskrbe na temelju modela mnogoterih pojemanj

POVZETEK - Izhodišče: V članku izhajamo iz izkušenj pri delu s starostniki in izvedene ankete o tem, kakšno vrsto oskrbe in kakšne bivalne pogoje si želijo sedanj in bodoči oskrbovanci potem, ko jim znatno upadejo funkcionalne zmožnosti. Na temelju raziskave smo namreč ugotovili, da so želje obravnavanih oskrbovancev v velikem nasprotju s poročilom EUROBAROMETRA, ki navaja, da si starostniki v vseh članicah EU predvsem želijo dolgotrajne oskrbe doma. Pravilen odgovor na to vprašanje je zelo pomemben za vse članice Evropske unije, saj so na temelju raziskav EUROBAROMETRA spisane direktive o razvoju oskrbe v skupnosti in deinstitucionalizaciji dolgotrajne oskrbe, ki jim sledi tudi Slovenija. Ugotovili smo, da so želje teh starostnikov v velikem nasprotju s trditvami EVROBAROMETRA. Ni res, da si večina starostnikov želi starati na domu, ko pridejo do stanja, ko ne morejo več skrbeti sami zase. Ko se približujejo ali že dosežejo takšno stanje upada funkcionalnih zmožnosti, si želijo drugačne oskrbe in sicer ali v skupnostih, ali v oskrbovanih domovih, v najslabšem primeru in zelo redki pa v institucionalni oskrbi v domu starejših občanov.

KLJUČNE BESEDE: dolgotrajna oskrba, stanovanjska oskrba, skupnosti starostnikov, demografija, večstopenjski model prehodov

1 Uvod

Slovenija se sooča z demografskim upadanjem in staranjem prebivalstva. Študija Ageing report 2018, ki je izšla novembra 2017 (EK, 2017) podaja projekcije staranja slovenskega prebivalstva v obdobju 2016-2070. V Sloveniji naj bi se v tem obdobju pričakovano trajanje življenja ob rojstvu za moške povečalo za 7,6 leta in sicer od 78,2 leta 2016 na 85,8 leta 2070. Pri ženskah se pričakuje, da se bo pričakovano trajanje življenja ob rojstvu v Sloveniji povečalo za 6,3 let, od 83,8 leta 2016 na 90,1 leta 2070.

V Sloveniji se pričakuje, da se bo pričakovano trajanje življenja pri 65 letih za moške v obdobju projekcij povečala za 5,4 leta s 17,7 leta 2016 na 23,1 let do leta 2070. Za ženske se pričakuje, da se bo pričakovano trajanje življenja v starosti 65 let povečala za 5 let, od 21,4 leta 2016 na 26,4 let do leta 2070. To bo znatno vplivalo na povečanje deleža starejših prebivalcev Slovenije.

Tabela 1: Projekcija staranja prebivalstva Slovenije v obdobju 2016-2070

Delež prebivalcev	2016	2020	2030	2040	2050	2060	2070
starih 65 let in več	18,7	20,7	25,2	28,3	30,6	30,2	28,5
starih 80 let in več	5	5,6	6,9	9,8	11,4	12,9	13,5

Vir: EK, 2017.

Staranje slovenskega prebivalstva dviguje število oseb, ki so odvisne od pomoči drugih pri opravljanju dnevnih aktivnosti, hkrati pa vpliva na vzorce povpraševanja po grajenem prostoru zaradi različnih potreb starejših državljanov glede neoviranega gibanja v stanovanjih in stikov z okoljem. Razlogi so v zmanjšanju funkcionalnih sposobnosti starejših, ki želijo ostati čim dlje v lastnem domu, vendar jim grajeni prostor tega pogosto ne omogoča. Študija Claudije Wood (2017) podaja dokaze o razmerju med ustreznostjo stanovanj za starostnike in zdravjem starejših, ki kaže izredno močno kontingenco. Obstaja veliko študij o razmerju med neustreznim stanovanjem in povečanjem padcev, boleznimi srca in ožilja ter duševnim zdravjem starejših stanovalcev. Raziskave potrjujejo vpliv specializiranih stanovanj za starejše na izboljšanje fizičnega in duševnega zdravja stanovalcev in znižanje stroškov zdravstvenih storitev celo na polovico.

Kako najbolje financirati življenjske stroške, nastanitev in dolgotrajno oskrbo starejših prebivalcev z upadajočimi funkcionalnimi zmožnostmi, so v zadnjih letih postala zelo aktualna vprašanja. Ključno vprašanje v razpravi o financiranju je, kako lahko prebivalci sami financirajo življenjske stroške in dodatne stroške za nastanitev ter koliko jih je potrebno financirati iz javnih sredstev oziroma po javnih zavarovalnih shemah. Da bi odgovorili na ta izziv, Komisija EU in države članice objavljajo vrsto priporočil in aktov, vendar ni veliko napisanega o tem, kako podpreti prilagajanje grajenega prostora starajočemu se prebivalstvu mest. Da bi ohranili vitalno družbo v vitalnih evropskih mestih, je treba razviti nove gospodarske in socialne pogoje ter novo vrsto upravljanja objektov v mestnih območjih. Stanovanjske potrebe starejših oseb so zadovoljne, če je stanovanje posebej zasnovano za izpolnjevanje fizičnih, čustvenih, rekreativnih, zdravstvenih in socialnih potreb starih oseb. V Evropski uniji so države članice odgovorne za načrtovanje, financiranje in upravljanje sistemov socialne zaščite za starajoče se prebivalstvo. Evropska komisija državam članicam pri njihovih prizadevanjih za reformo priporoča tri dolgoročne cilje, ki jih je treba vzporedno izvajati:

- zagotoviti dober dostop do zdravstvenega varstva in socialnih storitev, medtem ko je potrebna boljša mestna infrastruktura za te storitve;
- Izboljšati kakovost oskrbe, medtem ko je treba mrežo te oskrbe graditi na optimalen način,
- zagotoviti trajnost financiranja. V tem okviru je pomembno vprašanje, kako zagotoviti trajnostno financiranje starejše populacije (EK, 2014).

Ustrezno stanovanje je temeljna potreba prebivalstva. Tu ne gre le za pravico golih sten in strehe nad glavo, ampak gre za zavetišče za preživetje in zaščito človeškega dostojanstva. Stanovanje zagotavlja zasebnost in splošni občutek osebnega prostora.

Ustrezno in primerno stanovanje tvori jedro stanovanjske pravice. Ko starejši osebi znatno upadejo funkcionalne zmožnosti, se ustreznost doma, kjer je ta prej živela s svojci in je prilagojeno potrebam mlajših družin, zmanjša. Ko pa se starostnik preseli v institucionalno varstvo, izgubi nekatere pomembne dimenzije stanovanjskih pravic, ki so varovale njegovo zasebnost in dostojanstvo na njegovem domu. Ocenjuje se, da je v Evropski uniji več kot 4 milijone starejših, ki živijo v ustanovah za dolgotrajno oskrbo, kjer so ločeni od njihovih skupnosti, v katerih so preživeli velik del svojega življenja. Takšne institucije so bile prvotno ustanovljene za zagotavljanje nege onemoglih, hrane in zavetja. Ampak zdaj je dokazano, da ne morejo zagotoviti človeku vseh tistih pravic, storitev in ugodja, ki jim ga nudi lastni dom. V svojih zadnjih dokumentih Evropska unija priporoča, da Slovenija prične s procesom deinstitucionalizacije starostnikov, ki bi sicer pričakali zadnja leta življenja v domovih za ostarele, in s tem Sloveniji nalaga, da razvije osnovno infrastrukturo in skupnostne storitve za starejše občane. V takšnih skupnostih je dom starostnika njegov lastni dom, ne glede ali je stanovanje kupljeno ali najeto, v njem obdrži vse ugodnosti in zaščito, ki jo daje stanovanjska pravica (Drobež in Bogataj, 2016). Evropska socialna listina in Evropska listina o temeljnih pravicah zagotavljajo pravice starejšim osebam, da si svobodno izberejo svoj življenjski slog in živijo samostojno. Po drugi strani pa v Sloveniji Ustava ne namenja posebnega člana pravicam starejših. Menimo, da je treba nameniti posebno pozornost osebam z znatnim upadanjem funkcionalne sposobnosti, ki so zato odvisne od pomoči drugih, tudi v okviru pravice do primerne stanovanja (čl. 78 Ustave). Ta pravica pripada naboru socialnih pravic, ki ne delujejo na podlagi splošno priznanih minimalnih standardov, zato bi lahko njihova nejasnost in fleksibilnost vplivala na njihovo učinkovitost. Vendar pa je mogoče posumiti, da bi zaradi ranljivosti starejših, z upadanjem njihovih funkcionalnih zmožnosti pomenile neprimerne stanovanjske razmere, tudi kršitev njihovih državljskih pravic, kot so osebne pravice in pravice do zasebnosti. Zato bi odsotnost ustreznih ukrepov s strani države lahko pomenila kršitve zavez, ki pomenijo ustavne obveznosti (Drobež in Bogataj, 2016).

Študija EUROBAROMETER 283 (EK, 2007), ki prikazuje rezultate statističnih opazovanj po posameznih članicah Evropske unije (EU), je pripeljala do zaključka, da si vsaj 90 % vseh Evropejcev želi starati v lastnem domu tudi tedaj, ko jim funkcionalne zmožnosti močno upadejo. Pri tem v Sloveniji razumemo »staranje v lastnem domu« predvsem kot staranje v hiši oziroma stanovanju, kjer so starostniki živeli desetletja skupaj s svojo veččlansko družino. Naše izkušnje ob večletnem spremljanju starostnikov v domu starejših občanov nam narekujejo, da je ta trditev ob našem razumevanju pojma »lastni dom« vsaj za Slovence vprašljiva in da velja podrobneje proučiti postopke deinstitucionalizacije v Sloveniji in predvsem na temelju ponovnih statističnih opazovanj poiskati pravo pot za izgradnjo socialne infrastrukture za starostnike. Lastni dom namreč lahko pomeni katerokoli bivališče v skupnostih za starejše, kjer je grajeni prostor prilagojen njihovim potrebam in imajo v tej skupnosti stanovanjsko pravico do lastnega ali najetega stanovanja na področju, ki ga skupnost povezuje. To pa postane zdaj mnogo širši pojem lastnega doma, ki ga ščitijo stanovanjske pravice.

Občina Krško ima dobro organizirano oskrbo na domu in več kot 50 % stroškov oskrbe krije iz lastnih virov, vendar si starostniki prej želijo oskrbe v DSO, ker nimajo možnosti vključitve v stanovanjske skupnosti, ki bi bile prilagojene njihovim potrebam glede na grajeni prostor in nivo zdravstvene oskrbe. Izpostavlja se vprašanje, zakaj je temu tako. Zakaj tu ne veljajo trditve EVROBAROMETRA?

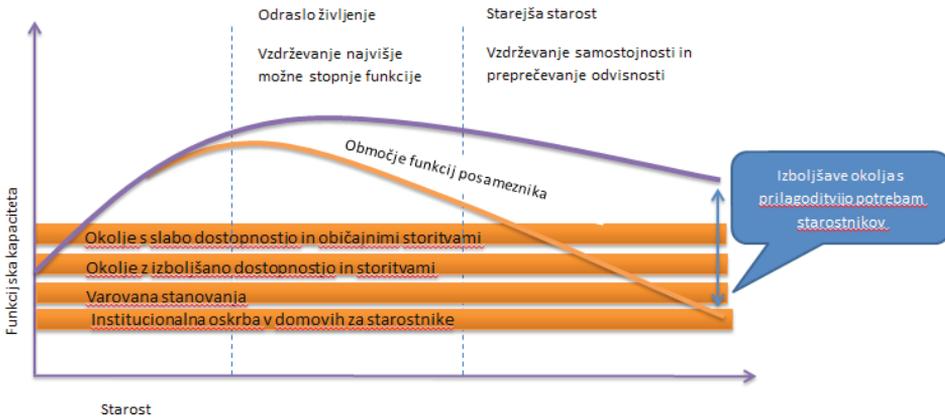
Poročilo (EC, 2015c) ugotavlja, da stanovanjski sklad v Evropi danes ni primeren za podporo prehodu iz institucionalne oskrbe v oskrbovskupnosti, kise izvajanadomu. Približno 70-80 % hiš v Združenem kraljestvu in 90 % v Nemčiji ni primernih za samostojno življenje starejših oseb, ker so omejitve dostopnosti in varnega gibanja za ljudi z upadajočimi funkcionalnimi zmožnostmi prevelike. Preko mnogih praktičnih izkušenj avtorice se je izkazalo, da najkasneje realizacija rizika, kot je padeč, možganska kap ali kakšen drug tak dogodek v domačem okolju, izzove starostnika in njegovo družino, da zaprosijo za institucionalno oskrbo. Mnenje avtorjev je, da bi ti starostniki izbrali kakšno drugo oskrbo, če bi bila dovolj varna (24-urna), vendar v Sloveniji starostniki in njihovi družinski člani nimajo dosti izbire, zato zaprosijo za oskrbo v DSO. Izpostavlja se domneva, da trenutna organizacija oskrbe na domu in lastnosti njihovega grajenega okolja ne omogočajo varnega bivanja doma. Od izbire vrste razpoložljivih načinov oskrbe pa so odvisni tudi stroški dolgotrajne oskrbe (DO) starostnikov. V prostorsko razpršeni populaciji starostnikov so stroški potovanja od oskrbovanca do oskrbovanca pogosto mnogo višji kot stroški zagotavljanja novega, bolj prilagojenega grajenega okolja za te prebivalce. V Evropi se sicer hitro razvija informacijska in komunikacijska tehnologija v podporo starostnikom, vendar pa bo še dolgo strošek oskrbe osebe, ki potrebuje večurno ali celodnevno varstvo na domu, presegal strošek oskrbe v strnjem naselju za starostnike oziroma v domovih starejših občanov kot institucionalni obliki oskrbe.

2 Dvigovanje sposobnosti samooskrbe z razvojem starostniku prijaznega okolja

Sposobnost samooskrbe lahko grafično predstavimo s krivuljo funkcionalnih zmožnosti, ki je podana na sliki 1.

Slika 1 v osnovni krivulji ponazarja trajektorijo gibanja funkcionalnih zmožnosti, poznano iz študijske literature, da se funkcionalne zmogljivosti, tako fizična aktivnost kot kognitivne sposobnosti, večajo v otroštvu, vrh dosežejo v zgodnji odrasli dobi in sčasoma upadejo, nanjo pa lahko vplivamo s primernim življenjskim slogom in zdravstvenimi storitvami, kar široko razpira območje funkcionalnih zmogljivost posameznikov, vendar pa eni prej, drugi pozneje dosežejo prag, ko si morajo poiskati primernejše bivalno okolje ali zahtevnejšo oskrbo, kar vse je povezano z višjimi stroški kakovostnega bivanja starostnikov. Numerične vrednosti te krivulje v poznih letih lahko podajamo z različnimi lestvicami. Ena od teh je tudi lestvica ocene sposobnosti samooskrbe (LOSS).

Slika 1: Gibanje ravni funkcionalnih zmožnosti oseb od rojstva do pozne starosti.



Vir: Kavšek in Bogataj, 2016.

Samostojnost posameznika pa ni odvisna samo od njegovih fizičnih in kognitivnih zmožnosti, ampak tudi od okolja. Stopnja upadanja je v veliki meri odvisna in povezana z načinom življenja, ter zunanjimi socialnimi, okoljskimi in gospodarskimi dejavniki. Od posameznika in družbenega angažiranja je odvisno, kakšna je dinamika upadanja funkcionalnih zmožnosti in ali je lahko pojav upadanja enak pri vsaki starosti, ali lahko prag izgube avtonomnosti in nastanka odvisnosti od pomoči drugih premaknemo daleč v prihodnost. Ker je aktivno staranje vseživljenjski proces, je starosti prijazno mesto prijazno ne samo starostnikom, ampak tudi ostalim generacijam. Tako na primer stavbe in ulice brez ovir spodbujajo mobilnost in neodvisnost invalidov, mladih in starih. Družine doživljajo manj stresa, če imajo njihovi starejši člani podporo skupnosti, primerno bivalno okolje, tako da se grajeni objekti v okolju prilagajajo njihovim potrebam po varni mobilnosti, in so jim zagotovljene zdravstvene storitve, ki jih potrebujejo.

V naslednjih desetletjih bo potrebno tudi v Sloveniji vsaj petino hiš in stanovanj preurediti v domove, ki bodo starostnikom bolj prijazni in bodo bolj ustrezali njihovim potrebam, ali pa se bodo stroški zdravljenja starejših močno povečali (Wood, 2017). Za to preoblikovanje bodo potrebna velika finančna sredstva. Glede na funkcionalne zmožnosti posameznikov in druge njihove prioritete je pričakovati, da se bodo obnove stanovanj in selitve odvijale v dveh smereh:

- v ločevanje starostnikov (naselja za upokojeence – upokojske vasi, stanovanjske skupnosti starostnikov, oskrbovana stanovanja), kar je mogoče pričakovati predvsem v njihovi visoki starosti;
- v smeri izgradnje univerzalnih stanovanj ter spremljajočih objektov, ki bodo primerni za vse generacije, tudi za manj mobilne s posebnimi potrebami, ki so značilne predvsem za starostnike (Bogataj, 2015c, str. 215–224).

Ne glede na to, za kakšno preoblikovanje mest in naselij mestnega značaja bo šlo, bodo potrebna večja finančna sredstva, h katerim bodo morali prispevati del tudi

starostniki, družba pa bi se morala organizirati tako, da bo to zanje tudi finančno dosegljivo. Da bi dosegli te cilje, ni dovolj, da izboljšamo institucije socialnega in zdravstvenega sektorja, ampak moramo rastoćim potrebam starejših prilagoditi tudi grajeni prostor in banćno-zavarovalne storitve vključno s fiskalno podporo lokalnih skupnosti in države.

Ob hitro rastoćem deležu starejšega se prebivalstva bi morali tudi ponovno poseći po usmeritvah, ki jih ćlanicom podajajo Standardna pravila Združenih narodov (ZN) za izenaćitev moćnosti invalidnih oseb (1993). Ta priporoćajo in nalagajo ćlanicom takšne zasnove zgradb v prenovah in novogradnjah, ki bi omogoćale ćim boljšo integracijo starejših prebivalcev in invalidov ter s tem enake moćnosti gibanja tudi starejšim skupinam prebivalstva. Navodila ZN od naćrtovalcev mest in graditeljev objektov zahtevajo:

- gradnjo in instalacijo objektov oziroma naprav, ki jih lahko enako dobro uporabljajo tudi tisti z omejeno mobilnostjo;
- fleksibilnost v uporabi;
- preprosto uporabo, ki bo razumljiva tudi za starejše z nižjimi izkušnjami z novimi tehnološkimi dosećki in jezikovnimi omejitvami ali nižjo izobrazbo, znanjem ali koncentracijo;
- hitro prepoznavnimi spremljajoćimi informacijami za orientacijo v prostoru in ravnanje z napravami tudi za tiste s slabšim vidom ali sluhom;
- minimalno izpostavljenost tveganju za nesrećo in drugim nezaželenim dogodkom;
- učinkovito rabo objektov in naprav brez dodatnih naporov in
- primerne dimenzije prostora za dostop k objektom in napravam ne glede na mobilnost uporabnikov (Demirkan, 2005, str. 699–706; Demirkan, 2007, str. 33–38).

Tem zahtevam pa so dodana tudi podrobna navodila, kako dosećati navedene cilje v korist prebivalstva z omejeno mobilnostjo. Tako zagotavljanje grajenih objektov in naprav v mestih ter naseljih mestnega znaćaja, ki bo zadovoljevalo potrebe vseh prebivalcev, zahteva znatna finanćna sredstva za sodoben razvoj mest. Del teh sredstev bo potrebno zbrati tudi iz nadomestil za uporabo mestnega zemljišća ali iz davkov od nepremićnin in pri tem bodo morali prispevati del tudi starostniki z niskimi dohodki.

Prezrli pa smo, da poceni sredstva za dosećanje teh ciljev ponuja tudi Evropska investicijska banka. Vendar pa niti dosledno sledenje navodilom o gradnji objektov in naprav za vse generacije ne more rešiti problematike za še starejše prebivalstvo z vse manjšo moćnostjo mobilnosti. Obstaja prag, pod katerim je 24-urni nadzor v institucionalni oskrbi oziroma v oskrbovalni bolnišnici nujen.

Diagram selitev starostnikov z upadajoćimi funkcionalnimi zmoćnostmi podaja dinamiko prilagajanja grajenega prostora starostnikom s potencialnimi selitvami starostnikov glede na njihove fizićne in psihićne zmoćnosti ter preference do grajenega okolja in njihovega doma v njem.

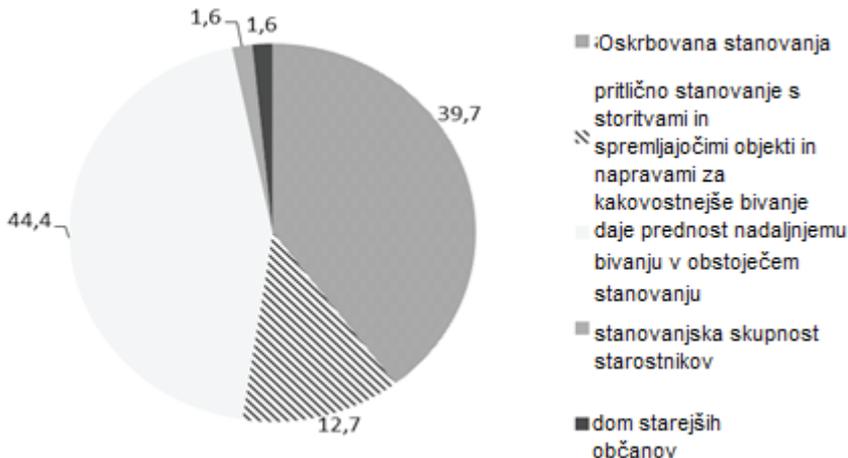
3 Raziskava o prostorskih potrebah starostnikov

Od decembra 2014 do februarja 2015 smo anketirali 198 prejemnikov dolgotrajne oskrbe na domu (100) in v institucionalnem okolju (domovih starejših občanov, 98) v štirih slovenskih občinah. Od tega v eni posavski občini, v dveh občinah v Jugovzhodni Sloveniji in v eni občini v Savinjski regiji. Oskrbovanci so anketo pod vodenjem odgovornih oskrbovalcev rešili prostovoljno (Kavšek in Bogataj, 2016, str. 1–12).

Raziskali smo, ali bi ob dobri organiziranosti oskrbe na domu oskrbovanci po njihovi oceni lahko še ostali na domu potem, ko jim znatno upadejo funkcionalne zmožnosti.

Kot je prikazano na sliki 2, so se tri skupine anketirancev o prednostnem bivalnem prostoru in storitvah glede na želje in zavedanje o možnostih teh oskrbovancev odločale sledeče: 44,4 % starostnikov bi želelo, da ostanejo v svojem starem domu v vsakem primeru, ne vidijo ali si ne morejo privoščiti nobene druge rešitve, 39,7 % starostnikov želi živeti v oskrbovanih stanovanjih, 1,6 % v skupnosti za stare (v Sloveniji takšna skupnost sicer ne obstaja in zato tudi ni znana, vendar anketiranci menijo, da bi v takšni skupnosti lahko zaščitili svojo neodvisnost in dostojanstvo), 12,7 % anketirancev bi želelo ostati popolnoma neodvisnih, torej se ne bi vključili v nobeno skupnost, vendar bi potrebovali več storitev, udobja in dostopno, kot navajajo - pritlično stanovanje, le 1,6 % anketirancev pa bi šlo v dom za starejše občane.

Slika 2: Preferenca storitve uporabnikov pomoči in nege na domu



Vir: Kavšek in Bogataj, 2016, str. 1–12.

Na podlagi rezultatov izvedene raziskave lahko sklepamo, da si več kot 40 % slovenskih upokojujencev želi, da se začne vlagati v stanovanjske enote ali bolj ustrezna neodvisna stanovanja (54 % v vzorcu in $\alpha \cong 0,01$). Če pa bi bila taka bivališča finančno

dostopna tudi revnejšim starostnikom, bi se zanje precej verjetno odločali tudi ti. Zavest o finančno nedostopnih izboljšavah bivalnega okolja je marsikoga navedla na odločitev, da bo vztrajal doma kljub večji nevarnosti, da bo samostojno bivanje zanj pomenilo visoko tveganje padca ali drugih oblik nesreč. Slovenski stanovanjski trg pa nam trenutno ne ponuja dovolj možnosti. Na splošno velja, da ni bistvene razlike v odstotku tistih, ki bi radi, da ostanejo v obstoječem domu, in tistih, ki bi radi, da se preselijo, vendar ne v dom za ostarele. Odstotek tistih, ki bi se radi preselili v dom starejših občanov, če v njem še niso, je zelo nizek (1,6 % v vzorcu).

Starostniki lahko prejema intenzivno dolgotrajno oskrbo le v ustanovah za dolgotrajno nego, kot je dom za ostarele oziroma negovalna bolnišnica. Skoraj polovica starejših bo razočarana, saj se bodo morali sprijazniti z odhodom v dom za ostarele. Bolje grajeno okolje omogoča mobilnost starejših in zagotavlja socialno oskrbo v času oskrbe na domu v skupnosti, v obstoječih stanovanjskih enotah, kar pomeni, da bi lahko več starejših ohranilo svojo neodvisnost. Lokalne skupnosti bi morale razmišljati o možnosti kohortacije starejših, da ostanejo dlje doma, ali pa razviti cenovno dostopna stanovanja v skupnosti, kjer živijo. Toda ta način servisiranja starejših je zelo drag tako za družine kot tudi za občine, če se tega razvoja socialne infrastrukture ne lotimo ob podpori Evropske investicijske banke ob ustreznih planih nižje izpostavljenosti rizikom. Stroški storitev pomoči in nege na domu v obstoječih domovih so še posebej visoki v podeželskih območjih, kjer so se potni stroški oskrbovalcev dnevne oskrbe starostnikov povečali (Bogataj, Szander in Ros - McDonnell, 2015d, str. 59–80) in kjer še danes lokalne oblasti niso mogle pokriti polovice storitvenih stroškov, kot to zahteva zakon. Ko se bo število starejših, vključenih v dolgotrajno oskrbo, potrojilo, bo ta problem še večji. Potrebno je proučiti tudi druge možnosti in ne samo drage oskrbe na domu ali dragih oskrbovanih stanovanj v zasebnih visoko razvitih stanovanjskih kompleksih (v lasti ali najemu starejših prebivalcev). Proučiti je potrebno ukrepe, financiranja preko javnih ali zasebnih naložb v cenovno dostopna stanovanja.

4 Rezultati

Iz tabele 3 je razvidno, da si relativno večji delež starostnikov, ki imajo zelo nizke pokojnine, želi v vsakem primeru ostati doma. Iz razgovorov z njimi je bilo mogoče razbrati, da v velikem številu primerov na to edino rešitev vpliva njihovo zavedanje, da je pokojnina, ki jo prejema, prenizka, da bi sploh razmišljali o čem drugem. Za dom starejših občanov se je odločil le eden, ki pa ni razkril svojih dohodkov. Za oskrbovana stanovanja se je odločil večji delež oskrbovancev med tistimi, ki imajo višje pokojnine, medtem ko je bil iz najvišjega pokojninskega razreda po našem grupiranju v razrede le eden od oskrbovancev in ta si želi v stanovanjsko skupnost za stare, ki pri nas še ne predstavlja realne opcije.

Tabela 2: Število starostnikov, vključenih v anketo, po zelenem tipu bivališča in višini pokojnine

Višina pokojnine (v EUR)	Oskrbovano stanovanje	Pritlično na robu mesta	Ostali v obstoječem stanovanju	Stanovanjska skupnost za stare	Dom starejših občanov	Ni odgovora	Skupaj	%
do 300	5	2	8			11	26	26,5
300–500	6	2	9			10	27	27,5
500–800	7	2	7			8	24	24,5
800–1.500	6	2	4			1	12	12,5
nad 1.500				1			2	2,0
ni odgovora	1				1	5	7	7,0
Skupaj	25	8	28	1	1	35	98	100

Zato smo preverili hipotezo: »Uporabniki iz dohodkovnih razredov 800+, ki si v Sloveniji lažje privoščijo oskrbo izven starega lastnega doma, si v manjšem deležu želijo ostati doma, ko jim funkcionalne zmogljivosti bistveno upadejo, kot tisti v najnižjih dohodkovnih razredih (do 500 evrov)«. S tem smo želeli ovreči trditve EVROBAROMETRA, na kateri temeljijo evropske direktive, ki so povezane s prepričanjem, da si 90 % starostnikov želi ostati doma.

Tabela 3: Število in relativna frekvenca starostnikov, vključenih v anketo, na izraženo željo ostati doma ali se seliti

Višina pokojnine (v EUR)	Se preseliti	Ostati v obstoječem stanovanju	Skupaj
do 500	15	17	26
nad 800	9	4	27
Skupaj	24	21	53

Zaradi majhnega vzorca, ko se na hi-kvadrat test težje zanesemo, smo preizkus opravili z Agresti – Caffovim testom (Agresti in Caffo, 2000), ki velja za male vzorce in tudi za primer, ko je eno od polj v asociacijski matriki 0. Izvedli bomo z + 4-test, kot ga svetujeta. (Metoda je dobila ime: »Plus four confidence interval for comparing two proportions«). V tabeli 3 so podatki za navedeni parametrični test razlik po Agresti-Caffovi metodi. Po njej smo namreč oblikovali tabelo 4.

Tabela 4: Vrednosti v z + 4-testu

Pokojnina (€)	Se preseliti	Ostati v obstoječem stanovanju	Se preseliti p'	Ostati v obstoječem stanovanju q'
Do 500	$f_{11} + 1$	$f_{12} + 1$	16	18
Nad 800	$f_{21} + 1$	$f_{22} + 1$	10	5
	$n_1 + 2$	$n_2 + 2$	26	23

$$H_0: p_1=p_2; p'_1 = \frac{(f_{11} + 1)}{n_1 + 2}; p'_2 = \frac{(f_{12} + 1)}{n_2 + 2}; q'_1 = \frac{(f_{21} + 1)}{n_1 + 2}; q'_2 = \frac{(f_{22} + 1)}{n_2 + 2}$$

$$SE = \sqrt{\frac{p'_1 q'_1}{n_1 + 2} + \frac{p'_2 q'_2}{n_2 + 2}} = 3,64; z_{AC} = \frac{p'_1 - p'_2}{SE} = 1,648 \rightarrow \alpha = 0,05$$

Torej lahko s tveganjem potrdimo hipotezo: »Uporabniki iz dohodkovnih razredov 800+, ki si v Sloveniji lažje privoščijo oskrbo izven starega lastnega doma, si v manjšem deležu želijo ostati doma, ko jim funkcionalne zmogljivosti bistveno upadejo, kot tisti v najnižjih dohodkovnih razredih (do 500 evrov)«. od tod pa lahko pričakujemo, da bi dobra stanovanjska politika za stare pritegnila več starostnikov v oskrbovana stanovanja in druge vrste skupnostne oskrbe za starostnike. Torej velja razmisliti o strategiji in ukrepih, s katerimi bi bolje zadovoljili starajočo se populacijo.

Preko poznavanja stanovanjskih preferenc starajočega se prebivalstva z upadajočimi funkcionalnimi zmožnostmi, ki so odvisni od pomoči drugih, lahko bolje planiramo potrebe po storitvah in grajenem prostoru ter oskrbovalnih mrežah za starostnike. Naša raziskava, ki je bila izvedena v letih 2014, 2015, se razlikuje od drugih prav v tem, da smo v vzorec zajeli izključno osebe, ki so že odvisne od pomoči drugih in so že pridobile pravico do dolgotrajne oskrbe na domu zato problematiko upadanja funkcionalnih zmožnosti pa tudi problematiko nizkih pokojnin bolje poznajo in čutijo na lastni koži. Ko pa je človek soočen s takim dejstvom, se lahko njegova želja spremeni, kot se je pokazalo tu. Tako se naši rezultati bistveno razlikujejo od ugotovitev študije EUROBAROMETER 283, ki navaja, da se 90 % starostnikov želi starati le v lastnem domu. Pri naših anketirancih to ne drži in test dodatno dokazuje, da bi se za selitev odločilo še več starostnikov, če bi bile te rešitve zanje tudi finančno dosegljive. Kot razloge za potrebo po selitvi so navedli: nenadna bolezen, poslabšanje kronične bolezni, bolezen svojca, smrt svojca, arhitektonske ovire doma (stopnice in drugo), osamljenost, invalidnost, kjer niti arhitektura doma ne reši problema mobilnosti, vendar bi se raje preselili v oskrbovana stanovanja in manj formalno skupinsko oskrbo, kot pa v dom starejših občanov.

Raziskava je pokazala, da ni res, da si večina starostnikov želi starati na domu, ko pridejo do stanja, ko ne morejo več skrbeti sami zase. Ko se približujejo ali že dosežejo takšno stanje upada funkcionalnih zmožnosti, si želijo drugačne oskrbe ali v skupnostih, ali v oskrbovanih domovih, v najslabšem primeru pa v institucionalni oskrbi v domu starejših občanov.

Za prilagajanje bivališča potrebam starostnikov je poleg dobro izdelanega modela mnogoterih pojemanj in zajema podatkov za njegovo implementacijo potrebno zagotoviti predvsem poceni finančne vire. Evropska investicijska banka zagotavlja sredstva za regionalni in družbeni razvoj. V Sloveniji si lahko pravne osebe ta sredstva pridobijo kot posojilo z obrestno mero ki je nižja od tržne preko SID banke. Nizka obrestna mera omogoča izgradnjo in ponudbo cenejših bivališč za starostnike.

Nizka obrestna mera pa zahteva ustrezne mehanizme za upravljanje z riziki, ki jih Slovenija še nima. To je namreč pogoj, da lahko tudi manjše občine črpajo sredstva po nizki obrestni meri. Torej bi s temi sredstvi lahko občine same, v okviru stanovanjskih zadrug ali preko javno zasebnega partnerstva gradila poceni stanovanjske enote, ki bi bile dostopne tudi starostnikom z nižjimi pokojninami in ki bi jim zagotavljale več avtonomnosti, s tem pa podpirale tudi njihovo željo po varovanju njihovega dostojanstva in večje avtonomije, ki je na vrhu vseh prioritet starostnikov.

Organiziranost oskrbe starostnikov v stanovanjskih skupnostih starostnikov namreč znižuje rizike padcev in drugih nezgod starostnikov, ki bistveno znižujejo stroške zdravstvene oskrbe starejšega prebivalstva kakor ugotavlja Claudia Woods (2017). Na temelju njenih ugotovitev se parlament Združenega kraljestva odloča celo o tem da bi država v celoti financirala najemnino oskrbovanih stanovanj za starostnike, saj njena študija kaže, da so stroški države pri zagotavljanju tovrstne stanovanjske oskrbe pol nižji od prihrankov v zdravstvu pridobljenih na tak način.

5 Zaključek

Po pregledu evropske in ameriške strokovne literature na to temo in še predvsem ob izvajanju skupnega projekta z Univerzo Južne Floride, smo ugotovili, da bi se lahko tudi v Sloveniji gradnja bivališč za starostnike razvijala v različnih urbanih strukturah. Obstaja velika vrzel med potrebami in ponudbo bivališč prilagojenih starejšim v Sloveniji. Da bi prilagodili socialno infrastrukturo potrebam starostnikov smo izvedli raziskavo med starostniki, ki že uporabljajo storitve dolgotrajne oskrbe na domu in v institucijah. Rezultati so pokazali, da si jih več kot polovica želi, da se preselijo v oskrbovana stanovanja oziroma posebej njihovim funkcionalnim zmožnostim prilagojena pritlična stanovanja, kjer bi lahko bolje varovali svoje dostojanstvo, zasebnost in neodvisnost, kot je to mogoče v institucionalnem varstvu v socialnovarstvenih zavodih. Delež takih pa bi bil še večji, če bi bila prilagojena stanovanja cenejša, kot smo dokazali s tveganjem manjšim od 0,01. Tako bi pri razvoju odločitvenega modela mnogoterih pojemanj morali izhajati iz te želje starostnikov in simulacije možnih subvencij za poceni bivališča. Te ugotovitve so lahko pomembna pobuda za lokalne uprave, da (a) prično graditi ustrezna bivališča prilagojena potrebam starejših s padajočimi funkcionalnimi zmožnostmi sami ali (b), da ustvarijo pogoje za to, da bi pritegnili zasebne naložbe v primerna in cenovno dostopna bivališča za starostnike, ki jim upada sposobnost samooskrbe. Z zagotovitvijo cenovno ugodnih bivališč, primernih funkcionalnim zmožnostim starostnikov pa bi vplivali tudi na znižanje zdravstvene oskrbe, kot to ugotavljajo v Veliki Britaniji.

Tako članek odgovarja tudi na izziv poročila EUROBAROMETRA (EK, 2007), katerega rezultati statističnih opazovanj po posameznih članicah Evropske unije (EU) so pripeljali do zaključkov, da si vsaj 90 % vseh Evropejcev želi starati v lastnem domu tudi tedaj, ko jim funkcionalne zmožnosti hudo upadejo. Pri tem v Sloveniji

razumemo »staranje v lastnem domu« predvsem kot staranje v hiši oziroma stanovanju, kjer so starostniki živeli desetletja skupaj s svojo veččlansko družino. Starostniki si predvsem želijo ohranjanje dostojanstva in avtonomije. Gradnja poceni oskrbovanih stanovanj, ki bi jim zagotovila večjo avtonomijo in stanovanjske pravice ter vse, kar iz teh izhaja, bi pripeljala do večjega zadovoljstva starostnikov in nižjih stroškov zdravstvene oskrbe, celo za 50 %, kot to ugotavlja Claudia Woods. Predlagani model mnogoterih pojemanj in ustrezna statistika preferenc starostnikov lahko služijo kot osnova za oceno rizikov, ki je potrebna za pridobivanje sredstev Evropske investicijske banke po nizkih obrestnih merah, ki so pod tržno vrednostjo, in s tem zagotavljanje poceni stanovanj za slovenske starostnike.

LITERATURA

1. Agresti, A. in Caffo, B. (2000). Simple and effective confidence interval for proportions and differences in proportions results from adding two successes and two failures. *The American Statistician*, 45, 280-288.
2. Bogataj, D., Ros - McDonnell, D., in Bogataj, M. (2015). Reverse mortgage schemes financing urban dynamics using the multiple decrement approach. *Springer proceedings in mathematics & statistics*, 135, 27-47.
3. Bogataj, D., Ros - McDonnell, D. in Bogataj, M. (2016). Management, financing and taxation of housing stock in the shrinking cities of aging societies. *International journal of production economics*, 181, pt. A, 2-13.
4. Bogataj, D., Szander, N. in Ros - McDonnell, D. (2015). Španski model bivalnega prostora in zagotavljanje dolgotrajne oskrbe: (Kaj se lahko centralno-evropske in vzhodno-evropske države naučijo od Španije). *Dolgotrajna oskrba: izzivi in priložnosti: oskrbovalni in bivalni vidiki*, (MEORL, ser. n. 19). Šempeter pri Gorici: MEDIFAS; Ljubljana: Skupnost socialnih zavodov Slovenije, 59-80.
5. Council of the European Union, Social Protection Committee. (2014). *Adequate social protection for long-term-care needs in an ageing society*, Brussels: SPC.
6. Drobež, E. in Bogataj, D. (2016). Pravica starostnikov do stanovanja v procesu deinstucionalizacije. V B. Grum, (ur.), A. Temeljotov Salaj (ur.), *Proceedings, 1st Conference of Interdisciplinary Research on Real Estate* (str. 273-281). Ljubljana: Institute of Real Estate Studies.
7. EK (2007). *EUROBAROMETER 283*.
8. EK (2015a). *Innovation for Active & Healthy Ageing. European Summit on Innovation for Active and Healthy Ageing, Final Report*. Brussels: EC and Partners.
9. EK (2015b). *The 2015 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013-2060)* Brussels.
10. EK (2015c). *Innovation for Active & Healthy Ageing. European Summit on Innovation for Active and Healthy Ageing, Final Report*. Brussels: EC and Partners.
11. EK (2017). *The 2018 Ageing Report: Underlying Assumptions and Projections Methodologies* Brussels.
12. Kavšek, M. (2012). *Razvoj smernic kakovosti storitev dolgotrajne oskrbe starejših* (Magistrska naloga). Kranj: Univerza v Mariboru, FOV.

13. Kavšek, M. in Bogataj, D. (2017) Celostna obravnava dolgotrajne oskrbe v Sloveniji. Novo mesto: Fakulteta za organizacijske študije.
14. Kavšek, M. in Bogataj, D. (2016). Ageing in place driving urban transformations. *Revija za univerzalno odličnost* : RUO, 5 (1), 1-12.
15. Kavšek, M., Bogataj, D. (2017). Deinstitutionalizacija in starostnikom prijazne urbane transformacije. V B. Grum (ur.), *Interdisciplinarna raziskovanja nepremičnin : izbrane znanstvene razprave* (str. 13-21). Ljubljana: Inštitut za nepremičninske vede.
16. Observatory for Sociopolitical Developments in Europe, WP 7. Berlin: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. Pridobljeno s <https://www.deutscher-verein.de/de/>
17. Rogelj, V. in Bogataj, D. (2016). Matematični modeli financiranja socialne infrastrukture za izvajanje dolgotrajne oskrbe. Šempeter pri Gorici: Cerrisk-Medifas.
18. Rogelj, V. in Bogataj, D. (2017). Housing Equity Withdrawal in the Portfolio Choice for Financing the Long-Term Care Facilities. V B. Grum (ur.), *Proceedings*. Ljubljana: Institute of Real Estate Studies.
19. Stula, S. (2012). Living in Old Age in Europe - Current Developments and Challenges.
20. Subcommittee on Housing, Transportation, and Community Development (2009). *Modernizing affordable housing for seniors and people with disabilities*, Washington DC: (DLC) 2010532173, (OCoLC)671917965.
21. United States. Congress. Senate. Committee on Banking, Housing, and Urban Affairs.
22. Ustava Republike Slovenije. (1991). Uradni list RS, št. 33/91 (23. 12. 1991).
23. Woods, C. (2017). *Social Value of Sheltered Housing*. London: Demos.

Aktualni problemi rada medicinskih sestra u SR Njemačkoj

SAŽETAK - Trenutna situacija u sestrinstvu u SR Njemačkoj je vrlo kritična. Veliki broj takvih informacija donose razni mediji no u društvu nisu prepoznati. Problem nedostatka osoblja je učestali problem, no postoje i drugi koji ga slijede. Primjeri iz prakse pokazuju kako su mnogi problemi nisu riješeni, te kako će sljedeća reforma 2020. godine promijeniti sustav obrazovanja medicinskih sestara. Budućnost zanimanja medicinskih sestra je kritična točka u njemačkom sestrinstvu, koje je u dugom nizu godina bilo zapostavljeno i nije više atraktivno.

KLJUČNE RIJEČI: problematika rada, medicinske sestre, SR Njemačka

1 Uvod

Najčešće mišljenje kolega i kolegica sa prostora Balkana je da su medicinske sestre u SR Njemačkoj zadovoljne bolje plaćene i koriste suvremene metode rada u zdravstvenoj njezi. Koliko god to vrlo primamljivo zvučalo u zadnjih godina se govori o manjku medicinskih sestra/tehničara. Svojim radom na 3 radna mjesta mogu reci da sam se u to uvjerio te da postoje mnogi problemi koji se kriju u radu medicinskih sestra u SR Njemačkoj.

2 Problematika u radu

Navesti ću u kratkim crtama problem koje sam u proteklih 4,5 godine zapazio u svojem djelokrugu posla. Smatrao sam SR Njemačku kao vrlo razvijenu i modernu zemlju po pitanju zdravstva. U radu sam zapazio da je razlika vidljiva od obrazovanja pa do samog izvođenja posla. Moram vas također reći da u medijima sve se više progovara o problemima medicinskih sestra/tehničara.

2.1 Priznavanje »diplome« medicinska sestra tehničar i njemački jezik

Priznavanje zanimanja medicinska sestra/tehničar u SR Njemačkoj se odvija u svakoj saveznoj pokrajini zasebno te ne identično. Ukoliko dobijete posao u Njemačkoj zakonski ste dužni svoje dokumente prevesti i poslati u zaduženo ministarstvo na provjeru i nostrifikaciju. U tome vremenu možete raditi kao njegovatelj a ne kao medicinska sestra/tehničar. Najčešće to poslodavci zlouporabe te vas stavljaju na mjesta na kojima po zakonu nemate zakonsku odredbu. Neki su pokušali to s bonu-

sima na plaču a drugi usmenim putem. Ukoliko ste ih upozorili bili bi odmah u čudu. Nostrifikacija u pravilu traje 1 godinu a može i do 3 godine. Ključno za djelokrug rada je dobro poznavanje njemačkog jezika. Očekivanja su da se u što kraćem razdoblju naučite njemački jezik. Uz posao se može također pohađati na tečaj jezika što mnogi poslodavci u nuždi i nude radniku.

2.2 Manjak osoblja i prekovremeni sati

Godinama se govori o manjku osoblja ali nažalost u strukturama se ništa posebno nije dogodilo. Najbolja opcija za poslodavca bi bila sto više pacijenata a sto manje osoblja te da se posao odradi u sto boljem postotku. Istina je drugačija, jer s manjim brojem osoblja a velikim brojem pacijenata najčešće dolazi do lose njege bolesnika. Radno vrijeme medicinske sestre/tehničara na bolničkom odjelu je 8 sati. Ukoliko je netko spriječen bolešću te neće doći na posao ide se rješenjem zvati prvu slobodnu osobu iz tima koja ima slobodno da li može doći na posao. Čestim uskakanjem nagomilavaju se prekovremeni sati koji zbog nategnutog rasporeda i čestih »uskanja« iz slobodnih dana. Sindikat rada »Verdi« poziva da se radnici ne odazivaju na posao kad su slobodni, jer svojim dolaskom se problem neće riješiti.

2.3 Uvođenje u posao (Einarbeitung)

Uvođenje u posao na odjelu treba biti sto bolje i treba novoga radnika uvesti u svakodnevicu na odjelu. Često smo svjedoci ekspresno ubrzanog uvođenja u posao te u sto kraćem roku. Takvim se postupkom stvara određena nesigurnost te negativno iskustvo kod novog radnika. Često je novi radnik izložen velikom stresu i brojnim informacijama. Optuživanje radnika da određeno znanje nije usvojio jer mu je to jednom pokazano ili su standardi u svakoj bolnici različiti. U svome radu sam se često naučio stvari koje moje kolege mi nisu pokazali. Nije uvijek slučaj da isti mentor uvodi radnika u posao. Problem je sto manjina radnika u timu zna obavljati sve poslove na odjelu.

2.4 Manjak kompetencija

Kompetencije medicinskih sestra/tehničara u Njemačkoj su znatno umanjene nego u zemljama Balkana. Intravenske braunile postavlja doktor te daje intramuskularne injekcije. Često pozivom liječnika da nam stavi intravensku braunilu znamo dugo čekati jer posao u prijemnoj ambulanti ne daje vremena da liječniku dođe na odjel. Pacijenti moraju čekati, žale se kada će doći liječnik, a u trenutcima slabog općeg stanja i dehidracije moramo čestim pozivima urgirati da je situacija ozbiljna. Pitanje je da li će se kompetencije medicinskih sestra/tehničara u budućnosti morati ponovo definirati.

2.5 Multidisciplinarnost na bolničkom odjelu

Manje bolnice zbog ne popunjavanja kreveta imaju odjele gdje su više medicinskih smjerova zajedno na jednom odjelu. Na odjelu na kojem sam ja zaposlen su 3 us-

mjerenja: kirurgija ruke, abdominalna kirurgija i internistički smjer. Vrlo je teško jer imamo za svaki smjer različitog liječnika. Uz sav obujam posla događa se da ne primijetimo kod pacijenta određenu zdravstvenu poteškoću ili određenoj skupini pacijenata dajemo manje vremena.

2.6 Crkva i država

Crkva i država su u SR Njemačkoj odvojene. Ukoliko radite kod kršćanskog poslodavca (Caritas, Diakone) kolektivnim ugovorom vam je zabranjen štrajk. Ukoliko se sudbeno razvedete, želite provesti štrajk ili imate homoseksualnih sklonosti poslodavac vam može dati otkaz. Bilo je primjera bolnica u kojima su zaposlenici proveli štrajk te nisu bili otpušteni jer nije bilo rešenja za aktualni problem.

2.7 Politika i zdravstvo

Njemački parlament je ove godine donio zaključak da će reformu obrazovanja medicinskih sestra/tehničara o zdravstvu provesti 2020. Zanimanje medicinske sestre/tehničara nije aktualno te govori o ponovnoj aktualizaciji zanimanja. Političari su državni službenici te su zakonom nositelji privatnog zdravstvenog osiguranja. Takvim privatnim osiguranjem im se jamči bolja medicinska skrb te imaju prednost u zdravstvenom sustavu. Privatni zdravstveni odjeli su ambijentalno ljepši, usluga je bolja te imaju pravo na jednokrevetnu ili dvokrevetnu sobu. U slučaju hitne operacije također imaju prednost.

2.8 Na rasporedu ali ne i na poslu (Burnout)

Uviđamo na našim rasporedima osobe koje su dio tima ali koje ne dolaze na posao. Riječ je o zaposlenicima s burnout sindromom. Neki od naših kolega/kolegica ne mogu podnijeti veliku količinu stresa. Poznajem kolege koje su zbog posla imali problema s burnout sindromom. Teško se je vratiti na posao ali i posjeduju također postotak invalidnosti te ograničenja u radu. Sve je veći pritisak i opseg rada na bolničkom odjelu, a mnogim stresnim situacijama te pogoršava sigurnost radnika i pacijenta.

3 Zaključak

Aktualni problemi u radu medicinskih u SR Njemačkoj nisu shvaćani ozbiljno na vrijeme. Povećanjem broja osoblja mogla bi se poboljšati njega bolesnika te opća situacija u zdravstvu. Ukoliko nema dovoljno osoblja mnogi odjeli će se zatvoriti, a tako i neka bolnice. Svjesno se pojedine medicinske sestre/tehničari uključuju u politiku kako bi mogle pridonijeti boljem rješavanju aktualnih problema. Udruženim snagama te općim štrajkom možemo skrenuti pozornost na probleme u zdravstvu već danas a ne sutra kada može biti kasno.

LITERATURA

1. Anon (2017). Erstmals Streik in katholischer Einrichtung in Deutschland. Pridobljeno 29. 11. 2017, s <http://www.zeit.de/wirtschaft/2017-10/marienhaus-klinik-streik-katholische-kirche>.
2. Bundesministerium für Bildung und Forschung Anerkennung in Deutschland. Pridobljeno 29. 11. 2017, s https://www.anerkennung-in-deutschland.de/html/de/gesundheits_krankenpfeleger.php.
3. Bundesministerium für Gesundheit (2017). Fachkräfte in der Pflege. Pridobljeno 29. 11. 2017, s <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/index.php?id=646>.

Koristi in pomen uvajanja kakovosti v zdravstvu

POVZETEK - Okolje javnega sektorja, tudi zdravstva, je danes bolj kompleksno in nestabilno ter ustvarja zahteve po zmanjšanju javne porabe, po drugi strani pa zahteva večjo kakovost zdravstvenih storitev. Omenjena pojava sta si kontradiktorna, saj je narediti več in bolje, z manj sredstvi in viri težko izvedljivo. Potrebno je uvajanje novih filozofij in metod dela. Pobudnik za to naj bi bil strokoven in inovativen menedžment v zdravstvu, ki bi bil sposoben učinkovitega in uspešnega obvladovanja procesov dela in vodenja ljudi v zdravstvenih zavodih. Menedžment v javnih zdravstvenih zavodih mora uvajati sistem kakovosti z namenom vzpostavitve urejenih procesov dela in posledično procesne organiziranosti zdravstvenih zavodov. Bistvo uvajanja kakovosti je v zaposlenih in vodstvu ter dojemanju kulture in koristi kakovosti in varnosti tako za paciente kot za zaposlene. Prihodnost kakovosti je v menedžmentu kakovosti, ki se odraža v menedžmentu sistema vodenja poslovnih procesov in vodenju ljudi, njihovemu motiviranju in usposabljanju.

KLJUČNE BESEDE: kakovost v zdravstvu, procesi, menedžment, zaposleni

1 Uvod

Povezavo med zdravjem in blagostanjem so dokazale številne strokovne študije. Zastoji in ovire pri dostopnosti do zdravstvenih storitev ter nižja kakovost in standard zdravstvenih storitev pomenijo podaljšanje trajanja zdravljenja in zmanjšujejo varnost pacientov, kar posledično pomeni manj zdrave ljudi. Po drugi strani zdravstveni sektor tvori kar 10 % evropskega BDP in tako postaja pomembna narodnogospodarska kategorija vsake države. Zdravstvene storitve in z njimi povezane inštitucije so med največjimi delodajalci v EU. Preprečevanje bolezni skupaj s pravočasno dostopnostjo do učinkovitega zdravljenja in zdravstvenih storitev je ključna ekonomska komponenta vsake družbe.

Okolje javnega sektorja je danes bolj kompleksno in nestabilno ter ustvarja zahteve po zmanjšanju javne porabe, po drugi strani pa zahteva večjo kakovost javnih storitev. Omenjena pojava sta si v bistvu kontradiktorni, saj je narediti več in bolje, z manj sredstvi oziroma viri težko izvedljivo. Države se vse bolj obračajo k menedžerjem v zdravstvu, ki naj s strokovnim znanjem pomagajo blažiti naraščajoče finančne stiske. Njihova naloga naj bi bila organizirati in voditi delovne procese tako, da bo mogoče ohraniti doseženo raven zdravstvenih storitev in s tem socialnega blagostanja ljudi v objektivno omejenih javnih finančnih virih. Pomanjkanje javnega denarja za zagotavljanje zdravstvenih storitev in pravic naj torej delno nadomesti dober

menedžment. Menedžerji v javni zdravstveni službi bodo znali najti notranje rezerve v zdravstvenih organizacijah, pravilno organizirati in razporediti delo in urediti delovne procese, se osredotočiti na odhodke (stroške) in ne le na prihodke ter tako povečati učinkovitost in uspešnost izvajalcev zdravstvene dejavnosti. Menedžerji naj bi bili pobudniki uvajanja novih filozofij in metod dela za obvladovanje procesov dela in vodenja ljudi.

Za razumevanje kakovosti v zdravstvu je potrebno uskladiti različne poglede vseh zainteresiranih strani, v kolikor bi bil lahko sistem učinkovit, uspešen in čim bolj prilagojen potrebam in pričakovanjem. Osnovno poslanstvo se nanaša na zadovoljstvo pacienta, ki naj bi ga organizacija obravnavala kot partnerja z vsemi njegovimi potrebami in željami. Nacionalne usmeritve in strategije so predvidele celovit pristop k razvoju, ciljem in obvladovanju kakovosti v zdravstvu, vendar je zaradi neopredeljenih virov in minimalne spodbude, odpora nekaterih interesnih skupin in pomanjkanja interesa za vodenje in povezovanje na najvišji ravni, projekt kakovosti v zdravstvu ostal prepuščen ambicioznim menedžerjem, ki so v vpeljavi sistema vodenja in upravljanja, vzdrževanja in izboljševanja kakovosti videli dodano vrednost za posamezni zdravstveni zavod.

2 Značilnosti opravljanja zdravstvenih storitev

Opravljanje javnih zdravstvenih storitev ima nekaj posebnosti, po katerih se javni zdravstveni zavod močno loči od gospodarskih subjektov, ki proizvajajo tržne dobrine. Najbolj očitne so neoprijemljivost uspešnosti opravljanja zdravstvenih storitev, neločljivost izvajanja storitev in njihove uporabe ter minljivost zdravstvenih storitev. Zdravstvene storitve opravljamo z namenom, da bi uporabniku –pacientu izboljšali zdravje. Tudi če smo prepričani, da nam je to uspelo, ne moremo natančno ugotoviti, koliko »boljšega« zdravja smo dosegli, saj gre pri tem za nematerialno kakovost in ne za materialno količino, ki bi jo lahko izmerili ali stehtali. Težave imamo pri določanju deleža zdravstvene oskrbe pri boljšem zdravju bolnika. Rezultati zdravljenja so v precejšnji meri odvisni tudi od odzivanja pacientovega organizma ter od njegovega sodelovanja v procesu zdravljenja. Zaradi neoprijemljivosti uspešnosti zdravstvene oskrbe velja, da ni mogoče zanesljivo meriti ali ocenjevati vloge izvajalcev zdravstvene dejavnosti pri dobrih ali slabih zdravstvenih izidih. Prizadevanja za trajni napredek kakovosti zdravstvene oskrbe in varnosti pacientov gredo prav v smeri, da bi povečali delež zdravstvenih delavcev pri doseganju boljšega zdravja in ta bi ta delež, če je le mogoče, tudi merili.

Bolnik je vselej neposredno vključen v opravljanje zdravstvenih storitev in je sestavni del storitev. Neposredna navzočnost daje bolniku izjemne možnosti, da sam ocenjuje delo zdravstvenega osebja. Zelo objektivno lahko oceni primernost časa, ko je bil pozvan k zdravniku, opremljenost delovnih prostorov, organiziranost dela

in druge razmere v zavodu. Lastna doživetja pacient strni v zadovoljstvo oziroma nezadovoljstvo z zdravstveno oskrbo.

Značilnost opravljanja zdravstvene dejavnosti je tudi minljivost zdravstvenih storitev. Zdravniških storitev ni mogoče ločiti v prostoru in času. Se takoj porabijo. To pa lahko povzroča izvajalcem kar nekaj preglavic pri uravnavanju tekočega povpraševanja po njihovih zdravstvenih storitvah.

2.1 Standardizacija opravljanja zdravstvenih storitev

Standardizacija opravljanja zdravstvenih storitev ni izključna lastnost zdravstvenih dejavnosti. Bolj znana je v industriji, kjer jo spremlja tudi tipizacija izdelkov množične proizvodnje. Pri standardizaciji zdravstvene oskrbe gre za napisana ali nenapisana jasna in trdna pravila ravnanja, ki so znana kot strokovna medicinska doktrina oziroma strokovni poklicni standardi. Uporaba standardiziranih postopkov v procesu zdravljenja, zlasti če so napisani, odstranjujejo pri izvajalcu negotovost, ki bi jih spremljala pri iskanju novih ali drugačnih metod zdravstvene oskrbe. Uporaba strokovnih poklicnih standardov ima precej prednosti. Omogoča korektno in sproščeno delo, povečuje učinkovitost in produktivnost dela, s katerim zdravstveni delavci dosegajo zdravstvene izide. Pri morebitnih zapletih in neželenih izidih zdravljenja pa imajo velike možnosti, da so oproščeni krivde iz subjektivnih razlogov. Z vsem navedenim bistveno pripomore h kvaliteti zdravstvenih storitev in varnosti pacientov.

V prihodnje pa bo vse težje standardizirati odnose med bolnikom in zdravnikom. Razvoj gre v smer širjenja človekovih individualnih pravic. Mnogi napovedujejo, da bo individualizacija zdravstvene oskrbe zelo pomemben dejavnik celovitega socialnega razvoja. Temu naj bi se prilagodila tudi ponudba zdravstvenih storitev. Morda bo potreben nov razmislek o družbeni pravičnosti in o vzdržljivi ravni solidarnosti med ljudmi na področju zdravstvenega varstva. Do tedaj pa bodo standardi zdravstvene oskrbe za zavarovane osebe javnih zdravstvenih zavarovanj še vedno pomembno orodje pravičnega dostopa do dogovorjenega zdravstvenega varstva ter orodje obvladovanja javnih izdatkov za zdravstveno varstvo. V standardizaciji zdravstvene dejavnosti na javni račun bo tako ostal vgrajen pritajen, vendar trajen interesni spor med bolnikom in zdravnikom, ki oba želita zelo veliko in javnim zdravstvenim zavarovanjem, ki jima vsega ne more dati.

3 Kakovost v zdravstvu

3.1 Opredelitev kakovosti v zdravstvu

Zdravstvene storitve so ena najboljčutljivejših kategorij storitev, saj se neposredno nanašajo na stanje in počutje uporabnika, ki je izredno subjektiven pri ocenjevanju ustreznosti in zadovoljstva s storitvijo. Ustreznost izvedbe in zadovoljstvo je neposredno povezano z izidom, ki se nanaša na njegovo zdravstveno stanje in sodi

med najosnovnejše potrebe. Zadovoljstvo je povezano tudi s strokovnim nepoznavanjem izvajanja ter primerjanjem osebne izkušnje, ki se od primera do primera razlikuje zaradi doživljanja, dojemanja, razumevanja in razlik med primeri, ki jih je ravno v zdravstvu težko poenotiti. Specifična posebnost v zdravstvu je, da so pričakovanja uporabnikov zdravstvenih storitev visoka. Raven kakovosti storitev in zadovoljstvo uporabnikov pa se največkrat ocenjuje po nemerljivih sestavinah, kot so pričakovanja, želje, vrednote in osebne značilnosti uporabnikov. Načrtovanje zdravstvenih storitev je izvedeno na nacionalnem nivoju na podlagi analiz, izhodišč, pravil, segmentacije trga in finančnega stanja zdravstvene blagajne, kar velikokrat ne dosega potreb na trgu. Zaradi tega načrtovanja zdravstvenih storitev, ki ni skladno s potrebami in pričakovanji uporabnikov, je zadovoljstvo uporabnikov in izvajalcev velikokrat na nezavidljivi stopnji.

Zdravstveni zavodi so obvezani na podlagi nacionalnega načrta izpolnjevati vnaprej določene obveznosti. Posamezni zavod ima nekaj maneverskega prostora za prilaganje uporabnikom in zaposlenim, ki ga izkoristi za dvig zadovoljstva, in je navadno pogojen tudi z njegovo velikostjo. Glede na to, da v zdravstvu na številnih področjih večinoma niso sprejeti enotni standardi, si posamezni zavodi pomagajo z vpeljavo drugih mednarodnih standardov, katerih namen je večja transparentnost, gospodarnost, urejenost in usklajenost, ureditev procesov in postopkov ter dvig zadovoljstva in dodane vrednosti poslovanja.

3.2 Razvoj kakovosti v zdravstvu

Kakovost zdravstvenih storitev je primarno opredelil že leta 1992 Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju in velja za enega glavnih ciljev zdravstvenega varstva (Leskošek in Pajntar, 2004, str. 42). Leta 2006 je Ministrstvo za zdravje izdalo Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu, leta 2010 pa Nacionalno strategijo kakovosti in varnosti v zdravstvu. Oba dokumenta sta osnova za sistematično vpeljevanje kakovosti v zdravstvene zavode, ki opredeljujeta strateške cilje, usmeritve, izhodišča in načela za razvoj, vpeljevanje in izboljševanje kakovosti. Zaključni ukrepi za vpeljavo standardov in kakovosti niso bili postavljeni, zato so zavodi samostojno vpeljevali različne modele in standarde.

Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu 2010–2015 (str. 10–11) opisuje stanje razvoja celovitega pristopa, ki je bil naslednji:

- uvajanje sistema samoocenjevanja in zunanje akreditacije leta 2004 in se je našalo na bolnišnice;
- sistem celovitega vodenja kakovosti se je počasi stopnjevalo v zadnjem desetletju, spreminjanje organizacijske kulture poteka počasi;
- sistem spremljanja opozorilnih nevarnih dogodkov, kar pomeni obravnavo najhujših varnostnih zapletov pri pacientih, ki je zaživel leta 2009;
- uvedba kliničnih poti, ki so jih javni zdravstveni zavodi pričeli uvajati v zadnjem desetletju, med največje izzive na tem področju pa sodijo komunikacija med osebjem;

- računalniška podpora in uskladitev različnih pristopov strokovnjakov;
- osredotočenost zdravstvenega sistema na pacienta;
- vključitev vsebine o kakovosti in varnosti v programe formalnega izobraževanja zdravstvenih delavcev.

Uspešnost in učinkovitost sprejete nacionalne strategije se sicer kaže v vseh šestih točkah opisanega stanja razvoja, vendar le v posameznih zavodih, kar kaže tudi v nadaljevanju navedena raziskava Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije v letu 2013. Glavni namen strategije je bil učinkovito razvijanje sistematičnosti in strokovnosti ter nenehnega izboljševanja zdravstvene obravnave in varnosti pacientov.

Osnovno poslanstvo kakovosti v zdravstvu se nanaša na zadovoljstvo pacienta, ki naj bi ga organizacija obravnavala kot partnerja z vsemi njegovimi potrebami in željami, kljub temu, da nacionalni sistem zdravstva omejuje takšno razmišljanje s smernicami in pravili, organizaciji pušča proste roke za pristope, izven kritja obveznega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. Na tej točki se lahko zdravstvena organizacija odloča o drugačnosti, primernosti, spremembah in dopolnitvah. Ravno spremembe in izboljšave poudarjajo oz. zahtevajo ISO standardi na vseh področjih organiziranosti, delovanja in poslovanja. Izboljšava je sprememba, ki pomeni boljšo uspešnost delovanja s katerokoli metodo, ki bo privedla do izmerljive koristi glede na zastavljeni cilj (Robida, 2009, str. 89).

4 Uvajanje sistema kakovosti v slovenskem zdravstvu

V Slovenije je 26 bolnišnic in 65 zdravstvenih domov. Na državnem nivoju se ne vodi evidenca o stanju vpeljanih ISO standardov v zdravstvene zavode, resorno ministrstvo za zdravje vodi le evidenco o stanju vpeljane mednarodne akreditacije bolnišnic. Leta 2013 je Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije naredilo anketo o aktivnostih zdravstvenih zavodov na področju kakovosti. Čeprav naj bi po smernicah zdravstveni zavodi uvedli sistem kakovosti ISO standardov do konca leta 2015, se žal to ni zgodilo. Smernice so vseeno upoštevali nekateri zdravstveni zavodi in standarde tudi uvedli. Obvezna uvedba mednarodnega standarda akreditacije je veljala le za bolnišnice, ki so imele kot obvezo uvedbe mednarodnega standarda zapisano v določila Splošnega dogovora, na osnovi katerega se sklepajo letne pogodbe za financiranje. V primeru, da bolnišnice do leta 2015 ne bi uvedle katerikoli standard mednarodne akreditacije bi utrpele finančne posledice. Bolnišnice so se lahko akreditirale po treh mednarodno priznanih standardih, in sicer: AACI – International Accreditation Standards for Healthcare Organizations; ACI Accreditation Canada Internationalal in DIAS/DNV – International Accreditation Standard for Hospitals.

V nadaljevanju prikazujemo rezultate izvedene Ankete s strani Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije glede izvajanja aktivnosti zdravstvenih zavodov Slovenije (bolnišnic in zdravstvenih domov) na področju uvajanja sistema kakovosti.

Tabela 1: Standardi kakovosti v slovenskih bolnišnicah in zdravstvenih domovih v letu 2013 in 2016

Zavod	Pridobljen certifikat	V postopku pridobitve certifikata	Brez aktivnosti	Pridobljen certifikat
ISO standard				ISO standard
2013				2016
Bolnišnice	9	9	8	16
Zdravstveni domovi	17	9	18	19
Akreditacija				Akreditacija
Bolnišnice	11	14	1	22
Zdravstveni domovi	1	0	0	1

Vir: Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije (2013) in MZZ (2016).

V anketi Združenja leta 2013 je sodelovalo 26 bolnišnic in 43 zdravstvenih domov. Rezultati ankete so pokazali, da je imelo v letu 2013 26 zdravstvenih zavodov pridobljen certifikat ISO 9001, od tega 9 bolnišnic in 17 zdravstvenih domov. Nadalje je iz Ankete razvidno, da je bilo 18 zavodov v postopku pridobivanja oziroma uvajanja ISO standarda in sicer 9 bolnišnic in 9 zdravstvenih domov. Zaskrbljujoča je ugotovitev, da kar 26 zdravstvenih zavodov, od tega 8 bolnišnic in 18 zdravstvenih domov ni vodilo nobene aktivnosti na področju uvajanja sistema kakovosti ISO standarda. Glede na dejstvo, da se 22 zdravstvenih domov na anketo ni odzvalo lahko sklepamo, da le-ti ne vodijo aktivnosti na področju uvajanja sistema kakovosti po ISO standardu.

Na področju uvajanja akreditacij je le-to do leta 2013 pridobilo 12 zdravstvenih zavodov, od tega 11 bolnišnic in 1 zdravstveni dom. V postopku pridobivanja akreditacije je bilo skupaj 14 zdravstvenih zavodov oziroma bolnišnic. Visok odstotek pridobljene akreditacije oziroma bolnišnic v postopku uvajanja akreditacije ne preseneča, saj so bile bolnišnice prisiljene mednarodno se akreditirati do leta 2015. V nasprotnem primeru bi utrpele finančne posledice s strani plačnika zdravstvenih storitev, to je Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

Po podatkih Ministrstva za zdravje je bilo do leta 2016 akreditiranih 22 bolnišnic, to je skoraj 85 %, kar je bilo pričakovati glede na sistemski ukrep po obvezni akreditaciji bolnišnic. Zdravstveni domovi se glede na dejstvo, da zanje ni bilo uvedenega systemskega ukrepa, ki bi jim nalagal obvezno akreditacijo, kot je to veljalo za bolnišnice, v glavnem niso akreditirali. Je pa do leta 2015 pridobilo certifikat ISO standard skupaj 19 zdravstvenih domov, kar predstavlja komaj 30 % od vseh zdravstvenih domov v Sloveniji in 16 bolnišnic ali 60 %. Dejstvo, da so se skoraj vse bolnišnice mednarodno akreditirale do zakonsko določenega roka pove, da je na žalost le prisila tista, ki zavode sili v izvedbo ustreznega sistema kakovosti. Tudi odstotek pridobljenega ISO standarda je v bolnišnicah bistveno višji kot pri zdravstvenih domovih, kar pomeni, da ima obveza tudi dodatne pozitivne učinke na zavode glede uvajanja sistema kakovosti. Sklepamo lahko, da bi tudi ostali zdravstveni zavodi sprejeli predpisane standarde, v kolikor bi bili v to prisiljeni s sistemsko ureditvijo.

Smernice, ki jih zastavljajo v organizacijah standardi na podlagi zahtev, spremenjeni način razmišljanja in dodana vrednost, ki jo prinašajo uvedeni sistemi in modeli, so morale sprejeti bolnišnice, odzivnost na uvedbo standardov v zdravstvene domove pa je slaba, saj le ti niso bili prisiljeni uvesti standarda kot npr. bolnišnice. Poleg tega je slabi odzivnosti zdravstvenih domov na uvedbo standardov botrovala tudi splošna nezainteresiranost za uvedbo sprememb, ki bi pomenile drugačno delovanje, obnašanje, organizacijo, poslovanje, dodatne kontrole na podlagi kazalnikov in nenazadnje spremembo mišljenja zaposlenih in uporabnikov.

5 Koristi in pomen uvajanja kakovosti v zdravstvu

Nacionalne usmeritve in nacionalna strategija kakovosti v zdravstvu upoštevajo šest načel kakovosti:

- varnost, ki opredeljuje varno obravnavo pacienta in odgovarja na vprašanje, ali se lahko pacientu škodi s postopki in delom;
- uspešnost, ki raziskuje izboljševanje zdravstvenega stanja pacienta;
- pravočasnost, ki regulira čakalne dobe in vrste;
- učinkovitost se ukvarja s stroškovnim vidikom izvedenih zdravstvenih storitev;
- enakopravnost odpravlja razlike med pacienti z vidika spola, starosti in socialnega statusa in predvideva enako dostopnost do zdravstvenih storitev;
- osredotočenost na pacienta raziskuje, ali so bile pacientu ponujene najboljše možnosti.

Sprejeta načela kakovosti v zdravstvu so osnova za izvajanje ustreznih zdravstvenih storitev ter temeljijo na vrednotah in različnih standardih. Razvoj načel se največkrat meri z anketami, ki jih izpolnjujejo uporabniki in izvajalci ter strokovnimi raziskavami izvajalcev ali neodvisnih institucij. Napredek v pozitivno smer je na podlagi razpoložljivih podatkov sicer zaznan in evidentiran, vendar sistem kakovosti teži k nenehnemu izboljševanju in prepoznavanju morebitnih tveganj. Ravno zaradi tega je nujno postaviti smernice in jasno določene standarde, ki bodo podajali enotne informacije za nadaljnje analize in sledenje razvoja sistema, prijaznega uporabniku in tudi izvajalcu.

»Standard EN 15224 vključuje zahteve ISO 9001 in jih nadgrajuje z dodatnimi pojasnili, specifikacijami in zahtevami za področje zdravstvene oskrbe. Poudarek daje kliničnim procesom in upravljanju tveganj skozi načrtovanje, delovanje in obvladovanje procesov.« (http://www.siq.si/ocenjevanje_sistemov_vodenja/storitve/kakovost_v_zdravstvu/index.html). Standard opredeljuje najbolj temeljne zahteve za storitve v zdravstveni oskrbi in določa karakteristike, ki predstavljajo temeljne zahteve za kakovost zdravstvene oskrbe, te pa so (http://www.siq.si/ocenjevanje_sistemov_vodenja/storitve/kakovost_v_zdravstvu/index.html):

- primerna in pravilna oskrba,
- razpoložljivost,

- neprekinjena in nemotena oskrba,
- uspešnost,
- učinkovitost,
- enakost,
- upoštevanje razpoložljivih dokazov o najuspešnejših pristopih,
- na pacienta osredotočena oskrba, ki vključuje spoštovanje njegove integritete,
- vključenost pacienta,
- varnost in
- pravočasnost ter dosegljivost.

Standard EN 15224 in dokumenta, sprejeta na nacionalni ravni, predvidevajo v zdravstvu enaka načela za upravljanje in izboljševanje kakovosti. Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu (2006, str. 52–56) pa opredeljujejo še tri cilje za uvajanje kakovosti v zdravstvu Slovenije, in sicer:

- vzpostavitev struktur na ravni ustanov, kakršna jim bi najbolj koristila pri nenehnem izboljševanju;
- vsebine na ravni izvajalcev zdravstvene dejavnosti, ki morajo biti skrbno načrtovane, z jasno opredeljenimi cilji in merljivimi kazalniki, upoštevajoč usmeritve za razvoj kakovosti in varnosti;
- strukture na ravni države, ki bi spremljala razvoj in uresničevanje načrtov ter analizirala in primerjala, oz. usmerjala razvoj kakovosti.

Nacionalne usmeritve in strategije so predvidele celovit pristop k razvoju, ciljem in obvladovanju kakovosti v zdravstvu, vendar je zaradi neopredeljenih virov in minimalne spodbude, odpora nekaterih interesnih skupin in pomanjkanja interesa za vodenje in povezovanje na najvišji ravni, projekt kakovosti v zdravstvu ostal prepuščen ambicioznim menedžerjem, ki so v vpeljavi sistema vodenja in upravljanja, vzdrževanja in izboljševanja kakovosti videli dodano vrednost za posamezni zdravstveni zavod. Izjema so bolnišnice, ki so bile prisiljene v mednarodno akreditacijo, saj bi v primeru »ne uvedbe« utrpeli finančne posledice.

Spremljanje, vzdrževanje in izboljševanje poslovanja organizacije temelji na analizah poslovanja, ki so primerljive le, če so določeni primerni merljivi kazalniki za preverjanje in nadzorovanje delovanja. Standard ISO 9001 zahteva uvedbo kazalnikov na vseh ravneh ter njihovo analizo. Preverjanje skladnosti pa se po tem standardu preverja z notranjimi presojami, ki so planirane in konstantne. Notranje presoje so sistematično orodje, ki vodstvu organizacije omogoča ustrezno ukrepanje, odločanje in izboljševanje.

5.1 Vzpostavitev sistema procesne organiziranosti in motiviranja zaposlenih

Kakovostna in varna obravnava pacienta je osnovno poslanstvo in princip delovanja vseh zdravstvenih ustanov. Sistematično vodenje kakovosti dviguje raven kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave. Pri tem pa morata biti kakovost in varnost vtkana v kulturo slehernega zaposlenega v zdravstveni ustanovi. Zaposleni morajo videti smisel in korist procesnega urejanja svojega dela. Biti morajo skrbniki svojih

procesov, sodelovati pri njihovi vzpostavitvi in izvajanju. Za to pa morajo biti primerno izobraženi v smislu procesnega urejanja dela in imeti primerne kompetence. V uvajanju sistema kakovosti ne smejo videti zgolj dodatno delo in nepotrebno administriranje in popisovanje svojih del, pač pa koristen in potreben način delovanja.

Procesni pristop poudarja prepoznavnost in opredeljenost delovnih procesov in njihovo povezovanje, s tem pa vzpostavlja kompleksno delovanje vseh ravni za dosego ustreznega rezultata. Takšen pristop prispeva k učinkovitosti in uspešnosti, saj prepozna soodvisnost in s tem možnost za učinkovitejše delovanje. Vsak proces mora imeti opredeljene poleg vplivov še vhode in izhode ter vmesne aktivnosti s kontrolami, mehanizmi in viri. Prednost procesnega pristopa je osredotočenost, zapiranje, transparentnost, nižji stroški, nenehno izboljševanje ter vključevanje zaposlenih v odločanje z jasno opredeljenimi odgovornostmi. Novejši pristop je vitkost organizacije, ki temelji na razumevanju kupca ter razumevanju vrednosti in izgub. Ključno za razumevanje je usmerjenost k cilju. Osnove pristopa so v delovanje organizacij že vključene, novost je le drugačen pogled oz. razumevanje. Pristop vitke organizacije usmerja delovanje na razmišljanje izven zastavljenih okvirjev. Organizacija v zdravstvu je v primerjavi z gospodarstvom specifična, opredeljena na tistem nacionalnem nivoju in ustaljena, brez večjih možnosti za kreativnost. Posledica miselnosti in delovanja zdravstvenega sistema so danes nefleksibilna in neučinkovita organiziranost javnih zavodov. Tehnična delitev dela je premalo usmerjena v procesno organiziranost, še vedno prevladuje poslovno funkcijska organiziranost, ki zmanjšuje pomembnost skupnega cilja zavoda, saj so zaposleni predvsem navezani na svoj poklic in probleme poklica, ne pa na uresničevanje skupnih ciljev zavoda. Oddelki se težje sporazumevajo med seboj kar dodatno otežuje koordinacijo in multidisciplinarni pristop ter timsko delo, ki je v zdravstvu še kako pomembno. Prevladuje linijska zvrst hierarhije. Takšna organiziranost zdravstvenih zavodov nosi s sabo vse slabosti, ki so znane tudi iz literature: zapiranje v svoj oddelek, spodbujanje oddelčnega partikularizma, zaostrovanje konkurence med posameznimi oddelčnimi menedžerji, celo sabotiranje delovanja drugih oddelkov in institucij (Lipovec, 1987). Ob organizaciji, ki zaostaja za razvojem lastne dejavnosti (v zdravstvu za razvojem diagnostike, zdravljenja in zdravstvene nege), se učinkovitost in zanesljivost izrabe virov zmanjšuje. Povečuje se tveganje za napake, ki lahko pripeljejo tudi do škode za zdravje pacienta. Potreben je pospešen razvoj organizacije vseh procesov v sistemu zdravstvenega varstva in pomembnih veščin vodenja, kot so: komunikacija, timsko delo, izobraževanja in usposabljanja zaposlenih. Vsak zaposleni v organizaciji je usposobljen na delovnem mestu, na podlagi izkušenj in poznavanja organizacije pa je pridobil še specifična znanja. Vse bolj je poudarjeno tudi timsko delo, pri čemer več posameznikov deluje v smislu skupnega doseganja zastavljenega cilja. Timsko delo temelji na različnih strokovnih znanjih in se v organizacije uvaja zaradi vse bolj zapletenih in kompleksnih nalog oz. problemov.

Bistvo sistema kakovosti ni v certifikatih in administrativnem urejanju dokumentacije o kakovosti, niti v tem, da posebej določeni posamezniki skrbijo za uvajanje kakovosti v bolnišnice in druge zdravstvene zavode. Bistvo uvajanja kakovosti je v

zaposlenih in vodstvu ter dojemanju kulture in koristi kakovosti in varnosti tako za paciente kot za zaposlene. Nujno je dvigniti zavest vseh zaposlenih, da pridejo do spoznanja, da uvajanje sistema kakovosti ni v administrativnem dokumentiranju in opisovanju del in navodil za delo, pač pa v določanju in vzpostavitvi procesov dela, s katerimi bodo zaposleni lažje obvladovali tako svoje delo kot delo sodelavcev, ki bo medsebojno povezano in usklajeno dajalo boljše rezultate, višjo kakovost in varnost zdravstvene obravnave bolnikov oziroma dela zaposlenih. Potrebno je spoznanje, da presoje niso nadzor nad delom zaposlenih, pač pa možnost, kako izboljšati in optimizirati svoj proces dela.

Vodstva zdravstvenih zavodov se morajo z zavzetostjo truditi preiti iz »vrtičkarske« organiziranosti v procesno organiziranost zavodov. Združevati je potrebno posamezne dejavnosti v smiselne celote, podlaga pa mora biti procesna urejenost in usklajenost posameznih dejavnosti in del. Srednji menedžment, ki ga sestavljajo predstojniki in glavne sestre je osrednja struktura v bolnišnicah, ki ima in mora imeti pomembno vlogo pri vzpostavljanju in obvladovanju procesov v bolnišnici. Vodstvo bolnišnice skupaj s srednjim menedžmentom – predstojnik je odgovoren za miselni premik zaposlenih pri razumevanju kakovosti poslovnega sistema kot celote. Skrb za kakovost posamezne aktivnosti in poslovnih procesov je naloga vsakega zaposlenega. Nujno pri tem je intenzivno komuniciranje na vseh nivojih. Pri zaposlenih je potrebno stimulirati uvajanje inovacij, novosti in sprememb v procesu dela, javljanju napak, nepravilnosti, odklonov. S tem se vpliva na spremembo miselnosti, da so napake in odkloni nekaj, kar se sankcionira in je potrebno skrivati. Spodbujati in motivirati je potrebno izobraževanje in pridobivanje kompetenc za obvladovanje in vodenje procesov na svojem področju tako vodij, kot vseh zaposlenih. Menedžment bolnišnic in drugih javnih zdravstvenih zavodov mora sistem kakovosti vtakati v miselni in delovni proces slehernega zaposlenega in ga ne voditi kot paralelni poslovni sistem. Zunanji presojevalci morajo postati mentorji, ki neobremenjeno kažejo na boljše načine in možnosti opravljanja posameznih aktivnosti v procesu dela bolnišnic oziroma zdravstvenega zavoda.

6 Zaključek

Okolje javnega sektorja, tudi zdravstva, je danes bolj kompleksno in nestabilno ter ustvarja zahteve po zmanjšanju javne porabe, po drugi strani pa zahteva večjo kakovost javnih oziroma zdravstvenih storitev. Omenjena pojava sta si v bistvu kontradiktorna, saj je narediti več in bolje, z manj sredstvi oziroma viri težko izvedljivo. Osnovno poslanstvo kakovosti v zdravstvu se nanaša na zadovoljstvo pacienta, ki naj bi ga organizacija obravnavala kot partnerja z vsemi njegovimi potrebami in željami.

Kakovost zdravstvenih storitev je primarno opredelil že leta 1992 Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. V Slovenije je 26 bolnišnic in 65

zdravstvenih domov. Na državnem nivoju se ne vodi evidenca o stanju vpeljanih ISO standardov v zdravstvene zavode, resorno ministrstvo za zdravje vodi le evidenco o stanju vpeljane mednarodne akreditacije bolnišnic. Nacionalne usmeritve in strategije so sicer predvidele celovit pristop k razvoju, ciljem in obvladovanju kakovosti v zdravstvu, vendar je zaradi neopredeljenih virov in minimalne spodbude, odpora nekaterih interesnih skupin in pomanjkanja interesa za vodenje in povezovanje na najvišji ravni, projekt kakovosti v zdravstvu ostal prepuščen ambicioznim menedžerjem, ki so v vpeljavi sistema vodenja in upravljanja, vzdrževanja in izboljševanja kakovosti videli dodano vrednost za posamezni zdravstveni zavod.

Ne glede na vse formalno pridobljene standarde kakovosti v zdravstvenih ustanovah, pa se v praksi ugotavlja, da je kakovost preveč prepuščena strokovnjakom za kakovost v posameznih zavodih in ustanovah, da je kakovost »specializirano« področje in da je znanje o kakovosti omejeno na strokovnjake (interne strokovnjake in zunanje svetovalce za kakovost). Vse prevečkrat služijo certifikati, akreditacije zato, da se zaščitijo kakovost, vse to pa zavira miselni premik pri razumevanju kakovosti poslovnega sistema bolnišnic in drugih zdravstvenih zavodov kot celote. Skrb za kakovost posamezne aktivnosti in poslovnih procesov je naloga vsakega zaposlenega, predvsem pa osnovna naloga vseh vodij, do glavnega menedžerja.

Prihodnost kakovosti v zdravstvu je v menedžmentu kakovosti, ki se odraža v menedžmentu sistema vodenja poslovnih procesov in menedžmentu ljudi, njihovem motiviranju in usposabljanju. Torej nič več paralelnega sistema kakovosti, pač pa potreba, da ima vsak zaposleni znanje in kompetence, da bo svoje delo opravil kakovostno in tako poskrbel za kakovost celotnega procesa, v katerem sodeluje. V slovenskem zdravstvu je nujno preiti iz toge hierarhične organiziranosti v procesni način poslovanja, usposobiti in opolnomočiti zaposlene in jih spodbujati, da bo timsko delo teklo brez zapletov, da bodo cilji organizacije tudi njihovi cilji.

LITERATURA

1. <http://www.mojdenar.com/alea/dokumenti/dokument.asp?id=14%20#kaz2>.
2. http://www.mz.gov.si/si/delovna_podrocja/kakovost_in_varnost/vodenje_kakovosti_in_akreditacije/.
3. http://www.siq.si/ocenjevanje_sistemov_vodenja/storitve/kakovost_v_zdravstvu/index.html.
4. Kramar Zupan, M. (2017). Ali nam je akreditiranje bolnišnic in uvajanje ISO standardov izboljšalo način vodenja in obvladovanje procesov v zdravstveni ustanovi. V Društvo ekonomistov v zdravstvu: Procesni in kadrovski management v zdravstvu (20. jesensko srečanje ekonomistov in poslovnih delavcev v zdravstvu), Ptuj, 12. in 13. oktober 2017. Ljubljana: Društvo ekonomistov v zdravstvu.
5. Kramar Zupan, M. (2017). Analiza uvajanja sistema kakovosti v slovenskem zdravstvu. V M. Blažič idr. (ur.), Celostna obravnava pacienta: zbornik prispevkov, 7. znanstvena konferenca z mednarodno udeležbo, Novo mesto, 16. 11. 2017. Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede.

6. Leskošek, B. in Pajntar, M. (2004). Kakovost v zdravstvu Slovenije. *Informacija Medica Slovenica*, 9 (1-2).
7. Lipovec, F. (1987). *Razvita teorija organizacije*. Maribor: Založba Obzorja.
8. Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu 2010–2015 (2010). Ljubljana: MZZ.
9. Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu (2006). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
10. Peršič, A. in Markič, M. (2012). Integracija standardov vodenja v storitvenih organizacijah. *Management*, 7 (3).
11. Robida, A. (2009). *Pot do odlične zdravstvene prakse*. Ljubljana: Planet GV.
12. Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije: Anketa glede izvajanja aktivnosti zdravstvenih zavodov Slovenije (bolnišnic in zdravstvenih domov) na področju uvajanja sistema kakovosti (2013).

Povezanost razvoja študijskih programov in razvoja stroke zdravstvene nege

POVZETEK - Dvig izobrazbe medicinskih sester s srednješolske na visokošolsko raven ter možnosti podiplomskega izobraževanja medicinskih sester pomembno prispevajo k dvigu kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave pacientov kot tudi širšemu družbenemu vplivu stroke zdravstvene nege. Nadgradnja študija zdravstvene nege z magistrskimi in doktorskimi študijskimi programi s področja zdravstvenih ved daje možnost za razvoj kariere medicinskih sester in drugih zdravstvenih delavcev pri čemer le-ti razvijajo tudi kompetence za znanstveno-raziskovalno delo, izobraževanje, menedžment in organizacijo v zdravstvu. Medicinske sestre na ožjih strokovnih področjih sledijo napredku stroke in tehnologije in prevzemajo pomembne kompetence na področjih kot so referenčne ambulate, patronaža, enterostomalna terapija, urgentna medicina ipd. Vzporedno z razvojem tehnologije se kot nadgradnja stroke zdravstvene nege razvijajo tudi nova specialna področja, kot je npr. področje genomskega informiranja, ki ga izvajajo t.i. »genetic nurses«. Pomembna razvojna usmeritev zdravstvene nege je celostna obravnava pacienta ter sočasna obravnava njegovih zdravstvenih in socialnih potreb. Staranje prebivalstva v razvitem svetu prinaša razvoj konceptov dolgotrajne oskrbe, ki terjajo povezovanje zdravstvenega in socialnega varstva in oskrbe prebivalcev. Razvoj študijskih programov na Fakulteti za zdravstvene vede Novo mesto sledi tem globalnim smernicam s ciljem prispevati k razvoju stroke zdravstvene nege in znanosti na področju zdravstvenih ved.

KLJUČNE BESEDE: zdravstvena nega, dodiplomsko izobraževanje, podiplomsko izobraževanje, vseživljenjsko učenje

1 Razvoj izobraževanja medicinskih sester

Razvoj družbe, znanosti in stroke je tesno povezan z razvojem kariere medicinskih sester. Zgodovinska dejstva kažejo, da so pomembno vlogo pri razvoju zdravstvene nege imele prav medicinske sestre same, saj so izražale potrebe po izobraževanju in pridobivanju znanja, da bi svoje delo lahko samostojno in profesionalno opravile v dobro bolnika. Za pričetek formalnega izobraževanja na področju zdravstvene nege v Sloveniji štejemo ustanovitev Šole za sestre v Ljubljani v letu 1923. Program Zaščitne sestre je sprva trajal eno leto (monovalentni) in je usposabljal diplomantke za delo na terenu. V obdobju med obema vojnama se je izobraževanje medicinskih sester spreminjalo. Programi so bili polivalentni, njihovo trajanje se je daljšalo, vpisni pogoji so pogojevali predhodno izobrazbo (Filej, 2009).

Drugi pomemben mejnik je leto 1954, ko je bila v Ljubljani ustanovljena Višja šola za medicinske sestre. Na študij so se lahko vpisale kandidatke s končano srednjo zdravstveno šolo. S študijem so si pridobile strokovni naslov višja medicinska sestra.

V letu 1993 se je na področju izobraževanja izvajalcev zdravstvene nege odvijalo več pomembnih razvojnih sprememb. Višja šola za zdravstvo v Ljubljani se je preoblikovala v Visoko šolo za zdravstvo Univerze v Ljubljani, akreditiran je bil prvi visokošolski strokovni študijski program Zdravstvena nega. Diplomanti tega programa pridobijo strokovni naslov diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik. V študijskem letu 1993/1994 je pričel teči univerzitetni študijski program Zdravstvena vzgoja, ki sta ga razvili Visoka šola za zdravstvo in Pedagoška fakulteta UL. Vpisane so bile le tri generacije študentov. Diplomanti so si pridobili naslov profesor zdravstvene vzgoje (Zdravstvena fakulteta, 2009, str. 103).

Do ustanovitve druge višješolske institucije Višje šole za zdravstvo v Mariboru (1993) je minilo 39 let, še nadaljnjih 9 let do ustanovitve Visoke šole za zdravstvo v Izoli (2002). Velike potrebe kliničnega okolja po diplomiranih medicinskih sestrah so spodbudile nastanek Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice (2006), Visoke šole za zdravstvene vede Novo mesto (2007). Te so se v kasnejših letih vse preoblikovane v fakultete. Poleg naštetih institucij pa izvajajo študijski program Zdravstvena nega še Visoka šola za zdravstvene vede Slovenj Gradec (2009), Alma Mater Europaea Maribor (2008) in Visoka šola za zdravstvo Celje (2009).

Tretji mejnik predstavlja uskladitev visokošolskih študijskih programov z evropsko direktivo in bolonjsko reformo. Vse visokošolske institucije izvajajo bolonjske visokošolske strokovne študijske programe 1. stopnje Zdravstvena nega in izobražujejo za regulirani poklic diplomirana medicinska sestra. Programi so mednarodno primerljivi ter usklajeni z Direktivama 2005/36/ES in 2013/55/ES.

Četrti mejnik predstavljajo akreditacije podiplomskih študijskih programov. Razvoj zdravstvene nege kot znanstvene discipline zahteva preskok v miselnosti. Nadaljevanje študija v magistrskih in doktorskih programih opolnomoči diplomante za raziskovanje lastnega dela v kliničnem okolju, za analizo procesa zdravstvene nege, za premišljeno in kritično uvajanje novosti ... Izobraževanje naj zagotavlja razvoj kompetenc za znanstveno-raziskovalno delo v kliničnem okolju.

Woodward (2003) opiše delo medicinske sestre kot pomoč posamezniku pri prepoznavanju in doseganju resursov, pomembnih za posameznikovo zdravje in ozdravitev. Staranje populacije ter s tem povezana komorbiditeta in multimorbiditeta je glavni razlog za naraščanje potreb po strokovni zdravstveni negi (Paans, Robbe, Wijkamp in Wolfensberger, 2017). Paans idr. (2017) povzemajo, da so za uspešno soočanje z vse kompleksnejšo zdravstveno nego potrebna dodatna znanja in spretnosti, od strokovnih delavcev je pričakovana inovativnost, generiranje novih idej in uvajanje novih praks, ki izboljšajo izide zdravstvene nege. Tudi evropska direktiva 2013/55/EU navaja, da se je poklic medicinskih sester v zadnjih treh desetletjih precej razvil, saj zdravstvena oskrba na domu, uporaba kompleksnejših terapij in nenehen razvoj tehnologije terjajo zmožnost prevzemanja večje odgovornosti medicinskih sester.

Dvig izobrazbe medicinskih sester iz srednješolske na visokošolsko raven ter možnosti izobraževanja medicinskih sester na podiplomski ravni pomembno prispeva-

jo k dvigu kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave pacientov kot tudi širšemu družbenemu vplivu stroke zdravstvene nege.

2 Izobraževanje diplomiranih medicinskih sester določa Evropska direktiva

Direktiva 2005/36/ES o priznavanju poklicnih kvalifikacij in Direktiva 2013/55/EU Evropskega parlamenta in Sveta z dne 20. novembra 2013 o spremembi Direktive 2005/36/ES o priznavanju poklicnih kvalifikacij sta v evropskem prostoru poenotili kompetence, ki jih mora diplomirana medicinska sestra pridobiti v času študija.

Direktiva 2013/55/EU v 20. točki preambule navaja: »Poklic medicinskih sester se je v zadnjih treh desetletjih precej razvil: zdravstvena oskrba na domu, uporaba kompleksnejših terapij in nenehen razvoj tehnologije terjajo zmožnost prevzemanja večje odgovornosti medicinskih sester. Pri usposabljanju medicinskih sester, ki je zaradi nacionalnih tradicij še vedno različno organizirano, bi bila potrebna trdnejša in k rezultatom usmerjena zagotovila, da je medicinska sestra med usposabljanjem pridobila določena znanja in veščine ter da zna uporabiti vsaj določene kompetence za izvajanje dejavnosti, ki so pomembne za poklic.«

Usposabljanje medicinskih sester za splošno zdravstveno nego po določilih direktive zajema skupno vsaj tri leta študija, ki je ovrednoten s kreditnimi točkami ECTS. Obsega vsaj 4600 ur teoretičnega in kliničnega usposabljanja, pri čemer trajanje teoretičnega usposabljanja predstavlja vsaj tretjino, trajanje kliničnega usposabljanja pa vsaj polovico minimalnega trajanja usposabljanja. Države članice lahko delno oprostijo teh obveznosti strokovnjake, ki so se delno usposabljali v programih usposabljanja, ki so vsaj enakovredne ravni.

Usposabljanje medicinskih sester za splošno zdravstveno nego zagotavlja, da zadevni strokovnjak pridobi naslednja znanja in veščine:

- celovito poznavanje ved, na katerih temelji splošna zdravstvena nega, vključno z zadostnim razumevanjem strukture, fizioloških funkcij in vedenja zdravih in bolnih oseb, pa tudi odnosa med zdravstvenim stanjem človeka ter njegovim fizičnim in socialnim okoljem;
- poznavanje narave in etike poklica ter splošnih načel zdravja in zdravstvene nege;
- ustrezne klinične izkušnje; pridobivanje praktičnih izkušenj bi moralo spremljati usposobljeno osebje medicinskih sester ter potekati na krajih, kjer sta primerna število usposobljenega osebja in oprema za zdravstveno nego bolnikov;
- sposobnost za sodelovanje pri praktičnem usposabljanju zdravstvenega osebja in izkušnje pri delu s tem osebjem;
- izkušnje pri delu z delavci drugih poklicev v zdravstvenem sektorju.

Teoretično usposabljanje je tisti del usposabljanja medicinskih sester, med katerim medicinske sestre, udeleženke usposabljanja, pridobijo poklicno znanje, veščine in

kompetence, ki jih predpisuje direktiva. Usposabljanje izvajajo učitelji zdravstvene nege in druge pristojne osebe na univerzah, v visokošolskih ustanovah s priznано enakovredno ravno ali na poklicnih šolah ali poklicnih usposabljanjih za medicinske sestre.

Klinično usposabljanje je tisti del usposabljanja medicinskih sester, pri katerem se medicinske sestre, udeleženke usposabljanja, v skupini in v neposrednem stiku z zdravim ali bolnim posameznikom in/ali skupnostjo učijo organizirati, pripravljati in dajati zdravila in oceniti, kakšna celovita zdravstvena nega je potrebna, na podlagi pridobljenega znanja, veščin in kompetenc. Medicinska sestra, udeleženka usposabljanja, se nauči ne le delati v skupini, temveč tudi voditi skupino in organizirati celovito zdravstveno nego, vključno z zdravstvenim izobraževanjem posameznikov in manjših skupin v zdravstveni ustanovi ali skupnosti.

Formalne kvalifikacije medicinskih sester za splošno zdravstveno nego služijo kot dokazilo, da lahko zadevni strokovnjak uporablja predpisane sposobnosti in kompetence, ne glede na to, ali se je usposabljal na univerzi, visokošolski ustanovi s priznано enakovredno ravno ali na poklicnih šolah ali po poklicnih programih usposabljanja za medicinske sestre (Direktiva 2013/55/EU in Direktiva 2005/36/ES).

Tako je študentom omogočena mobilnost v času študija, diplomatom pa prost vstop na evropski trg dela.

V Sloveniji danes izvaja študijske programe za izobraževanje diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov v skladu z evropsko direktivo osem visokošolskih ustanov.

3 Podiplomsko izobraževanje medicinskih sester

Razvoj študijskih programov za podiplomsko in vseživljenjsko izobraževanje medicinskih sester sledi razvoju stroke in potrebam po dodatno izobraženem kadru. Univerze v razvitem svetu izvajajo številne študijske programe, ki omogočajo pridobivanje specialnih znanj za delo na ožjem področju zdravstvene nege, ki se izvajajo kot podiplomski študijski programi ali programi za izpopolnjevanje. Osnovni namen vseh podiplomskih študijskih programov je usposobiti medicinske sestre za aktivno delovanje v skladu s principi z dokazi podprte zdravstvene nege, kjer medicinske sestre analitično spremljajo procese v svojem delovnem okolju, kritično spremljajo dognanja znanosti in stroke in implementirajo izsledke v delo s pacienti.

Podiplomsko izobraževanje se v mnogih primerih nanaša na specialna področja zdravstvene nege. Med strokovnimi magistrskimi študijskimi programi za podiplomsko izobraževanje medicinskih sester Univerze v Cardiffu, teh je 31, so npr.: Zdravstvena nega v javnem zdravstvu v Skupnosti (Specialist Community Public Health Nursing), Zdravstvena nega v nujni medicinski pomoči (Critical Care), Kirurška in perioperativna zdravstvena nega (Advanced Surgical Practice -surgical and

perioperative care), Zdravstvena nega bolnikov s sladkorno boleznijo (Diabetes), Zdravstvena nega otrok in mladostnikov (Childhood and Youth), Zdravje in boleznine v starosti (Ageing Health and Disease), Klinične raziskave, Obvladovanje bolečine (Pain management), Paliativna medicina za zdravstvene delavce (Palliative Medicine for Health Care Professionals), Organizacija nege v perioperativni in anestezijski praksi (Cardiff University, Study postgraduate, b.d.).

Zasledimo tudi bolj splošne podiplomske študijske programe. Tako ima npr. University of Applied Sciences – FS Campus Wien naslednje podiplomske študijske programe: Izobraževanje v zdravstveni negi (Advanced Nursing education), Napredna zdravstvena nega (Advanced nursing practice), Zdravstveno inženirstvo (Health assisting engineering), Svetovanje v zdravstveni negi/komplementarna oskrba (Advanced nursing counseling/ Complementary care) (Health care and nursing, b.d.).

Podiplomski programi omogočajo usposabljanje za nekatera nova specifična področja zdravstvene nege, kot je npr. genomsko informiranje. Program usposobi medicinsko sestro za delovno mesto t. i. genetske medicinske sestre. Ta profil je že uveljavljen v Ameriki (Becoming a genetic nurse, b.d.), v Evropi pa predvsem v Veliki Britaniji (AGNC Course Directory, b.d.). Pri nas že izvajajo tovrstno svetovanje na Onkološkem inštitutu v Ambulanti za onkološko genetsko svetovanje. Dejavnost izvaja multidisciplinarni tim, ki ga sestavljajo zdravniki različnih specialnosti (klinični genetik, kirurg, ginekolog, radioterapevt, internist, radiolog, epidemiolog - specialist javnega zdravja, in psihiater), molekularni biolog, diplomirana medicinska sestra in psiholog. Za taka ozko specifična strokovna področja zdravstvene nege, na katerih delujejo medicinske sestre, le te pridobijo izobrazbo v tujini.

V Sloveniji magistrske študijske programe zdravstvene nege oz. zdravstvenih ved izvajajo vse fakultete, ki izvajajo študij zdravstvene nege na 1. stopnji, medtem ko le tri izvajajo doktorske študijske programe.

Magistrski študijski programi so večinoma splošni, študentje pa lahko določeno področje zdravstvene nege ali povezanih ved poglobijo v okviru izbirnih vsebin programov. Tudi v Sloveniji se izvajajo magistrski študijski programi za nekatera specialna področja zdravstvene nege kot so npr. Paliativna zdravstvena nega (Paliativna oskrba - 2. stopnja, b.d.), Promocija zdravja (Promocija zdravja, b.d.) in Integrirana zdravstvena in socialna oskrba (Integrirana zdravstvena in socialna oskrba, b.d.).

Doktorske študijske programe v Sloveniji izvajajo Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto (Edukacija in menedžment v zdravstvu, b.d.), Fakulteta za zdravstvene vede Univerze v Mariboru (Podiplomski študijski program 3. stopnje Zdravstvena nega, b.d.) in Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin (Doktorski študij Zdravstvene vede, b.d.). Prvi akreditiran doktorski študijski program je Edukacija in menedžment v zdravstvu, ki se od leta 2016/17 izvaja na Fakulteti iz zdravstvene vede Novo mesto. Tako kot magistrski program Vzgoja in menedžment v zdravstvu je tudi ta namenjen kariernem razvoju medicinskih sester in drugih zdravstvenih delavcev. Pomemben del obeh programov je namenjen razvoju kompetenc za znanstveno-raz-

iskovalno delo, izobraževanje, menedžment in organizacijo v zdravstvu (Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto, študijski programi b.d.).

Podiplomsko izobraževanje medicinskih sester je pomembno tudi z vidika razvoja izobraževanja na področju zdravstvene nege in zdravstvenih ved, saj je za visokošolske učitelje na prvi stopnji študija potrebna najmanj izobrazba 2. stopnje in izvolitev v naziv predavatelja, za visokošolske učitelje na 2. in 3. stopnji pa najmanj izobrazba 3. stopnje in izvolitev v naziv docenta. V interesu razvoja stroke je, da študente zdravstvene nege in drugih zdravstvenih ved poučujejo strokovnjaki z bogatimi izkušnjami iz prakse na svojem strokovnem področju, ob ustrezni stopnji pridobljene izobrazbe.

4 Dolgotrajna oskrba in povezovanje zdravstvenega in socialnega varstva

Slovenija se, podobno kot večina razvitih držav, sooča s spremembami starostne strukture prebivalstva. UMAR (Urad RS za makroekonomske analize in razvoj, 2016) v dokumentu »Demografske spremembe ter njihove ekonomske in socialne posledice« navaja, da je v letu 2013 v Sloveniji 48.000 oseb starejših od 50 let redno nudilo osebno nego ali drugo pomoč zunaj lastnega gospodinjstva, redno pomoč pri osebni negi v istem gospodinjstvu pa približno 37.000 oseb. Še višja je ocena po raziskavi Ramovš idr. (2016) po kateri za svoje starše skrbi nad 55.000 oseb v starosti 50 let in več, za svoje partnerje pa več kot 50.000 oseb.

Staranje populacije, ki se kaže v naraščanju števila starejših nad 65 let, kot tudi 80-letnikov, je uspeh tako družbenega razvoja kot zdravstva. Staranje populacije in večanje števila oseb potrebnih dolgotrajne oskrbe narekujeja nujne sistemske spremembe na področju zdravstva in sociale. Po definiciji Ministrstva za zdravje je dolgotrajna oskrba niz storitev, ki jih potrebujejo ljudje z zmanjšano stopnjo telesnih in kognitivnih sposobnosti in so posledično v daljšem časovnem obdobju odvisni od pomoči pri izvajanju osnovnih oziroma podpornih dnevnih opravil. V prihodnosti bo predstavljala vedno večji izziv, saj se populacija stara, poleg tega trendi kažejo, da se bo ta populacija srečevala z funkcionalno oviranostjo in tako bo potrebovala podporo pri temeljnih dnevnih aktivnostih (Dolgotrajna oskrba, b.d.).

Dolgotrajna oskrba je nova oblika pristopa k uporabnikom, ki terja učinkovito povezovanje zdravstvenega in socialnega varstva. V nekaterih razvitih državah, zlasti v Skandinaviji, je to povezovanje urejeno že na ravni ministrstva: na Švedskem in Norveškem imajo Ministru of Health and Social Affairs (Government offices of Sweden, Ministry of Health and social affairs b.d.; Norwegian Ministry of Health and Social Affairs, b.d.), na Finskem oba sektorja ureja Ministry of Social Affairs and Health (Ministry of Social Affairs and Health, b.d.).

Tudi v Sloveniji je že nekaj let v pripravi Zakon o dolgotrajni oskrbi. Predlog zakona povezuje zdravstvene in socialne storitve dolgotrajne oskrbe s ciljem omogočiti ustrezno oskrbo in varnost vsem, ki potrebujejo pomoč pri osnovnih in podpornih dnevniških aktivnostih, ne glede na to ali bivajo doma, ali v institucionalnem varstvu, ali v drugih oblikah bivanja, kot so varovana stanovanja ali bivalne skupnosti (Dolgotrajna oskrba, b.d.).

Ustrezno interdisciplinarno znanje je osnova za kakovostno obvladovanje problemov dolgotrajne oskrbe. Sistemsko lahko zagotovimo tovrstni profil izvajalcev le s kreiranjem profesionalizma, katerega pogoj je sistematično formalno izobraževanje s področij zdravstvene in socialne oskrbe.

Navedena dejstva kažejo, da bomo v slovenskem in evropskem prostoru v prihodnjih desetletjih potrebovali nove profile poklicev, ki jih bo odlikoval interdisciplinarni pristop v skrbi za posameznika oz. v zdravstveni in socialni dolgotrajni oskrbi.

Razvoj študijskega programa druge stopnje Integrirana zdravstvena in socialna oskrba izhaja iz potreb po interdisciplinarnih strokovnjakih, ki imajo poleg poglobljene znanja bazičnega področja (zdravstvo ali sociala), še znanje drugih strokovnih področij. Izobraževanje za integrirano zdravstveno in socialno oskrbo je zahtevno, saj povezuje znanje s področja zdravstva in zdravstvene nege, z medicinskimi, psihološkimi in sociološkimi vedami. Svetovna zdravstvena organizacija v svojih dokumentih izpostavlja pomen izobraževanja (edukacije) za promocijo zdravja. Integrirana zdravstvena in socialna oskrba pomeni kontinuirano obravnavo ljudi v vseh obdobjih življenja ter v vseh stanjih zdravja oz. bolezni in je pomemben dejavnik pri oblikovanju človekovega odnosa do zdravja, načina življenja ter odnosa do okolja.

Magistrski študijski program Integrirana zdravstvena in socialna oskrba, je namenjen nadaljnjemu izobraževanju kadrov z osnovno izobrazbo s področja zdravstvenih ali socialnih ved ter omogoča poglobljanje znanja na širših družbenih področjih, usposabljanje za iskanje novih virov znanja na strokovnem in znanstvenem področju, za uporabo znanstveno raziskovalnih metod v širšem spektru problemov in novih ali spremenjenih okoliščinah pri integrirani in kontinuirani zdravstveni obravnavi pacientov ter medpoklicnem sodelovanju pri skupnostni skrbi za zdravje, kakovost življenja in dobro počutje pacientov. Študijski program Integrirana zdravstvena in socialna oskrba je mednarodno primerljiv po konceptu, formalni in vsebinski strukturiranosti, vpisnih pogojih, trajanju študija, pogojih za dokončanje študija, pridobljenem naslovu, načinih in oblikah študija. Program je kreditno ovrednoten skladno z evropskim kreditnim sistemom ECTS. Primerjava je pokazala, da program izpolnjuje pogoje za kvalitetno mednarodno sodelovanje (mobilnost) oz. vključevanje v skupni evropski visokošolski prostor in omogoča enakovredno vključevanje magistrantov v evropski trg dela (Študijski program 2. stopnje Integrirana zdravstvena in socialna oskrba čistopis, b.d.).

5 Vseživljenjsko učenje v zdravstveni negi

Vseživljenjsko učenje/izobraževanje medicinskih sester je nujno tekom celotne kariere, saj jim izobraževanje pomaga ob soočanju z novimi situacijami in spreminjanju stališč. Poleg strokovnosti se od medicinskih sester pričakuje tudi odličnost v odnosu do pacienta in svojcev, ter celostno razumevanje in obravnavo pacienta. Paans idr. (2017) so z Delfi raziskavo med medicinskimi sestrami določili tiste lastnosti, ki opredeljujejo odlično medicinsko sestro: to so analitičnost, komunikativnost, kooperativnost, organizacijske sposobnosti, širjenje znanja, empatičnost, delo na podlagi podatkov («evidence driven»), inovativnost in introspektivnost. Razvoj sposobnosti, stališč in vrednot pri medicinskih sestrah lahko spodbujajo tudi izobraževalni programi.

Roets - Merken idr. (2016) opisujejo primer izobraževanja medicinskih sester za spodbujanje avtonomije senzorno oviranih oskrbovancev (starostnikov) v dolgotrajni oskrbi. Začetna negativna dožemanja medicinskih sester o ustreznosti in izvedljivosti intervencij so se spremenila v pozitivno, saj so medicinske sestre bolje razumele koncept avtonomije senzorno ovirane osebe. V interakciji s starejšimi odraslimi in s samoevalvacijo učinka njihovega delovanja so medicinske sestre odkrile, da je bila njihova običajna oskrba v nasprotju z avtonomijo oskrbovanca. To je medicinske sestre spodbudilo, da so svoje ravnanje prilagodile potrebam oskrbovancev. Ko so razumele potrebo oskrbovancev po avtonomiji, so medicinske sestre začele uporabljati nov koncept dela pri vseh oskrbovancih, bodisi senzorično prizadetih ali ne. Avtorji zaključujejo, da bi morale izobraževanje medicinskih sester le te opolnomočiti za izvajanje oskrbe, ki spodbuja ohranjanje avtonomije oskrbovancev. Obenem poudarjajo, da je učenje načrtovanja intervencij proces, ki traja določeno obdobje in mora vključevati samoevalvacijo profesionalnega ravnanja. Smiselno je, da se pri izvajanju presoje uporabi model Demingov krog (Načrtuj – Naredi – Preveri – Ukrepaj).

Med vsemi člani zdravstvenega tima so medicinske sestre največ v stiku s pacientom in se morajo glede na to svojo vlogo najbolj odzivati na vse njegove potrebe. Narava poklica od njih zahteva permanentno spremljanje najnovejših spoznanj znanosti in stroke ter njihovo implementacijo v klinično okolje. Za permanentno vseživljenjsko izobraževanje je dolžna skrbeti vsaka medicinska sestra, da ohranja veljavno licenco za opravljanje poklica. Prav tako mora biti za izobraževanje svojih zaposlenih zainteresiran tudi delodajalec, saj je kakovostno delo institucije odvisno od kakovosti dela vsakega posameznika in njihovega občutka za sprejemanje odgovornosti za opravljeno delo in ravnanje. Pripadnosti kolektivu, povezanost med sodelavci, medsebojno spoštovanje in upoštevanje potreb drugih so zdrava osnova za timski pristop, ki je osnova kakovostnega dela v zdravstveni negi. Zato moramo pri načrtovanju vseživljenjskega učenja medicinskih sester v izobraževalne programe vključiti poleg strokovnega znanja tudi vsebine, ki vplivajo na vedenje medicinskih sester. Duhovna inteligenca, čustvena inteligenca in psihološka stabilnost igrajo po-

membno vlogo pri njihovem delu. Za ustrezno vzpostavljanje odnosa s pacientom in preprečevanje poklicne izgorelosti avtorji posebej izpostavljajo področje čustvene inteligence. Čustvena inteligenca predstavlja pomembno poklicno kompetenco za izvajanje zdravstvene nege, saj obsega sposobnost samozavedanja in samozavesti, obvladovanja čustev, prepoznavanja čustev - empatije, sposobnost motiviranja drugih in obvladovanja stresa (Beauvais idr., 2011; Görgens - Ekermans in Brand, 2012; Kaur, Sambasivan in Kumar, 2013). Študije ugotavljajo, da je nivo čustvene inteligence neposredno povezan s kakovostjo izvajanja zdravstvene nege (Beauvais, Brady, O'Shea in Griffin, 2011). Reemts (2015) je raziskoval nivo čustvene inteligence pri medicinskih sestrah in študentih zdravstvene nege in poudarja, da bi morali tudi izobraževalni programi zagotavljati in podpirati razvoj čustvene inteligence.

6 Zaključek

Položaj zdravstvene nege in medicinske sestre se v današnji družbi spreminja. Pacient od medicinske sestre pričakuje več kot le kakovostno izvedbo posega, prijaznost in asistenco zdravniku (Skela, 2009, str. 34). Medicinska sestra ima lastne kompetence in z delovnim mestom določene pristojnosti. Izobraževalni programi morajo zagotavljati razvoj potrebnih kompetenc na najvišjem nivoju.

LITERATURA

1. AGNC Course Directory. (b.d.). Pridobljeno 20. 12. 2017, s <http://www.agnc.org.uk/information-education/course-directory/>.
2. Beauvais, A. M., Brady, N., O'Shea, E. R. in Griffin, M. T. (2011). Emotional intelligence and nursing performance among nursing students. *Nurse Educ Today*, 31 (4), 396-401.
3. Becoming a genetic nurse. (b.d.). Pridobljeno 20. 12. 2017, s <http://everynurse.org/help-prevent-genetic-abnormalities-with-a-genetics-nursing-career/>.
4. Cardiff University, Study postgraduate. (b.d.). Pridobljeno 20. 12. 2017, s https://www.cardiff.ac.uk/study/postgraduate/taught/courses/search?collection=pgt-courses&parentgroup=null&form=search-en&gscope1=1&query=nursing&start_rank=1
5. Direktiva 2005/36/ES o priznavanju poklicnih kvalifikacij (2005). Pridobljeno 20. 12. 2017, s <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2005:255:0022:0142:sl:PDF>.
6. Direktiva 2013/55/EU Evropskega parlamenta in Sveta z dne 20. novembra 2013 o spremembi Direktive 2005/36/ES o priznavanju poklicnih kvalifikacij (2013). Pridobljeno 20. 12. 2017, s <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/SL/TXT/?uri=CELEX:32013L0055>.
7. Doktorski študij Zdravstvene vede. (b.d.). Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin. Pridobljeno 20. 12. 2017, s <http://www.fzab.si/si/mainmenu/studijski-programi-2/studijski-programi-tretje-stopnje/doktorski-studij-zdravstvene-vede/>.

8. Dolgotrajna oskrba (2017). Ministrstvo za zdravje. Pridobljeno 20. 12. 2017, s http://www.mz.gov.si/si/delovna_podrocja_in_prioritete/dolgotrajna_oskrba/.
9. Edukacija in menedžment v zdravstvu. (b.d.). Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto. Pridobljeno 20. 12. 2017, s https://fzv.vs-nm.si/sl/program_3_stopnje/.
10. Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto, študijski programi. (b.d.). Pridobljeno 20. 12. 2017, s https://fzv.vs-nm.si/sl/programi_2_stopnje/; https://fzv.vs-nm.si/sl/program_3_stopnje/.
11. Filej, B. (2009). Izobraževanje medicinskih sester v Sloveniji skozi čas, kot izhodišče za oblikovanje kariere. V B. Skela Savič, B. M. Kaučič (ur.), *Moja kariera - QUO VADIS: Izobraževanje medicinskih sester v Sloveniji* (str. 7-21). Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego.
12. Görgens - Ekerms, G. L in Brand, T. (2012). Emotional intelligence as a moderator in the stress-burnout relationship: a questionnaire study on nurses. *J Clin Nurs*, 21 (15-16), 2275-85.
13. Government offices of Sweden, Ministry of Health and social affairs. (b.d.). Pridobljeno 20. 12. 2017, s <http://www.government.se/information-material/2017/11/this-is-the-ministry-of-health-and-social-affairs/>.
14. Health care and nursing. (b.d.). Pridobljeno 20. 12. 2017, s <https://www.fh-campuswien.ac.at/en/studies/study-programs/detail/health-care-and-nursing.html>.
15. Integrirana zdravstvena in socialna oskrba. (b.d.). Pridobljeno 15. 12. 2017, s https://fzv.vs-nm.si/sl/programi_2_stopnje/integrirana_zdravstvena_in_socialna_oskrba/.
16. Kaur, D., Sambasivan, M. in Kumar, N. (2013). Effect of spiritual intelligence, emotional intelligence, psychological ownership and burnout on caring behaviour of nurses: a cross-sectional study. *J Clin Nurs*, 22 (21-22), 3192-202.
17. Ministry of Social Affairs and Health. (b.d.). Pridobljeno 15. 12. 2017, s <http://stm.fi/en/ministry>.
18. Norwegian Ministry of Health and Social Affairs. (b.d.). Pridobljeno 15. 12. 2017, s <https://www.regjeringen.no/en/the-government/previous-governments/ministries-and-offices/government-secretariats-and-ministries-s/ministries-since-1814/ministry-of-labour-and-social-affairs/id426317/>.
19. Paans, W., Robbe, P., Wijkamp, I., and Wolfensberger, M. V. C. (2017). What establishes an excellent nurse? A focus group and Delphi panel approach. *BMC Nursing*, 16, 45. Pridobljeno 15. 12. 2017, s <http://doi.org/10.1186/s12912-017-0239-x>.
20. Paliativna oskrba - 2. stopnja (b.d.). Visoka šola za zdravstvo Celje. Pridobljeno 15. 12. 2017, s <http://www.vzsce.si/si/studijski-program/466>.
21. Podiplomski študijski program 3. stopnje Zdravstvena nega. (b.d.). Univerza v Mariboru. Pridobljeno 15. 12. 2017, s <http://www.fzv.um.si/zdravstvena-nega-3-st>.
22. Promocija zdravja. (b.d.). Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin. Pridobljeno 15. 12. 2017, s <http://www.fzab.si/si/mainmenu/studijski-programi-2/studijski-programi-druge-stopnje/promocija-zdravja-mag-2/>.
23. Ramovš, J. (2016). Zakaj dolgotrajna oskrba ni učinkovita, če ni celostna? V N. Kregar Velikonja (ur.), *Celostna obravnava pacienta : zbornik povzetkov : mednarodna znanstvena konferenca* (str. 65). Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede.
24. Reemts, G. S. (2015). Emotional intelligence levels in baccalaureate-prepared early career registered nurses. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 2 (2), 72–81.

25. Roets - Merken, L. M., Vernooij-Dassen, M. J. F. J., Zuidema, S. U., Dees, M. K., Hermesen, P. G. J. M., Kempen, G. I. J. M., and Graff, M. J. L. (2016). Evaluation of nurses' changing perceptions when trained to implement a self-management programme for dual sensory impaired older adults in long-term care: a qualitative study. *BMJ Open*, 6 (11), e013122.
26. Rugelj, D. (ur.). (2009). *Zdravstvena fakulteta 2009*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta.
27. Skela Savič, B. (2009). Dejavniki in kriteriji ustvarjanja novih srednjih zdravstvenih šol in visokostrokovnih zdravstvenih šol s programi zdravstvena nega – vidik širše odgovornosti. V B. Skela Savič, B. M. Kaučič (ur.), *Moja kariera - QUO VADIS: Izobraževanje medicinskih sester v Sloveniji* (str. 34-39). Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego.
28. Študijski program 2. stopnje Integrirana zdravstvena in socialna oskrba – čistopis (b.d.). Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto. Pridobljeno 20. 12. 2017, s https://fzv.vs-nm.si/uploads/FZV_pripone/FZV%20magisterij/IZSO/fzv_integrirana_zdravstvena_in_socialna_oskrba_cistopis_programa.pdf.
29. Woodward, W. (2003). Preparing a new workforce. *Nursing Administration Quarterly*, 27 (3), 215–222.

Izzivi okolja za zdravstveno nego

POVZETEK - Globalizacija kot pojem spreminjanja sveta v smislu podiranja meja v gospodarskem in informacijskem smislu nas sili v spremembe tudi na področju izobraževanja. Učitelji se srečujemo z mnogimi izzivi, predvsem kako iz tradicionalnega podajanja učnih vsebin preiti na poučevanje dijakov s pravilno uporabo informacijske tehnologije za pridobivanje strokovnih znanj. Vpliv globalizacije na zdravstveno nego je viden predvsem na treh področjih: zdravstvena nega se nenehno spreminja, informacije so na medmrežju lahko dostopne, vendar pa je med njimi težko izluščiti verodostojne in kakovostne, demografske spremembe, staranje prebivalstva povečujejo potrebo po negi in oskrbi v domačem okolju, mednarodne migracije zahtevajo znanje tujih jezikov in poznavanje kulturnih posebnosti migrantov.

Dijaki se v šoli pripravljajo na opravljanje dela s pacienti, kar zahteva čedalje več prilagajanja, ki pa ni možno brez dobrega strokovnega znanja. Kljub vsem svetovnim spremembam pa v zdravstveni negi ostajata nespremenjena stalnica srčnost in empatija zdravstvenega delavca.

KLJUČNE BESEDE: globalizacija, izobraževanje, zdravstvena nega

1 Uvod

Množični mediji so del našega vsakdana, prisotni so v našem domu, v službi, na cesti ..., če to želimo ali ne. Tem trendom se mora prilagoditi tudi izobraževanje.

Šola nima več naloge golega posredovanja podatkov, temveč vzgajanje učečega posameznika, zatorej mora učitelj še več truda vložiti v odnos z vsakim posameznim učencem. Učiteljeva vloga postaja kompleksnejša in odgovornejša, saj mora učenca naučiti selekcije prenasičenosti informacij, ki jih povzroča internet. Vse te težnje pa zavira druga stran globalizacijskih procesov, ki vedno bolj določa tudi, koliko je učenec finančno vreden za šolo. S tem pa se spet oddaljujemo od človeških medosebnih odnosov (Bremec, 2014).

2 Uporaba komunikacijsko-informacijske tehnologije pri pouku zdravstvene nege

Klasični frontalni pouk se umika tehnološko podprtim metodam in oblikam dela. Spremenili pa so se tudi dijaki, saj ne želijo biti več le pasivni udeleženci izobraževanja, ampak se želijo vanj aktivno vključiti (Vettorazzi, 2015; Bremec, 2014). Poleg tega delodajalci od zaposlenih pričakujejo znanje in željo po nenehnem učenju,

pričakujejo kreativnost, inovativnost, torej želijo učečega se zaposlenega, ki je marljiv, fleksibilen, samozavesten, vztrajen in motiviran za delo (Jakovljević, Marin in Čičin-Šain, 2012). Takšne zaposlene lahko sooblikuje izobraževalni sistem, ki uspe preiti od pomnjenja obilice podatkov k reševanju problemov (Gerlič, 2005).

Vpliv globalizacije na izobraževanje se torej kaže v naslednjih dejstvih (Bremec, 2014):

- šola naj bi ljudi pripravila na življenje, da se bodo znašli v okolju,
- potrebno je vseživljenjsko izobraževanje, učenje za življenje,
- za dobro opravljanje dela je potrebna vedno večja količina znanja.

Raziskave na področju zdravstvene nege dokazujejo, da bolj izobražene medicinske sestre pozitivno vplivajo na izide zdravstvene obravnave, saj z izobrazbo naraščajo tudi spretnosti kritičnega razmišljanja v praksi in sposobnosti uporabe znanja v praksi (Karajić in Šafar, 2015).

Uporaba informacijsko-komunikacijske tehnologije v nadaljevanju (IKT) pri pouku je odvisna predvsem od učiteljevih osebnostnih lastnosti (Jakšič, 2015). Učitelji imajo še vedno premalo specialno-didaktičnih znanj o uporabi računalnika pri pouku (Božnar, 2004), vendar pa se to z zaposlitvijo mladih učiteljev spreminja.

Prednosti uporabe IKT pri poučevanju zdravstvene nege so številne (Pikovnik, 2007; Božnar, 2004):

- velika baza podatkov,
- simulacija različnih učnih situacij omogoča učenje ob primerih, ki jih dijaki v realnosti redko ali nikoli ne srečajo,
- omogoča natančno opazovanje in preučevanje,
- olajša medpredmetno povezovanje,
- računalniška animacija, tridimenzionalna grafika in video omogočajo boljše razumevanje pojmov, pritegnejo pa tudi pozornost dijakov,
- omogoča celostno učenje, kar omogoča uspešno učenje vsem učnim tipom,
- omogoča razvijanje različnih vrst inteligence (besedno, čustveno, glasbeno, kinestetsko, interpersonalno, intrapersonalno ...),
- povečuje učinkovitost vseh oblik samostojnega učenja,
- omogoča prilagajanje učnih vsebin dijakom,
- je del našega vsakdana, torej nekaj, kar dijaki poznajo in za kar so dojemljivi.

Prav tako so številne tudi pomanjkljivosti uporabe IKT pri pouku (Pikovnik, 2007; Božnar, 2004):

- omogoča samo enosmerno in brezosebno komunikacijo, se ne odziva na konkretne učne, vedenjske in osebne probleme dijaka ali razreda,
- vsebuje zelo veliko informacij hkrati, kar lahko dijake bega,
- vsebine so lahko zavajajoče,
- tehnične težave (pomanjkljiva oprema, nenehno spreminjanje programov, nezdržljivost formatov),
- nekontrolirana uporaba (predvsem mobilnega telefona) med poukom lahko oslabi avtoriteto šole in njeno kontrolo nad dijaki (Vrcelj, 2016).

Učitelji se moramo zavedati tako prednosti kot pomanjkljivosti uporabe IKT pri pouku in presoditi, v katerih situacijah je njena uporaba smotrna.

Na spletu je objavljenih ogromno informacij, ki pa pred objavo velikokrat niso preverjene, zato je pomembno, da znamo ugotoviti, katere informacije so kvalitetne in dovolj verodostojne, da jim lahko zaupamo. Osnovni kriteriji za to so:

- avtorstvo (avtor je priznan na svojem področju, njegove reference),
- veljavnost (datumi zbiranja objavljenih informacij, veljavnost spletnih povezav, znak © z datumom objave),
- objektivnost,
- URL-naslov (domena spletne strani),
- struktura in navigacija (organiziranost, preglednost strani, pregleden in enostaven navigacijski meni, vsebinske in tipografske napake ...),
- vsebina in poznavanje literature (navedena bibliografija, razumljivost vsebine, širina in globina obravnavane teme, celostna obravnava teme),
- povezave in viri,
- funkcija in namen spletne strani (Očko in Emeršič, 2008).

Zdravstvena nega je specifično področje izobraževanja, saj se morajo dijaki naučiti teoretičnih osnov, ki jih morajo nato prenesti v klinično okolje. Pri teoretičnem pouku je pomembno, da se naučijo pomena nenehnega spremljanja novosti na strokovnem področju. Tukaj je priložnost, da jih učitelji naučimo selekcije spletnih informacij. Pri praktičnem pouku pa je pomembno, da se dijaki zavejo poslanstva zdravstvene nege, ki je obravnava posameznika, ki je enkratni in neponovljiv. Slednje pa zahteva veliko prilagajanja, včasih celo kreativnosti, ki pa mora vsekakor ostati v okviru standardov zdravstvene nege.

V raziskavi me je zanimalo predvsem, koliko dijaki Srednje zdravstvene in kemijske šole Šolskega centra Novo mesto uporabljajo IKT v namene pridobivanja strokovnega znanja, katere kriterije za selekcijo informacij upoštevajo, katere večine na področju uporabe IKT po njihovem mnenju potrebujejo izvajalci zdravstvene nege pri svojem delu in njihovo mnenje o pomenu uporabe IKT v današnjem času.

3 Metode

Oblikovan je bil vprašalnik, ki je vseboval tri vprašanja zaprtega tipa in sedem vprašanj odprtega tipa. Vprašanja so se nanašala na uporabo informacijsko-komunikacijske tehnologije (mobilni telefon, računalnik), in sicer v povezavi s pridobivanjem strokovnega znanja. Oblikovane so bile naslednje hipoteze:

- Dijaki veliko uporabljajo IKT, vendar malo z namenom pridobivanja strokovnega znanja.
- Dijaki uporabljajo predvsem splošne spletne strani za iskanje strokovnih vsebin.
- Dijaki težko izberejo verodostojne in kakovostne strokovne informacije.
- Dijaki nimajo nameščenih strokovnih aplikacij na svojih mobilnih telefonih.

- Dijaki se v času šolanja premalo učijo veččin, povezanih z uporabo IKT, ki jih bodo potrebovali pri svojem delu kot zdravstveni delavci.
- Med dijaki ni bistvenih razlik v uporabi IKT glede na spol, letnik izobraževanja, velikost gospodinjstva in tip naselja, v katerem živijo.

4 Rezultati in razprava

Razdeljenih je bilo 302 vprašalnikov, izpolnilo ga je 131 dijakov. Vprašalnik je bil razdeljen v tri oddelke drugega, tretjega in četrtega ter en oddelek petega letnika dijakov programa zdravstvene nege. Med dijaki, ki so izpolnili vprašalnik, je bilo 83 % deklet in 17 % fantov. Največ (46 %) je bilo dijakov tretjih letnikov. Skoraj polovica (46 %) jih živi v pet- ali veččlanskem gospodinjstvu, 65 % pa jih živi na podeželju.

36 % dijakov je ocenilo, da srednje veliko časa porabijo na dan za uporabo IKT, podoben odstotek (38 %) pa uporablja mobilni telefon tudi med šolskimi odmori. Samo 20 % jih je odgovorilo, da IKT malo ali pa sploh ne uporabljajo niti doma niti v šoli. 53 % dijakov je odgovorilo, da med poukom (po navodilu učitelja) malo uporabljajo mobilne telefone za pridobivanje strokovnega znanja, le 16 % pa je bilo takih, ki jih ne uporabljajo nikoli. 41 % dijakov pogosto uporablja telefone za iskanje strokovnih informacij, 14 % pa zelo pogosto. Kar 41 % dijakov meni, da so informacije, ki jih dobijo na spletu, precej verodostojne in kakovostne, prav tako jih 41 % meni, da so srednje zanesljive. 37 % dijakov je mnenja, da potrebujejo srednje veliko časa, 20 % pa precej časa, da najdejo kakovostne informacije. 31 % dijakov meni, da v času rednega izobraževanja pridobijo le malo znanja o uporabi IKT, ki ga bodo potrebovali pri svojem delu kot zdravstveni delavci, 35 % jih je mnenja, da je tega znanja srednje veliko, 20 % pa precej.

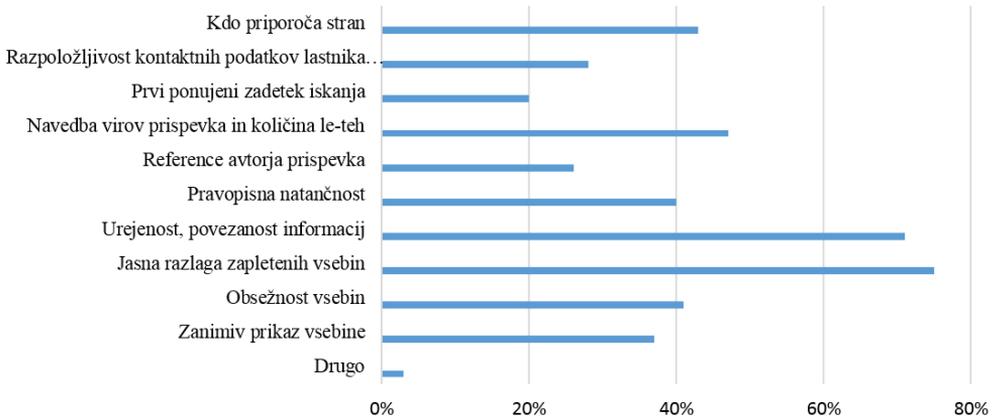
31 % dijakov strokovne informacije išče na Wikipediji, ostale spletne strani uporabljajo posamično: dijaski.net, zdravstvena.info, ezdravje.com, zdravje.si, zbornica-zveza.si, cobiss.si, youtube, vizita.si, kclj.si, nijz.si ... velika večina pa jih je poljudnih.

Prav tako 29 % dijakov meni, da so na Wikipediji verodostojne in kakovostne strokovne informacije, 13 % jih meni, da so ustrezne informacije tudi na dijaski.net, 6 % pa na zdravstvena.info.

Pomembna vloga učitelja zdravstvene nege je, da dijake seznanijo z verodostojnimi in kakovostnimi spletnimi stranmi in aplikacijami s področja zdravstvene nege.

Največ, 75 % dijakov prepozna verodostojnost in kakovost informacij po jasni razlagi zapletenih vsebin in 71 % po urejenosti in povezanosti informacij. Skoraj polovica, 47 % dijakov upošteva navedbo virov prispevka in količino le-teh, 43 % pa upošteva osebo/organizacijo, ki priporoča stran. Pri tem vprašanju so dijaki lahko označili več odgovorov.

Graf 1: Kako prepoznate verodostojnost informacij, pridobljenih na svetovnem spletu (kriteriji)?



Vir: Anketni vprašalnik, 2017.

Le 22 % dijakov ima na pametnem telefonu naloženo katero od aplikacij s strokovno vsebino. Najpogosteje imajo naložen register zdravil (26 %), prvo pomoč (11 %), pons (11 %) in photomath (11 %). Za aplikacije s strokovno vsebino izvejo najpogosteje pri pouku, od učiteljev (35 %) in od prijateljev oz. znancev (35 %).

Dijaki prepoznavajo IKT v svojem bodočem poklicu predvsem kot pripomoček pri iskanju informacij, komunikaciji in uporabi e-dokumentacije, redkeje pa v njej vidijo orodje, ki nam lahko olajša delo bodisi pri izvajanju meritev bodisi pri sprejemanju odločitev (npr. v kritičnih situacijah). Seveda je s tem povezano tudi tveganje za nastanek in prenos dodatnih okužb ...

Graf 2: Katere veščine, povezane z IKT, po vašem mnenju potrebujejo izvajalci zdravstvene nege pri svojem delu?



Vir: Anketni vprašalnik, 2017.

Možnosti za uporabo IKT pri pouku vidijo dijaki pri vseh predmetih (32 %), predvsem pa pri tujih jezikih (25 %) in različnih strokovnih predmetih (23 %), sledijo matematika, informatika in slovenščina. Pri vseh predmetih bi jo lahko uporabljali za popestritev pouka, pisanje zapiskov, predstavitev, namesto učbenikov, delo v skupinah, v raziskovalne namene ... Pri strokovnih predmetih pa predvsem za prikazovanje videoposnetkov postopkov in posegov v zdravstvu, pa tudi za iskanje informacij, ki jih ni v učbenikih oz. pri dodatni razlagi strokovnih izrazov in vsebin, izvajanje meritev, raziskovalno delo ...

Dijaki menijo, da je IKT postal del našega vsakdanjega življenja, nudi nam veliko možnosti za medsebojno povezovanje in pridobivanje novih, tudi strokovnih znanj, vendar pa priznavajo, da ga preveč uporabljajo, predvsem za preživljanje prostega časa. Uporaba IKT se jim zdi pomembna in koristna, vendar pod pogojem, da je njena uporaba v mejah zdravega razuma. Poleg tega se dijaki zavedajo, da ima uporaba IKT veliko negativnih posledic, saj povzroča zasvojenost in nasilje, nerealno dojemanje sveta, sevanje vpliva na zdravje Na tem področju je vloga učitelja predvsem vzgojna.

Izkazalo se je, da med dijaki ni bistvenih razlik v uporabi IKT glede na spol, letnik izobraževanja, ki ga trenutno obiskujejo, število članov gospodinjstva (2, 3, 4, 5 ali več) in tip naselja, v katerem živijo (podeželje, predmestje, mesto).

Vse hipoteze so bile potrjene.

5 Zaključek

Zdravstvena nega kot stroka se zelo hitro spreminja, informacije so nam dostopne na vsakem koraku in prav zato klasično podajanje učne snovi za dijake ni več zanimivo. Dijaki želijo biti pri pouku aktivni, zato je naloga sodobnega učitelja, da jih vključuje v pedagoški proces. Po drugi strani pa nas demografske spremembe, predvsem staranje prebivalstva, silijo v vedno večji obseg nege in oskrbe v domačem okolju, ki postaja tudi tehnološko čedalje bolj zahtevna. Globalizacija pa podira meje tudi dobesedno, mednarodne migracije zahtevajo od zdravstvenih delavcev tudi znanje tujih jezikov in poznavanje kulturnih posebnosti migrantov ...

Dijaki zdravstvene nege poznajo orodje, učitelji pa jim moramo pokazati pot, da bodo to orodje znali pravilno uporabljati. Naučiti jih moramo, kako pridobiti podatke, ki jih za svoje delo potrebujejo, jih ovrednotiti in kako jih učinkovito uporabiti. Hkrati pa jih moramo nenehno opozarjati na številne pasti sodobne tehnologije. Nobena tehnologija ne more nadomestiti čutnosti, pristnih medosebnih odnosov, strpnosti, empatije. Za zdravstveno nego so izzivi okolja veliki, vendar zdravstvena nega smo ljudje, ki se znamo spoprijemati s težavami, zato verjamem, da bomo kos tudi globalizaciji.

LITERATURA

1. Božnar, J. (2004). Vpliv sodobne informacijske in komunikacijske tehnologije na spremembe v vzgojno-izobraževalnem procesu. Pridobljeno 24. 11. 2017, s http://profesor.gess.si/marjana.pograjc/%C4%8Dlanki_VIVID/Arhiv2004/12Boznar.pdf.
2. Bremec, P. (2014). Globalizacija v izobraževanju srednjih strokovnih šol. Pridobljeno 16. 10. 2017, s <http://www.fm-kp.si/zalozba/ISBN/978-961-266-174-8/prispevki/003.pdf>.
3. Gerlič, I. (2005). Uporaba informacijske in komunikacijske tehnologije v slovenskih šolah. Pridobljeno 24. 11. 2017, s http://profesor.gess.si/marjana.pograjc/%C4%8Dlanki_VIVID/Arhiv2005/Prispevki/12Gerlic2005.pdf.
4. Jakovljević, M., Marin, R. in Čičin-Šain, D. (2012). Izazovi globalizacije i njihov utjecaj na privlačenje i zadržavanje talenata. Pridobljeno 16. 10. 2017, s <https://hrcak.srce.hr/file/139001>.
5. Jakšič, E. (2015). Novi načini poučevanja v srednješolskem izobraževanju zdravstvene nege. V 10. Jubilejni kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije, Z optimalnimi viri do učinkovite zdravstvene in babiške nege (str. 423–427), Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Ljubljana: Nacionalni center za strokovni karierni in osebni razvoj medicinskih sester in babic.
6. Karajić, A. in Šafar, M. (2015). Kakovostno izobraževanje za kakovostno delo. V 10. Jubilejni kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije, Z optimalnimi viri do učinkovite zdravstvene in babiške nege, Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije (str. 173–180). Ljubljana: Nacionalni center za strokovni karierni in osebni razvoj medicinskih sester in babic.
7. Očko, L. in Emeršič, K. (2008). Verodostojnost in kvaliteta spletno dostopnih informacij. Pridobljeno 24. 11. 2017, s http://ibmi.mf.uni-lj.si/jure/pred_bib/ivi/seminarji-08/verodostojnost_in_kvaliteta.pdf.
8. Pikovnik, E. (2007). Uporaba informacijske tehnologije pri poučevanju zdravstvene nege. Pridobljeno 24. 11. 2017, s http://profesor.gess.si/marjana.pograjc/%C4%8Dlanki_VIVID/Arhiv2007/Papers/Pikovnik2007.pdf.
9. Vettorazzi, R. (2015). Uporaba informacijsko komunikacijske tehnologije pri poučevanju zdravstvene nege. V 10. Jubilejni kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije, Z optimalnimi viri do učinkovite zdravstvene in babiške nege, Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije (str. 181–188). Ljubljana: Nacionalni center za strokovni karierni in osebni razvoj medicinskih sester in babic.
10. Vrčelj, S. (2016). Izazovi kojima su pedagozi izloženi u savjetodavnom radu – globalizacijski kontekst i (anti)vrijednosti. Pridobljeno 16. 10. 2017, s https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=261356.

Uspešnost uvajanja in izvajanja dolgotrajne oskrbe starih oseb v domačem okolju

POVZETEK - Uvod: Uspešnost izvajanja dolgotrajne oskrbe starih ljudi na njihovem domu je odvisna od ugotavljanja in poznavanja njihovih potreb. Pereč problem vse hitrejšega staranja prebivalstva in odnos družbe do tega pojava terja različne pristope reševanja te problematike. K uspešnemu izvajanju in uvajanju dolgotrajne pomoči starim ljudem v njihovih okoljih narekujejo že ugotovljenje potrebe skozi raziskovanje perečega pojava, ki pesti vse države razvitega sveta. Namen prispevka je predstaviti trenutno oskrbo starejših in njihove potrebe. Metoda: Avtorica si zastavlja tri raziskovalna vprašanja z večjo posploševalno vrednostjo. Sprašuje se, v kolikšni meri poznamo potrebe starejših, v kolikšni meri so zadovoljene njihove potrebe v domačem okolju, in v kolikšni meri je zagotovljena dolgotrajna oskrba starih ljudi na domu. Z metodo intervjuvanja je avtorica pridobila podatke, da si večina oseb v visoki starosti želi čim dlje ostati v domačem okolju ob nujenju primerne oskrbe. Ugotavlja, da institucionalno varstvo v nastalih spremembah družbe ne nudi dovolj avtonomije starejšim osebam. in si še bolj kot prej želijo tesne povezava s socialnem okoljem.

KLJUČNE BESEDE: dolgotajna oskrba, starejše osebe, domače okolje, spremembe v družbi

1 Uvod

Ob koncu 20. stoletja je zaradi naraščanja števila starih ljudi stopilo v ospredje tudi vprašanje, kako ustrezno poskrbeti za optimalno znanje celotne družbe. Ob upoštevanju demografskih, ekonomskih in političnih dejavnikov je postalo razvidno, da je to mogoče le ob razvijanju večje povezanosti vseh generacij in solidarnosti med njimi. (Leskovic in Lešer, 2015). Starejši ljudje naj bi po nekaterih projekcijah v letu 2020 predstavljali 16,5 % celotne populacije ali celo 20 %. Predviden je tudi hitrejši trend rasti – v letu 2040, v Sloveniji se pričakuje že 30 % starejših ljudi od 65 let. Spremenjena demografska struktura zahteva prilagoditev javnih politik, stroke in zaposlenih v skrbi za ostarele (Leskovic, 2016).

Omejene nastanitvene možnosti v domovih za ostarele in vse večje število starejših ljudi, ki niso sposobni poskrbeti sami zase in potrebujejo pomoč pri izvajanju življenjskih funkcij, vse to zahteva nove pristope in nove ukrepe tudi na državni ravni. Navkljub širitvi zmogljivosti institucionalnih oblik za zagotavljanje oskrbe in nege, te ne zadoščajo več za zadovoljevanje vse večjih potreb starih ljudi. Institucionalna nega je bila kot odgovor na potrebe le ena od možnih oblik dolgotrajne nege, a se je izkazala kot draga. Hkrati pa je za večino ljudi, ki so je bili deležni, pomenila

izključitev iz domačega okolja in neredko tudi psihološko travmo. Odgovor države in družbe na te izzive je bila nedvomno odločitev o vzpostavitvi in organiziranju ustreznih dejavnosti in služb, med katerimi je bila nedvomno tudi nega na domu kot stičišče socialnega in zdravstvenega varstva (Leskovic, 2009).

Pomoč starejšim, skrb zanje ter njihovo socialno in zdravstveno nego v Republiki Sloveniji urejajo Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju, Zakon o socialnem varstvu in ter drugi zakoni in nekateri podzakonski akti. Ustava Republike Slovenije ne omenja starosti kot osnove za posebne pravice, pa tudi v zakonodaji, z izjemo pokojninskega zavarovanja, je starost redko osnova za posebne norme. Tudi Nacionalni program socialnega varstva navaja le »starejše osebe, ki ne morejo skrbeti same zase« kot eno od rizičnih skupin prebivalstva, ne pa stare populacije v celoti in tako dovolj jasno opredeli meje upravičenega poseganja v življenje starih (Leskovic, 2016).

Razlika med dolgotrajno in kratkotrajno oskrbo je predvsem v času trajanja izvajanja le-te. Potreba po oskrbi lahko traja samo nekaj tednov ali mesecev, lahko pa traja tudi več let. Trajanje oskrbe pa je odvisno od vzrokov za potrebo po negi. Tako kratkotrajna oskrba običajno traja več tednov ali nekaj mesecev, namenjena pa je predvsem osebam, ki okrevajo od nenadne bolezni, poškodbe ali kirurškega posega. V osnovi pa velja, da si ta oseba v tem času opomore in ponovno postane samostojna pri opravljanju vsakodnevnih aktivnostih. Medtem, pa je dolgotrajna oskrba namenjena osebam, ki zaradi kroničnih bolezni, starosti ali onemoglosti potrebujejo pomoč pri opravljanju vsakodnevnih življenjskih opravil (Aging Care, 2015).

Po Zakonu o socialnem varstvu iz leta 1992 imajo socialno ogroženi in v pretežni meri bolni ter starejši ljudje pravico do nege na domu, ki obsega socialno oskrbo upravičenca v primeru invalidnosti, starosti ter drugih primerih, ko socialna oskrba lahko nadomesti institucionalno varstvo. Med pravicami iz tega zakona so tudi storitve socialnega servisa, ki zajemajo pomoč pri hišnih in drugih opravilih. Država zagotavlja mrežo javne službe za socialno preventivo, za prvo socialno pomoč, za pomoč družini na domu, za institucionalno varstvo. Občina zagotavlja mrežo javne službe za osebno pomoč ter za pomoč družini na domu. Socialnovarstvene storitve lahko opravljajo strokovni delavci in njihovi sodelavci, pa tudi zasebniki pod posebnimi pogoji, ki jih določa zakon (Leskovic, 2016).

Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju določa pravico do dodatka za pomoč in postrežbo. Tudi Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju opredeljuje zdravstveno nego na domu. Zavarovanim zagotavlja v celoti tudi plačilo iz obveznega zavarovanja za patronažne obiske, zdravljenje in nego na domu ter v socialnovarstvenih zavodih. Tovrstno nego pa morajo spremljati tudi laiki oziroma druge oblike pomoči, ki niso zagotovljene dovolj in povsod ter tudi ne sodijo v zdravstveno varstvo. Težava pa je v tem, da med zdravstveno in socialno sfero ni vedno ustreznega in zadovoljivega sodelovanja in usklajenosti pri izvajanju pomoči in nege na domu, ali pa to ni pravno urejeno. V zadnjem času je vse več javnih zavodov in zasebnikov, ki ponujajo ljudem pomoč na domu pri osebni higieni, go-

spodinjskih opravilih in gibanju, v katero pa ni zajeta zdravstvena nega. Nasprotno, zdravstvena služba neredko ne more izvajati zdravstvene nege, ker ni nikogar, ki bi človeku zagotavljal druge pomoči na domu. Zaradi pomanjkljive koordinacije torej razmere na področju dolgotrajne nege niso zadovoljive, je pa res, da se stanje izboljšuje (Gorjan, 2009).

Toth (2003) pravi, da ključni problem v Sloveniji predstavlja vprašanje dolgotrajne nege. Takšen sistem dolgotrajne nege, ki bi temeljil na enotni organiziranosti, naj bi prinesel večjo pravičnost in s tem zadovoljstvo ljudi, ter zmanjšal čas hospitalizacije v slovenskih bolnišnicah. Z uvedbo posebnega zavarovanja in dolgotrajno nego bi imeli vsi enake možnosti, ne glede na to, ali bi šlo za nego na domu ali v drugem ustreznem zavodu.

1.1 Opredelitev in značilnosti oskrbe na domu

Pomoč na domu delimo na socialno oskrbo in zdravstveno nego. V terminologiji posameznih držav srečamo različno pojmovanje teh besed. V Nemčiji ima pomoč na primer zelo različen pomen. Tudi v angleški besedi »care« je mogoče najti različen pomen, kot na primer nega, varstvo ali pa skrb, kar lahko pomeni tudi pomoč na domu. V širšem pomenu besede pomoč starejšim na domu vsebuje zadovoljevanje cele vrste nematerialnih potreb, od premagovanja osamljenosti z družabništvom, verskih potreb, do čisto praktičnih storitev, kot je hranjenje. V ožjem pomenu besede oskrba in nega na domu pomenita zagotavljanje osebne higiene ter gospodinjsko pomoč in zdravstveno nego.

Trenutno oskrbo na domu v Sloveniji izvajajo socialni oskrbovalci, zdravstveno nego pa patronažne medicinske sestre. Socialni oskrbovalci najpogosteje nudijo starejšim gospodinjsko pomoč (priprava hrane, nakupovanje, vzdrževanje prostorov, čiščenje, pranje, kurjenje, priprava kurjave), jim prinašajo kosilo, jim nudijo laično socialno pomoč (družabništvo, preprečevanje akutnih stisk zaradi osamljenosti), jih spremljajo in prevažajo k zdravniku, v trgovino ali banko, ter jim nudijo pomoč pri osebni higieni (pomoč pri umivanju, preoblačenju, hranjenju). V procesu oskrbe se poskuša ohraniti aktivno sodelovanje oskrbovancev, tako da se oceni in vzpodbuja njihova lastna zmožnost, poskrbeti sam zase, ter se na ta način preprečuje njihovo prehitro prehajanje v popolno odvisnost. Dosledno se upošteva uporabnikove želje glede vrste in obsega storitev.

V Sloveniji se je socialna oskrba začela uveljavljati prek javnih del v začetku devetdesetih let v okviru Centrov za socialno delo, deloma domov za ostarele. Pomoč na domu izvajajo danes tako Centri za socialno delo kot tudi v okviru lastne dejavnosti domovi za ostarele, Karitas, in v zadnjem obdobju zasebniki, ki pridobijo od lokalnih oblasti koncesijo za opravljanje te dejavnosti in imajo ustrezno strokovno znanje. Izobraževanje socialnih oskrbovalcev izvajajo zasebno podjetje Firis in drugi. Po opravljenem izobraževanju so kandidati za izvajanje oskrbe dolžni opraviti strokovni izpit v okviru Socialne zbornice.

Socialnovarstvena pomoč starejšemu in njegovi družini postaja vse bolj pomembna potreba našega časa. Večina družin sicer zadovoljivo obvladuje težave, povezane z nego starega bolnika s kronično boleznijo, vendar se pojavijo obdobja nestabilnosti in težav, ki jih družina ne zmore obvladati sama, brez podpore od zunaj (Mesec, 2003). Čeprav se zdi, da ima nega na domu očitne človeške in ekonomske prednosti, pa ni dokazano, da bolniki, ki so dolgo časa v domači negi, živijo dlje, ali da so bolj neodvisni v svojem funkcioniranju in bolj zadovoljni kot tisti, ki so v domači negi le krajši čas. Nega in pomoč na domu sta danes sestavni del celostne oskrbe, ki sega od najbolj zapletenih tehničnih in strokovnih oblik do najpreprostejše podpore starejšim osebam oziroma bolnikom na njihovih domovih (Gorjan, 2009).

1.2 Značilnosti oskrbe starejših v nekaterih evropskih deželah

V razvitih državah so se mnogo hitreje odzvali na potrebe časa in začeli razvijati različne programe za ostarele, med katere sodi tudi pomoč ostarelim na domu. Pomoč ostarelim in drugim pomoči potrebnim se je razvijala. Ponujati so začeli bolj kakovostne nove storitve za preživljanje kakovostne starosti.

Med posameznimi skupinami držav obstajajo pomembne razlike nudenja pomoči ostarelim, je razlike se pojavljajo po vrednostni usmeritvi, ali je v njihovem kulturnem izročilu bolj poudarjena vloga družine kot osnovne družbene enote (sredozemske dežele) ali vloga neodvisnega posameznika (protestantske dežele srednje in severne Evrope). Razlikujejo se tudi po načinu zagotavljanja socialnega varstva oziroma po tipu blagostanja. Segatori je razvil tipologijo pomoči, ki sicer teoretično vsebuje 6 različnih tipov, dejansko pa se v Evropi pojavljajo štiri: države z družinsko usmeritvijo in mešanim sistemom socialnega varstva so Irska, Italija, Španija; države z individualistično usmeritvijo, ki imajo korporativni sistem varstva, so Belgija, Nemčija; mešani sistem imata Nizozemska in Velika Britanija, univerzalistični sistem pa imajo Švedska, Norveška in Danska. Po Segatorijevi teoriji išče v sedanji krizi vsaka dežela svoj način reorganizacije socialnega varstva. Slabosti, ki izhajajo iz takih usmeritev, so naslednje. V sredozemskih in katoliških deželah bo skrb za stare še vedno temeljila na izkoriščanju ženskega dela pri skrbi za starejše in zaviranju osamosvajanja mladih. V deželah Srednje Evrope s korporativnim socialnim varstvom so zelo ogroženi revni stari ljudje. Dežele Severne Evrope z univerzalističnim sistemom socialnega varstva se srečujejo z vse večjimi davčnimi bremeni, ki bodo omejevali zasebno potrošnjo. Segatori vidi rešitev v treh smereh: v demografskem uravnoteženju, tj. v povečanju natalitete in dotoku aktivne populacije z imigracijo; v skrb naravnani in zavzeti družbi z ustreznim upravljanjem storitev ter podpiranjem tistih, ki nudijo oskrbo v domačem okolju starostnika (Mesec, 2003).

Leta 1995 je nemška vlada uvedla posebno obvezno zavarovanje za nego, kar je imelo izredne učinke tudi na izvajanje in razvoj pomoči starejšim na domu. Na eni strani se je število starejših, ki so želeli ostati na domu in prejemati pomoč doma, bistveno povečalo. Po drugi strani pa se je med izvajalci storitev vnela velika tekmovalnost, konkurenčnost in prilagodljivost v izvajanju storitev tako podjetnikov posamezni-

kov kot organiziranih domov za ostarele. Pri tem so imeli prav slednji veliko vlogo, kajti stroški oskrbe v domovih so naraščali in domovi so bili zaradi ekonomičnosti prisiljeni spreminjati koncepte dela oziroma koncepte nudenja storitev starejšim. Organizacija storitev pomoči na domu je prilagojena potrebam tako v nočnem in popoldanskem času kot tudi ob prazničnih dneh. Storitve izvajalcev s profesionalno izobrazbo je predraga, zato za pomoč pri osnovnih opravilih in gospodinjskih storitvah koristijo usluge priučenih delavcev. Uvedli so t.i. dualno triletno izobraževanje poklicnega kadra za opravljanje nege za stare in bolne ljudi (Miladinovič, 2001).

Tudi na Nizozemskem je bila pomoč na domu po letu 1982 v velikem porastu. Postavili so kriterije kakovosti v vseh programih pomoči za starejše osebe. Država pri tem usmerja ustrezno politiko z večanjem znanja prebivalstva o zdravi in kakovostni starosti. Ti in drugi programi so zasnovani tako, da povezujejo dejavnosti, sožitje in sodelovanje vseh generacij in ne le starejših. V skrbi za starejše skuša doseči zlasti naslednje cilje: pocenitev storitev in nov, transparenten način financiranja, usklajenost sistemov pomoči z usmeritvijo k uporabniku, večanje oz. širitev ponudbe in drugih možnosti. Pomemben cilj je tudi osebno prilagojen program pomoči starejšim osebam. Za pomoč starejšim osebam so pristojne lokalne skupnosti. Pomoč na domu je organizirana lokalno, praviloma gre za javno službo, razvija pa se tudi zasebni in nevladni sektor. Oskrbo na domu prevzemajo praviloma starejše ženske z mnogimi izkušnjami v skrbi za svoje družinske člane (Brišlar Slana, 2001).

Tudi na Danskem opravljajo večino nalog državne javne službe in nekoliko manj zasebni izvajalci, prostovoljske organizacije in družine na osnovi medsebojnega sodelovanja. Osrednja naloga je v izboljšanju kakovosti ponudb za starejše osebe. Pomoč je brezplačna, razen v primeru, če je pomoč potrebna le občasno. V takem primeru uporabnik plača storitev glede na svoje premoženjske možnosti. Glede na odločitev države, da podpira starejše osebe v njihovi pravici in želji, prebivati na njihovem lastnem domu, dokler je to možno, ter zavedajoč se stroškov, ki niso nižji od stroškov oskrbe v domovih, država zavestno dograjuje kriterije kakovosti življenja in resnične možnosti do individualne izbire programov življenja v starosti. Pri tem zagovarja nujnost tesnega povezovanja vseh izvajalcev in področij, posebej na lokalnih ravneh. Namen prispevka

2 Metoda

Uporabili smo kvalitativno metodo raziskovanja in metodo deskripcije. Zastavili smo tri raziskovalna vprašanja:

- V kolikšni meri poznamo potrebe starejših?
- V kolikšni meri so zadovoljene potrebe starih ljudi v domači oskrbi?
- V kolikšni meri je oskrba starejših odvisnih oseb v domačem okolju primerna?

Opis merskega instrumenta

Pripravili smo polstrukturiran vprašalnik. Vprašanja so bila oblikovana tako, da so nam bila v pomoč razjasnit teoretične osnove.

Opis vzorca

V kvalitativni raziskavi smo zajeli 8 starih ljudi od dvajsetih, na območju dolenske regije. Intervjuvanci so bili stari od 74 do 95 let, od teh je bilo 7 žensk in 1moški. Povprečna starost je bila 83 let. Od 74 do 80 let je bilo starih 2 starejših, 4 jih je bilo starih od 81 do 90 let, nad 90 let pa so bili stari 2 intervjuvanci. Največ, to je 4 intervjuvancev, je imelo zaključeno le osnovno šolo, 2 jih je imelo končano srednjo šolo, dva pa sta imela končano fakulteto. Po poklicu so bili najbolj številni med vsemi intervjuvanci delavci. Večinoma so bili vdovci oziroma vdove. Pretežno živijo v lastni hiši (6 intervjuvancev), druga 2 anketiranca pa živi v stanovanju. Socialne oskrbe so deležni različno dolgo, toda štirje med vsemi jo prejemaajo najdlje, kar štiri leta.

Opis postopka zbiranja in analize podatkov

Intervjuvanje je izvedeno meseca aprila 2015 leta. Intervjuvanje je potekalo na domu starejših oseb. Po predhodnem soglasju intervjuvanih smo pogovore posneli pa tudi zapisali skupaj z opažanji med pogovorom. S pomočjo zvočnih zapisov smo izločili slabe, nerazločne in nepopolne odgovore. Opravili smo vsebinsko analizo zapisov po naslednjih korakih. Besedila smo kodirali, razvrstili v kategorije in jih interpretirali. Med izvajanjem intervjujev pri starejših osebah na območju dolenske regije so nam pomagale patronažne medicinske sestre.

Etični vidik raziskovanja

Upoštevali smo načela Helsinško-Tokijsko deklaracijo.

3 Rezultati in razprava

Ugotovili smo, da v visoki starosti pomeni neodvisnost takrat, ko obvladujemo in nadzorujemo temeljne funkcije vsakodnevnega življenja – kar pa je možno doseči tudi z ustrezno pomočjo. Če te funkcije obvladujemo sami ali s tujo pomočjo, govorimo o uspešni starosti. Ugotovili smo tudi, da stopata v odnos s starim človekom na domu tako patronažna medicinska sestra kot tudi socialna oskrbovalka, ki ugotavljata potrebe in stopnjo odvisnosti starejše osebe. Obe imata nalogo prvenstveno tako osebo oskrbeti z vidika zadovoljitve fizioloških potreb, šele nato z vidika drugih potreb. Stari ljudje so si močno različni celo z vidika zadovoljevanja fizioloških potreb, tako sta oskrba in nega po poškodbi denimo drugačni kot oskrba po kapi ali v začetnem stanju demence. Ugotovili smo, da so stari ljudje v stanju odvisnosti in zmanjšanih zmožnosti zelo nezaupljivi in da so navajeni življenja po ustaljenem toku, kakršenkoli že ta je. Vsaka sprememba ali celo misel nanjo jih lahko moč-

no vznemiri. Naloga osebe, ki nudi pomoč, je v nenehni skrbi za izboljšanje stanja neodvisnosti oskrbovanca, če je le mogoče. Glede na stanje, v katerem je starejši človek, pa se oblikujejo in razporejajo tudi vse druge potrebe. Spoznali smo, da ugotavljanje odvisnosti poteka na različne načine in lahko pomeni v nekem smislu velik, lahko tudi grob poseg v človeka. Naše spoznanje je, da je potrebno strokovnjake in druge vpletene v proces oskrbe dodatno izobraziti o vseh potrebah starejših v različnih zdravstvenih stanjih odvisnosti. Ugotovili smo, da je uspeh izvajalcev dolgotrajne oskrbe odvisen velikokrat predvsem od kakovosti vzpostavitve prvega stika s starim človekom. To opravilo zahteva mnogo vztrajnosti, potrpežljivosti, predvsem pa spretnosti pogovarjanja in pogajanja. Vprašani so nam povedali, da se večinoma težko obvladujejo oblačenje, še težje slačenje, da si nogavic ne morejo sami obuati. Starejši se sicer znajdejo in se poskušajo maksimalno prilagoditi svojim nezmožnostim. Prav zaradi občutka strahu in nezaupanja do tuje osebe stari ljudje pogosto izrazijo potrebe, ki niso identične s tistimi, ki jih opazijo izvajalci dolgotrajne oskrbe. Vedno znova se izvajalci oskrbe ob prvih obiskih in srečanjih s stariimi ljudmi srečajo z dejstvom, da starega človeka socialna mreža ne podpira dovolj ali pa ga sploh ne podpira, srečajo se z njegovo izoliranostjo in z njegovim slabim zdravstvenim stanjem. Temu je pogosto pridružena še slaba osebna higiena, slaba nezdrava prehrana, odklon do vmešavanja tujih ljudi v njihovo življenje, odklanjanje zdravstvene pomoči, nizki finančni prejemki, ki ne zadoščajo vsem potrebam za zagotavljanje dostojnega in varnega življenja v starosti. Vsa ta dejstva potiskajo starega človeka v odvisnost in nezmožnost opravljanja temeljnih funkcij vsakdanjega življenja. Mnogi stari ljudje odklanjajo pomoč, da bi mu preoblekli posteljo, uredili okolje, ga umili ali na primer odstranili neuporabne predmete, pa čeprav jih ogrožajo. Kasneje je večina starih ljudi hvaležna izvajalcem oskrbe za njihovo vztrajnost, in da jih niso pustile same. Ugotovili smo, da udeleženci slabši slišijo in vidijo. Dejstvo, da čuti s starostjo močno opešata. Če želimo zadovoljiti potrebo starejše osebe po komunikaciji, potem je dobro, da se spomnimo na to, da jim je dobro kaj prebrati, se o tem z njo pogovarjati.

V visoki starosti najbolj bode v oči opustitev osebne higiene. Pri naših vprašanih tega nismo zaznali, le telesna prizadetost in starostna oslabelost jih ovira, da sami ne zmorejo opraviti več. To velja tudi pri oblačenju, slačenju, obujanju. Težko se sklonijo, da bi si nataknili nogavice, kaj šele negovali nohte. Intervjuvani, so nam povedali v kolikšni meri so samostojni pri izvajanju osebne higiene in prehranjevanju. Težave imajo s higieno spodnjega dela telesa in obujanjem čevljev ter s pripravo hrane. Star človek, ki živi sam, ne čuti več potrebe po prehranjevanju. Osebna urejenost da staremu človeku sproščen videz in zadovoljstvo. Umit, urejen in oblečen izraža voljo do življenja in druženja z ljudmi. Zanj je pomembno, da to opravilo opravi sam. Včasih pa mu postane bolj vseeno, ali je umit ali ni. Zato naj jim izvajalci oskrbe vedno znova predstavijo prednosti urejenosti in čistoče in kako to vpliva na boljše počutje. Tudi naloga izvajalcev oskrbe svetovanje o pravilnem vzdrževanju ustne higiene jim organizirajo pomoč druge osebe pri umivanju, če je to potrebno ...

V domačem prostoru se intervjuvanci dobro orientirajo. To potrjujejo tudi njihove izjave. Včasih so stari ljudje živeli v zavetju večgeneracijskih družin in so si med seboj pomagali. Danes pa takih družin že skoraj ni več. V stanovanju ali hiši živijo s svojim zakonskim partnerjem ali pa sami. Toda vsak človek, četudi star, si želi samostojnosti. Izjemoma si samostojnosti ne želijo osebe v simbiotični zvezi z bližnjim, ki se lahko svoje hendikapanosti celo razveselijo. Zdaj bodo končno drugi odgovorni za njih in ne bodo jim mogli pobegniti!

Povprašali smo jih tudi o prostočasnih aktivnostih in potrebah po obvladovanju okolja, če gredo kdaj na obisk, po nakupih ali pa na kakšno prireditev. Gibanje zunaj doma je omejeno zaradi strahu, da se kaj zgodi, pa tudi zato, ker ni nikogar, ki bi jih spremljal, sami pa tudi nimajo dovolj moči.

V pogovorih z vprašanimi so bile čustvene potrebe najbolj prisotne, saj se nanje nanaša kar tretjina vseh izjav. Treba je upoštevati, da se je našim intervjuvancem življenjski prostor zelo skrčil zaradi starosti in zaradi telesnih ter drugih prizadetosti. Tudi njihova zmožnost zadovoljevanja raznoterih potreb drugih ljudi je manjša, zato tudi povezave z drugimi ljudmi, ki temeljijo na medsebojnem zadovoljevanju potreb, usihajo.

Navadno star človek doživlja dom kot spomin na otroštvo in zakonsko življenje pa tudi kot psihološko oporo. Zato ima v njihovem življenju dom posebno vrednost. Dom doživljajo hkrati kot svobodo, ugodno svobodo, odsotnost pritiskov, po drugi strani pa kot zavetje, varnost. Varnost je sicer zelo visoko na lestvici potreb starih ljudi. Tako bi morda lahko sklepali, da se star človek počuti varnejšega doma, kakor v domu starejših. Izkazalo se je, da ni zmeraj tako. Še zlasti oni, ki so vse življenje bili odgovorni sami zase in za druge, se odpočijejo, ko pridejo v ustanovo, ki je namenjena samo starejšim. Zato ne bi smeli spodbujati prepričanja, da je prav oskrba na domu boljša od institucionalnega varstva. Vse je odvisno od posameznika, od njegovih potreb. Te moramo ugotoviti.

Najpogosteje so intervjuvanci omenjali v povezavi z družino mamo in očeta. Če bi za osebe v visoki starosti pripravljali izobraževalne programe, potem bi veljalo pripraviti module, ki bi govorili o pomenu matere in očeta. Na prvem mestu je mama, lahko pa tudi oče, če je nudil več varnosti kot mama. Stari ljudje najpogosteje doživljajo družino kot varnost. Pomembno je, da je star človek v družini deležen ljubezni pa tudi spoštovanja. Nasploh je v stanju nemoči dobro, da nas kdo spoštuje. Poleg ljubezni potrebujemo tudi spoštovanje, priznavanje, oporo, varnost. Naši intervjuvanci so spregovorili tudi o prijateljih in sosedih. Pravijo, da imajo vedno nekoga, ki ga lahko pokličejo, nekoga, na katerega se lahko oprejo, ko gredo ven, nekoga, s katerim lahko obujajo spomine. Nekateri stari ljudje mislijo, da so za prijateljstvo prestari, kot da je to čustvo, ki pripada bolj dejavnim letom. Povedali so, da so v času, ko so še hodili v službo in imeli nek družbeni položaj, neko družbeno vlogo, ki so strukturirale njihovo življenje, imeli veliko prijateljev, toda sedaj jih ni več. To si lahko razlagamo tako, da pomeni prijateljstvo nek trajen odnos. Da ga zgradimo, potrebujemo čas. Ko prijatelji pomrjejo, človek, ki je v oskrbi na domu

in sam, nima več možnosti za novo prijateljstvo. Morda bosta v prihodnje znanje in uporaba interneta to stanje spremenila. Sosede stari ljudje doživljajo kot povezanost in medsebojno pomoč, ali pa kot oddaljenost, bežno srečanje in celo strah, češ, da jim ne bodo nadležni.

Vprašani so zadovoljni z obiskom pri zdravniku. Tako zdravstveni delavec kot socialni oskrbovalec sta včasih edini osebi, s katerima stari ljudje vzdržujejo pogostejši socialni stik in bližino. Izrazili so različno zadovoljstvo z njimi. Pri intervjuju so bile pogosto navzoče socialne oskrbovalke, zato rezultati intervjuja v tem pogledu niso povsem zanesljivi. Izkazalo se je, da bi kazalo nego in oskrbo združiti v eni osebi. Prihod različnih ljudi na dom stare ljudi moti in jih vznemirja, saj je njihova pripravljenost na spremembe nižja, kakor je bila v mladosti. Nekateri od osebja pričakujejo več, drugi manj. Nekateri bi si želeli več profesionalnosti, drugi ne, spet drugi se zadovoljijo s prijaznim odnosom.

V naši raziskavi smo se srečevali samo s starejšimi, ki so oskrbo že prejeli. Zato smo jih vprašali, kakšno vrsto oskrbe oziroma pomoči prejema. Kar nekaj jih je izrazilo tudi potrebo po druženju in priložnostnih aktivnostih. Večina pomoči se nanaša na pomoč pri osebni higieni in gospodinjstvu. Večina naših intervjuvancev ni popolnoma odvisna od pomoči drugih. Zato nas je zanimalo tudi, kaj bi storili, če ne bi mogli več poskrbeti sami zase. Imajo predstavo o tem, kdo od sorodnikov je zmožnejši poskrbeti za njih. Predstave o domovih za starejše pa so največkrat tradicionalne, stereotipne in nepreverjene, saj niso del njihovih osebnih izkušenj. Odhod v dom je v njihovih očeh tudi javno priznanje popolne nemoči. Zato bi veljalo domove večkrat predstaviti v javnosti, narediti dneve odprtih vrat, prikazati izjave tistih, ki so z življenjem v institucionalnih domovih zadovoljni. Postavili smo tudi vprašanje, v kakšnem primeru bi se naši intervjuvanci odločili za odhod v dom za ostarele. Predsodki o življenju v domovih, predvsem pa misel o izgubi še zadnje avtonomnosti, ki jim je ostala, jih odvrta od doma starejših. Dom namreč istovetijo s popolno izgubo avtonomnosti in zasebnosti. Bojijo se, da se ne bi prilagodili, da bi postali povsem neavtonomni, pa tudi, da bi izgubili še tisto socialno okolje, ki ga že imajo. Iz povedanega sledi, da je odhod v dom velika sprememba in da bi potrebovali izobraževanje, tako kot potrebujemo, denimo, pred upokojitveno izobraževanje, ki prav tako človeka pripravlja na spremembo na upokojitev.

4 Zaključek

Želja vsakega starostnika je da bi ostal čim dlje v domačem okolju, kjer bi mu bila nudena pomoč kot bi si jo sam želel in od tiste osebe od katere si jo želi. Velikokrat starostniki ne morejo več sami izražati svoje potrebe, želje ampak o njih odločajo sorodniki. Pomembno je da le ti ob tem ne pozabijo na svojega starša, brata, strica, teto kaj bi si ob tem ona želela in ob tem iskati najbolj primerne rešitve za starostnika kakor tudi za sorodnike. Ob tem moramo poudariti, da pa se velikokrat načrtuje skrb

za starostnika okrog finančnih zmožnosti, ki jih kot družina ima. Zato pa moramo skrbeti in iti korak naprej v smislu, da bi bile stvari financirane in bi bila možnost izbire, ki ne bi bila odvisna samo od finančne zmožnosti starostnika in sorodnikov. Ob tem pa ponudniki različnih storitev na drugi strani ne smejo pozabiti na to, da je oseba, ki potrebuje pomoč posameznik in ne delček celote, prav tako pa ne sme postati skrb za starejše tržna niša.

Več ko ima star človek življenjske moči, bolj ko se je zmožen gibati in opravljati vsakdanje naloge ter jih obvladovati, bolj ko je zmožen delovati itd., več možnosti ima tudi za zadovoljevanje svojih socialnih potreb. Na oceno kakovosti življenja zato negativno vplivajo telesne pomanjkljivosti in psihološko nezadovoljstvo, pozitivno pa vplivajo dobri socialni odnosi. Še več, posameznik in skupnost nista nasprotje, marveč sta pogoj za socialne odnose. To se je v pogovoru s starimi osebami res potrdilo. Celo takrat, ko stike z drugimi zavračajo, so v povezavi z njimi. Človek se namreč razvija tako, da ob rastoči individualnosti raste tudi kot družbeno bitje. Čim močnejša je individualnost, tem popolnejša je povezanost z družbo in obratno. Čim popolnejša je človekova socialnost, tem popolnejša je njegova individualnost. Človek ob drugih in skupaj z njimi išče cilje in smisel svojega življenja. Pri tem ni toliko pomembno, kot se zdi, če so ti cilji dolgoročni ali kratkoročni, konstruktivni ali nepomembni, nestvarni ali destruktivni. Pomembno je, da obstajajo. To pa je mogoče le ob drugih ljudeh, s katerimi stopamo v odnose. Ob njih iščemo končni cilj in smisel svojega življenja, skratka, za kaj je vredno živeti.

Naša raziskava je pokazala, da star človek zelo visoko vrednoti družino, delo, zdravje, občutek pripadnosti. Naši intervjuvanci so tako poudarjali tiste vrednote moralnega in izpolnitvenega tipa, ki jim prinašajo največjo oporo pri ohranjanju celovitosti pogleda nase in smiselnosti njihovega življenja, to pa so vrednote osebne varnosti, medčloveških vezi oziroma povezovanja, socialnega mrežanja in moralno etične vrednote.

LITERATURA

1. Aging Care (2015). Pridobljeno, s <https://www.childwelfare.gov/pubPDFs/foster.pdf>.
2. Brišar Slana, Ž. (2001). Danski in Nizozemski model. Modeli socialne oskrbe v Evropi.
3. Findeisen, D. (1999). Starejši imajo pravico do dejavnega življenja. Zdravstveno varstvo, 38, 57-60.
4. Gorjan L. (2007). Pogled starejših v oskrbi na domu na svoje potrebe (Diplomsko delo). Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta, oddelek za pedagogiko in andragogiko.
5. Helsinška-Tokijska deklaracija. Pridobljeno, s www.drmed.org/wp-content/uploads/2014/06/Zdravstvene-napake.pdf.
6. Hočevar Šajatovič, Z. (2001). Podporni mehanizmi za ohranjanje avtonomije in individualnosti starega človeka (Magistrsko delo). Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede.

7. Leskovic, L. (2009). Zdravstvena nega in oskrba v domovih za starejše občane. V P. Pregelj in R. Kobentar (ur.), *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju: učbenik* (str. 452-455). Ljubljana: Rokus Klett.
8. Leskovic, L. (2016). Skozi preteklost do današnjih dni v zdravstveni negi v socialnih zavodih = Through the past to the present day in nursing in social institutions. V K. Kobal Straus (ur.), *Živeti življenje v varni starosti: zbornik predavanj* (str. 1-14). Ljubljana: Strokovna sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v socialnih zavodih.
9. Lešer, V., Leskovic, L. in Kregar - Velikonja, N. (2015). Globalizacija raziskav na področju gerontologije. Izzivi globalizacije in družbeno-ekonomsko okolje EU: zbornik prispevkov mednarodne znanstvene konference Globalisation challenges and the social-economic environment of the EU, Novo mesto, 16. in 17. april 2015 (str. 396-403). Novo mesto: FUPI Novo mesto.
10. Mesec, B. (2003). Teorija Roberta Atchleya o kontinuiteti v starosti. *Socialno delo*, 39 (4-5), 355-364.
11. Miladinovič, M. (2001). Nemški model. Modeli socialne oskrbe v Evropi. *Socialni izziv*, 7, (13), 12-16.
12. Nacionalni program socialnega varstva do leta 2005 (2000). Uradni list RS, št. 31 (7. 4. 2000).
13. Načrt za izvajanje usmeritev in nalog iz nacionalnega programa socialnega varstva do leta 2005. Uradni list RS, št. 45/02.
14. Poročilo o izvajanju programa razvoja varstva starejših oseb na področju socialnega varstva do leta 2005. *Socialni izziv*, 7 (13), 22-25.

Možnosti razvoja integrirane oskrbe starejših - primer prakse iz tujine

POVZETEK - Tako v svetu kot tudi v evropskem prostoru se že nekaj časa soočamo s problemi staranja družbe. Države se vse bolj zavedajo sprememb, ki jih prinaša staranje prebivalstva in ostale družbene spremembe. Novejši epidemiološki podatki držav, kažejo na prevladujočo zdravstveno problematiko, ki je povezana s kroničnimi obolenji, poškodbami in drugimi obolenji. V državah EU ocenjujejo, da je od 3 do 5 % ljudi pri izvajanju osnovnih življenjskih aktivnosti popolnoma odvisnih od pomoči druge osebe, delno odvisnih pa 15 % v starosti nad 65 let. Delež ljudi, ki niso sposobni samooskrbe narašča s starostjo. Pri starosti nad 70 let število ljudi, ki so popolnoma odvisni pri izvajanju življenjskih aktivnosti od druge osebe, naraste že na 10 %. Pri ljudeh, ki imajo popolno telesno odvisnost, ugotavljajo tudi v 30 % psihično odvisnost. Analize ne vsebujejo podatkov novo pridruženih članic EU, ki bodo verjetno še povečali delež ljudi, ki potrebujejo integrirano oskrbo. Študija, ki jo je izvedla Evropska komisija in v katero so bile vključene Nemčija, Spanija, Italija in Anglija, prikazuje projekcijo stroškov integrirane oskrbe. Predvideni stroški v letu 2050 se bodo gibali od 1,62 do 3,32 % BDP in se bodo v primerjavi s sedanjimi podvojili, še enkrat večje bo tudi število uporabnikov integrirane oskrbe. Na stroške dolgotrajne oskrbe bodo vplivali demografski dejavniki, stopnja odvisnosti in nezmožnosti. Področje integriranega pristopa k oskrbi odvisnih oseb v deželah Evropske unije in tudi v Sloveniji v zadnjih letih zavzema vse vidnejše mesto v okviru zdravstveno socialne politike posamezne države. Članice Evropske unije so pričele razvijati različne nacionalne programe integrirane zdravstvene in socialne oskrbe ter oblikovati zakonske rešitve povezane s stopnjo odvisnosti starejših in kronično bolnih ljudi in zagotavljajo večjo zdravstveno socialno varnost ljudi, večjo ekonomsko obvladljivost državnih izdatkov v ta namen in večjo strokovno učinkovitost vseh udeležencev v zagotavljanju integrirane oskrbe. Področje integrirane oskrbe je v posameznih državah Evropske unije različno opredeljeno, kar je odraz razlik glede trajanja bivanja in obsega upravičencev ter pogosto nejasne razmejitve med razpoložljivimi storitvami zdravstvenega varstva in socialnimi storitvami. Čeprav vsi nacionalni programi in iz njih izhajajoče nacionalne strategije poudarjajo pomen izvajanja dolgotrajne oskrbe na domu in spodbujajo njen razvoj, še vedno nimamo v Sloveniji razvitih različnih oblik oskrbe v skupnosti in na domu. Zato se lahko zgledujemo iz izkušenj in zamisli držav članic, ki si kot odziv na staranje prebivalstva in druge izzive prizadevajo posodobiti, razširiti in izboljšati storitve. Razvijanje integrirane prehodne in dolgotrajna oskrba je proces, ki ga moramo v zdravstveno in socialno politiko zelo hitro vpeljati tudi v Sloveniji.

KLJUČNE BESEDE: integrirana oskrba, starejši, Evropska unija, socialna oskrba

1 Uvod

Znano je dejstvo, da Evropejci živimo dlje, zato je zagotavljanje visoke ravni zaščite državljanov pred tveganjem boleznih in odvisnosti bistveni cilj držav članic in Evrop-

ske unije. Prebivalstvo se namreč naglo stara in vse več ljudi je starih. Demografske spremembe kažejo na dejstvo, da bo v Evropi do leta 2050, kar ena tretjina prebivalstva stara nad 65 let. Zaradi navedenega so se v Evropi izoblikovali številni sodobni pristopi k zagotavljanju integrirane oskrbe za pomoč ljudem z zmanjšano ali popolno nezmožnostjo samooskrbe. Zagotavljajo sistematično vključevanje uporabnikov v integrirano oskrbo in integrirano organizacijo te pomoči, pravno ureditev področja in njeno financiranje.

Tako v Sloveniji kot tudi v evropskem prostoru se že nekaj časa soočamo s problemi staranja družbe. Države se vse bolj zavedajo sprememb, ki jih prinaša staranje prebivalstva in ostale družbene spremembe. Novejši epidemiološki podatki držav, kažejo na prevladujočo zdravstveno problematiko, ki je povezana s kroničnimi obolenji, poškodbami in drugimi obolenji. Med najpogostejšimi kroničnimi boleznimi, katerih posledica je nastanek odvisnosti pri izvajanju osnovnih življenjskih aktivnosti in potreba po integrirani oskrbi, so sladkorna bolezen, bolezen srca in ožilja, možganska kap ter kronična obstruktivna pljučna bolezen, poškodbe, rak in razne duševne motnje.

Delež ljudi, ki niso sposobni samooskrbe narašča s starostjo. Študija, ki jo je izvedla Evropska komisija in v katero so bile vključene Nemčija, Španija, Italija in Anglija, prikazuje projekcijo gibanja stroškov za integrirano oskrbo do leta 2050 v višini od 1,62 do 3,32 % BDP. V primerjavi s sedanjimi stroški se bodo podvojili, še enkrat večje bo tudi število uporabnikov integrirane oskrbe. Na stroške dolgotrajne oskrbe bodo vplivali demografski dejavniki, stopnja odvisnosti in nezmožnosti.

Svetovna zdravstvena organizacija je že leta 1980 opozorila na pomembno povezavo med boleznijo in nastankom odvisnosti od tuje pomoči pri zagotavljanju življenjskih aktivnosti. Vsako poslabšanje bolezni lahko pri človeku povzroči funkcionalne težave in posledično večjo ali manjšo mero odvisnosti. Ta odvisnost pogosto vpliva tudi na socialno varnost, izoliranost in premajhno podporo bivalnega okolja. Eden od odgovorov na ta predvidevanja je lahko tudi koncept integrirane oskrbe.

Področje integriranega pristopa k oskrbi odvisnih oseb v deželah Evropske unije in tudi v deželah drugih gospodarsko razvitejših držav v zadnjih letih zavzema vse vidnejše mesto v okviru zdravstveno socialne politike posamezne države. Članice Evropske unije so pričele razvijati različne nacionalne programe integrirane zdravstvene in socialne oskrbe ter oblikovati zakonske rešitve povezane s stopnjo odvisnosti starejših in kronično bolnih ljudi in zagotavljajo večjo zdravstveno socialno varnost ljudi, večjo ekonomsko obvladljivost državnih izdatkov v ta namen in večjo strokovno učinkovitost vseh udeleženih v zagotavljanju integrirane oskrbe.

Sodoben integriran pristop se je v evropskih državah intenzivneje pričel razvijati v zadnjem desetletju. V posameznih državah je različno opredeljeno, kar je odraz razlik glede trajanja bivanja in obsega upravičencev ter pogosto nejasne razmejitve med razpoložljivimi storitvami zdravstvenega varstva in socialnimi storitvami. Potrebe po integrirani oskrbi se tako večajo, tudi zaradi števila zelo starih in onemoglih

ljudi, da jih država, niti nevladne organizacije, niti privatni sektor sami, brez pomoči družine ne morejo zadovoljiti.

Problem zagotavljanja ustrezne pomoči predvsem starejšim ljudem rešujejo v evropskih državah pa tudi drugje po svetu različno. Sistemske razlike so posledica razlik v možnostih, v tradiciji, v organizaciji in stopnji razvitosti sistemov socialne varnosti in ekonomski moči države.

Temeljna značilnost slovenske ureditve je, da se večina organizirane dolgotrajne oskrbe odvija v institucijah. Čeprav vsi nacionalni programi in iz njih izhajajoče nacionalne strategije poudarjajo pomen okrepitve skupnostnih oblik socialnega varstva. Na področju izvajanja integrirane oskrbe, še vedno nimamo razvitih različnih oblik oskrbe v skupnosti in na domu.

Evropska unija podpira vzajemno učenje med državami članicami, ki se soočajo s podobnimi izzivi. To nacionalnim organom omogoča, da se učijo drug od drugega ter pri tem iz pridobljenih izkušenj črpajo najboljše in izoblikujejo dobre prakse. Torej se lahko tudi v Sloveniji zgledujemo iz izkušenj in zamisli držav članic evropske unije, ki si kot odziv na staranje prebivalstva in druge izzive že prizadevajo posodobiti, razširiti in izboljšati storitve.

Dana mi je bila možnost, da sem neposredno v praksi spoznala že vzpostavljen inovativen model skupnostne skrbi za stare, invalide ter pomoči potrebne osebe v Nemčiji, poznan kot Bielefelder model. Sredi devetdesetih let je gradbeno podjetje BGW iz nemškega mesta Bielefelder, videlo svojo poslovno priložnost v razvoju novega koncepta storitev, k že obstoječim storitvam v okolju. Model je izhajal iz spoznanja, da upokojenci vse bolj želijo ne samo, da uporabljajo stanovanje s tehničnimi standardi, ki ustrezajo starosti, temveč tudi izkoristijo storitve in varnost oskrbe v primeru potrebe in vzdržujejo socialne stike. Podjetje BGW je torej iskalo rešitev, ki vključuje hkrati življenjski prostor prilagojen posebnim življenjskim potrebam in zanesljivosti oskrbe, brez potrebe po dodatni oskrbi.

Na podlagi teh ugotovitev je skupaj z združenjem Alt und Jung (star in mlad) razvil model Bielefelder, ki je bil prvič izveden leta 1996 v stanovanjskem kompleksu v okrožju Dornberg na zahodu delu mesta. Na mirni in zeleni lokaciji so zgradili 55 stanovanj, z bivalnimi površinami od 40 do 60 kvadratnih metrov, brez ovir ter s spremljajočimi prostori kot so: kavarna, gostinski prostor in službena točka (pisarna). Ti prostori so namenjeni srečevanju najemnikov stanovanj in prebivalcev iz soseščin. V njih se lahko družijo, prirejajo razne prireditve, naročajo prehrano in storitve. Model omogoča življene ljudi z visoko stopnjo nege in pogosto tudi v nočnem času, saj se zagotavlja tudi stalna prisotnost ambulantnega ponudnika storitev, kar zagotavlja varnost oskrbe za vse najemnike in za celotno okolje.

Razvijanje integrirane prehodne in dolgotrajne oskrbe je proces, ki ga moramo v zdravstveno in socialno politiko zelo hitro vpeljati tudi v Sloveniji. Predvsem zaradi naraščanja števila ljudi, ki potrebuje eno od oblik zdravstvene ali socialne pomoči in

zaradi naraščajočih stroškov, ki so s tem povezani. Učinkovito povezovanje je prav na tem področju izrazito občutljivo tako z vidika uporabnika kot izvajalcev.

Vsi starejši v Sloveniji si želijo preživeti starost doma, v svojih lastnih gospodinjstvih. Odhod v dom za starejše je za večino izhod v sili, ko starejšemu doma ni več mogoče zagotavljati dovolj pomoči. Za učinkovito reševanje je zato potrebna organizirana integrirana oskrba in koordinacija ter povezovanje dela vseh izvajalcev integrirane oskrbe. Usmeritev integriranega pristopa je v izvajanju široke palete storitev s potrebnimi izvajalci in strokovnimi službami, ki posamezniku zagotavljajo vso potrebno in kontinuirano pomoč ne glede na mesto bivanja.

Sodobne potrebe zahtevajo nove pristope pri zagotavljanju socialne varnosti ljudi. Nove organizacijske oblike za pomoč ljudem z zmanjšano ali popolno nezmožnostjo samooskrbe zagotavljajo sistematično vključevanje uporabnikov v integrirano oskrbo in integrirano organizacijo te pomoči, pravno ureditev področja in njeno financiranje.

2 Zaključek

Razumevanje integrirane oskrbe je še vedno različno v različnih družbenih okoljih. Zaznati je premalo posluha za realnost stanja, ki jih kažejo epidemiološki podatki, predvsem na področju medicine, ki je še vedno v večji meri usmerjena samo v zdravljenje. Učinkovito in celostno reševanje nastalih potreb/problemov, zahteva sodelovanje različnih strokovnjakov in spremembe v njihovi organizaciji dela ter v povezavi med akutno in neakutno zdravstveno obravnavo ter socialno oskrbo.

Raziskava o ocenjevanju integrirane oskrbe v 20 državah Evropske unije so na različnih stopnjah razvoja sistema integrirane oskrbe in ocenjevanja upravičenosti uvedbe z upoštevanjem različnih ravni izvajanja storitev na mikro (skrb za pacienta), mezo (organizacijski kontekst) in makro ravni (financiranje in kontekst politike). Navedene cilje naj bi države dosegle postopoma, pri čemer naj bi jih vgradile v svoje nacionalne programe in predpise.

V Sloveniji je kot odgovor na potrebo po integrirane zdravstvene in socialne oskrbe v pripravi Zakon o dolgotrajni oskrbi.

LITERATURA

1. BGW (Hg.) (2015). Das Bielfelder Modell. Köln: Holger Stolarz, Kuratorium Deutsche Altershilfe.
2. Imperl, F. (2012). Kakovost oskrbe starejših - izziv za prihodnost. Firis Imperl & Co. Pridobljeno s https://www.google.si/search?rlz=1C2CHBF_slSI748SI748&e-i=k2stWriqMliosAfJl564Aw&q=Kakovost+oskrbe+starejših+%3A+izziv+za+prihodnost+%2F+Franc+Imperl.&oq=Kakovost+oskrbe+starejših+%3A+iz.

3. Leichsenring, K. (2017). Defining, assessing and improving quality in long-term care in the community Workshop with representatives of home care providers and volunteers Celje. Pridobljeno, s http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/DO/11042017_posvet/Leichsenring_Quality_HomeCare.pdf
4. Maučec, Z., J. (2017). Deinstitalizacija in dolgotrajna oskrba v Sloveniji. Od besede do življenja v skupnosti, mednarodni posvet, Brdo. Pridobljeno, s <https://www.google.si/search?source=hp&ei=vG0tWuDwEZHESAEk4qToDA&q=Jožica+Maučec+Zakotnik%2C+Deinstitalizacija+in+dolgotrajna+oskrba+v+Sloveniji+Mednarodni+posvet+,,Od+besed+do+življe>.
5. Peternelj, A., Ceglar, J., Dominkuš, D., Horvat, M., Milavec Kapun, M., Stepanovič, A., Svetina, S. in Železnik, D. (2006). Strokovne in organizacijske podlage za vpeljavo in izvajanje integrirane prehodne in dolgotrajne oskrbe v republiki Sloveniji. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje. Pridobljeno, s https://www.google.si/search?rlz=1C2CHBF_slSI748SI748&source=hp&ei=pGgtWpriLJLGkwWEq4GgDQ&q=Strokovne+in+organizacijske+podlage+za+vpeljavo+in+izvajanje+integrirane+prehodne+in+dolgotrajne+.
6. Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 »Skupaj za družbo zdravja« (ReNPZV16–25) (2016). Uradni list Republike Slovenije št. 25. Pridobljeno, s https://www.google.si/search?rlz=1C2CHBF_slSI748SI748&q=related:www.mz.gov.si/si/delovna_podrocja_in_prioritete/resolucija_o_nacionalnem_planu_zdravstvenega_varstva2016_2025_skupaj_za_druzbo_zdravja.

Demenca v luči globalnih sprememb

POVZETEK - Z napredkom znanosti, tehnologije in izboljšanjem življenjskega standarda je posledično nastala tudi sprememba v razmišljanju, pričakovanjih in zahtevah na področju zdravstvene nege. Primer napredka v obravnavi in zdravstveni negi, kot tudi na področju celostnega pristopa, je obravnava oseb z demenco. V času napredovanja bolezni se pojavijo številni negovalni problemi. Pri obravnavi oseb z demenco je pomemben individualen pristop in individualno načrtovanje, ocena tveganja in stalna prisotnost kadra. V veliko pomoč pri obravnavi oseb z demenco je biografija oz. življenjska zgodba posameznika. Če hočemo osebam z demenco zagotoviti varnost, je potrebna stalna prisotnost kadra. Zaradi pomanjkanja prostora v socialnovarstvenih zavodih, dolge čakalne dobe za sprejem, povečanja števila obolelih in nezmožnosti svojcev, da bi zanje poskrbeli kar najdlje v domačem okolju, nas čaka še veliko dela.

KLJUČNE BESEDE: demenca, kakovost obravnave, zdravstvena nega

1 Uvod

Z napredkom znanosti, tehnologije in izboljšanjem življenjskega standarda je posledično nastala tudi sprememba v razmišljanju, pričakovanjih in zahtevah na področju zdravstvene nege. Primer napredka v obravnavi, zdravstveni negi, kot tudi celostnega pristopa, je obravnava oseb z demenco. S spremembami v izobraževalnih programih, z večanjem obsega znanja in vse večjo izobraženostjo se na drugi strani povečuje število oseb z demenco, ki potrebujejo kakovostno obravnavo, prilagojeno današnjemu času, ob upoštevanju dejstva, da gre za kronično in napredujočo bolezen. Neizogibni so številni negovalni problemi, še bolj kot to, da se na njih odzovemo pa je, da jih, če je možno, preprečujemo.

1.1 Pomembnost poznavanja poteka bolezni

Demenca je kronična in napredujoča bolezen, ki prizadene vse možganske funkcije. Kot navaja Kogoj (2013), sem uvrščamo spomin, mišljenje, orientacijo, razumevanje, računske zmožnosti, učne sposobnosti, govorno izražanje in presojo.

Demenco delimo v štiri stadije po validaciji Naomi Feil (2003):

1. težave z orientacijo,
2. časovna zmedenost,
3. ponavljajoči se gibi,
4. vegetiranje.

Zaradi pozabljanja, ki je posledica motenega kratkoročnega spomina, je značilno ponavljanje vprašanj in obtoževanje, kar je pogosto moteče za okolico. Težava predstavlja že samo pomnjenje vsakodnevnih dogodkov, ohranjeni pa so spomini izpred več desetletij, zato je zmotno prepričanje svojcev, da ima oseba dober spomin.

Ko bolezen napreduje, je komunikacija čedalje bolj otežena, moteno je razumevanje in presoja, besedni zaklad je vse manjši, stavki postanejo nesmiselni. Gibanje postaja čedalje bolj oteženo, pojavijo se ponavljajoči se gibi (npr. zibanje naprej in nazaj). Gre za splošno pešanje in pojav popolne odvisnosti. Sčasoma je potrebno tudi hranjenje, saj ne znajo več uporabljati žlice, pojavijo se motnje požiranja.

Osebe z demenco lahko živijo v domačem okolju, dokler je z vidika varnosti to mogoče. Sčasoma se namreč ne znajdejo več v znanem okolju, lahko zatavajo in se ne znajo več vrniti ali pa zaradi pozabljanja pride do nesreče, zato je takrat skoraj nujna domska namestitvev. Komunikacija postaja čedalje bolj otežena, moteno je razumevanje in presoja, besedni zaklad je vse manjši, stavki postanejo nesmiselni. Sposobnost za vsakdanje aktivnosti upada, zato se pojavi odvisnost pri večini življenjskih aktivnosti, kar močno vpliva na potrebo po stalni prisotnosti kadra. Postopno pride do popolne odvisnosti.

V času napredovanja bolezni se pojavijo številni negovalni problemi, predvsem na področju komunikacije, prehranjevanja, izločanja oz. odvajanja, oblačenja, gibanja, spanja, pojavijo se težave na področju osebne higiene in urejenosti in nevarnost poškodb zaradi padcev, učenje ni mogoče.

2 Obravnava oseb z demenco

V današnjem času je zavedanje in razumevanje bolezni na bistveno višjem nivoju, kot pred, denimo desetimi leti. Navade, pričakovanja in zahteve so drugačne, tako z vidika standarda kot tudi zavedanja pravic, kar lahko pripomore k dvigu kakovosti obravnave in storitev.

Poznamo dve obliki obravnave oseb z demenco:

- integrirana oblika (osebe z demenco so nastanjene skupaj z ostalimi starostniki)
- segregirana oblika (osebe z demenco bivajo in so obravnavane v okviru posebnega oddelka oz. enote).

Obe vrsti obravnave imata svoje prednosti oz. slabosti.

Temelj naše obravnave mora biti spoštljiv odnos. Upoštevati je treba dejstvo, da osebe, ki so zbolele za demenco, prihajajo iz različnih okolij, imajo svoje družine in so opravljale določene poklice. Z vidika samooskrbe je bistveno, da čim dlje ohranjamo samostojnost in dnevno rutino, ki jim je poznana ter ob stalnem vodenju in usmerjanju nudimo toliko pomoči, kolikor je potrebujejo. Predvsem je pomembno dati možnost, da sami postorijo tisto, kar zmorejo. S tem jim pomagamo ohranjati občutek, da so koristni. Gre tudi za populacijo, kateri je bilo delo vrednota, zato

je pomembno omogočiti jim, da delajo, kar jih veseli (npr. preprosta gospodinjska opravila, kot so pometanje, brisanje prahu, zlaganje perila ali možnost dela na vrtu). Na ta način se zmanjša tudi nemir, ki se lahko pojavi z napredovanjem bolezni. Če se aktivnosti, ki so znane, ne ohranjajo, dokler je možno, slej ko prej utonejo v pozabo za vedno: jutranje umivanje, oblačenje in skrb za osebno urejenost, zajtrk, jutranja kava, prebiranje časopisa, druženje, različne aktivnosti, (kot npr. petje, telovadba, sprehodi, družabne igre, miselne igre, kuhanje, molitev), priprava na kosilo in kosilo, počitek, različne popoldanske aktivnosti glede na željo, druženje s svojci, večerja in priprava na spanje. Gre za psihosocialni pristop, za koncept dela brez oviranja, z osebnim spremljanjem, ki je human in prijazen do oseb z demenco. Z vidika kakovosti bivanja oseb z demenco v institucionalnem varstvu je pomembno ustvariti vtis domačnosti, tako z opremo prostorov, kot tudi s samim vzdušjem in ohranjanjem stila oblačenja, kakršen je bil pred sprejemom.

Potrebno je upoštevati tudi posebnosti vsakega posameznika in željo po druženju, saj se nekateri počutijo varne v družbi, drugi pa si tega ne želijo, zato jim je potrebno omogočiti zasebnost.

Zmotno je prepričanje, da v zadnjem stadiju bolezni oseba z demenco lahko samo leži. Z uporabo počivalnikov, z možnostjo druženja in bivanja na svežem zraku, z različnimi ponujenimi aktivnostmi, kot so npr. aromaterapija, bazalna stimulacija in terapija z živalmi lahko bistveno izboljšamo kvaliteto življenja. Pomembno je tudi vključevanje svojcev in prostovoljcev, ne-omejevanje obiskov, skrb za udobje in ustvarjanje domačnosti tako z opremo kot z vzdušjem (npr. pomirjujoča glasba). V zadnjem stadiju bolezni je potrebna tudi obravnava z vidika paliativne oskrbe.

Da so osebe z demenco ustrezno, predvsem pa kakovostno obravnavane, je nujno potrebno izobraževanje kadra, ozaveščanje svojcev ter zdravstveno vzgojno delovanje. Samo, če vsi, ki so na kakršen koli način vključeni v obravnavo oseb z demenco, poznajo posebnosti, sam potek in pričakovano napredovanje bolezni, je možna ustrezna kakovostna obravnava. Poleg vsega naštetega je pogoj za uspešno delo sodelovanje, povezovanje in multidisciplinarno delovanje. Ob izbiri kadra za delo z demencijami je poleg strokovnega znanja in kompetenc potrebno upoštevati tudi primernost za tovrstno delo, tako z vidika osebnosti, kot tudi želje za delo s tovrstno populacijo. Srčnost, potrpežljivost in tolerantnost ter sposobnost empatije in sodelovanja so pogoji za uspešno delo z osebami z demenco. Bistveno je razumevanje kadra, da gre za bolezenske spremembe, katerih posledica je določeno vedenje oz. nerazumevanje. Poleg vsega naštetega je pomembno, da zaposleni, ki skrbijo za osebe z demenco, znajo prepoznati določene spremembe, ki nastanejo zaradi napredovanja bolezni in se prilagoditi situaciji. Do povečani potrebi do zdravstvene nege lahko pride npr. že zaradi spremembe okolja, ki pri osebi z demenco povzroči dezorientiranost, nemir in zmedenost (npr. napotitev na določeno preiskavo izven ustanove in kraja, ki je poznan). Pri obravnavi oseb z demenco je pomemben individualen pristop in individualno načrtovanje, ocena tveganja in stalna prisotnost kadra.

2.1 Individualen pristop

Pri izdelavi individualnega načrta izhajamo iz preteklosti (življenjska zgodba posameznika), sedanjosti (ocena stanja) in načrtujemo za prihodnost (postavimo cilje). Individualni načrt je obravnava vsakega posameznika z različnih vidikov: iz socialnega vidika, z vidika zdravstvene nege, oskrbe, delovne terapije in fizioterapije.

2.2 Ocena tveganja

Ocena predpostavlja verjetnost, da se bo nekaj zgodilo in vključuje aktivnosti za preprečitev (npr. nevarnost padca). Izdelava jo tim.

2.3 Biografija

V veliko pomoč pri obravnavi oseb z demenco je biografija oz. življenjska zgodba posameznika. Brez poznavanja le-te je možna zgolj obravnava osebe z imenom in priimkom ter datumom rojstva, s pomočjo biografije pa spoznamo osebo z njeno zgodovino, poklicem in navadami. Pri pridobivanju podatkov prosimo za pomoč svojce. Pridobljeni podatki nam pomagajo pri samem pristopu in celostni obravnavi oseb z demenco. Pomembni so predvsem podatki o okolju, iz katerega oseba izhaja, o poklicu, hobijih in navadah (v zvezi s prehranjevanjem, oblačenjem, osebno higieno, gibanjem, spanjem, navade v zvezi z verskim prepričanjem in preživljanjem prostega časa). V pomoč so nam tudi podatki o osebah, ki so zanjo pomembne, o pomembnih dosežkih v življenju osebe z demenco, o tem, česa se oseba rada spominja in na kaj je ponosna, z namenom, da jo čim pogosteje spominjamo na to, kar je zanjo prijetno.

Bistveno je zavedanje, razumevanje in vključevanje svojcev v obravnavo oseb z demenco. Med naše delo vsekakor sodi tudi ozaveščanje svojcev in širšega okolja o sami bolezni in poteku, kot tudi seznanjanje s tem, kam se lahko obrnejo po nasvet in pomoč ter katere pravice lahko uveljavljajo.

3 Razprava

Če hočemo osebam z demenco zagotoviti varnost, je potrebna stalna prisotnost kadra. Na ta način je možno tudi zmanjšati število padcev. Pomemben dejavnik pri obravnavi oseb z demenco je prav gotovo čas, saj tako za pripravo kot tudi za izvedbo določene storitve potrebujemo veliko več časa, kot pri osebah, ki razumejo, kaj želimo od njih. Uspešni bomo namreč samo z zaupljivim pristopom in potrpežljivostjo, nikakor pa ne s hitenjem in neustrezno komunikacijo. Pomirjujoč glas, jasna, kratka navodila in način komunikacije, ki je razumljiv osebi z demenco, nam zagotavlja uspešno obravnavo.

Po navedbah Telban in Milavec Kapun (2013) je pri obravnavi osebe z demenco ključnega pomena poznavanje njenega načina življenja, njeno psihološko in socialno

ozadje in predvsem pozitivna naravnost in empatija vseh, ki z njo delajo, saj je le na tak način osebam z demenco lahko zagotovljeno kakovostno in dostojno življenje, ki jim ga je v veliki meri okrnila demenca.

Glede na navedbe v Strategiji obvladovanja demence do leta 2020 (2016) so osnove kakovostne obravnave oseb z demenco: ozaveščenost javnosti in prepoznavanje prvih znakov bolezni, pravočasen obisk družinskega zdravnika (ti zdravniki potrebujejo večje znanje o demenci), zgodnja diagnoza, zdravljenje (zdravila najbolj pomagajo v začetni fazi), obravnava osebe z demenco doma in pomoč socialnih služb svojcem pri tem, ustrezno spremljanje in individualni načrt postdiagnostične podpore, ustrezno število oddelkov za osebe z demenco po domovih starejših občanov in dnevnih centrov, podpora raziskovalnemu delu na področju demenc, primerno strokovno znanje in stalno izpopolnjevanje zdravstvenih, socialnih in drugih javnih delavcev ter svojcev oseb z demenco, pomoč svojcem v obliki različnih socialnih storitev in služb ter ustrezna paliativna oskrba.

4 Zaključek

Če želimo izhajati iz sprememb in napredka v zadnjem desetletju, je nesporno, da je na področju zdravstvene nege starostnika in oseb z demenco prišlo do vidnih izboljšav v obravnavi, tako z vidika zdravstvene nege, kot ozaveščenosti javnosti in humanosti. Izboljšali so se tudi bivalni pogoji in kakovost storitev. Ravno pri obravnavi oseb z demenco je opaziti tudi velik premik v obsegu izobraževanj in prilagoditev dejanskim razmeram. Zaradi pomanjkanja prostora v socialnovarstvenih zavodih, pomanjkanja kadra, dolgi čakalni dobi za sprejem, povečanja števila obolelih in nezmožnosti svojcev, da bi zanje poskrbeli kar najdlje v domačem okolju, nas čaka še veliko dela. Različna združenja, programi za zgodnje odkrivanje bolezni, izobraževanja in objave v medijih so pripomogle k splošni ozaveščenosti prebivalstva. V prihodnosti bi bilo potrebno delo z določenimi ciljnimi skupinami, da bi prepoznale zgodnje znake demence in opozorile svojce ali katero od institucij (npr. bančni in poštni uslužbenci, zaposleni v trgovinah). Kot navaja Varuh človekovih pravic (Cited in Cvahte, 2005), je potrebno je zagotoviti čim večjo osveščenost civilne družbe v smislu promocije delovanja prostovoljnih in dobrodelnih organizacij, saj nobena družba ni tako bogata, da bi vse dajatve in storitve lahko financirala sama. Pomoč ljudi, ki želijo pomagati in se želijo za takšno pomoč tudi usposabljeni, je za to za vsako družbo neprecenljive vrednosti.

LITERATURA

1. Cvahte, B. (2005). Varovanje pravic starejših. Pogled Varuha človekovih pravic na kršitve pravic starejših in možnosti za njihovo varovanje. Pridobljeno 23. 10. 2005, s <http://www.varuh-rs.si/publikacije-gradiva-izjave/govori-referati-in-clanki/novice/detajl/varovanje-pravic-starejsih/?cHash=c908bfb3033e9a9eb21568c03692e56d>.

2. Feil, N. (2003). What is Validation? VTI, inc. Pridobljeno novembra 2017, s <https://vfvalidation.org/what-is-validation/>.
3. Kogoj, A. (2013). Demence (še) ne moremo preprečiti, zagotovo pa lahko zmanjšamo možnost za njen nastanek. E-psihiologija. Pridobljeno novembra 2017, s <http://www.epsihiologija.si/novica/demence-se-ne-moremo-prepreciti-zagotovo-pa-lahko-zmanjsamo-moznost-za-njen-nastanek>.
4. Strategija obvladovanja demence do leta 2020 (2016). Ministrstvo za zdravje.
5. Telban, U. in Milavec Kapun, M. (2013). Možnosti obravnave oseb z demenco. Obzornik zdravstvene nege, 47 (3), 260–267.

Opolnomočenje bolnikov

POVZETEK - Koncept opolnomočenja bolnikov je v medicini relativno nov. V Sloveniji se je prvič pojavil v Nacionalnem programu za obvladovanje sladkorne bolezni 2010–2020 kot ena od strateških usmeritev. Organizirane so bile že mednarodne konference na to temo, številne zdravstvene politike v Evropi umeščajo opolnomočenje bolnikov v svoje dokumente kot eno od strateških usmeritev.

Zakaj je tako velika pozornost namenjena temu konceptu, ki je kot rečeno, relativno nov in nosi s seboj še veliko neznank in vprašanj? Z opolnomočenjem naj bi izboljšali izide zdravljenja, povečali kakovost življenja bolnikov in zmanjšali breme bolezni, ki ga čutijo ne samo oboleli, ampak tudi njihovi svojci in širša družba. Vse to pa naj bi tudi imelo ugodne finančne učinke.

KLJUČNE BESEDE: opolnomočenje bolnikov, oskrba bolnikov, akutna bolezen

1 Uvod

Kaj je to opolnomočenje?

V osnovi gre za spreminjanje odnosa med zdravnikom ali drugim zdravstvenim strokovnjakom in bolnikom. Tradicionalno je ta odnos hierarhičen in izhaja iz oskrbe bolnika z akutno boleznijo.

Ko zbolimo za eno od akutnih bolezni (vročinsko stanje, miokardni infarkt, poškodba ...) to zelo poseže v naše vsakdanje aktivnosti. Praviloma nismo delovno sposobni, ne moremo se ukvarjati z hobiji, omejimo naše družabno življenje. O bolezni praviloma ne vemo kaj dosti. Pripravljeni smo »ubogati« zdravnikova navodila, redno jemati zdravila, samo da bi čimprej ozdraveli in se vrnili v naše običajno življenje. Zdravnik nas ves čas akutne bolezni spremlja, nadzira potek našega zdravljenja in tudi prevzema odgovornost za potek in izide zdravljenja. V tem kontekstu je hierarhičen odnos smiselen in »ubogljivost« bolniku omogoči hitrejšo in učinkovitejšo zdravljenje.

Vendar pa tak odnos, ki je produktiven v primeru akutne bolezni, odpove, ko zbolimo za kronično boleznijo. Kronična bolezen je trajna, z njo moramo živeti in jo tako »udomačiti«, da bo čim manj vplivala na vsebino in kakovost našega življenja. In življenje vsakega posameznika je različno, značilno za njega samega in pozna ga le on. Tako kot je zdravnik strokovnjak za bolezen, je bolnik strokovnjak za svoje življenje. In za uspešno obvladovanje kronične bolezni sta nujno potrebni znanji iz obeh strani. Pri kronični bolezni ne gre več za to, da se bolnik prilagodi zdravljenju, ampak da se zdravljenje prilagodi njegovemu življenju. Zato morata oba strokov-

njaka vzpostaviti produktiven in spoštljiv dialog, v katerem bo strokovnjak zdravnik posredoval bolniku svoje znanje o bolezni, strokovnjak bolnik pa zdravniku znanje o svojem življenju. In na tej točki hierarhičen odnos ni več možen, oziroma je kontraproduktiven. Seveda pa tak odnos, ki predvideva enakopravnost bolnika in zdravnika, ruši tradicionalno hierarhijo in predstavlja velik izziv in zahteva miselni preskok tako pri bolniku kot pri zdravniku. Pred oba postavlja nove naloge, zadolžitve in odgovornosti.

1.1 Mesto in vloga zdravnika in ostalih članov zdravstvenega tima

Ključni element opolnomočenja je spoznanje zdravnika in ostalih zdravstvenih strokovnjakov, da za uspešno vodenje kronične bolezni nujno potrebujejo aktivno sodelovanje bolnika in njegovo strokovno znanje o njegovem življenju. Bolnik naj ima možnost, da izrazi svoje potrebe, želje, pomisleke in strahove, sodeluje naj pri načrtovanju ciljev in poteku zdravljenja. Zdravstveni tim naj bolniku nudi znanje, usposabljanje in učenje večšin za samovodenje bolezni. Zelo pomembna je tudi psihosocialna podpora, da bo lahko na podlagi pridobljenega znanja in veščin čimbolj optimalno vodil bolezen in jo vključeval v svoje življenje. Ko bolnik sprejme odločitev v zvezi s svojo boleznijo, je pomembno, da jo člani tima spoštujejo in ga v tej odločitvi podpirajo, čeprav se z njo mogoče niti ne strinjajo popolnoma.

1.2 Mesto in vloga bolnika

Z razliko od bolnika z akutno boleznijo, ki mogoče celo leži v bolnici in je ves čas v tesnem kontaktu z zdravstvenim timom, kronični bolnik vidi zdravnika ali drugega zdravstvenega strokovnjaka le redko, ponavadi nekajkrat letno. Odločitve v zvezi s svojo boleznijo sprejema sam. Zdravnik ali ostali člani tima nimajo nadzora nad temi odločitvami in posledično tudi ne odgovornosti za izide zdravljenja. Odgovornost je na ramenih bolnika in je ne more prenesti na drugega. Bolnik ni več samo poslušalec in izvrševalec navodil, ampak samostojno prevzema pobude in odločitve v zvezi s svojo boleznijo in s svojim življenjem. Od tu tudi izvira definicija opolnomočenja, ki pravi, da je opolnomočenje proces, ki omogoča posameznikom, da povečajo nadzor nad svojim življenjem in ki krepi njihovo zmožnost, da ukrepajo v zvezi z zadevami, ki jih sami prepoznajo za pomembne.

1.3 Kako se kaže opolnomočenje

Osnovna lastnost opolnomočenega bolnika je, da se oskrba odvija na podlagi njegove odločitve. Ljudje se med sabo razlikujejo. Nekateri želijo imeti vse niti odločanja v svojih rokah, drugi pa želijo prepustiti nekatere odločitve drugim. Tudi bolniki, ki prepustijo določene odločitve v zvezi z boleznijo zdravniku, so opolnomočeni, predpogoj je le, da je to njihova zavestna in svobodna odločitev.

Opolnomočenje pa ni vezano le na odločitve, ki se neposredno dotikajo bolezni, ampak seže širše. Opolnomočenost pomeni tudi, da se bolnik znajde v labirintu zdravstvenega sistema, da je seznanjen z pravicami in dolžnostmi, ki jih ima kot bolnik,

da ve, kje lahko poišče potrebne informacije, da je seznanjen, kje v lokalnem okolju lahko pride do zdrave hrane ali vrši njemu primerno telesno dejavnost.

Bolniki se lahko poveže z društvom in na organiziran način poskuša osveščati, spodbujati in omogočati čim širšemu krogu bolnikov dostop do informacij, znanj in veščin. Preko svojih organizacij lahko vpliva tudi na razvoj zdravstvenih politik tako na lokalnem kot tudi na nacionalnem nivoju.

2 Zaključek

Opolnomočenje je vseživljenjsko potovanje. Na poti so ovire, ki jih je treba premagati in na tem potovanju smo z bolnikom tudi zdravstveni strokovnjaki. Skupaj potujemo. Dobro je, da se na tej poti večkrat vprašamo:

- Ali skušam prepričati svoje bolnike, da sledijo mojim priporočilom glede oskrbe?
- Ali pomagam bolnikom odkriti in nasloviti njihove ključne skrbi glede njihove bolezni?
- Ali vzpodbujam bolnike, da govorijo o čustvenih aspektih soočanja s svojo boleznijo?
- Ali jim pomagam identificirati in izbrati cilje, ki so za njih relevantni in pomembni?
- Ali spoštujem njihovo pravico do odločitev, čeprav se z nekaterimi ne strinjam?

Prostovoljstvo kot izziv globalizacije

POVZETEK - Članek govori o prostovoljstvu v širšem pomenu, o izzivih in vplivu globalizacije ter vrednotah na njegov razvoj skozi čas, s poudarkom na razvoju prostovoljstva v slovenskem prostoru. Vsak dan ugotavljamo, da je potreba po prostovoljstvu in humanitarnih akcijah bolj in bolj aktualna. V nadaljevanju je prikazan nastanek in razvoj prostovoljstva v Splošni bolnišnici Novo mesto v povezavi s Srednjo zdravstveno in kemijsko šolo Novo mesto ter Slovensko filantropijo. Razložen je proces umeščanja prostovoljstva v prostore bolnišnice in predstavitev pogojev, ki so potrebni za njegovo varno ter kakovostno izvajanje. Prostovoljci v Splošni bolnišnici Novo mesto so na nek način vezni člen med vsemi vpletenimi stranmi in vez med različnimi generacijami. Zaposleni v bolnišnici prostovoljstvo ocenjujemo kot veliko vrednoto, ki se kaže v različnih oblikah solidarnosti, do vseh tistih, ki pomoč prostovoljca potrebujejo (otroci, mladi, starejši, invalidi ...).

KLJUČNE BESEDE: prostovoljstvo, globalizacija, vrednote

1 Uvod

V današnjem času se pojem globalizacije nahaja na vsakem koraku, zato je globalizacija zelo moderen in uporaben pojem ter pogosto težko razumljen, ker je za njo zelo veliko teorij. Svet je vedno bolj povezan, življenje in obnašanje ljudi na enem koncu sveta vpliva na življenje in obnašanje ljudi na drugem koncu sveta. V bistvu gre za kroženje znanja, idej in ljudi, to pa ima za posledico, da bolj razvite države na nek način izkoriščajo manj razvite države in upoštevajoč vse to, je globalizacija tudi svojstven izziv za prostovoljce.

O prostovoljnem delu govorimo takrat, ko se posameznik sam odloči za prostovoljno delo, da lahko koristi vsem tistim, ki pomoč potrebujejo in za to delo ne dobi plačila. V bistvu prostovoljno delo na nek način krepi solidarnost in medsebojno povezanost ljudi. Prostovoljstvo je vsekakor izziv za vse tiste, ki si želijo pridobiti nova znanja, izkušnje, nova poznanstva, nove prijatelje, razviti socialno mrežo, predvsem pa povečati zaupanje v sebe in svoje sposobnosti. To pomeni, da vsak prostovoljec nekaj daje in tudi nekaj dobi za sebe in svoj razvoj v družbi, v kateri se nahaja. V bistvu prostovoljstvo bogati tako ene kot druge.

Prostovoljstvo v Sloveniji je različno organizirano in vodeno na različnih področjih življenja. Predvsem je organizirano v okviru društev in javnih zavodov. Posamezniki se zelo trudijo, da bi prostovoljstvo sistemsko uredili s pomočjo ustreznih institucij in zakonskimi predpisi, ki bi urejali financiranje in razvoj prostovoljstva v slovenskem prostoru - tudi v bolnišnični dejavnosti.

V svojem življenju cenimo različne vrednote, nikakor pa ne morejo biti vrednote boljše ali slabše, vsekakor pa so temelj vsakega delovanja, tudi prostovoljstva. Kakšne so vrednote je odvisno od okolice, v kateri živimo, od ljudi, ki nas obkrožajo, od dela, ki ga opravljamo, od organizacije v kateri delamo ...

2 Globalizacija

Iz dostopne literature je razvidno, da je globalizacija sklop sprememb v današnji družbi, ekonomskem sistemu in politiki, na splošno rečeno je globalizacija poglobljanje in širjenje dejavnosti po celem svetu.

Kozjak in Ovsenik (2015) menita, da živimo v času, ko je vpliv globalizacije na spremembe, ki jih le-ta povzroča v človekovem življenju in ustvarjanju, izjemno velik.

Hojs (2007) piše, da globalizacija lahko ustvari novo rast, razvoj, blaginjo, po drugi strani pa lahko poveča neravnovesje in napetosti v svetu. Nepravično je, da več kot polovica človeštva trpi, zato za tako globalizacijo ni prihodnosti. Sama poudarja, da je potrebno najti način, s katerim bi zagotovili, da bi globalizacija nudila priložnost vsakemu na svetu, ne le nekaterim.

Vsak človek na svetu ima pravico do spodobnega življenja, ki mu zagotavlja, da živi in preživi življenje, ki je vredno človeka ter njegovega dostojanstva. To mora biti končni cilj ali vrednota v vseh družbenih in političnih prizadevanjih po svetu in tudi v naši državi. V te aktivnosti pa naj bi bile intenzivno vključene tudi nevladne organizacije, kot je prostovoljstvo.

3 Vrednote

Govori se, da so tudi vrednote stare toliko kot človeštvo, da vrednote na nek način usmerjajo in urejajo naše življenje, predvsem zato, ker je tempo našega življenja vsak dan hitrejši. Vrednote v 21. stoletju so se zelo spremenile in tem razlikam smo priča vsak dan v našem življenju, zato v različnem času našega življenja, dajemo poudarek na različne vrednote.

Kozjek in Ovsenik (2015) govorita, da smo odraščali v različnih časovnih razdobjih, različnih dogodkih in odkritja so zaznamovala našo preteklost in naše vrednote, ter da se pomembni dogodki okolja vpletajo v naše življenje. Razvite družbe napredku z razvojem vrednot sledijo, v manj razvitih pa povzročajo nasprotja, frustracije in nemoč. Vrednote vsekakor oblikujejo naše obnašanje in delo. Kaučič (2014) navaja, da danes ljudje živimo v različnih socialnih okoliščinah, kar pomeni, da se s svojimi aktivnostmi vključujejo v različne socialne sisteme, eden od njih je tudi prostovoljstvo.

Vrednota je idealna konstanta etičnega kodeksa in pomemben del njegovih trajnih življenjskih opredelitev, kar pomeni, da so vrednote osnova prepoznavnosti osebne identitete – tudi prostovoljcev (Nastran - Ule, 1993, v Kozjek in Ovsenik, 2015). Tavčar (2002) ugotavlja, da so vrednote dobrine, ki posameznemu človeku/prostovoljcu največ pomenijo. V nadaljevanju govori, da je poseganje v vrednote ljudi/prostovoljcev, pa čeprav z najboljšimi nameni, vprašljivo, lahko pa zaradi odpora le-teh tudi nevarno. Velkavrh (2013) piše o vrednotah, ki vplivajo na pripravljenost za delo in to so: strokovnost, spoštovanje, ustvarjalnost in inovativnost ter sodelovanje in prav te vrednote rabi vsak prostovoljec, da lahko opravlja prostovoljno delo na področju, ki si ga je izbral. Slovenska filantropija, Združenje za promocijo prostovoljstva, pa zagovarja vrednote kot so: solidarnost, spoštovanje soljudi in narave, strpnost, enakopravnost in enake možnosti za vse.

4 Prostovoljstvo

4.1 Prostovoljstvo skozi čas

Če želimo razumeti novo vlogo prostovoljstva je potrebno poseči tudi v preteklost in pretekle družbe. V posameznih časovnih in zgodovinskih obdobjih je bilo prostovoljstvo različno cenjeno, nekako tako kot je različno cenjena tudi skupnost. Včasih je deležna prezira, čez da je skrbeti zanjo zguba čas, včasih spet jo kujejo v nebo (Findeisen, 2013).

Na tleh bivše nekdanje Federativne Jugoslavije (Steblinns in Graham, 2004, v Findeisen, 2013) je bilo organizirano prostovoljstvu – razen tistega prostovoljnega gasilskega dela, manj upoštevano in zaželeno, razen tistega, ki je nastajalo » od zgoraj navzdol« po naročilu države. Nenadzorovano prostovoljstvo, tisto pravo, ki gre za svobodno izbiro, takšno, ki izhaja iz ljudi samih, je bilo za državo moteče.

Konec 19. stoletja in v začetku 20. stoletja so se pod vplivom zgodovinskih dogajanj društva in prostovoljstvo na slovenskih tleh še zmeraj in povsod dojemala predvsem kot možnost darovanja samega sebe, svoje kulture, svojih izkušenj, denarja in časa (Findeisen, 2013).

Tudi Evropa se je spreminjala skozi zgodovinski razvoj, predvsem pa je v zadnjih desetletjih zaskrbljena zaradi stanja svojega gospodarstva in pretoka prebivalcev po Evropi in s tem povečanja družbenih konfliktov, zato je še kako potrebno razumeti njeno vlogo pri reševanju konfliktov in vplivu le-teh na posameznike in njihova življenja. Soubsby (2013) meni, da naj presodimo in ocenimo pretekle situacije, in teh je veliko v zadnjih štiridesetih letih in več, Tako spoznamo, da je Evropa doživela veliko sprememb, političnih in ekonomskih – nekatere so se zgodile mirno, druge so povzročile travmatične spremembe in vse te so vplivale tudi na razvoj in obstoj prostovoljstva v njej in posameznih državah, ki so članice UE.

4.2 Prostovoljstvo kot ga razumemo danes

Mikuš Kos (1997) meni, da je prostovoljstvo delo ljudi dobre volje, ki brez denarne nagrade delujejo v zdravstvenem in socialnem področju. V nadaljevanju razpravlja, da prostovoljci delujejo v okviru društev za varovanje in krepitev zdravja in za pomoč ogroženim skupinam, bolnim in invalidnim osebam in njihovim svojcem in skupinah za samopomoč. Danes pa se kaže, da prostovoljci že v večjem številu vstopajo tudi v različne socialne in zdravstvene zavode kot so domovi starejših občanov ter bolnišnice.

Tudi (Mikuš Kos, 1997) v svojem članku poudarja, da je organizirana prostovoljna dejavnost prisotna na različnih področjih skrbi za človekovo socialno dobrobit – v zdravstvu, v šolstvu, v socialnem varstvu, v kulturnih ustanovah, na področju varstva človekovih pravic itd. V mnogih državah odpira možnosti dejavnega socialnega udejstvovanja za dijake, študente, za predčasno upokojene in redno upokojene osebe, za brezposelne, ki čakajo na delo.

Po Findeisen (2013) pa ima danes prostovoljstvo pomemben vpliv na posameznika in družbo. Prostovoljno delo je namreč tudi prostor obsežnega neformalnega učenja in izobraževanja, učenja zunaj šole, ob katerem se razvija učljivost in razvijajo kompetence vseh vrst. Prostovoljno delo je družbena dejavnost in tako je močno pod vplivom družbenih in ekonomskih, političnih, zgodovinskih, kulturnih in drugih okoliščin.

Košak (2011) meni, da prostovoljstvo danes predstavlja kritično opozicijo neučinkovitim, zbirokratiziranim inštitucijam in ustanovam države, ki se deklarira kot socialna, pri tem pa zaradi svoje institucionaliziranosti ni sposobna zagotavljati socialne blaginje svojim državljanom. V razvitih državah se vse bolj uveljavlja organizirano prostovoljno delo kot dejavnost, ki prispeva k razreševanju socialnih problemov in izboljševanju kakovosti življenja, kar je tudi vpliv globalizacije. Prostovoljcem (Gril, 2007) pa se presežki kažejo v večjem zaupanju vase in socialnih spretnostih, široki socialni mreži znancev in prijateljev ipd.

Še več, še ne dolgo nazaj je bilo prostovoljno delo obravnavano kot ljubiteljsko delo, ki ne dohaja profesionalnih kriterijev, vse dokler se ni izkazalo, da so danes, denimo v društvih v javnem interesu, prostovoljci izobraženi vsaj toliko kot zaposleni v javnem sektorju, vsekakor pa bolj kot v zasebnem in delovanje prostovoljnih organizacij se vse bolj profesionalizira (Findeisen, 2013).

Iz vsega napisanega je razvidno, da se je skozi razvoj človeštva vedno kazala potreba po prostovoljstvu in prostovoljcih, danes, ko se je ekonomska situacija v svetu in Evropi znašla v težki situaciji in so vrednote človeštva v krizi, pa se še kako ponovno čuti potreba po prostovoljstvu in prostovoljcih na vseh področjih njihovega dela.

4.3 Prostovoljstvo v Sloveniji

Na področju prostovoljstva v Sloveniji še ni bilo izvedenih celovitih raziskav, zato je mogoče podati samo okvirne ocene, na podlagi nekaterih parcialnih analiz, o vrstah

prostovoljnega dela ter njegovih pozitivnih učinkih na slovenske državljane in državljanke.

Na Slovenskem so imele različne zveze in združbe prijateljev že v 7. in 8. stoletju določene značilnosti današnjih nevladnih organizacij. Začetek tovrstnih organizacij enačimo z nastanki cehov (obrtniških bratovščin), verskih dobredelnih organizacij in fundacij v 14. stoletju. Pri razvoju dobredelnih in socialnih dejavnosti v kasnejšem obdobju je bila zlasti velika vloga cerkve. Tako je cerkev skrbela za reveže in druge marginalne skupine, za katere države, ki so se oblikovale na slovenskem prostoru skozi zgodovino, niso poskrbele. Cerkev ni ostala le pri dobredelni dejavnosti, ampak se je širila tudi na področje kulture, izobraževanja in zdravstva. Njena razvejana dejavnost je vključevala oskrbo siromakov, varstvo sirot in obubožane mladine, širše mladinsko skrbstvo, organiziranje ljudskih in dijaških kuhinj, vzdrževanje bolnišnic, hiralnic in zavetišč, posebne zavode za mladino, slepe, gluhe in pohabljenе ter druge pomoči potrebne (Fištravec, 2012).

V drugi svetovni vojni in s prihodom socialističnega družbenega sistema so nevladne organizacije omejeno delovale, saj je državna regulativa onemogočala razvoj nevladnega sektorja. Leta 1974 pa je nov Zakon o društvih omogočil nov začetek ustanavljanja nevladnih organizacij, ki pa so ostale majhne in ne množične. V osemdesetih letih so nastajala številna nova družbena gibanja (mirovna, ekološka, za varovanje človekovih pravic, duhovna, itd.), pri čemer je del najbolj aktivnih akterjev kasneje prešel v politično sfero, del pa je ostal na nevladni ravni. Nevladne organizacije so se po osamosvojitvi Slovenije še naprej razvijale in krepile. (Fištravec, 2012).

Slovenska mreža prostovoljskih organizacij je nastala kot odgovor na skupno potrebo posameznikov, organizacij in družbe po promociji prostovoljstva, prepoznavanju vrednosti prostovoljskih aktivnosti in ustvarjanju okolja naklonjenega njegovemu razvoju. V to mrežo je povezanih več kot 1300 organizacij in tako je postala največja vsebinska mreža in kot taka priznana s strani države

Graf 1: Prikaz skupnega poročila o prostovoljstvu v Republiki Sloveniji za leto 2016



Grafikon 1: Prikaz trenda opravljenih prostovoljskih ur in števila prostovoljcev na prostovoljsko organizacijo in organizacijo s prostovoljskim programom

Vir: Slovenska filantropija, 2016.

Iz podatkov, ki jih ima Slovenska filantropija, je razvidno, da se število prostovoljnih organizacij s prostovoljnim programom in število prostovoljcev v zadnjih letih povečuje (glej graf št. 1). To je velika vzpodbuda za vse tiste, ki prostovoljno delo vodijo in tiste, ki ga opravljajo ter velik izziv za Slovenijo.

4.4 Slovenska filantropija in njena vloga

V zadnjih letih je širok spekter organizacij (Kolarič, Črnak – Meglič in Vojnovič, 2002) označenih z različnimi imeni kot neprofitne, prostovoljne, nevladne, neodvisne, civilnodružbene ipd. organizacije.

V Sloveniji Slovenska filantropija – nevladna organizacija skrbi za razvoj prostovoljstva na različnih področjih prostovoljnega dela, eno od področij je tudi prostovoljstvo v slovenskih bolnišnicah. V svoji želji po povečanju prostovoljnega dela v slovenskih bolnišnicah in želji, da bi umestila prostovoljno delo v vsako slovensko bolnišnico, je začela aktivno sodelovati z ministrstvom za zdravstvo in še drugimi pomembnimi vladnimi resursi.

Slovenska filantropija, Združenje za promocijo prostovoljstva, je humanitarna organizacija, ki deluje v javnem interesu vse od leta 1992. Njeni programi so usmerjeni v dvig kvalitete bivanja v skupnosti in v zagovorništvo socialno šibkejših. Osrednja dejavnost je promocija prostovoljstva, saj verjamemo, da lahko s prostovoljstvom vsi prispevamo k boljši in bolj strpni družbi, ki temelji na spoštovanju vseh, ne glede na osebne in življenjske okoliščine. Ponujajo usposabljanja za prostovoljce, mentorje in organizatorje prostovoljstva.

Slovenska filantropija se povezuje tudi z drugimi prostovoljnimi organizacijami izven naše države. Primer dobre prakse je Danska. Danska (Slovenska filantropija, 2017) ima dobro razvite podporne strukture za delovanje prostovoljcev v tej državi, zaradi zelo dobro delujoče socialne države in visoke stopnje zadovoljstva Dancev s kakovostjo življenja in njihovega visokega občutka varnosti ter povezanosti v skupnosti. Danci drugače obravnavajo nezaposlene osebe in osebe, ki čakajo na upokojitev kot pri nas. Pri njih napisane osebe lahko delajo kot prostovoljci, a veljajo nekatere omejitve. Če delajo kot prostovoljci v javnih ustanovah (bolnišnicah ...), obseg njihovega dela ne sme presegati 20 ur na mesec. Slovenija danes s pomočjo nevladnih organizacij – Slovenske filantropije dela na socialni aktivaciji, s finančnimi spodbudami za prostovoljstvo prejemnikov socialne pomoči in aktivacija je pri Dancih vzbudila veliko zanimanje in jo prepoznavajo kot zelo pozitiven in posnemanja vreden ukrep.

Slovenska filantropija organizira tudi kongres/simpozij prostovoljstva, ki je vsako leto 5. decembra, na mednarodni dan prostovoljstva. Častni pokrovitelj kongresa je pogosto predsednik Vlade Republike Slovenije ali predsednik države Slovenije. V letu 2016 je bila osrednja tema kongresa mentorska podpora prostovoljcem. V Sloveniji namreč kljub zelo razširjenemu, celo množičnemu prostovoljskemu angažiranju in pomembnemu prispevku prostovoljcev k družbeni blaginji, društva še

vedno ne morejo zagotoviti kakovostnega mentorstva prostovoljcem povsod, kjer je to potrebno (Slovenska filantropija, 2017)

Za doseganje kakovosti prostovoljskega dela je pomembno zagotavljanje ustreznih pogojev, med katere sodi tudi strokovna podpora prostovoljcem. Za vzgojo otrok, za solidarnost, za motiviranje mladih za prostovoljske aktivnosti, za socialno aktivacijo dolgotrajno brezposelnih, za povezovanje skupnosti, za nudenje prostovoljske pomoči najrazličnejšim ranljivim skupinam in za to, da dobi prostovoljsko priložnost vsak, ki to želi, so potrebni dobro usposobljeni mentorji, ki svoje delo opravljajo profesionalno. Priložnosti za razvoj na tem področju je veliko, kar se je jasno postavilo tudi v procesu oblikovanja strategije razvoja.

4.5 Zakon o prostovoljstvu

V Sloveniji imamo Zakon o prostovoljstvu, ki prvič sistemsko ureja področje prostovoljstva in je bil sprejet 3. februarja 2011. Zakon opredeljuje prostovoljstvo kot družbeno koristno brezplačno delo, prostovoljci pa bodo o pridobljenem znanju prejeli potrdilo. Novost, ki se uvaja v pravni red na obravnavanem področju, je poenotenje in sistematično vodenje evidenc o prostovoljcih in opravljenem prostovoljskem delu. Novela Zakona o prostovoljstvu je v veljavi od 18. novembra 2015.

Nevladnim organizacijam (Slovenska filantropija, 2017) ni potrebno pisno sprejemati pravilnikov o organiziranosti prostovoljstva, razen če se odločijo, da bodo izplačevale nagrade za izjemne dosežke. V kolikor organizacija organizira prostovoljsko delo, se lahko prikladi v Vpisnik prostovoljskih organizacij po Zakonu o prostovoljstvu (ZProst). Javni zavodi se morajo prikladiti v vpisnik organizacij s prostovoljskim programom na AJPEŠ-u.

Zakon o prostovoljstvu določa, da mora prostovoljska organizacija/organizacija s prostovoljskim programom vzpostaviti in voditi evidenco prostovoljcev in opravljenega prostovoljskega dela, ki vsebuje naslednje podatke:

- naziv in sedež prostovoljske organizacije ali organizacije s prostovoljskim programom,
- osebno ime prostovoljca,
- datum rojstva,
- datum ali časovno obdobje, v katerem je prostovoljec delo opravil,
- podatek o vrsti opravljenega prostovoljskega dela,
- področje prostovoljskega dela po seznamu, določenim s predpisom na podlagi drugega odstavka 23.a člena ZProst,
- navedbo osebnega imena in funkcije odgovorne osebe (Slovenska filantropija, 2017).

Sklenitev dogovora s prostovoljcem je lahko v ustni ali pisni obliki. V primerih, ko to zahteva prostovoljec sam ali njegov zakoniti zastopnik oziroma skrbnik ali prostovoljska organizacija, v primerih napolitve prostovoljca na prostovoljsko delo v tujino ali opravljanja prostovoljske službe (dolgotrajno opravljanje prostovoljskega dela) in v primerih prostovoljskega dela oseb iz 13. člena ZProst, je pisni dogovor

obvezen. Ne glede na obliko, pa ZProst določa obvezne sestavine, ki jih moramo vključiti v dogovor. V primeru prostovoljskega dela z ranljivimi skupinami, dogovoru dodajte tudi izjavo o nekaznovanju (Slovenska filantropija, 2017).

Prostovoljci imajo pravico do povrnitve stroškov, ki nastajajo pri opravljanju prostovoljskega dela. Organizacija je dolžna vračati stroške, v kolikor sta se prostovoljec in organizacija tako dogovorili, in sicer povrnitev potnih stroškov, prehrane, nastanitve in nadomestilo za uporabo lastnih sredstev (Slovenska filantropija, 2017).

Zakon o prostovoljstvu v 29. členu v obveznostih organizacije navaja, da mora Prostovoljska organizacija nezgodno zavarovati prostovoljca za čas opravljanja prostovoljskega dela, če se prostovoljsko delo opravlja v pogojih, ki pomenijo nevarnost za zdravje ali življenje prostovoljca, ali če je tako dogovorjeno z dogovorom o prostovoljskem delu.

Članice Slovenske mreže prostovoljskih organizacij (Slovenska filantropija, 2017) lahko od avgusta 2012 pri Zavarovalnici Triglav sklenejo generalno polico za kolektivno nezgodno zavarovanje oseb.

Na voljo so različne police:

OBLIKA A: številka police NZ48000014207

ZAVAROVALNE VSOTE ZA PRIMER:	EUR
<input type="checkbox"/> nezgodna smrt	5.000,00
<input type="checkbox"/> nezgodna invalidnost	10.000,00
<input type="checkbox"/> mesečna premija na osebo z	davkom 0,14

4.6 Etični kodeks organiziranega prostovoljstva

Etični kodeks organiziranega prostovoljstva je nastal na pobudo organizacij, ki so na 4. Slovenskem kongresu prostovoljstva v Novem mestu leta 2003 razpravljale v okviru delavnice na temo etike v prostovoljstvu. Razpravljavci so bili mnenja, da bi bil etični kodeks, ki bi postavil osnovne smernice oziroma napotke organiziranemu prostovoljstvu, nadvse dobrodošla noviteta v sferi prostovoljstva. Leta 2004 so na Slovenski filantropiji sestavili prvi osnutek etičnega kodeksa prostovoljstva, ki so ga javno obravnavali na forumu z naslovom Etika v prostovoljstvu, 7. decembra 2004 v Ljubljani. Z upoštevanjem pripomb, sugestij, komentarjev in dopolnitev različnih organizacij so v razširjeni skupini zainteresiranih strokovnjakov iz različnih prostovoljskih organizacij pripravili končno besedilo kodeksa, ki je bil z manjšimi popravki in veliko podporo sprejet na 5. Slovenskem kongresu prostovoljstva v Sežani, 14. januarja 2006. Prva sprememba Etičnega kodeksa organiziranega prostovoljstva je bila sprejeta na 10. Slovenskem kongresu prostovoljstva v Ljubljani, 27. novembra 2015. Etični kodeks organiziranega prostovoljstva predstavlja osnovne napotke dobrega dela v prostovoljstvu, ki naj bi jih upoštevale vse prostovoljske organizacije, ne glede na dejavnost, v katero so prostovoljke in prostovoljci vključeni. Podpis

Etičnega kodeksa organiziranega prostovoljstva predstavlja zagotovilo organizacije pristopnice, da aktivnosti, v katere vključuje prostovoljke in prostovoljce, izvaja v skladu z določili kodeksa kot priporočil dobrega ravnanja. Hkrati s podpisom kodeksa organizacija pridobi možnost uporabe logotipa Prostovoljstva, kot simbola kakovosti Prostovoljskega dela (Slovenska filantropija, 2017).

5 Razvoj prostovoljstva v splošni bolnišnici Novo mesto

Razvoj prostovoljstva v Splošni bolnišnici Novo mesto sega v leto 2004. Pred začetkov uvajanja prostovoljstva v Splošni bolnišnici Novo mesto smo upoštevali priporočila Slovenske filantropije, ki pravijo, da vsaki prostovoljski organizaciji in organizaciji s prostovoljskim programom priporoča, da ob pričetku premisli in sprejme dogovore, povezane s procesom organiziranja prostovoljstva, na primer: za katera dela potrebujete prostovoljce, kdo bo nudil prostovoljcem podporo, kako bo s povrnitvijo stroškov prostovoljcem in plačilom koordinatorja ter mentorjev, ki bodo vodili prostovoljce in skrbeli za njih ...

Začetne ideje prostovoljnega dela so nastale v Medijskih Toplicah. Udeleženci srečanja v Medijskih Toplicah smo v dogovoru z glavno medicinsko sestro bolnišnice oblikovali skupino za vodenje prostovoljnega dela »Uvajanje prostovoljnega dela« ... Tudi (Fištravec, 2012) govori, da se prostovoljci vedno bolj vključujejo tudi v izvajanje aktivnosti javnih zavodov.

Preden smo začeli s prostovoljnim delom, smo se dogovorili z vodstvom bolnišnice za odobritev umeščanja prostovoljstva v bolnišnico. Še prej pa smo pripravili vse dokumente, ki jih še danes rabimo za varno in kakovostno izvajanje prostovoljnega dela v bolnišnici. Predvsem pa smo se zavedali, da je uvajanje prostovoljnega dela v bolnišnico odgovorno in obenem občutljivo dogajanje, ki mora biti zavarovano z ustreznimi pripravami, pravili in z dobro organizacijo dela.

V pomoč nam je bila tudi Slovenska filantropija, ki je podpirala našo idejo in našo zagnanost za prostovoljno delo v naši bolnišnici. Seznanili smo tudi vse zaposlene v internem glasilu – VIZITA, da bomo začeli s prostovoljnim delom po določenih oddelkih kot so: interna, kirurgija in pediatrija. Ko smo imeli odobritev vodstva in pripravljene vse dokumente, smo se z vlogo obrnili na Srednjo zdravstveno in kemijsko šolo Novo mesto, z željo po sodelovanju dijakov pri prostovoljnem delu v naši bolnišnici. Od njih smo dobili pozitiven odgovor in tako smo v oktobra 2004 izpeljali prvo izobraževanje, katera pokrovitelj je bila Slovenska filantropija.

Naše prvo izobraževanje in vsa ostala izobraževanja skozi več kot desetletno obdobje so sestavljena iz dveh sklopov. Prvi sklop vodi Slovenska filantropija s poudarkom na komunikaciji in motivaciji prostovoljcev, drugi sklop pa mentorice prostovoljnega dela v bolnišnici, ki se nanaša na predstavitev bolnišnice, bolnišnične okužbe, dolžnosti in pravice bolnikov, dolžnosti in pravice prostovoljca, poškodbe bolnikov,

bolnik v bolnišnici, pravila vedenja prostovoljcev v bolnišnici, etični kodeks in dolžnosti koordinatorja.

Vsa izobraževanja za nove prostovoljce iz Srednje zdravstvene in kemijske šole vsako leto potekajo v začetku novega šolskega leta, to je na koncu septembra ali v začetku oktobra. V tem časovnem obdobju so se izobraževanja udeležili tudi odrasli prostovoljci, ki so sodelovali v letih 2007, 2008, 2009, 2011, 2012, 2013, 2014 in 2015, ko so se dijakom /prostovoljcem Srednje zdravstvene in kemijske šole pridružili še dijaki Gimnazije Novo mesto in tudi oni so se udeležili obveznega izobraževanje pred začetkom opravljanja prostovoljnega dela.

Dodatno se morajo izobraževati tudi mentorice in koordinatorji prostovoljnega dela. Vsi, ki so v procesu opravljanja prostovoljnega dela, so se do sedaj udeležili izobraževanj, ki jih je vodila Slovenska filantropija in dobili ustrezna potrdila za vodenje in opravljanje prostovoljnega dela. Izobraževanja so imela velik poudarek na komunikaciji, motivaciji, etiki in superviziji. Žorga (2002) govori, da v modelu supervizije nudijo strokovni delavci/delavke prostovoljcem tako mentorsko kot tudi supervizijsko pomoč v zvezi z delom, ki ga opravljajo, ker le tako je možno dosegati cilje in želje po znanju ter osebni rasti.

Vsi dogodki, ki so vezani na dejavnosti prostovoljstva v bolnišnici, se predstavijo na internetni strani Srednje zdravstvene in kemijske šole, v internem časopisu Splošne bolnišnice Novo mesto - Vizita, na Vašem kanalu, tedniku Dolenjski list, članki pa so bili objavljeni tudi v časopisih Mladina, Slovenske novice, Dnevnik

5.1 Potek prostovoljnega dela v Splošni bolnišnici Novo mesto

Prostovoljno delo se je pred trinajstimi leti v Splošni bolnišnici Novo mesto začelo na kirurškem oddelku, nato pa še na internem in otroškem oddelku. Danes prostovoljno delo poteka na šestih oddelkih (kirurški, interni, pljučni, infekcijski, nevrološki in otroški). Dijake/prostovoljce že vsa ta leta na izobraževanju seznanimo s koordinatorjem prostovoljnega dela in mentorji na oddelkih, na katerih prostovoljno delo že poteka.

Obiski dijakov pri pacientih potekajo po vnaprej dogovorjenem razporedu. Na katerem oddelku bodo prostovoljci izvajali prostovoljno delo se odločijo sami glede na ponujene oddelke, na katerih prostovoljno delo poteka. Prostovoljno delo dijakov/prostovoljcev spremlja koordinator prostovoljnega dela s pomočjo mentorjev na oddelkih in mentoric iz Srednje zdravstvene in kemijske šole in mentorice iz Gimnazije Novo mesto.

Tabela 1: Prikaz razporeda prostovoljcev po oddelkih, po dnevih v tednu in po mesecih

<i>ODDELEK: pljučni in infekcijski</i>	<i>Marec 2017</i>	<i>1. marec</i>	<i>2. marec</i>	<i>3. marec</i>
Ponedeljek	Torek	Sreda	Četrtek	Petek
		Mateja Drašler	Tončka Zupančič	Janez Lavrič
		Anica Kovač	Jure Kovač	Tinka Kovač

Vir: Šepec in Simonič, 2016.

Mentorice na oddelkih izberejo pacienta, ki si želi ali potrebuje prostovoljca in ga seznanijo s vsemi pravili, ki veljajo za kakovostno in varno opravljanje prostovoljnega dela. Pacientu povedo, da je prostovoljec dijak in da ga vodi mentorica iz šole in mentorica iz oddelka. Ko prostovoljec pride v bolnišnico, se vpiše v knjigo evidence in na oddelku poišče mentorico, ki ga odpelje do pacienta. Če mentorice ni, pa ga do pacienta pospremi medicinska sestra z oddelka, ki je seznanjena s prostovoljnim delom in izbiro pacienta.

Dijaki/prostovoljci obiščejo pacienta oblečeni v svojih oblačilih na katerih je priponka z imenom in priimkom ter napisom prostovoljec. Prostovoljci obiskujejo paciente v bolniških sobah. V času obiska pacientu posvetijo eno do dve ure svojega prostega časa.

V tem času pacientom predvsem krajšajo čas, se z njimi pogovarjajo, jim prinesejo kozarec vode v dogovoru z zdravstvenimi delavci (medicinska sestra), časopis iz kioska, ali jih peljejo na sprehod po predhodnem dogovoru z zdravstvenim osebjem (medicinsko sestro). Ko obisk zaključijo, obvestijo mentorico ali medicinsko sestro na oddelku in se vpišejo v knjigo evidence. V knjigo lahko napišejo tudi predloge za izboljšanje prostovoljnega dela, svoje misli in vtise.

Vsak zadnji teden v tekočem mesecu se dobijo na Srednji zdravstveni in kemijski šoli prostovoljci in mentorici (iz šole), po potrebi pa še večkrat mesečno po mailu in preko mobitela. Takrat izmenjajo svoje vtise, povedo si težave in se dogovorijo za delo v naslednjem mesecu. Dogovori prav tako potekajo tudi med mentoricami na oddelkih in koordinatorjem prostovoljnega dela v bolnišnici.

Na enak način poteka komunikacija tudi med prostovoljci Gimnazije Novo mesto, med njihovima mentoricama in koordinatorjem prostovoljnega dela v bolnišnici.

5.2 Aktivnosti prostovoljcev v Splošni bolnišnici Novo mesto

Prostovoljci so skozi leto zelo aktivni tudi v izdelavi plakatov za razstavo v Splošni bolnišnici Novo mesto na temo prostovoljno delo dijakov SZKŠ in izdelkov za stojnico ob svetovnem dnevu zdravja.

Prostovoljci so med prostimi urami in odmori izdelali v letu 2016 preko 600 izdelkov (glinenih svečnikov, voščilnice, magnetke, priponke, slike, glicerinska mila, rožice iz papirja, slastne piškote, kopalno sol, zdravilne čaje in še kaj) za stojnico

ob »Svetovnem dnevu zdravja« in »Dnevu za spremembe«. S pomočjo mentorice iz šole so se prostovoljci prijavili na natečaj, ki poteka pod okriljem Slovenske filantropije. Gre za natečaj, ki je namenjen osnovnim in srednjim šolam na področju prostovoljnega dela. Vsako leto se prostovoljci in mentorice udeležijo podelitve priznanj za »Naj prostovoljski projekt« na Brdu pri Kranju pod pokroviteljstvom Predsednika republike Slovenije.

Prostovoljci na otroškem oddelku so skupaj z vodstvom otroškega oddelka, vzgojiteljico in učiteljico bolnišničnega vrtca in šole izdelali v letu 2016 načrt dela za tekoče leto na temo »Slovenski običaji«.

Delo na otroškem oddelku poteka v obliki mesečnih delavnic. V letu 2016 so na otroškem oddelku praznovali deseto obletnico delovanja Pikapolonic z geslom »Veselimo se skupaj«, izvedli so tudi delavnico na temo »Veseli pust«, barvali pobarvanke, reševali pustno križanko, izdelovali maske in jih razstavili na otroškem oddelku. Na otroškem oddelku se vsako leto prostovoljci spomnijo staršev otrok in njihovih dni, kot so materinski dan in dan žena. Zraven se spomnijo tudi očetov in starih staršev v obliki delavnic z naslovom »Veselimo se skupaj s starši«.

Vsako leto prostovoljci obeležimo 5. december – Mednarodni dan prostovoljstva, ki ga sicer obeležujemo le en dan v letu, ampak naši prostovoljci živijo svoje poslanstvo vsak dan, 7 dni v tednu, 365 dni v letu, torej lahko rečemo, da je to neskončno dolg dan.

Ob koncu leta prostovoljci, mentorice, koordinator prostovoljstva in vodstvo bolnišnice poskrbijo za Veseli december, ki je poln smeha, glasbe, novoletnih radosti in Miklavževega druženja, ki s skromnimi darili obdari vse prostovoljce v bolnišnici ter jim zaželi vse lepo v novem prihajajočem letu.

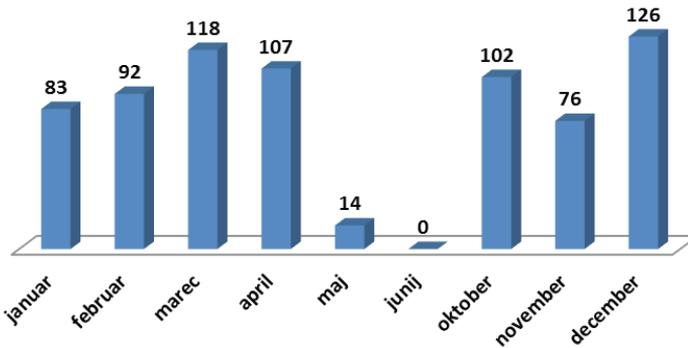
5.3 Prikaz prostovoljnega dela prostovoljcev v Splošni bolnišnici Novo mesto

Prostovoljstvo je na Srednji zdravstveni in kemijski šoli že zelo utečena prostovoljna interesna dejavnost, kateri so se pridružili tudi dijaki Gimnazije Novo mesto. Zanimanje s strani dijakov iz obeh šol je zelo veliko.

Povečalo se je tudi zanimanje za prostovoljno delo na otroškem oddelku, kjer se posebna pozornost daje varnosti otrok in vsem oblikam druženja z mladimi. V grafih so prikazani obiskih dijakov/prostovoljcev po mesecih, po oddelkih v letu 2016 in po letih.

Graf 2: Število obiskov prostovoljcev dijakov Srednje zdravstvene in kemijske šole v letu 2016 po mesecih

Pregled obiskov po mesecih - dijaki

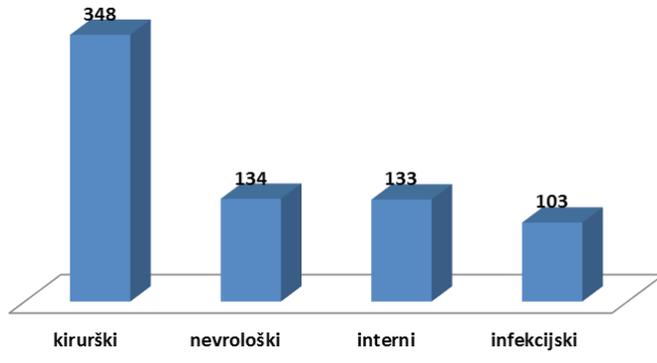


Vir: Šepec in Simonič, 2016.

Iz podatkov iz grafa je razvidno, da je bilo največ obiskov v mesecu decembru in marcu, in najmanj meseca maja in junija.

Graf 3: Število obiskov dijakov Srednje zdravstvene in kemijske šole na vseh oddelkih, kjer poteka prostovoljno delo v letu 2016

Pregled obiskov po oddelkih - dijaki

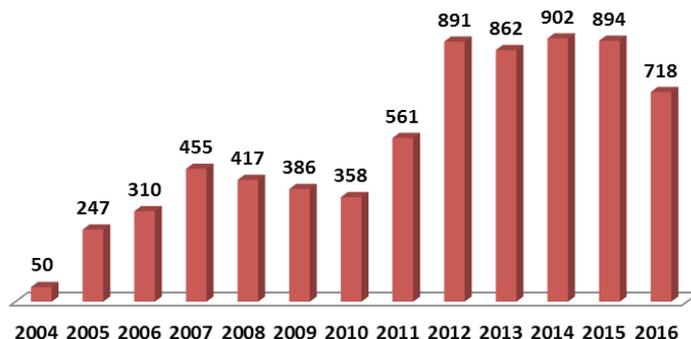


Vir: Šepec in Simonič, 2016.

Iz podatkov je razvidno, da je bilo največ obiskov prostovoljcev na kirurškem oddelku.

Graf 4: Pregled števila obiskov po letih

Pregled števila obiskov po letih



Vir: Šepec in Simonič, 2016.

Iz podatkov je razvidno, da je bilo največ izvedenih obiskov v letu 2014, sledijo pa leta 2012, 2013 in 2015, v letu 2016 pa je število obiskov padlo.

Iz predstavljenih podatkov je razvidno, da največ obiskov opravijo prostovoljci v mesecu decembru in prvih mesecih v začetku leta (glej graf št. 2). Vzrok temu je, da so prostovoljci v tem času manj obremenjeni z učenjem in pritiskom za dobre ocene, ki jih naj bi imeli ob zaključku šolskega leta. Najmanj obiskov je v mesecu maju in juniju, kar je razumljivo. Nekaj prostovoljcev se pripravlja na maturo, nekaj se jih uči za dober učni uspeh, nekaj pa se jih že pripravlja za težko pričakovane počitnice.

Največ obiskov je na kirurškem oddelku (glej graf št. 3), kar je tudi pričakovano. Kirurški odderek je največji odderek v bolnišnici, pa tudi prvi začetki prostovoljnega dela so se začeli prav na tem oddelku, kar pomeni, da je še vedno med prostovoljci najbolj prepoznaven in zaželen.

Število prostovoljcev in opravljenih ur se je skozi leta povečalo (glej graf št. 4). Največ obiskov je bilo v zadnjih letih, ker se je število prostovoljcev povečalo, pa tudi motivacija prostovoljcev za delo je večja, kot je bila v prvih letih. V prvih začetnih letih so prostovoljci, po nekaj obiskih pri pacientih, prostovoljno delo zapustili. To se v zadnjih letih redko zgodi.

6 Zaključek

Globalizacija je v 21. stoletju pripeljala današnji svet tako daleč, da lahko potujemo kamorkoli, kadarkoli in lažje kot kdaj prej v zgodovini in z vsemi sodobnimi tehnologijami se ustvarja občutek, da je svet majhen in povezan kot še nikoli poprej, a situacija ni tako enostavna, ker je globalizacija prinesla veliko problemov, ki jih na nek način rešujejo tudi prostovoljci po celem svetu in tudi v Sloveniji, na različnih področjih dela, kot je tudi prostovoljstvo v bolnišnici. Vemo, da so tudi v Splošni

bolnišnici Novo mesto pacienti, ki nimajo nikoli obiskov! Zakaj ne bi imeli na obisku prostovoljca? Prostovoljci so lahko »vezni člen« med pacientom in osebjem na oddelku na katerem prostovoljno delo poteka.

Prostovoljstvo v Splošni bolnišnici Novo mesto je prepoznavno v slovenskem prostoru kot primer dobre prakse. Vse, ki opravljajo prostovoljstvo v tej bolnišnici, povezuje ljubezen do prostovoljnega dela, do ljudi, do osamljenih, do ostarelih, do zapuščenih in pomoči potrebnih.

Prav vse besede, ki so bile do sedaj izrečene, naj bodo napisane ali izgovorjene, imajo v tej skupini prostovoljcev poseben čar in moč. Z njimi razkrivajo svoje dosedanje izkušnje, skrbi, drobne stiske, ki se jim porajajo, pa tudi želje, upanja, hrepenenja; tako starost, osamljenost in zapuščenost za trenutek odrinejo na stranski tir in se le nasmehnejo trenutkom, ki jim polepšajo življenje. Res je lepo v Splošni bolnišnici Novo mesto videti paciente, ki s hvaležnostjo sprejemajo mlade, njihovo neposrednost, veselje, razigranost in mladostno vedrino.

Zaključimo lahko z mislijo, da so prostovoljci v Splošno bolnišnico Novo mesto prinesli novo energijo, nov polet za doseg novih izzivov in spreminjanje okoliščin življenja v smeri globalizacije.

LITERATURA

1. Findeisen, D. (2013). O družbenih okoliščinah prostovoljstva, starejših prostovoljcih in mreži ForAge. Pridobljeno 5. 11. 2017, s <http://www.foragenetwork.eu/si/page/162-clan-ki/>.
2. Fištravec, A. (2012). Analiza stanja na področju prostovoljstva na področju Podravske in Osrednjeslovenske regije (Raziskovalno poročilo). Maribor: Republika Slovenija, Ministrstvo za gospodarski razvoj in tehnologijo. Pridobljeno 3. 11. 2017, s https://sl.wikipedia.org/wiki/Prostovoljno_delo.
3. Gril, A. (2007). Prostovoljstvo je proizvodnja smisla. Ljubljana: Pedagoški inštitut.
4. Hojs, J. (2007). Globalizacija, neenakost in revščina (Diplomsko delo). Maribor: Univerza v Mariboru, Ekonomsko-poslovna fakulteta.
5. Kavčič, B. M. (2014). Vpliv demografskih dejavnikov na pripadnost zaposlenih v zdravstveni negi. Revija za zdravstvene vede. Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto.
6. Kolarič, Z., Črnak - Meglič, A. in Vojnovič, M. (2002). Neprofitno-volonterske organizacije. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
7. Košak, P. (2011). Strokovna skrb za nekdanje pripadnike MORS, njihovo kakovostno staranje in medgeneracijsko sodelovanje. Kakovostna starost, 14 (1). Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka.
8. Mikuš Kos, A. (1997). Prostovoljno delo pri varovanju zdravja in v zdravstvu. Ljubljana: Združenje Slovenska fundacija.
9. Ovsenik, R. in Kozjek, D. (2015). Vrednote generacij. Revija za univerzalno odličnost, 4 (2). Novo mesto: Fakulteta za organizacijske študije v Novem mestu.

10. Slovenska filantropija (2016). Prikaz skupnega poročilo o prostovoljstvu v Republiki Sloveniji za leto 2016. Pridobljeno 5. 11. 2017, s <http://www.prostovoljstvo.org/o-prostovoljstvu>.
11. Slovenska filantropija (2017). 11. Slovenski kongres prostovoljstva. Ljubljana: interno gradivo.
12. Slovenska filantropija (2017). Etični kodeks. Pridobljeno 5. 11. 2017, s <http://www.prostovoljstvo.org/eticni-kodeks>.
13. Slovenska filantropija (2017). Nezagodno zavarovanje. Pridobljeno 5. 11. 2017, s <http://www.prostovoljstvo.org/za-organizacije/nezgodno-zavarovanje>.
14. Slovenska filantropija (2017). Prostovoljstvo na Danskem. Ljubljana: interno gradivo.
15. Slovenska filantropija (2017). Vpisnik prostovoljnih organizacij na Ajpesu. Pridobljeno 5. 11. 2017, s <http://www.prostovoljstvo.org/o-prostovoljstvu>.
16. Soulsby, J. Izhodišča za razpravo o starejših in družbenih konfliktih. Pridobljeno 5. 11. 2017, s svetovnega spleta: <http://www.foragenetwork.eu/si/page/162-clanki/>.
17. Šepec, G in Simčič, M. (2016). Prostovoljno delo v Splošni bolnišnici Novo mesto –Poročilo za leto 2016. Novo mesto: interno gradivo.
18. Tavčar, M. I. (2002). Strateški management. Koper: Visoka šola za management v Koperu in Maribor: Univerza v Mariboru, Ekonomsko-poslovna fakulteta, Inštitut za razvoj managementa.
19. Velkavrh, M. (2013). Razvoj zaposlenih. 6. Dnevi Angele Boškin. Strokovno srečanje: Kako organizacijska kultura izboljšuje klinično kakovost? Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice in Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice.
20. Žorga, S. (2002). Modeli in oblike supervizije. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta.

Vloga medicinske sestre v zdraviliški rehabilitacijski medicini nekoč in danes

POVZETEK - Osnovni cilj vsake rehabilitacije je zmanjševanje nezmožnosti in prizadetosti vsakega posameznika na najmanjšo možno mero. WHO definira rehabilitacijo kot »progresiven, dinamičen, ciljno orientiran in pogosto časovno omejen proces, ki posamezniku z okvarami omogoča, da spozna in doseže svojo kar najboljšo mentalno, telesno, kognitivno in/ali družbeno funkcionalno raven«. V Sloveniji poteka rehabilitacija na terciarnem nivoju v Univerzitetnem rehabilitacijskem inštitutu Soča, na sekundarnem nivoju v UKC Ljubljana in UKC Maribor; v bolnišnicah in zdraviliščih, na primarnem nivoju pa v zdravstvenih domovih. V fizikalno in rehabilitacijsko medicino in obravnavo pacienta je vključena tudi medicinska sestra. Podporna zdravstvena nega, nato učenje ter delna pomoč in na zaključku rehabilitacije samooskrba pacienta, so trije vidiki, ki opredeljujejo rehabilitacijsko zdravstveno nego. Uresničitev teh nalog je možna le pri motiviranemu pacientu, pri starostnikih pa še, če so v obravnavo vključeni svojci, ki bodo po odpustu pacienta spodbujali k nadaljevanju rehabilitacije in ohranjanju ali izboljševanju že doseženega funkcijskega stanja. Z razvojem negovalnih oddelkov v zdraviliščih zdravstvena nega predstavlja prvi korak medicinske rehabilitacije, posebno pri težko pomičnih pacientih saj medicinska sestra pacienta pripravi na fizioterapijo. Pri delu s pacientom na vseh stopnjah zdravljenja in rehabilitacije sta enakovredno pomembna ustrezna strokovna obravnava in primeren odnos do pacienta, ki sta ustvarjalna temelja za pacientovo aktivno sodelovanje v procesu zdravljenja.

KLJUČNE BESEDE: medicinska sestra, rehabilitacijska medicina

1 Uvod

Že v davni so ljudje izkustveno ugotovili, da imajo naravni viri tople vode zdravilni učinek na ljudi, ki so zboleli ali se poškodovali. Tem izkušnjam se je skozi čas pridružilo spoznanje, da je za uspešno zdravljenje in okrevanje potrebno načrtovano, prilagojeno gibanje pacienta. Začetki fizikalne medicine in rehabilitacije ter zdravstvene nege v rehabilitacijski dejavnosti v Sloveniji segajo v obdobje po 2. svetovni vojni, ko je medicina razvijala poleg preventive in kurative tudi rehabilitacijo. V Sloveniji rehabilitacija poteka tudi v 14-tih naravnih zdraviliščih, v katerih se izvaja sodobna fizikalna in rehabilitacijska medicina. Fizikalna in rehabilitacijska medicina je novejšo področje medicine, ki obsega znanje in veščine, potrebne za kakovostno samostojno vključevanje akutnih in kroničnih bolnikov v vsakdanje produktivno življenje. (Zupanič Slavec in Jaunig, 2013). Medicinska rehabilitacija kot stroka zajema fizioterapijo, fizioterapijo, zdravstveno nego, delovno terapijo ter psihološko in socialno rehabilitacijo. Njen cilj je doseči najvišjo stopnjo fizične, psihične

in socialne prilagoditve pacientov. Vključuje tudi vse ukrepe za zmanjšanje prizadetosti in oviranosti ter prizadetim osebam omogoča optimalno vključitev v družbo. (Karan, 2009). Multidisciplinarni tim sestavljajo: vodja - zdravnik specialist fizikalne in rehabilitacijske medicine, fizioterapevt, delovni terapevt, osebje zdravstvene nege, psiholog, socialni delavec, logoped, ortotik, protetik in dietetik – nutricionist. Sestava tima se spreminja, odvisno od potreb pacienta. V obravnavo so tako lahko vključeni specialisti različnih medicinskih strok in pedagogi, bioinženirji. Središče rehabilitacijskega tima so pacient in njegovi svojci. Pacient je enakopraven član rehabilitacijskega tima (Karan, 2014). Pomembno vlogo v rehabilitaciji ima tudi rehabilitacijska zdravstvena nega. Zdravstvena nega je del skrbi za pacienta, ki obsega izvajanje negovalnih postopkov in posegov pri pacientu. Vsak pacient je individuum in pri tem je pomembno, da se zna medicinska sestra prilagoditi vsakemu posamezniku, mu prisluhniti in ga razumeti. Medicinske sestre so zaradi narave svojega dela ob pacientu 24 ur na dan. Posega v najglobljo človekovo intimo (Karan, 2014), se skupaj s pacientom spoprijema z njegovimi stiskami, težavami, strahovi, pa tudi z upanjem, zaupanjem in pričakovanji.

2 Vloga medicinske sestre v rehabilitacijski medicini nekoč

Že v začetku 20. stoletja se je uveljavilo stališče, da je dolgotrajna imobilizacija pacientov v postelji škodljiva in, da jih je potrebno čim hitreje mobilizirati. Med rehabilitacijskimi ustanovami so v Sloveniji pred drugo svetovno vojno obstajali: Dom za slepe v Ljubljani in Škofje Loki, Gluhonemnica v Ljubljani v manjšem obsegu pa je delovna terapija obstajala tudi v Bolnišnici za duševne bolezni v Polju. Prva ustanova, ki je v Sloveniji uvedla fizioterapijo v bolnišnično obravnavo pacientov, je bil ljubljanski sanatorij Šlajmarjev dom leta 1940. Množica invalidov vseh starosti je po drugi svetovni vojni potrebovala nov tip bolnišnice, ki se ukvarja z fizično, psihično in socialno reintegracijo oseb v vsakdanje življenje in poklicno delo (Zupanič Slavec in Jaunig, 2013).

Ker še ni bilo izobraženih fizioterapevtov je bilo za te oskrbovance zelo težko pridobiti ustrezno osebje, oskrbovale so jih samo medicinske sestre in bolničarke. Zato so leta 1947 v Rovinju organizirali prvo šolo za fizioterapevtke v Jugoslaviji pod vodstvom Bolnišnice za kostno in sklepno tuberkulozo v Valdoltri (današnja Ortopedska bolnišnica Valdoltra). Ta je bila med prvimi zdravstvenimi ustanovami, ki so uvedle medicinsko rehabilitacijo. Za bolnike z osteoartikularno tuberkulozo in dolgo ležalno dobo je bila uvedena sistematična vsakodnevna fizioterapija (Ačimović Janežič, 1995). Zdravstvena nega pa je paciente že takrat usposobila za fizioterapijo, saj je samo vitalno stabilen, higiensko urejen, nahranjen in naspan pacient lahko aktivno sodeloval pri postopkih, pri katerih sta gibanje in funkcijska sposobnost posameznika obravnavana glede na okoliščine, kot so staranje, poškodbe, bolezni in okvare.

Na pobudo ortopedov je bil leta 1954 ustanovljen Zavod za rehabilitacijo invalidov (ZRI) –Soča v Ljubljani. Postal je centralna ustanova za rehabilitacijo bolnikov in poškodovancev ter učna baza za vse zdravstvene poklice. Že od samega začetka so uvajali kompleksno rehabilitacijo, ki je združevala tako medicinsko kot tudi poklicno in socialno rehabilitacijo, v rehabilitacijo pa vpeljali multidisciplinarni pristop, ki je omogočal enakopravno sodelovanje vseh članov tima (Ačimović Janežič, 1995). Inštitut je v 50. letih svojega obstoja postal mednarodno uveljavljena ustanova, ki je s svojim znanjem, izkušnjami, raziskovalnim delom in številnimi nastopi naših strokovnjakov na pomembnih mednarodnih konferencah in delavnicah pripomogel k razvoju rehabilitacijske dejavnosti. Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča je organizacija, ki jo lahko prištevamo med uspešnejše na področju zdravstva (Zupanič Slavec in Jaunig, 2013).

V Sloveniji ima dolgo tradicijo v fizikalni medicini tudi balneoterapija, ki se ukvarja z zdravljenjem z zdravilnimi vodami in drugimi naravnimi sredstvi v obliki pitja, kopeli, oblog in inhalacij. Kot rehabilitacijske ustanove so se postopoma razvila tudi zdravilišča: v Rogaški Slatini za bolezni prebavil, v Radencih za bolezni prebavil, v Dobrni za ginekološke bolezni in bolezni gibal, v Dolenjskih in Čateških Toplicah za revmatske in druge sklepne bolezni, Zdravilišče Laško pa za stanja po poškodbah (Zupanič Slavec in Jaunig, 2013).

Oblika zdravstvene nege je bila v teh zdraviliščih organizirana glede na zahtevnost obravnavane populacije.

V Dolenjskih Toplicah so v začetku medicinske sestre sodelovale največ v ambulantni dejavnosti, kjer so sodelovale pri sprejemih, kontrolnih pregledih in odpustih pacientov. Dnevno so tako sprejemali do 15 pacientov na stacionarno zdravljenje.

Ker je termalna voda v zdravilišču Dolenjske Toplice najtoplejša od vseh termalnih voda v Sloveniji so med obolenji sprva prevladovala revmatska in degenerativna obolenja. Prva analiza termalne vode je že leta 1777 pokazala, da je voda hidrokarbonatnega in kalcijevega tipa, rahlo mineralizirana in brez proste ogljikove kisline. Izoakratoterme z več vreli vode, ki prihajajo iz globine skoraj 1000 m s kapaciteto 30 l/sekundo imajo pri izviru od 36–38° C (Završnik, 1987). Poleg kroničnih obolenj so sprejemali na rehabilitacijo tudi stanja po poškodbah in operacijah lokomotorne aparata in opeklina. Za terapije opeklin so v Lekarni Dolenjske Toplice izdelovali posebno galensko pripravljeno mazilo in sestava recepta se še danes hrani v lekarni. Vsakemu pacientu se je ob sprejemu kontroliralo vitalne znake, starejšim nad 60 let pa se je posnel EKG. Vsakodnevno je delovala internistična ambulanta, predvsem v detekciji osteoporoze. Za merjenje kostne gostote so se nekatere medicinske sestre dodatno izobraževale na Inštitutu za varovanje zdravja. Za popoldne in ponoči pa so bile medicinske sestre v pripravljenosti doma. V primeru potrebe pacientov po zdravstveni negi jih je receptor zdravilišča poklical. Med posegi in postopki so bili: najpogosteje aplikacija intramuskularne terapije, asistenca ali vstavev stalnega urinskega katetra, preveze ran.

3 Vloga medicinske sestre v Termah Krka Dolenjske Toplice danes

Na zdravljenje v Center medicinske rehabilitacije v Termah Krka Dolenjske Toplice prihajajo tako gosti/pacienti, ki jih napoti ZZZS, kot tudi samoplačniki, ki želijo, da se jim povrne zdravje, zmanjšajo težave, ki jih prinese breme let, ali da ohranjajo zadovoljivo raven psihofizične kondicije. V zdravilišču, delujejo diagnostične in specialistične ambulante z najsodobnejšo opremo in priznanimi strokovnjaki. V sklopu specialističnih ambulant delujejo: fiziatrična, ambulanta za osteoporozo, travmatološka, ortopedska, revmatološka, nevrološka, ambulanta za EMG in nevrokirurška ambulanta. Vsako področje ima svoje specialnosti, ki jih ambulantna medicinska sestra mora poznati. Vsakodnevno se na rehabilitacijo sprejme povprečno 20 novih pacientov. Ambulantna sestra vsakega pacienta:

- sprejme, prijazno pozdravi, se predstavi,
- predstavi hišni red, način obravnave, kje se nahajajo prostori za fizioterapijo,
- zmeri vitalne znake,
- posname EKG (nad 65 let ali znani srčni patologiji),
- razporedi v fiziatrično ambulanto,
- preveri medikamentozno terapijo in jo zapiše v kartoteko,
- preveri prisotnost alergij,
- preveri predpisane diete,
- povpraša po posebnostih, spalnih navadah,
- pridobi telefonski kontakt svojca.

Na rehabilitacijo se sprejme paciente z naslednjimi indikacijami:

- Standard tip 1 - vnetne revmatske bolezni,
- Standard tip 2 - degenerativne bolezni hrbtenice in gibal,
- Standard tip 3 - stanja po operacijah/poškodbah lokomotorne sistema,
- Standard tip 4 - nevrološka obolenja.
- Standard tip 6 - stanja po operacijah na rodilih in dojkah.

Pri sprejemu se upoštevajo tudi kontraindikacije za medicinsko rehabilitacijo:

- akutne infekcijske bolezni,
- nezdravljene duševne bolezni,
- nezdravljena maligna obolenja,
- krvavitve,
- dekompenzacija vitalnih organov.

Obravnava gosta/pacienta poteka izključno individualno ter pri motiviranemu pacientu. Pri zdravljenju sodelujejo fiziatr, fizioterapevti, delovni terapevti in medicinske sestre, ki so v rehabilitacijskem zdravljenju v podporni vlogi. Vsak pacient ima že v pričetku rehabilitacije določene tri termine pri fiziatru: sprejemni, kontrolni in odpustni termin. Pri pojavu zdravstvenih težav, kakršnih koli odstopanj, je kontrolnih pregledov pri fiziatru več. Hrano pacientom prinese natakar, kar pacienti vidijo

kot dodano vrednost; če mu hrano prinese medicinska sestra se počuti kot pacient, če pa mu jo prinese natakar pa se počuti kot gost, kar deluje kot psihološka podpora.

Na ambulantno zdravljenje prihajajo poškodovanci/pacienti vsak dan od doma. Pri zdravljenju se uporabljajo vsi postopki in metode sodobne fizikalne in rehabilitacijske medicine s poudarkom na kinezioterapiji. Ta se pri pacientu usmerja na poškodovani del in organizem hkrati. Pri rehabilitaciji je pomembna zlasti ocena gibljivosti in mišične moči prizadetega dela kar izvajajo specialisti fizikalne in rehabilitacijske medicine, ki predpišejo vrsto, število in obliko terapij. V prvi fazi rehabilitacije se namenja pozornost tudi oceni stanja poškodovanega dela in jo z različnimi meritvami izvajajo fizioterapevti. Izvedene meritve ob zaključku zdravljenja so rezultati, ki se jih da izmeriti, ovrednotiti in so zanesljiv pokazatelj uspešnosti rehabilitacije. Za uspešnost rehabilitacije se upoštevajo naslednja načela (Turk, Jesenšek Papež, in Turk, 2008):

- motivacija poškodovanca,
- zgodnji začetek kinezioterapije,
- analiza in razumevanje vaj pri kinezioterapiji,
- izogibanje bolečin,
- postopnost in sistematičnost,
- kontinuiranost,
- aktivno sodelovanje poškodovanca,
- vztrajnost,
- izogibanje monotoniji terapij ter
- spremljanje in evidentiranje učinkov.

Pri rehabilitaciji se izvaja tudi mehanoterapija, termoterapija, hidroterapija, po potrebi tudi respiratorna fizioterapija. Pri težje pomičnih pacientih zdravstvena nega poskrbi, da se pacienti urejeni udeležijo predpisanih postopkov fizioterapije. Topla termalna voda vsestransko dobrodejno vpliva na zdravje. Pozitivni učinki so zvišana temperatura v posameznih tkivih, vazodilatacija, izboljšana cirkulacija, protibolečinsko delovanje, zmanjšanje mišične napetosti, pomirjevalni učinek, povečanje aktivnosti lokalnega metabolizma, večanje transudacije v koži, stimuliranje imunskega sistema, večja sproščenost in hormonska reaktivnost. Za vključitev pacienta v hidroterapijo se poleg stanja operativne rane upošteva prisotnost pridruženih bolezni, predvsem srca.

4 Negovalni oddelek

Medicinska rehabilitacija je razdeljena na stacionarno ter ambulantno zdravljenje. Pri stacionarnem gre za časovno omejeno obliko, namenjeno težjim primerom na začetku rehabilitacije in se izvaja z bivanjem v hotelu. Paciente, ki so napoteni na zdravljenje neposredno iz bolnišnic se namesti na negovalni oddelek.

Na zgodnjo rehabilitacijo se na negovalni oddelek sprejema:

- travmatološke paciente (UKC Ljubljana, SB Trbovlje, SB Brežice, SB Jesenice, SB Šempeter,
- ortopedske paciente (Ortopedija Ljubljana, Valdoltra),
- nevrološke paciente (nevrološka klinika UKC Ljubljana, SB Novo mesto, SB Trbovlje, SB Jesenice),
- nevrokirurške paciente (UKC Ljubljana).

Značilnost večine premeščenih pacientov je, da imajo pacienti po operativnih posegih še sponke, večina nevroloških je težje pokretnih, velika večina pa ima pridružene kronične bolezni, ki so značilne za starejšo populacijo. V raziskavi izvedeni leta 2016 so bili vključeni pacienti po zlomu kolka v sklopu nadaljevanja bolnišničnega zdravljenja. Raziskava je bila izvedena avgusta 2016, izvedena je bila analiza zdravstvene in negovalne dokumentacije za travmatološke paciente v obdobju enega leta. V raziskavo je bilo vključenih 166 pacientov, od tega je bilo 71 % žensk in 29 % moških. Povprečna starost je bila 77 let. Operacija kolka se najpogosteje izvede pri starejših, ki imajo dodatne težave, kot na primer srčna obolenja, visok krvni tlak, sladkorno bolezen, kronična ledvična obolenja, KOPB, osteoporozo, naglušnost, različne oblike demence, zdravljene karcinomske bolezni, stome in posledično imajo veliko predpisane terapije (Akesdotter - Gustafsson, Ekman, Ponze in Heikkila, 2012). Število predpisanih zdravil je variralo od 1 (samo analgetik) do 19 zdravil dnevno. Izračunano povprečje za vseh 166 pacientov pa je prejemanje 8 zdravil dnevno.

Zaradi naraščanja deleža starejšega prebivalstva je posledično na rehabilitacijo sprejetih veliko starostnikov, najstarejša pacientka je imela 102 leti, ni malo pa tudi pacientov starih nad 85 let. Starostne spremembe niso enake bolezenskim, se pa velikokrat prepletajo in dopolnjujejo. Značilnost starejše populacije je, da se manj prilagajajo spremembam, želijo ohraniti svoj življenjski bioritem in navade, ne glede na nivo vključenosti v zdravstveni sistem. Ker so za kakovostno rehabilitacijo značilni 3 P (pokazati, ponoviti, preveriti) je veliko ponavljanja in učenja. Leta 2020 naj bi imeli starejši od 65 let možnost, da so socialno aktivni in da v polni meri živijo zdravo življenje še več kot 10 let. Takih, ki jim bo zdravstveno stanje v starosti 80 let dopuščalo, da samostojno živijo v domačem okolju, obdržijo samospoštovanje in ustrezno samopodobo ter svoje mesto v družbi, pa naj bi bilo leta 2020 kar 50 % več, kot jih je bilo leta 2000 (Ovsenik, 2011).

V sodobnem negovalnem oddelku Term Dolenjske Toplice je v 40 sobah na voljo 72 ležišč. 9 sob je prilagojenih gibalno oviranim, vse sobe imajo več klicnih naprav, električne postelje, nad pacienti pa 24 ur na dan bdi tim usposobljenih medicinskih sester. Zdravstvena nega se izvaja po modelu Virginie Henderson z izvajanjem aktivnosti za zagotavljanje štirinajstih osnovnih življenjskih potreb.

Sam proces zdravstvene nege na rehabilitaciji se začne, ko se medicinska sestra prvič sreča s pacientom in mora ugotoviti, kakšne so njegove zmožnosti in odvisnosti od pomoči medicinske sestre pri izvajanju 14 življenjskih aktivnosti. Pomembno pa je

tudi kakšna pričakovanja ima pacient, da doseže stopnjo zdravja, kakršna je bila pred poškodbo/obolenjem, oziroma, da se vsaj približa taki stopnji. Vsaka medicinska sestra, ki pristopi k pacientu nasmejana, prijazna, s strokovnim znanjem, z občutkom in poslušom do sočloveka, naredi pacienta za polovico bolj zdravega.

Pomen zdravstvene nege je v kakovosti, saj z dobro zdravstveno nego pacient lahko izvaja fizioterapijo, tako napreduje in okreva. Podporna zdravstvena nega, nato nadzor ter delna pomoč in na zaključku rehabilitacije samooskrba pacienta, so trije vidiki, ki jih izvaja pri zdravstveni negi pacientov (Karan, 2006). Pri delu s pacientom na vseh stopnjah zdravljenja in rehabilitacije sta enakovredno pomembna ustrezna strokovna obravnava in primeren odnos do pacienta, ki je ustvarjalni temelj za pacientovo aktivno sodelovanje v procesu zdravljenja (Bavčar, 2012).

Vsakega pacienta sprejme in pregleda fiziaterinja, ki ob prisotnosti medicinske sestre ugotavlja izpadle funkcije, potrebe po fizioterapiji, kontrolira sposobnost transferja iz invalidskega vozička, izvede test hoje ter ugotovi stopnjo samooskrbe. Vsa predpisana terapija in navodila se dokumentira na temperaturni list, v negovalno dokumentacijo ter rehabilitacijski kartonček.

Mnoga bolezenska stanja prinašajo številne težave s katerimi se srečujejo rehabilitacijski timi v zdraviliščih pri svojem vsakdanjem delu. Te lahko vključujejo (Bela knjiga o fizikalni in rehabilitacijski medicini, 2006):

- dolgotrajno ležanje in nepomičnost, ki povzročata izgubo telesnih in psihičnih funkcij,
- motorični primanjkljaj, ki povzroča oslabelost in izgubo funkcije,
- spastičnost, ki vodi v deformacije udov in povzroča težave s samopodobo,
- okvare pri delovanju mehurja in črevesa, ki so povezane z nepomičnostjo,
- RZP kot posledica nepomičnosti pri pacientih s poškodbo hrbtenjače, sladkorno boleznijo, splošno oslabelostjo in pri ostarelih pacientih,
- disfagijo –pacienti z motnjami požiranja, ki se težko hranijo in obstaja tveganje za aspiracijo hrane, aspiracijsko pljučnico ali podhranjenost,
- bolečinske sindrome,
- težave pri sporazumevanju, nezmožnost komuniciranja,
- spolne motnje kot posledica okvar funkcije organov,
- spremembe razpoloženja, vedenja, osebnosti,
- spremembe v družinski dinamiki, medosebnih odnosih, zaposlitvenih možnosti in finančni varnosti.

Medicinska sestra mora že ob prvem stiku, ob sprejemu pacienta vzpostaviti spoštljiv in prijazen odnos, da pacient začuti strokovnost, sprejetost in varnost rehabilitacijske obravnave. Pravilna komunikacija omogoča spoznavanje pacienta in njegovih svojcev s psihičnega, fizičnega, socialnega in duhovnega vidika ter vzpostavlja učinkovitejše odnose med zdravstvenimi delavci ter pacientom in svojci. Komunikacija se glede zdravstvenega stanja, stalno spreminja. Doživljanje in funkcioniranje pacientov je pogosto spremenjeno zaradi stresnega doživljanja in funkcioniranja ob soočanju pešanja in odpovedi čutil, pogosteje pa zaradi obojega hkrati (Jelen Jurič, 2009).

Ugotavljanje izpadlih potreb pacienta se izvede z intervjujem, pri tem se ugotavlja stopnjo samostojnosti ter sposobnosti pri izvajanju osnovnih življenjskih aktivnosti. Ugotavlja se tudi pacientovo orientiranost: časovno, krajevno, situacijsko ter pacientovo sposobnost samostojnega odločanja. Pregleda in dokumentira se pacientova medikamentozna terapija, predvsem se pozornost usmeri na manjkajoča zdravila. Vsi pacienti imajo zdravstveno in negovalno dokumentacijo, vitalne znake se redno nadzoruje, velikokrat tudi 3x dnevno. Redno se kontrolira prehranjevanje, hidracija in odvajanje. Zdravstveno osebje je pozorno do dejavnikov tveganja in vzrokov, ki lahko privedejo do dehidracije, velikokrat je vidna že ob sprejemu pacienta (Faes, 2007, v Mentés, 2006 in Amella, 2004).

Skupni dejavniki tveganja za dehidracijo pacienta so: starost nad petinosemdeset let, ženski spol, nizka telesna teža in slabše zaznavanje žeje. hospitalizacija, pomanjkanje negovalnega kadra v instituciji, premalo izobražen/ozaveščen kader, poletni čas/povišana temperatura v bivalnem prostoru in izoliranost.

Prav tako medicinska sestra pozna vzroke, ki lahko privedejo do dehidracije (Faes, 2007, v Mentés, 2006 in Amella, 2004):

- funkcionalni vzroki: slaba pokretnost, težave z razumevanjem in komunikacijo, zanemarjanje samega sebe,
- bolezenski vzroki: Alzheimerjeva bolezen, več kot pet kroničnih bolezni, izguba tekočine pri driski, bruhanju, vročini, krvavitvi, tahipneji, poliuriji, RZP, sladkorna bolezen, zmanjšan vnos tekočine pri disfagiji in anoreksiji, zmedenost, depresija, demenca, strah pred inkontinenco; zdravila: odvajala, diuretiki, litij, pomirjevala, visok vnos beljakovin, omejitve tekočine in soli.

Velikokrat pri starostniku težko prepoznamo dehidracijo lahko je prvi znak zmedenost starostnika. Količina celokupne vode v telesu starostnikov je manjša, zato so tudi bolj ogroženi za dehidracijo. Med rehabilitacijo smo do primerne hidracije pozorni tudi zaradi specifičnih terapij (Cerk, 2011).

Namen rehabilitacije je tudi preprečevanje in pravočasna obravnava zapletov, izboljšanje motorične sposobnosti in opravljanje osnovnih dnevnih opravil kar pripomore k vrnitvi pacienta v domače okolje.

5 Zaključek

Rehabilitacijski cilji morajo biti realni, natančno ter sproti opredeljeni v vsaki fazi rehabilitacije. Postavljeni morajo biti individualno oziroma prilagojeni vsakemu pacientu posebej. Uresničitev vseh nalog je možna le, če so v obravnavo vključeni tudi svojci, ki bodo po odpustu pacienta spodbujali k nadaljevanju rehabilitacije in ohranjanju ali izboljševanju že doseženega funkcijskega stanja. Celostna rehabilitacija je kompleksen proces, skupno timsko delo medicine, predvsem fizikalne in rehabilitacijske, z njo povezane fizioterapije, zdravstvene nege, delovne terapije in drugih strok. V obravnavo so vključeni pacienti s prizadetostjo na dveh ali več področjih

delovanja, tj. gibanja, dnevnih aktivnosti, kontinentnosti, spoznavnih sposobnosti, sporazumevanja. Delo medicinskih sester je pogosto manj opaženo, saj pomagamo pri aktivnostih, ki jih ljudje izvajamo nezavedno, avtomatično. Tega se moramo zavedati, kot tudi tega, da je delo specifično, zahtevno, zahteva široko znanje iz različnih področij. Izziv za zdravstveno nego na rehabilitacijskem področju je v prihodnosti povečati obseg postopkov in posegov, ki se jih izvaja, narediti zdravstveno nego bolj vidno in tako zagotoviti možnost rehabilitacije čim večji skupini pacientov.

LITERATURA

1. Ačimović Janežič, R. (1995). Razvoj fizioterapije v Sloveniji. *Zdrav vestnik*, 64 (1), 141-2.
2. Akesdotter – Gustafsson, B, Ekman, S, Ponze, S in Heikkila, K. (2009). The hip and knee replacement operation: an extensive life event. Pridobljeno 29. 03. 2012, s <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=2010854833&site=ehost-live>.
3. Amella, EJ. (2004). Feeding and hydration issues for older adults with dementia. *Nurs Clin North Am*, 39, (3), 607-23.
4. Bavčar, P. (2012). Psihologova pomoč bolniku pri sprejemanju težav z motnjami požiranja. V R. Petkovšek - Gregorin (ur.), *Motnje požiranja in načini hranjenja*, (str. 73-80). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v rehabilitaciji in zdraviliški dejavnosti.
5. Cerk, K., Aleš, A. (2011). Starostniki in ledvice. V M. Košnik et al. (ur.), *Interna medicina*, 4. izdaja, 1158. Ljubljana: Litterapicta.
6. Faes, MD, Spigt, MG, Olde Rikkert, MD (2007). *Geriatrics and Aging*, 10 (9), 590-6.
7. Gutenbruner, C., Ward, A., Chamberlain, M., A. (ur.) (2008). *Bela knjiga o fizikalni in rehabilitacijski medicini v Evropi* (str. 36). Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo.
8. Jelen Jurič, J. (2009). Zdravstvena nega v zadnjih dneh življenja. V S. Novaković et al. (ur.), *Paliativna oskrba ob koncu življenja: 22. Onkološki zbornik* (41-47). Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana in zveza slovenskih društev za boj proti raku.
9. Jelen Jurič, J. (2009). Zdravstvena nega v zadnjih dneh življenja. V S. Novaković et al. (ur.), *Paliativna oskrba ob koncu življenja: 22. Onkološki zbornik* (str. 41-47). Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana in zveza slovenskih društev za boj proti raku.
10. Karan, K. (2006). Rehabilitacija in posebnosti rehabilitacijske zdravstvene nege. V R. Trampuž (ur.), *Invalidnost-spregovorimo o njej: zbornik prispevkov* (str. 55-61). Nova Gorica: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov.
11. Karan, K. (2009). Kaj je rehabilitacija. Rehabilitacijska zdravstvena nega starostnika z žilno problematiko (str. 3-6). Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v rehabilitaciji in zdraviliški dejavnosti.
12. Karan, K. (2014). Rehabilitacijska zdravstvena nega. V T. Erjavec et al. (ur.), *Rehabilitacijska zdravstvena nega* (str. 9-17). Ljubljana: Univerzitetni rehabilitacijski inštitut – Soča.

13. Ovsenik, M. (2011). Staranje – izziv znanosti. V D. Železnik et al. (ur.), *Gradimo prihodnost: odprti za spremembe in nove izzive na področju raziskovanja zdravstvenih in socialnih ved: 1. Znanstvena konferenca z mednarodno udeležbo s področja zdravstvenih in socialnih ved. Zbornik predavanj z recenzijo* (str. 68-79). Slovenj Gradec: Visoka šola za zdravstvene vede.
14. Turk, Z., Jesenšek Papež, B. in Turk, E. (2008). Specifičnost rehabilitacije starostnikov. *Zdravstveni vestnik*, 77 (8), 833-38.
15. Završnik, H. (1987). *Balneologija. Enciklopedija Slovenije*. Ljubljana: Mladinska knjiga.
16. Zupanič Slavec, Z. in Jaunig, S. (2013). Razvoj medicinske rehabilitacije v Sloveniji in Ljubljani. *Zdravstveni vestnik*, 82 (7), 514-19.

Medgeneracijsko sodelovanje: mentor – mentoriranec

POVZETEK - Klinično usposabljanje na področju zdravstvene nege je eden najpomembnejših elementov v procesu izobraževanja študentov zdravstvene nege. Prinaša jim znanje in izkušnje s strokovnega področja, omogoča povezovanje teoretičnega s praktičnim znanjem in vpliva na razvoj njihovih osebnih in profesionalnih vrednot. V delovnem okolju se v procesu kliničnega usposabljanja študenti srečajo z različno starimi posamezniki in s tem z različnimi generacijami zaposlenih, ki jih opazujejo in z njimi komunicirajo skozi značilnosti njihove generacije, kar je lahko pri vzpostavljanju medosebnih odnosov zelo zahtevno. Vloga mentorja je pri vodenju, usmerjanju in razvoju bodoče generacije ključna. Mentorji so pri svojem delu odgovorni za varnost pacienta in študenta, za čim bolj kakovostno prakso in za razvijanje kompetenc. Prenajanje znanja in spretnosti preko pozitivne podobe, ki predstavlja študentu zgled, je najuspešnejša in najučinkovitejša oblika izobraževanja. V procesu kliničnega usposabljanja poskuša mentor vzpostaviti s študenti čim boljši stik, z jasnimi pravili in zahtevami, a tudi zagotovilom, da se bo po najboljših močeh potrudil izpolniti njihova pričakovanja. Motivira ga za čim večjo aktivnost in sodelovanje, prisluhne njihovim željam in jih v čim večji meri upošteva. V komunikaciji s študenti mora biti mentor iskren in zanesljiv. Zelo pomemben je prvi vtis, ki ga vzpostavi z njimi. Od tega je odvisno, kakšen odnos bodo imeli študenti do njega kot do strokovnjaka in kot človeka. Za uspešno mentoriranje nista ključna samo mentor in mentoriranec, pač pa še številni drugi dejavniki.

KLJUČNE BESEDE: zdravstvena nega, klinično usposabljanje, mentor, mentoriranec

1 Uvod

Področje izobraževanja je eno najobsežnejših področij medgeneracijskega sodelovanja, saj zajema vse generacije, od najmlajših do starostnikov. V zadnjem desetletju smo priča velikim spremembam na vseh področjih izobraževanja, tudi na področju formalnega izobraževanja v zdravstveni negi. Z ustanavljanjem novih zdravstvenih visokih šol in fakultet in z uvedbo bolonjskih reform študijskih programov, s katerimi se je povečal obseg praktičnega usposabljanja, se je izjemno povečala potreba po številu učnih mest v kliničnem okolju in številu usposobljenih mentorjev.

Znanje in izkušnje študentov iz kliničnega okolja so eden od pomembnejših elementov v procesu izobraževanja v programih zdravstvene nege. Pri vodenju, usmerjanju in razvoju bodoče generacije je vloga mentorja ključna. Za mentoriranje (študente zdravstvene nege) pomeni klinično usposabljanje enega prvih stikov s prakso in s poklicem, za katerega se izobražujejo, zato imajo do mentorja in do programa

usposabljanja veliko pričakovanj. Mentor je diplomirana medicinska sestra (ali zdravstvenik), ki ima veliko strokovnega znanja in izkušenj ter visoko razvite osebne in profesionalne vrednote, potrebne za svoj poklic, dobre komunikacijske in organizacijske sposobnosti, predvsem pa veliko veselja za delo z mladimi. Mentorstvo ji mora biti izziv. V procesu kliničnega usposabljanja poskuša s študenti vzpostaviti čim boljši stik, z jasnimi pravili in zahtevami, a tudi zagotovitom, da se bo po najboljših močeh potrudila zanje. Motivira jih za čim večjo aktivnost in sodelovanje, prisluhne njihovim željam in jih v čim večji meri upošteva. Prenašanje znanja in spretnosti preko pozitivne podobe mentorja, ki predstavlja študentu zgled, je najuspešnejša in najučinkovitejša oblika izobraževanja.

Zahtevno vodenje študenta na kliničnem usposabljanju je za medicinske sestre postalo zahtevno dodatno delo, čez noč smo se soočile z odgovornostjo, za katero nismo bile dovolj pripravljene niti usposobljene. Primanjkuje nam pedagoških znanj, ob skrbi za pacienta pa za študente pogosto primanjkuje tudi časa. Medtem so se razmere še poslabšale. Prepoved zaposlovanja in zmanjševanje števila kadra nas je pripeljalo do začaranega kroga, ko morajo mentorstvo prevzemati tudi kolegice, ki si tega niso prostovoljno izbrale, pri čemer prihaja na obeh straneh do precejšnjih razočaranj, najbolj trpi pa kakovost praktičnega izobraževanja. Ob splošnem kadrovskem pomanjkanju so postali študenti povsod zaželeni poceni delovna sila, ki blaži kadrovske pretrese v organizaciji.

Mentorstvo je sestavni del nalog diplomiranih medicinskih sester, vpeto v sklop vseh naših drugih nalog. V zdravstvenih institucijah mentorskega dela ne upoštevajo in ne nagrajujejo. Medicinske sestre mentorstvo dojemamo kot moralno obveznost, ki izhaja iz našega etičnega kodeksa.

V prispevku bom skozi opis pomena mentorstva ter vlog, nalog in kompetenc mentorja- diplomirane medicinske sestre in mentoriranca-študenta zdravstvene nege, predstavila izzive, ki ovirajo kakovostno klinično usposabljanje v zdravstveni negi in možnosti za uspešno soočenje z njimi.

2 Medgeneracijsko sodelovanje

2.1 Generacijske razlike

Demografska kriza in kriza vrednot, v kateri se danes nahaja večina razvitih držav, sta trenutno verjetno največja izziva sodobne družbe. Povsod po svetu se živi dlje, tudi Slovenci postajamo vedno bolj dolgoživa družba. Doba, ki jo bomo preživeli na delovnem mestu, se podaljšuje, zato so še bolj kot prej stopile v ospredje medgeneracijske razlike. Na eni strani se delovna populacija vse hitreje stara, na delovna mesta pa prihaja mlajša, ki ima povsem drugačne vrednote in poglede na delo (Brečko, 2008, v Senica, 2014, str. 11).

Staranje prebivalstva vpliva tudi na medgeneracijska razmerja med zaposlenimi. Za podjetja je strateško izredno pomembno, da v delovnih sredinah sistematično razvijajo in promovirajo medgeneracijsko sožitje in sodelovanje (Podnar, 2009, v Senica, 2014, str. 12). Pripadniki različnih generacij se srečujejo med seboj v osebnem in poslovnem svetu. Za njihovo uspešno komuniciranje je zelo pomembno poznavanje značilnosti generacij, saj je uspešna delovna komunikacija izrednega pomena za dobre medosebne odnose in posledično za dobro poslovanje vsake organizacije (Vičič in Pahor, 2010, str. 254, v Senica, 2014, str. 12). Pri delu z različnimi generacijami je pomembno poiskati skupne točke in upoštevati razlike. Zavedati se moramo, da se sodelovanje med generacijami ne bo zgodilo samo od sebe, zato je treba spodbuditi dialog, lahko pa se pridobljeno znanje in izkušnje tudi zapisujejo in tako nastane »katalog znanja«, ki ostane v trajni lasti organizacije (Špiler Božič, 2011, v Senica, 2014, str. 10).

2.2 Gerontološka delitev generacij

V okviru gerontologije in vede o medgeneracijskem sožitju pojem generacija pomeni družbeno skupino pripadnikov vsakega od treh življenjskih obdobjev – mladosti, srednjih let in starosti:

- mlada generacija (imenovana tudi prva generacija) so mladi ljudje od začetka življenja do starosti, ko se povprečje vrstnikov celovito osamosvoji (služba, lastno gospodarstvo, prvi otrok). Mejniki je še danes petindvajset let življenja, vendar se meja samostojnosti že več desetletij pomika navzgor;
- srednjo generacijo (tudi odraslo, starševsko, zaposleno ali drugo generacijo) tvorijo ljudje v srednjih letih življenja, ki jih danes družbeno najbolj opredeljuje delovna zaposlenost do upokojitve, pri nas povprečno pri šestdesetih letih življenja in se tudi pomika v poznejša leta;
- tretja generacija (tudi upokojenska, generacija dedkov in babic) so vsi starejši ljudje, ki so v družini opravili starševsko vlogo do zrelosti otrok, v službi pa poklicno vlogo redne zaposlitve do polnega upokojitvenega obdobja (Ramovš, 2013, str. 9).

Generacijska teorija pojasnjuje, da obdobje, v kateri se je neka oseba rodila, vpliva na razvoj njenega pogleda na svet. Človekov sistem vrednot se oblikuje predvsem v prvem desetletju življenja, kar dolgoročno vpliva na družine, prijateljstva in skupnosti. Zato se generacije razlikujejo glede na vrednostne sisteme, ki so jih oblikovale v času svojega odrasčanja in če poznamo vrednote, ki so skupne generacijskim skupinam, potem lahko bolje razumemo njihova različna prepričanja in vedenja, čeprav se z njimi ne strinjamo. Medgeneracijsko učenje nam omogoči razumeti druge generacije in njihov pogled na svet (Howe in Strauss, 1991, v Ramovš, 2013, str. 11).

2.3 Razvrstitev generacij

Glede na sisteme vrednot sta Howe in Strauss (1991) pripadnike posameznih generacij v ameriški družbi razdelila v naslednje skupine:

- tiha generacija je bila rojena pred 1946. To je generacija naših starih staršev, ki je odraščala v trdih razmerah, še posebej pa jo je zaznamovala druga svetovna vojna. Njene vrednote so zasebnost, njena identiteta sloni na trdem delu, neradi izgubljajo čas s stvarmi, ki se jim zdijo nekoristne, težko izražajo čustva, veliko težo dajejo dogovorom in formalnim, olikanim pogovorom, zelo spoštujejo avtoriteto;
- baby-boom generacija je bila rojena približno med letoma 1946 in 1963. Ta generacija je živela že v ekonomskem izobilju, ki ji ga je nudila generacija njihovih staršev z željo, da bi imeli boljše in lepše življenje, kot so ga imeli sami. Zaznamuje jo egocentričnost, radi tekmujejo in težijo k nenehnim spremembam. Zelo veliko jim pomeni napredovanje na družbeni lestvici. Težijo k temu, da sta verbalna in neverbalna komunikacija skladni. Ta generacija zna bolje izražati čustva od svojih staršev. Ne mara trdnih pravil, druge ljudi sprejema na podlagi standardov, ki izhajajo iz osebnih predstav;
- generacija X je bila rojena približno med letoma 1964 in 1978. Pomemben ji je osebni razvoj, neodvisnost in ustvarjalnost, do predpostavljenih so nezavpljivi in kritični, raje širijo svoje ideje. Radi trdo delajo, da imajo potem dovolj prostega časa zase. Iz svojega okolja potrebujejo nenehne povratne informacije. Tej generaciji so elektronski mediji že zelo blizu, radi komunicirajo z elektronsko pošto in s kratkimi neformalnimi pogovori;
- generacija Y je bila rojena približno med letoma 1979 in 1997 in je odraščala v tehnološki revoluciji. Je pozitivno naravnana, ima optimističen pogled na svet, zelo je avtonomna, njeni predstavniki se radi učijo in ukrepajo neodvisno od drugih ljudi. Med njimi je velika raznolikost, odraščali so ob medijih in jih vsestransko uporabljajo. Radi služijo in zapravljajo denar, potrebujejo veliko zunanjih spodbud za stik z realnim svetom. Generacija Y je odklopljena od realnosti in potrebuje veliko spodbud starejših za funkcioniranje v vsakdanji realnosti (Rammovš, 2013, str. 13);
- generacija Z so najmlajši predstavniki planeta, rojeni med letoma 1995 in 2010, imenovani tudi e ali net generacija. Pripadniki te generacije so strokovnjaki za internet, raje se sporazumevajo s sporočili, kot govorijo v živo, njihovi idoli so YouTube zvezdniki, zaradi recesije so hitreje postali zreli, hobije spreminjajo v službe, so vedno en korak pred drugimi, so generacija inovatorjev, aktivna generacija, prednost dajejo kakovosti, so bolj odprti do drugačnosti (Pompe, 2014).

Vsako generacijo označujejo določene karakteristike splošne narave in odražajo družbene okoliščine, v katerih je posamezna generacija odraščala. Niso popolnoma enovite in homogene in vseh značilnosti posamezne generacije ne moremo pripisati vsem pripadnikom določene generacije. Kljub temu lahko na splošno prepoznamo določene skupne karakteristike (Burke, 1994, v Druškovič, 2010).

3 Mentorstvo v praktičnem usposabljanju

3.1 Definicija in koncept mentorstva

Različni avtorji opisujejo mentorstvo kot recipročni in sodelovalni učni odnos med dvema ali več posamezniki, ki si delijo vzajemno odgovornost pri pomoči kandidatu za doseganje jasnih in skupno opredeljenih učnih ciljev (Cimermančič, 2014, str. 69). V svojem bistvu predstavlja mentorstvo podajanje in širjenje znanja in je staro toliko, kot človeštvo. Že Socrates je dejal, da je znanje največja vrednota, ki jo lahko posreduje človek in da mora biti deljeno za dobro okolja. Čeprav začetkom mentorstva lahko sledimo vse do kamene dobe, se njegovo bistvo do danes ni spremenilo (Bjelan, 2010, str. 3).

Sodobni koncept mentorstva se je razvil v 60. letih preteklega stoletja. Mentorstvo je v vsakem učnem procesu zelo pomembno, saj prinaša mentorju, mentorirancu in organizaciji, kjer se mentorstvo izvaja, številne prednosti (Ploj, 2013, str. 4). Mentorstvo je organiziran in skrbno načrtovan proces, hkrati pa profesionalen, zaupen in spoštljiv učni odnos, v katerem izkušenejši in večči posameznik – mentor prenaša svoje znanje, kompetence, izkušnje, veščine, prepričanja in vrednote drugemu, običajno mlajšemu posamezniku. Gre za vzajemni, sodelovalni odnos, skupno odkrivanje in učenje, razvoj spretnosti in kompetenc (Govekar Okoliš idr., 2010b, str. 5, v Ploj, 2013, str. 5). Oba udeleženca si delita odgovornost za doseganje kandidatovih učnih ciljev (Cimermančič, 2014, str. 69).

O uspešnosti mentorstva odločajo tri kritične točke: ujemanje mentorja in študenta, jasno opredeljen, s študentom usklajen načrt mentorstva ter mentorjeva redna povratna informacija študentu o zadovoljstvu z njegovim delom in posredovanje usmeritev za nadaljnje delo (Ploj, 2013, str. 22).

3.2 Cilji mentorstva

Praktično usposabljanje študenti potrebujejo zato, da se konkretno seznanijo s svojim bodočim strokovnim delom ter ob tem ovrednotijo svoja teoretična znanja s praktičnimi izkušnjami. Zato je potrebno, da fakulteta in delovna organizacija, kjer poteka praksa, zagotovita izvedbo kakovostnega usposabljanja (Govekar - Okoliš, 2012, v Terseglav Tomazin, Noč, Kmet in Mežik Veber, 2016, str. 44).

Rečnik in sodelavci (1999) navajajo, da izhodišče za določanje in oblikovanje ciljev praktičnega izobraževanja in poklicnega usposabljanja v delovnem procesu izhaja iz programskih ciljev vsakega poklica.

Globalni cilji vsakega programa so opredeljeni kot:

- informativni cilji (osvajanje znanj, informacij programov, teorij; pridobivanje znanja o temeljnih metodah ter postopkih reševanja strokovnih problemov; razvijanje spretnosti, potrebnih za doseganje standardov in norm delovne izurjenosti);
- formativni cilji (definira se jih z vidika razvojno - procesnih ciljev in poudarjajo zlasti: osmišljanje teoretičnega s praktičnim in praktičnega s teoretičnim; razvi-

- janje sposobnosti za uporabo znanja v konkretnih in novih delovnih situacijah; razvijanje spretnosti v praktični uporabi metod in postopkov ter sposobnosti, pomembnih za razumevanje problemov na strokovnem in delovnem področju);
- socializacijski cilji (razvoj socialno-kulturnih norm poklicnega delovanja in komuniciranja; razvijanje strokovne doktrine ter ključnih osebnostnih lastnosti, ki so povezane s kakovostjo dela v določenem poklicu oziroma stroki; razvijanje motiviranosti in sposobnosti za timsko delo) (Terseglav Tomazin, Noč, Kmet, in Mežik Veber, 2016, str. 44).

3.3 Skupne značilnosti, funkcije mentorstva

Mentorstvo poteka na različnih področjih, primerjave raziskav med njimi pa so pokazale skupne značilnosti, ki so jih povzeli Eby, Rhodes in Allen (2007):

- mentorstvo predstavlja edinstven odnos med posameznikoma, ki ga opredeljujejo in oblikujejo značilni vzorci interakcije. Posameznikovo življenje lahko spremeni, lahko so površinski, včasih pa tudi destruktivni;
- mentorstvo je učno partnerstvo, ki je glede na pridobivanje znanja učinkovito ali ne;
- mentorstvo je proces, ki ga opredeli mentorjev način podpore kandidatu glede na specifične funkcije mentorstva;
- mentorski odnos je vzajemen, njegov primarni cilj sta rast in razvoj mentoriranca;
- mentorski odnos je dinamičen in se skozi čas spreminja (Govekar Okoliš in Kranjčec, 2016, str. 47).

Funkcije študenta v procesu mentorstva so: karierne funkcije, ki spodbujajo študentov karierni razvoj in psihosocialne funkcije, ki povečujejo študentovo poklicno identiteto ter občutek lastne vrednosti in učinkovitosti na področju kliničnega usposabljanja (Govekar Okoliš idr., 2010, str. 15, v Ploj, 2013, str. 22).

3.4 Oblike mentorstva

Pridobivanje znanja se nikoli ne konča, učenje je naloga za vse življenje, saj se mora človek neprestano prilagajati različnim spremembam. Pri tem pa izobraževanje po formalnih poteh več ne zadostuje. Mnoga uporabna znanja pridobivamo po neformalni poti, v različnih okoljih in okoliščinah. Mentorstvo je ena najpogostejših oblik neformalnega izobraževanja (Kermavnar, 2009, str. 65).

Neformalno mentorstvo nastane, ko se glede na njun razpoložljivi čas in po predhodnem dogovoru dva sestaneta, jedro njunega pogovora pa je profesionalni razvoj oziroma možnosti napredovanja pri manj izkušenemu posamezniku. Pobudo za srečanje lahko data oba, njun odnos ni strukturiran, ni v naprej določen in nima v naprej določenih ciljev ali nalog (Vance, 2002, v Bjelan, 2010, str. 19).

Gre za osebnostno ujemanje dveh posameznikov, za poglobljen odnos med njima, za odnos, ki se spreminja v partnerstvo, pri čemer se drug od drugega uči oba. To je pretočen, konstruktiven odnos, v katerem se oba dobro počutita. Lahko traja različno dolgo, včasih je kratkotrajen, lahko pa preraste v trajno prijateljstvo. Slaba

stran neformalnega mentorstva so lahko omejitve zaradi spola, narodnosti, različnih interesov, poznanstev (Ramšak Pajk, 2007, str. 73, v Bjelan, 2010, str. 19).

Teorija formalne izobrazbe je bila v veljavi najmanj že v srednjeveškem izobraževanju. Formalno učenje poteka v organizirani obliki (učenje v šolah, usposabljanje v podjetjih) in vodi k formalnemu uradnemu priznanju (diplomi, potrdilu, certifikatu). To učenje je načrtno in namerno (Može, 2005, str. 40, v Bjelan, 2010, str. 20). Formalno mentorstvo je pogosto in je odvisno od narave pojavljanja, usmerjenosti, od pričakovanih rezultatov in predvsem od organizacije, institucije, oziroma od okolja, kjer je mentorstvo organizirano. Formalno mentorstvo ima navadno v naprej določen program, cilje in naloge, omejitve, pogoje in posledice ter je v skladu s cilji institucije, ki formalno mentorstvo omogoča, podpira in vodi.

Značilnosti formalnega mentorskega odnosa so:

- trajanje in pogostost odnosa – interakcij med mentorjem in mentorirancem je določeno;
- mentor je izbran glede na določene kriterije;
- vsak mentoriranec ima učni načrt;
- med mentorjem in mentorirancem poteka usklajevanje.

Program formalnega mentorstva vključuje časovni plan, kjer se mentor aktivno in z določenimi nameni ukvarja s študenti. Organiziran mora biti tako, da nudi enake možnosti vsem udeležencem (Ehrich, Hansford in Tennent, 2004, Gibson in Heartfield, 2005, Ramšak Pajk, 2007, str 73, v Bjelan, 2010, str. 19).

4 Vloga mentorja v praktičnem usposabljanju

4.1 Kdo je mentor

Beseda mentor se je najprej uporabljala v grških krogih politikov, športnikov in igralcev. Pomenila je osebo, ki je bila vzor in je imela močan vpliv na razvoj druge osebnosti in njene kariere. V različnih časovnih obdobjih obstajajo o tem, kdo je mentor, različne opredelitve. V osemdesetih letih prejšnjega stoletja so avtorji poudarjali pomen mentorja kot vodnika, kot spodbujevalca in kot tistega, ki ima dovolj izkušenj, v devetdesetih letih je bil mentor nekdo, ki je imel znanje in izkušnje o podjetju in o stroki ter je poznal sposobnosti praktikanta, da ga je lahko vodil. Danes obstaja veliko interpretacij in veliko avtorjev, izstopajoča pa sta odgovora, da je mentor vodnik, učitelj, vzgojitelj (moder, dobro misleč) svetovalec mladega človeka, pa tudi oseba, ki z nasveti in pojasnili usmerja ter vodi mladega, neizkušenega človeka (Govekar Okoliš in Kranjčec, 2016, str. 13).

Z besedo mentor opisujejo tudi izkušenega strokovnjaka, ki pomaga drugi, običajno mlajši osebi, uspešno razvijati strokovno pot (Kosoko - Lasaki, Sonnino in Voytko, 2006, v Kotnik, Petrica in Erjavšek, 2010, str. 240). Mentor je najpomembnejša vez med delovno organizacijo, šolo in družbo (Koprivnik, 1997 in Ramšak Pajk, 2007, v

Cimermančič, 2013, str. 69). Kakovost odnosa med mentorjem in mentorirancem je osnova za proces mentorstva, pomembne so predvsem mentorjeve osebne lastnosti in sposobnosti, da mentorirancu lahko pomaga in ga strokovno in osebnostno razvija (Govekar Okoliš in Kranjčec, 2016, str. 14).

4.2 Vloge in lastnosti mentorja

V procesu mentoriranja ima mentor več vlog:

- strukturna vloga mentorja je, da zna posameznika spodbujati k aktivnosti, načrtovanju, organiziranju, uvajanju in usklajevanju;
- podporna vloga se kaže v tem, da mentor posameznika sprejme, mu pomaga, je njegov prijatelj in mu svetuje;
- strokovna vloga se kaže v mentorjevem spodbujanju posameznika k razvoju, usposabljanju, vzgajanju in ocenjevanju.

Pomembno je, da je za svojo vlogo mentor usposobljen in da se zna prilagajati različnim situacijam in značilnostim posameznika (Juriševič, 2000, str. 6, v Govekar Okoliš in Kranjčec, 2016, str. 15); Mentor je vzornik, motivator in svetovalec mentorirancu. Avtorji navajajo, da je vloga mentorja tudi:

- spodbujati strokovni razvoj učenca,
- ustvarjati priložnosti za učenje na področjih komuniciranja, kritičnega mišljenja, odgovornosti, prilagodljivosti ter timskega dela,
- učiti specifičnih spretnosti,
- postavljati izzive in dodeljevati odgovornosti,
- dajati konstruktivne povratne informacije tako o učenčevih močnih kot šibkih točkah,
- pomagati razumeti kulturo podjetja ali zavoda, odgovarjati na vprašanja in dosegljivost za pogovor,
- spodbujati in dajati podporo,
- deliti informacije,
- učencu pomagati vzpostaviti mrežo poslovnih stikov,
- razvijati oz. spodbujati ustvarjalno mišljenje (Opalk, 2003, v Govekar Okoliš in Kranjčec, 2016, str. 15).

O tem, kakšno vlogo naj bi imel mentor, se mnenja razlikujejo. Nekateri študenti poudarjajo njegovo humano vlogo, drugi prijateljsko, tretji avtoritativno. Oris vlog, kaj naj bi mentor bil in kaj ne, prikazuje tabela 1.

Lastnosti dobrega mentorja vključujejo pozitivno naravnost k učnemu procesu, zagotavljanje pomoči in podpore ter skrb za lasten profesionalni razvoj. Med zelene lastnosti se uvrščajo znanje, entuziazem, interes, dostopnost, prijateljstvo, potrpežljivost, sposobnost konfrontacije in komunikacijske veščine. Poleg učenja praktičnih veščin in pospeševanja intelektualnega razvoja pri mentorirancu so mentorjeve naloge tudi vodenje mentoriranca pri seznanjanju z vrednotami, običaji, navadami in možnostmi poklica, vzor, svetovanje, moralna podpora, razvijanje zaupanja in

podpora v razvijanju mentorirančevih življenjskih ciljev (Andrews, Wallis, 1999, v Ramšak Pajk, 2007).

Tabela 1: Vloga mentorja

<i>Kaj naj bo mentor</i>	<i>Kaj mentor ni</i>
Vzornik	Učitelj
Prijatelj	Starš
Trener	Paznik
Svetovalec	Terapevt
Gradnik samozavesti	Varuška
Karierni usmerjevalec	Božiček
Zastopnik	Odvetnik

Vir: Žavski, S. (2015). Sodelovanje študenta in mentorja v procesu magistriranja (Magistrska naloga). Celje: Mednarodna fakulteta za družbene in poslovne študije, str. 16.

Nursing and Midwifery Council (NMC) je v letu 2004 za mentorje izdal priporočila za komunikacijo, ocenjevanje in vrednotenje dela, zagotavljanje spodbudnega okolja ter soočanje s spremembami v praksi zdravstvene nege (Nursing, 2008, v Kotnik, Petrica in Erjavšek, 2010, str. 240). Najuspešnejši mentorji so tisti, ki so pripravljeni razmišljati o svoji vlogi mentorja, o svojih pričakovanjih, predsodkih in omejitvah. Šele, ko je mentor sposoben dati na stran svoje poglede, upanja in strahove ter videti vse to v mentorirancu, je pripravljen razvijati pravi mentorski odnos. Dobro je, če se mentor zaveda razvitih kompetenc in jih zna, hoče in zmore uspešno uporabiti v mentorskem procesu (Opalk, 2003, v Žavski, 2015, str.17).

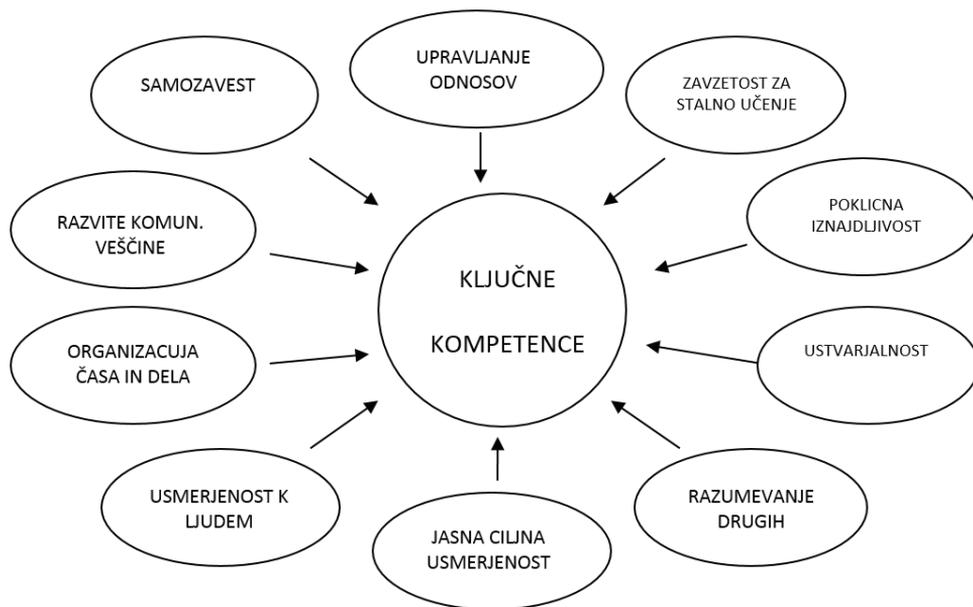
4.3 Kompetence mentorja

Najpomembnejša elementa mentorskega procesa sta mentor in mentoriranec. Za uspešnost mentorskega odnosa so ključne razvite kompetence obeh. Gre za celoto med seboj povezanih sposobnosti, znanja, motivacije, samopodobe in vrednot, ki jih posameznik zna, hoče in zmore uspešno uporabiti v danem procesu. Kompetence mentorja delimo v tri skupine:

- v ožje strokovne kompetence, kjer mentor obvlada širok repertoar učnih metod in pristopov, spodbuja študente k poglobljeni in kritični refleksiji in daje konstruktivno povratno informacijo;
- v kompetence, ki se nanašajo na komunikacijske zmožnosti, kjer pride do izraza mentorjeva empatičnost, zmožnost poslušanja, parafraziranje in postavljanje vprašanj;
- organizacijsko-administrativne kompetence obsegajo pripravo urnika in vodenje dokumentacije (Čeč, 2011, v Žavski, 2015, str.18).

Številne izkušnje na področju mentorstva so v zadnjih dvajsetih letih izoblikovale deset ključnih kompetenc mentorjev.

Slika 1: Ključne kompetence mentorja



Vir: Žavski, S. (2015). Sodelovanje študenta in mentorja v procesu magistriranja (Magistrska naloga). Celje: Mednarodna fakulteta za družbene in poslovne študije, str. 18.

Mentor mora biti strokovno usposobljena oseba. Lahko je:

- habilitirani učitelj – koordinator/mentor na zavodu (v šoli, na fakulteti),
- zunanji mentor, imenovan glede na strokovne zahteve posameznega zavoda (licencirani mentor);
- mentorje ločimo tudi glede na področje študijskih programov in vrste bodočih poklicev, za katere se mladi usposabljaajo.

Mentorji v pedagoškem mentorstvu vodijo praktično usposabljanje za bodoče učitelje, mentorji v nepedagoškem mentorstvu pa vodijo praktično usposabljanje za bodoče strokovnjake nepedagoških smeri (Kristl idr., 2007, str. 17, v Govekar Okoliš in Kranjčec, 2016, str. 32).

4.4 Stili vodenja v procesu mentorstva

Glede na način delovanja organizacije, zrelost in osebnostne lastnosti mentoriranca in mentorja se le-ta lahko odloči za različne stile vodenja:

- direktivni stil – mentor je zelo natančen pri posredovanju navodil in pri nadzoru opravljenega dela. Ta način vodenja je primeren za mentoriranca z manjšimi sposobnostmi in manjšim izhodiščnim znanjem, največkrat v začetnih letnikih študija;
- inštruktivni stil – mentor zelo natančno posreduje navodila in hkrati razloži raz-

log svoje odločitve, vendar posluša in tudi sprejema predloge mentoriranca, nadzoruje opravljeno delo in ga spodbuja ob njegovem napredku. Ta način je primeren za mentoriranca z več teoretičnega znanja, ki mu primanjkuje samozavesti;

- bodrilni stil – mentor mentorirancu pomaga pri izpeljavi zaupanih nalog in sprejemanju odločitev v zvezi s tem, pokaže, da mu zaupa in mu počasi kaže pot k samostojnosti;

delegiranje – mentor mentorirancu zaupa v tolikšni meri, da nanj prenese odgovornost za uspešno opravljeno nalogo. Študent samostojno opravi delo in se tudi samostojno odloča v primeru težav. Ta način vodenja je primeren za študente, ki imajo dovolj teoretičnega znanja za opravljanje določenih nalog, so dovolj osebno zreli in prepričani v lastne sposobnosti (Govekar Okoliš idr., 2010, str. 10, v Ploj, 2013, str.16).

5 Vloga mentoriranca v praktičnem usposabljanju

Za kakovostno praktično usposabljanje mentoriranca je v prvi vrsti potrebno njegovo teoretično in praktično znanje, motivacija, komunikacija, sodelovanje, praktično delo, učenje in izobraževanje v učni bazi.

Za uspešno delo v procesu mentorstva mora mentor poznati nekatere splošne kompetence mentoriranca, da:

- zna povezovati teoretična znanja s praktičnimi znanji, spoznanji in izkušnjami,
- je usposobljen za spremljanje in vrednotenje strokovne dejavnosti z vsebinskega, organizacijskega in institucionalnega vidika,
- pridobi praktične izkušnje pri načrtovanju, vodenju, izvajanju in vrednotenju strokovne dejavnosti,
- sodeluje z zaposlenimi v instituciji, kjer opravlja praktično delo in z njimi ustrezno komunicira,
- pridobi znanja o pomenu, možnostih in oblikah osebnega strokovnega izobraževanja in o spremljanju lastnega profesionalnega razvoja ter vseživljenjskega učenja in izobraževanja,
- pozna konkretne situacije, različne vloge strokovnega sodelavca in procesov znotraj določene institucije in razvije strokovne kompetence,
- kritično opazuje in vrednoti svoj proces praktičnega usposabljanja v izbrani instituciji in pripravi poročilo.

Vsak načrt praktičnega usposabljanja opredeljuje tudi kompetence mentorirancev, po kateri lahko mentor vrednoti kakovost dela mentorirancev in spremlja njihov osebni strokovni razvoj. Med praktičnim usposabljanjem poteka tudi evalvacija, ki dejansko pove, koliko sta mentor in mentoriranec uspela uresničiti zastavljeni načrt (Govekar Okoliš in Kranjčec, 2016, str. 118).

6 Komunikacija v procesu praktičnega usposabljanja

V središču mentorskega procesa je profesionalni odnos med dvema udeležencema. Izkušnja podpore v tem procesu je lahko zelo pozitivna in omogoča razvoj samozaupanja ter spodbuja rast osebnih in profesionalnih sposobnosti tako mentorja kot mentoriranca. Po drugi strani pa lahko manj učinkovit mentorski program ovira in spodbuja odvisnost ter zmanjšuje samozavest in samostojnost mentoriranca (Žavski, 2015, str. 23).

Odnos mentoriranec – mentor je načrtovan, pričakovan in vzpostavljen z namenom pomagati mentorirancu pri pridobivanju znanj in veščin, pri razvijanju kompetentnega in odgovornega odnosa ter pri usmerjanju k bodočemu profesionalnemu delovanju. Vendar pa vsi mentorski odnosi niso pozitivni. Določeni posamezniki na odnosni ravni komunikacije od sodelavcev pričakujejo veliko več, kot so jim le-ti zmožni dati (Lorber, Skela Savič, 2011, str.248).

Komunikacija ima vedno dva nivoja: vsebinski (to kar povemo) in odnosni (kako to povemo). Težave v komunikaciji so običajno na odnosnem nivoju (»ni me razjezilo to, kar je povedal, ampak, kako mi je to rekel«) (Žavski, 2015, str. 23).

Dobri mentorji podajo jasne in konstruktivne informacije, pri katerih mentoriranec natančno ve, kaj mu želi mentor sporočiti. Pomemben je tudi mentorjev govor, in sicer mora biti razumljiv, preprost in miren, kajti le tako bo dosegel mentoriranca. Mentor in mentoriranec pa ne sporočata jasno samo svojih zahtev, želja in načrtov, ampak tudi svoja čustva. Prikrivanje ali zanikanje čustev v komunikaciji z drugim ni nikoli dobro in učinkovito. Prikrivanje čustev ni isto kot njihovo obvladovanje. Če se kaže eno, čuti pa drugo, je to najboljša pot do pregorevanja in čustvenih izpadov.

Zaradi zgoraj naštetih razlogov mora mentor skrbeti, da bo njegova razlaga jasna, razumljiva in zanimiva, ne pa suhoparna in monotona, pri razlagi mora upoštevati nastanek in razvoj pozornosti, njeno spreminjanje, nihanje. Med razlago potrebni kratki odmori, predahi, humor ipd., njegova razlaga ne sme biti samo predavanje na visoki strokovni ravni, temveč mora razlagi slediti tudi prikaz povedanega v praksi, mentoriranec mora vključevati v diskusijo (vpraša jih po njihovem mnenju, izkušnjah).

Glede na način komuniciranja z mentoriranci na kliničnem usposabljanju poznamo različne vrste mentorjev: nedorečeni in dorečeni mentorji, jaz, ti, mi in brezosebni mentorji, razumljivi in nerazumljivi mentorji, objektivni, subjektivni in nerealni mentorji, skromni in prepotentni mentorji, jasni in nejasni mentorji, nepoštteni mentorji, mentorji, ki nervirajo, tlačiči, neposredni, posredni in neiskreni mentorji (Govekar Okoliš in Kranjčec, 2010, str. 32, v Ploj, 2013, str. 21)

Za mentorje je zelo zanimivo spoznanje, da je glede na način komuniciranja najboljša kombinacija več vrst mentorjev.

7 Klinično usposabljanje na področju zdravstvene nege

7.1 Program kliničnega usposabljanja v zdravstveni negi

Izobraževanje na področju zdravstvene nege doživlja zadnja leta velike spremembe. Potrebe po kakovostni klinični praksi in tovrstno oblikovanje novih vlog zaposlenih medicinskih sester so del verige sprememb, vendar pomemben člen v praktičnem usposabljanju študentov zdravstvene nege. Vloga mentorja in proces mentorstva postajata zahtevno delo oziroma dodatna odgovornost zaposlenih medicinskih sester (Ramšak Pajk, 2007, str. 71).

Zdravstvena nega zagotavlja organiziran, sistematičen, empiričen in logičen pogled na znanje, ki ga kader v zdravstveni negi kot izrazito aplikativni zdravstveni disciplini, potrebuje za kakovostno izvajanje klinične prakse, izobraževanja in raziskovanja za dobrobit ljudi, družin in družbe kot celote (Warne, idr., 2010, Ward, 2011, v Čuk, 2016, str. 8). Študijski programi zdravstvene nege v Sloveniji so usklajeni z zahtevami Evropske unije. Ključne kompetence v izobraževanju za splošno zdravstveno nego so opredeljene v evropski direktivi na šestih kompetenčnih področjih: zdravstvena nega: kultura, etika in vrednote; promocija zdravja in preventiva z usmerjanjem in poučevanjem; sprejemanje odločitev; komunikacija in timsko delo, raziskovanje, razvoj in vodenje (EFN smernice za implementacijo člena 31, 2015, v Čuk, 2016, str. 9).

Vsebine učnega načrta za praktično usposabljanje zdravstvene nege v delovnem učnem okolju zajemajo temeljna področja delovanja: znanje in razumevanje o strokovni disciplini, interpersonalne relacije ter moralne vrednote; sposobnosti za opravljanje psihomotoričnih dejavnosti, interakcije med člani z različnimi vlogami ter stališča in vrednote, ki povzročijo znanje in zavezo k profesionalnim vrednotam ter pripravljenost za izvajanje nalog na profesionalen način (Ramšak Pajk, 2016, str. 4).

7.2 Mentorstvo v kliničnem usposabljanju v zdravstveni negi

Klinična praksa v zdravstveni negi, njeno vodenje ter mentorstvo so pomembni dejavniki v izobraževalnem procesu zdravstvene nege. Mentor mora v okviru klinične prakse uživati zaupanje študentov, zaposlenih in pacientov. Študentu mora pomagati opredeliti ter prenesti naučeno znanje iz predavalnice v realno okolje. Skupaj z mentorjem vsak zaposleni v zdravstveni kot izobraževalni instituciji nosi del odgovornosti pri podpori in izobraževanju naslednjih generacij medicinskih sester.

Filozofija učenja klinične prakse je skupek prepričanj o namenu klinične prakse in odgovornosti mentorja (učitelja) ter mentoriranca (študenta). Študent v klinični praksi pridobiva izkušnje preko procesa učenja, zato je naloga mentorja ne le učenje, temveč tudi organizacija in iskanje priložnosti za izvajanje intervencij zdravstvene nege. Mentor klinične prakse mora znati nenehno prepoznavati potrebe po novih znanjih, jih sprejeti ter uvesti v prakso (Ramšak Pajk, 2007, str. 71).

Mentorstvo v zdravstveni negi je poslanstvo. Vloga, ki je opredeljena v Kodeksu etike medicinskih sester, je odgovornost in nujna stopnica v poklicnem razvoju medicinske sestre od novinke do eksperta. Mentorstvo pomeni tudi skrb za prihodnost, za bodoče kadre v zdravstveni negi. Mentor mora ocenjevati in kritično presojeti ter spretno, natančno in odgovorno posredovati povratne informacije mentorirancu v času kliničnega usposabljanja in v okviru končne ocene. Zato se mu pogosto pripiše vloga partnerja, svetovalca, spremljevalca, ki mentoriranca spodbuja, da o izkušnjah govori, sprašuje, da jih skupaj z mentorjem analizirata, planirata delo, se dogovarjata z drugimi sodelavci v timu. Pogosto je mentor vzornik, ki ima na mentoriranca velik vpliv v smislu razvijanja veščin, znanja in profesionalnega razvoja. Najtežja je vloga pedagoga, saj je potrebno mentoriranca naučiti in pri tem uporabljati različne pedagoške in didaktične prijeme. Ena od možnosti spodbujanja študenta k aktivnemu sodelovanju in brskanju po teoretičnem znanju je reflektivno razmišljanje in učenje na napakah ali minulem delu (Ramšak Pajk, 2016, str. 4).

V času kliničnega usposabljanja študent zdravstvene nege v kliničnem okolju razvija splošne in specifične kompetence. Na podlagi pridobivanja konkretnih izkušenj v kliničnem okolju in aktivnega preizkušanja strokovnih intervencij zdravstvene nege se uči tudi medsebojnega sodelovanja, uporabe terapevtske komunikacije, etičnih vrednot, sposobnosti kritičnega mišljenja in strokovnih odločitev. Študent mora ob tem razvijati sposobnosti za kakovostno učenje in samorefleksijo. V kakovostno izobraževanje zdravstvene nege v kliničnem učnem okolju je zato potrebno integrirati aktivne učne metode in ustvariti reflektivno prakso, ki se odziva na potrebe študentov zdravstvene nege (Čuk, 2016, str. 9).

7.3 Izzivi kliničnega usposabljanja v zdravstveni negi

Ključna pomanjkljivost kliničnega usposabljanja v zdravstveni negi je neurejeno financiranje sistema in neurejeno izobraževanje mentorjev (Mesec, str. 248). Čeprav v Sloveniji trenutno še ni možnosti pridobitve formalne izobrazbe za kliničnega mentorja, bo potrebno čim prej razmišljati tudi o tem, saj je nemogoče pričakovati, da bi medicinske sestre v nedogled opravljale »dvojno« delo na primernem kakovostnem nivoju. S prenovo študijskih programov zdravstvene nege in povečanim obsegom kliničnega usposabljanja se je število mentorirancev v kliničnih okoljih izredno povečalo, število mentorjev pa se celo zmanjšuje. Mentorstvo so prevzele diplomirane medicinske sestre, tudi tiste, ki si te vloge niso želele, saj organizacija dela v kliničnem okolju ne omogoča kontinuirane prisotnosti mentorja ob mentorirancu. Njihov povečan obseg dela in večja odgovornost nista ovrednotena, zato ostajata praktično nevidna.

Zviševanje kakovosti mentorstva je kompleksen problem, ki ga je treba reševati celostno. Odličnosti in kakovosti v zdravstveni negi ne moremo dosegati brez ustreznega praktičnega usposabljanja, potrebno pa je, da bi se tega zavedali tudi oblikovalci oz. snovalci bodočih programov in smernic razvoja profesije (Keršič Ramšak, 2007, str. 75).

Vodstva zdravstvenih institucij, kjer poteka klinično usposabljanje, morajo doumeti prednosti kliničnega usposabljanja študentov za institucijo in jim zagotoviti ustrezne pogoje (tudi ustrezno število mentorjev), ne pa jih sprejemati kot breme in poceni delovno silo. Od študentov se pričakuje veliko znanja in samostojnosti, na kar pa vsaj v začetku še niso pripravljene. Če bi študentova izvedba določene negovalne intervencije ogrozila pacientovo zdravje, okrevanje ali življenje, jo lahko mentor prekine ali ustavi, s tem dejanjem pa lahko hitro zaide na spolzka tla etičnih dilem, onemogočanja, diskriminacije, stigmatizacije, sramotenja, navskrižja interesov, itd. (Pajnič, 2009, str. 62). Skrajni čas je, da se stroka sooči z odgovornostjo, ki jo je prevzela na področju kliničnega usposabljanja in ustvari pogoje, ki bodo sprejemljivi za obe strani.

8 Zaključek

Prenovljeni študijski programi na področju izobraževanja v zdravstveni negi zagotavljajo mentorirancem razvoj kompetenc skozi novo izobraževalno paradigmo, ki je v središče izobraževanja postavila študenta in uvedla aktivne oblike študijskega dela, kot je praktično usposabljanje, na katerem študentu omogoča uporabo teoretičnega znanja, pridobljenega na fakulteti, v bodočem poklicnem okolju. Ob tem študent poleg praktičnih znanj razvija vrsto profesionalnih in osebnih kompetenc.

Mentorstvo je učno partnerstvo med mentorirancem, mentorjem in učno bazo. S pravilnim načrtovanjem kliničnega usposabljanja pridobijo vsi, študent, mentor, še najbolj pa organizacija, ki predstavlja učno bazo, ker ima možnost ažurnega pridobivanja in prenosa znanja na različna strokovna področja, na ta način pa si lahko dolgoročno zagotovi kvalitetno delovno silo.

V senci sistema kliničnega izobraževanja smo ostali nevidni vsi tisti, ki imamo v njem najpomembnejšo vlogo in veliko dodatnega dela, pogojev za uspešno mentorstvo pa ne – mentorji.

Želimo si več izobraževanja, predvsem s področja pedagogike in andragogike, zahtevamo priznavanje in vrednotenje našega dela, tako s strani sodelavcev in nadrejenih kot vodilnega menedžmenta. Za dvig kakovosti izobraževanja potrebujemo mentorji podporo celotnega sistema: izobraževalnih inštitucij, izvajalcev klinične prakse, učnih baz, podporo vodilnega menedžmenta pa glede organizacije dela in časa, napredovanja, nagrajevanja. Čeprav je v zdravstveni negi delovanje na etični pogon ustaljena praksa, pa ne more trajati večno in ni poštena ne do študentov ne do mentorjev.

LITERATURA

1. Bjelan, N. (2010). *Mentorstvo v zdravstveni negi (Diplomska naloga)*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.
2. Cimermančič, S. (2014). *Medgeneracijsko sodelovanje v razmerju mentor – študent*. V M. Blažič (ur.), *Interdisciplinarno povezovanje za pretok znanja med teorijo in prakso – zbornik predavanj* (str. 65-74). Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede.
3. Čuk, V. (2016). *Pomen razvoja kompetenc pri študentih zdravstvene nege*. V S. Pivač in B. Skela Savič (ur.), *10. šola za klinične mentorje: Razvoj mentorske vloge in promocija zdravja na delovnem mestu-zbornik predavanj* (str. 8–16). Jesenice: Fakulteta za zdravstvo.
4. Druškovič, U. (2010). *Medgeneracijska komunikacija*. *Revija HRM* 37. Pridobljeno 22. 10. 2017, s <http://hrm-storitve.si/clanki/sistemi-vodenja/medgeneracijska-komunikacija/>.
5. Govekar Okoliš, M. (2016). *Mentorstvo nekoč in danes - pomembna oblika izobraževanja ter prenosa znanja in izkušenj*. *Andragoška spoznanja*, 22, 3-7.
6. Govekar Okoliš, M. in Kranjčec, R. (2016). *Mentorstvo v praktičnem usposabljanju v delovnih organizacijah*. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete.
7. Kermavnar, N. (2009). *Neformalno mentorstvo*. *Andragoška spoznanja*, 1, 65–76.
8. Kotnik, M., Petrica, L., Erjavšek, Z. (2010). *Vloga mentorja v zdravstveni negi na onkološkem inštitutu Ljubljana*. (Izvirni znanstveni članek). *Obzor Zdr*, 44, 239–44.
9. Lorber, M., Skela Savič, B. (2011). *Komunikacija in reševanje konfliktov v zdravstveni negi*. (Izvirni znanstveni članek). *Obzor Zdr*, 45, 247–52.
10. Mesec, M. (2015). *Praktični študij na fakulteti za socialno delo*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo. Pridobljeno 22. 10. 2017, s file:///C:/Users/senicarz/AppData/Local/Temp/Praktini_URN_NBN_SI_DOC-Q9K3IRFW.pdf.
11. Pajnič, M. (2009). *Pomen mentorjev v perioperativni zdravstveni negi in njihov pomen z vidika varnosti*. V T. Požarnik (ur.), *Varnost zaposlenih v operacijski sobi: zbornik XXV*, (str. 52–63). Moravske Toplice: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti.
12. Ploj, K. (2013). *Medicinska sestra – mentorica študentom na kliničnih vajah (Diplomska naloga)*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.
13. Pompe, A. (2014). *Značilnosti generacije Z*. Pridobljeno, s <http://citymagazine.si/clanek/generacije-z-znacilnosti-generacije-rojene-med-leti-1995-in-2010/>.
14. Ramovš, K. (2013). *Medgeneracijsko sožitje in solidarnost*. *Kakovostna starost*, 4, 3–33.
15. Ramšak Pajk, J. (2007). *Pomen mentorstva in praktičnega usposabljanja v izobraževanju za zdravstveno nego*. *Obzor Zdr*, 41, 71–5.
16. Ramšak Pajk, J. (2016). *Vloga mentorjev pri kliničnem usposabljanju študentov zdravstvene nege*. V S. Pivač in B. Skela Savič (ur.), *10. šola za klinične mentorje: Razvoj mentorske vloge in promocija zdravja na delovnem mestu: zbornik predavanj* (str. 4–7). Jesenice: Fakulteta za zdravstvo.
17. Senica, M. (2014). *Temelji medgeneracijskega komuniciranja in ravnanja z ljudmi pri delu (Magistrsko delo)*. Celje: Mednarodna fakulteta za družbene in poslovne študije.
18. Šivic, I. (2013). *Vloga kliničnega mentorja pri delu s študenti zdravstvene nege v kliničnem okolju (Diplomska naloga)*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego.

19. Štih, M. in Zupanc, D. (2016). Praktično pedagoško usposabljanje študentov v vrtcu (Magistrsko delo). Koper: Univerza na Primorskem, Pedagoška fakulteta.
20. Terseglav Tomazin, H. T., Noč, P., Kmet, B. in Mežik Veber, M. (2016). Izkušnje kliničnih mentorjev, zaposlenih v Splošni bolnišnici Jesenice, s študenti Fakultete za zdravstvo Jesenice. V S. Pivač in B. Skela Savič (ur.), 10. šola za klinične mentorje: Razvoj mentorske vloge in promocija zdravja na delovnem mestu: zbornik predavanj (str. 43–8). Jesenice: Fakulteta za zdravstvo.
21. Žavski, S. (2015). Sodelovanje študenta in mentorja v procesu magistriranja (Magistrsko delo). Celje: Mednarodna fakulteta za družbene in poslovne študije.

E-medica

POVZETEK - Znanje je danes vrednota, ki se je zaveda vsak posameznik, še najbolj pa tisti, ki znanje podajajo. Ena od možnosti, ki dijakom širi znanje, jim pomaga pri razvijanju osebne rasti, poklicnih kompetenc in komunikacijskih spretnosti, je sodelovanje v mednarodnih projektih. Na Srednji zdravstveni in kemijski šoli Novo mesto se izvaja več mednarodnih projektov, eden od njih je projekt E-medica. Projekt združuje srednje zdravstvene šole Republike Hrvaške, omogoča pa tudi vključevanje zdravstvenih in nezdravstvenih šol iz Republike Hrvaške in iz tujine. Srednja zdravstvena in kemijska šola Novo mesto v projektu sodeluje od leta 2013. Do danes se je izvedlo kar nekaj uspešnih projektov, tesno povezanih s tematiko zdravja, ki so vključevala najmanj tri sodelujoče šole in lokalne organizacije, ki so s svojim prispevkom odločilno vplivale na dosežene rezultate dijakov pri izvajanju projektov.

KLJUČNE BESEDE: mednarodno sodelovanje, projekti, E-medica, izkušnje, zdravje

1 Uvod

Začetki mednarodnega sodelovanja in povezovanja segajo v leto 1998, ko se je Slovenija prvič vključila v projekte Leonardo da Vinci. V Priporočilih za udejanjanje rezultatov mednarodnih projektov v prakso Kovačeva (2006) zapiše, da so se znanja in izkušnje, pridobljene na projektih, začele s pridom uporabljati pri razvoju poklicnega in strokovnega izobraževanja v Sloveniji ter tudi prenašati v druge države, ki so potrebovale strokovno pomoč. Iz vseh teh projektov se je črpalo znanje, pridobivale so se izkušnje, spoznavali so se novi partnerji in na osnovi dobrega sodelovanja, zanesljivosti in spoštovanja so se stkale nove vezi prijateljstva (http://www.cpi.si/files/cpi/userfiles/projektno-sodelovanje/Priporocila-diseminacija-koriscenje_LdV.pdf). Mednarodno sodelovanje je postalo sestavni element kratko in dolgoročnega načrtovanja dela izobraževalnih inštitucij, in to z vsebinskega, organizacijskega, finančnega in kadrovskega vidika (<http://www.cpi.si/mednarodno-sodelovanje>).

Z vključevanjem Slovenije v EU so se pričeli novi modeli sodelovanja in povezovanja. Globalizacijski procesi so prinesli v naše okolje velike spremembe v izobraževanju. Spreminja se položaj in vloga edukacije, šol in drugih šolskih institucij, učiteljev ter znanja. Skratka spreminja se celotna vzgojno-izobraževalna struktura. Informacijska in komunikacijska tehnologija je postala pomembno gibalno vsakdanjega življenja in gospodarske dejavnosti. Posebno za mlajšo generacijo je raba računalnika običajna vsakodnevna dejavnost. Vključevanje računalnikov v izobraževanje odseva te težnje (Petra Brevec, 2014, <http://www.fm-kp.si/zalozba/ISBN/978-961-266-174-8/prispevki/003.pdf>).

Ekipa Centra za mobilnost in evropske programe izobraževanja in usposabljanja (CMEPIUS) v delu Mednarodni projekti v šoli - Priročniku za ravnatelje opisuje, da mednarodni projekti spreminjajo vzdušje v učiteljskem kolektivu, krepijo občutek za timsko delo, prinašajo možnosti za izmenjavo izkušenj s šolami v tujini in spoznavanje pedagoških praks iz drugih okolij ter tako prispevajo k večji odprtosti šole in strokovnemu razvoju učiteljev. Z dolgoročnim vključevanjem v mednarodno okolje šola zagotovo krepí tudi svoj ugled. Svež pristop k poučevanju in povezovanje s tujino, ki sta neizogibna dela mednarodnih projektov, pa prispevata tudi k večji motivaciji učencev. Evropski projekti in sodelovanje v njih predstavljajo velik izziv za šolo. Kljub temu, da zahtevajo od včasih preobremenjenih zaposlenih na šoli dodaten vložek dela in dobre volje, izkušnje slovenskih in evropskih šol kažejo, da se takšna investicija bogato obrestuje. Uresničevanje ciljev EU projektov pomeni za šolo doseganje neke nove kakovosti, zato zahteva seznanjanje zaposlenih z njimi in njihovo dosledno in intenzivno vključevanje vanje. Da jih sprejmejo zaposleni za svoje, morajo v njih zaznati možnosti za realizacijo svojih, po izkušnjah sodeč predvsem višjih potreb (http://www2.cmepius.si/files/cmepius/userfiles/publikacije/et_prirocnik_ravnatelji.pdf).

2 Mednarodno združenje E-medica

V letu 2004 je nastal projekt Znanje brez meja v sodelovanju Medicinske šole Ante Kuzmanića Zadar in Srednje zdravstvene šole Ljubljana (Babajko Jamičić, 2009, <http://www.zadarskilist.hr/clanci/08052009/znanje-bez-granica>).

Kot nadgradnja uspešnega projekta je nastala želja po ustanovitvi skupne virtualne skupnosti vseh zdravstvenih šol Republike Hrvaške. Nastal je projekt E-medica, kot oblika združenja, ki ima za cilj izmenjavo izkušenj, poučevanje, uvajanje in omogočanje dela z uporabo novih informacijsko komunikacijskih tehnologij (v nadaljevanju IKT). Projekt E-medica se realizira skozi pet oblik sodelovanja:

- izmenjava dijakov, ki sodelujejo v skupnih projektih,
- izdelava skupne spletne strani, kjer so objavljeni prispevki o aktivnostih projekta, izmenjav dijakov, skupnih srečanj E-medice,
- videokonference,
- priprava skupnih projektov med najmanj dvema in največ petimi sodelujočimi šolami,
- vsakoletno skupno srečanje E-medice s predstavitvami rezultatov posameznih projektov in druženjem.

Skozi leta so se združenju priključile tudi zdravstvene šole iz tujine in nezdravstvene šole iz Republike Hrvaške. Trenutno je v združenje vključenih 26 zdravstvenih šol iz Republike Hrvaške, 12 šol iz Republike Slovenije, Srbije, Makedonije, Bosne in Hercegovine ter 12 partnerskih šol. Obravnavana tema projektov naj bi bila vedno v povezavi z zdravjem. Dijaki Srednje zdravstvene in kemijske šole Novo mesto

sodelujejo v mednarodnem združenju E-medica od leta 2013 (<http://www.e-medica.hr/hr-hr/oprojektu/oprojektuemedica.aspx>). Vsako leto šole sodelujejo v pripravi tematskih projektov z zdravstveno tematiko, ki jih predstavijo na zaključni predstavitvi na vsakoletnem tridnevem srečanju E-medice. Od leta 2016 srečanje poteka kot štiridnevno druženje z organiziranimi predavanji za profesorje, predstavitevami projektov, popoldanskimi športnimi aktivnostmi in večernim druženjem dijakov in profesorjev (<http://www.e-medica.hr/hr-hr/oprojektu/oprojektuemedica.aspx>, privzeto).

3 E-medica na srednji zdravstveni in kemijski šoli Novo mesto

Na pobudo celjske zdravstvene šole, ki se je istočasno vključevala v združenje E-medica smo posredovali prošnjo tudi mi. Odziv je bil hiter in z velikim veseljem do sodelovanja smo pričeli s pripravami na delo na šoli. Oblikovali smo tim sodelavcev različnih strokovnih področij, ki se je pričel spoprijemati z delom. Pripravili smo ustrezno dokumentacijo, izvedli predstavitev za dijake, naredili izbor dijakov in se odpravili na prvo predstavitev šole kot nove članice združenja E-medica. Predstavitev je bila odmevna, predstavili smo se s stojnico, merjenjem vitalnih funkcij in s predstavitvenim promocijskim filmom ŠC Novo mesto. Z zanimanjem smo spremljali delo ostalih šol, poslušali smo predstavitve projektov, predavanja profesorjev. Za nas je bilo veliko novega, za dijake je predstavljala manjši problem komunikacija, ampak z dobro voljo in željo po znanju smo premagali vse strahove. Zadnji dan srečanja šole predstavijo nove projekte. Med izborom smo takoj opazili projekt z naslovom Prostovoljno delo kot način življenja in razmišljanja.

Prostovoljstvo na naši šoli uspešno opravljamo že od leta 2003. Odločitev je bila enostavna. V projektu so poleg nas sodelovale še štiri šole Srednja škola Bedekovčina, Škola za medicinske sestre Mlinarska, Medicinska škola Beograd in Škola za medicinske sestre Vrapče. Kmalu smo navezali stik z uporabo socialnih omrežij, se dogovorili za način dela, razdelili naloge in sprejeli dogovor za prvo srečanje v Bedekovčini. Z zanimanjem smo opazovali delo na projektu, kako razdeliti naloge na srečanjih, kako organizirati samo mednarodno srečanje. V mesecu aprilu smo se odločili organizirati dvodnevno srečanje pri nas. Pokazali smo naše bogate izkušnje na področju prostovoljstva na bolnišničnem področju in na področju socialnega varstva. Pripravili smo predstavitev in organizacijo prostovoljnega dela na šoli in v Splošni bolnišnici Novo mesto, izvedli delavnici na otroškem oddelku in v Domu starejših občanov Novo mesto, se družili na šoli, sodelovali pri pouku in si ogledali lokalne znamenitosti Novega mesta. Sledil je še obisk Zagreba, organizacija prostovoljske akcije na Trgu Bana Jelačića, kjer smo pomagali obveščati širšo javnost o pomoči osebam z depresijo. Predstavitev projekta smo pripravili v obliki igre, ob predstavitvi pa smo organizirali prostovoljsko akcijo za dekliški dom Bedekovčina. Dekleta smo obdarili z osmimi velikimi paketi s higienskimi pripomočki (Blatnik, Bratkovič, Gračan in Simončič, 2014).

Zopet smo izbirali nov projekt, odločili smo se za Akutne zastupitve v otroški dobi in Zdravstveni turizem. Pri prvem projektu sta sodelovali še Škola za medicinske sestre Mlinarska in Medicinska škola Vrapče. Raziskali smo vzroke, diagnostiko in zdravljenje akutnih zastupitev pri otrocih, z vlakom smo se odpravili na obisk Inštituta za sodno medicino na Medicinski fakulteti v Ljubljani. Udeležili smo se izmenjave v Zagrebu, organizirali izmenjavo v Novem mestu. Skupaj smo si ogledali delovanje laboratorija v Splošni bolnišnici Novo mesto, na reševalni pa so nam razkazali prostore in predstavili novosti na področju akutnih zastupitev in kako pristopijo k tovrstnim poškodbam na terenu. V projektu smo izvedli anketo, posneli film o akutnih zastupitvah skupaj z Reševalno postajo Zdravstvenega doma Novo mesto. Novo odkrita znanja smo predstavili na srečanju v Termah Tuhelj, kjer smo se družili, spoznavali nove prijatelje in uživali v čudoviti naravi (Košak, Kržan in Selan, 2014).

Projekt Zdravstveni turizem je bil za nas nekaj novega, zelo kmalu pa smo ugotovili, da imamo v naših krajih zelo ugodne pogoje in podjetja, ki se s tem zelo uspešno ukvarjajo. V projektu so sodelovale Škola za medicinske sestre Mlinarska, Srednja škola Pregrada in Pomorska škola Zadar. Raziskovali smo, kaj je zdravstveni turizem, katere so lokalne značilnosti, ki jih lahko izkoristimo, povezali smo se s Termami Krka, obiskali Šmarješke Toplice, dijakinje so tam preživele tri delovne dni. V letu delovanja smo organizirali dve dvodnevni izmenjavi v Zagrebu in Novem mestu. V času izmenjave smo spoznali Šmarješke Toplice, obiskali smo Otočec, igrali golf, se spoznavali z nordijsko hojo in se družili. Ker nas je nordijska hoja navdušila, smo se odločili, da jo organiziramo na srečanju vseh sodelujočih v Termah Tuhelj (Komić, Marguš in Petretič, 2015).

Ker skrbimo za zdravje in ustrezne delovne pogoje, sta bila naslednja projekta v povezavi s to tematiko. Prvi projekt, ki smo ga vodili na naši šoli, je bil z naslovom Zdravje ledvic – odločitev je v tvojih rokah. Drug projekt je bila Ergonomija. V prvem projektu sta sodelovali Škola za medicinske sestre Mlinarska in Ekonomsko-birotehniška škola Zadar. Raziskovali smo na temo zdravje ledvic, dejavniki tveganja, kakšne oblike zdravljenja poznamo, kaj lahko naredimo sami za naše zdravje. V projektu smo se udeležili enodnevne izmenjave v Zagrebu in organizirali dvodnevno izmenjavo v Novem mestu. Skozi celo leto smo intenzivno sodelovali z Dializnim odsekom Splošne bolnišnice Novo mesto, katerega smo si v času izmenjave tudi ogledali in poslušali predavanje na temo Dializno zdravljenje. Med dijaki prvih letnikov smo izvedli anketo o zdravju ledvic, jim izmerili krvni tlak ter jim predavali o pomenu zdravja ledvic že v mladih letih. V Termah Tuhelj smo predstavili dejstva, da je tudi vsak sam odgovoren za svoje zdravje, razdelili smo letake z osmimi načeli zdravega življenja in poudarili vpliv zdravja posameznika na stroške zdravljenja kroničnih bolezni (<http://www.sc-nm.si/szks/projekti/emedica>).

Projekt Ergonomija je potekal v sodelovanju s Školom za medicinske sestre Mlinarska in Pomorsko šolo Zadar. Raziskovali smo dejavnike tveganja za nastanek bolezni in poškodb hrbtenice in kako to preprečiti. Tudi na tem področju imamo na

šoli bogate izkušnje, ki smo jih z veseljem predstavili obiskovalcem na dvodnevni izmenjavi v Novem mestu. Udeležili smo se tudi enodnevne izmenjave v Zagrebu. Sodelovali smo s Splošno bolnišnico Novo mesto, ki je za naše goste pripravila predavanje na temo Ergonomija v Splošni bolnišnici Novo mesto. Projekt smo popestrili z vajami za zdrav način življenja, obiskom pouka in ogledom lokalnih znamenitosti (<http://www.sc-nm.si/szks/projekti/emedica>).

Trenutno delamo na dveh področjih. Prvi projekt je Adipositas, kjer sodelujejo Škola za medicinske sestre Mlinarska, Farmacevstvo fizioterapevtska škola Beograd, Medicinska škola Šibenik in XI. Gimnazija Zagreb. Sodelujemo z Zdravstvenim domom Novo mesto, kjer smo obiskali Zdravstveno vzgojni center, šolo hujšanja. Izvedli smo dvodnevno izmenjavo, kjer smo obiskali Zdravstveni dom Novo mesto, sodelovali pri pouku zdravstva, farmacije, kemije. Izvedli bomo anketo med dijaki, oblikovali letak za zdrav način življenja in druge aktivnosti (<http://www.sc-nm.si/szks/novice/porocilo-o-mednarodnem-posvetu-emedica-1-dan>). Drugo področje delovanja pa je Ergonomija 2, kjer sodelujejo Škola za medicinske sestre Mlinarska, Pomorska škola Zadar in Škola za medicinske sestre Vrapče. Cilj projekta je raziskati dejavnike tveganja za nastanek bolezni hrbtenice v razredu in na kliničnih vajah. Udeležili smo se enodnevne izmenjave v Zagrebu, kjer smo poslušali predavanje o skrbi za zdravje hrbtenice. Delamo na snemanju krajšega prispevka o minutah za zdravje v razredu, pripravljamo anketo in zaključni predstavitvi za oba projekta.

4 Zaključek

Štrubljar (2009) v svojem diplomskem delu opisuje današnji čas kot čas nenehne modernizacije, razvoja, hitrega razvijanja možnosti za boljša pridobivanja znanja v šolah. Sodelovanje dijakov v mednarodnih projektih pomembno doprinese k boljši kakovosti dela na šoli in hkrati k boljši prepoznavnosti šole v okolju (http://www.pef.uni-lj.si/slavkok/diplome/stubljar_p/diplomaPeterStubljar.pdf).

Z nenehnim povezovanjem šole z lokalnimi ustanovami smo uspeli povezati teorijo s prakso in znanje prenesti preko meja naše države. Le s pomočjo lokalnih ustanov smo uspeli izvesti dobro organizirana srečanja na projektih. Dijaki so s sodelovanjem bogatili znanje iz komunikacije, spoznavali nova okolja, pridobivali nova poznanstva, izkušnje o razvoju strokovnega področja v drugih državah. V petih letih se je projekta udeležilo več kot 20 dijakov. Izkušnje, ki so jih pridobili pri sodelovanju v mednarodnih projektih so jim dobra popotnica za življenje in poklicno pot. S predstavitvijo našega dela istočasno izražamo zahvalo za dosedanje sodelovanje vsem tistim, ki ste z veliko odprtostjo korakali skupaj po naši poti mednarodnega sodelovanja.

LITERATURA

1. Babajko Jamičić, T. (2009). Znanje brez granica. Zadaraski list, 1-2. Pridobljeno 27. 11. 2017, s <http://www.zadarskilist.hr/clanci/08052009/znanje-bez-granica.maj2009>.
2. Blatnik, J., Bratkovič, T., Gračan, I. in Simončič, M. (2014). Prostovoljno delo kot način življenja in razmišljanja (Projektna naloga). Novo mesto: Šolski center Novo mesto.
3. Bremec, P. (2014). Globalizacija v izobraževanju srednjih strokovnih šol: Zbornik 11. festivala raziskovanja ekonomije in managementa, Koper. Pridobljeno 26. 11. 2017, s <http://www.fm-kp.si/zalozba/ISBN/978-961-266-174-8/prispevki/003.pdf>.
4. Center za poklicno izobraževanje. Mednarodno sodelovanje (splet). Pridobljeno 27. 11. 2017, s <http://www.cpi.si/mednarodno-sodelovanje.aspx>.
5. E-medica. O projektu (splet). Pridobljeno 27. 11. 2017, s <http://www.e-medica.hr/hr-hr/oprojektu/oprojektuemedica.aspx>.
6. E-medica. Projekti u teku: Ergonomija 2. (splet). Pridobljeno 27. 11. 2017, s <http://www.e-medica.hr/hr-hr/projekti/projektiutijeku/o%C4%8Duvanjezdravljakralje%C5%-BEnice.aspx>.
7. Komić, S., Marguš, M. in Petretič, S. (2015). Zdravstveni turizem (Projektna naloga). Novo mesto: Šolski center Novo mesto.
8. Kovač, M. (2009). Priporočila za udejanjanje rezultatov projektov Leonardo da Vinci in drugih projektov v praksi, (splet). Center za poklicno izobraževanje, Slovenija. Pridobljeno 27. 11. 2017, s http://www.cpi.si/files/cpi/userfiles/projektno-sodelovanje/Priporocila-diseminacija-koriscenje_LdV.pdf.
9. Košak T., Kržan P. in Selan S. (2014). Akutne zastrupitve v otroški dobi (Projektna naloga). Novo mesto: Šolski center Novo mesto.
10. Taštanoska, T. (ur.) (2016). Mednarodni projekti v šoli: priročnik za ravnatelje. Ljubljana: Center za mobilnost in evropske programe izobraževanja in usposabljanja - CME-PIUS, Pridobljeno 27. 11. 2017, s http://www2.cmepius.si/files/cmepius/userfiles/publikacije/et_prirocnik_ravnatelj.pdf.
11. Projekti (splet). Šolski center Novo mesto. Pridobljeno 27. 11. 2017, s <http://www.sc-nm.si/szks/projekti/emedica>.
12. Projekti (splet). Šolski center Novo mesto. Pridobljeno 27. 11. 2017, s <http://www.sc-nm.si/szks/novice/porocilo-o-mednarodnem-posvetu-emedica-1-dan>.
13. Štubljar, P. (2009). Mednarodne izmenjave v osnovni šoli. Program Comenius (Diplomsko delo). Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta.

Digitalna tehnologija – blagoslov ali prekletstvo?

POVZETEK - Digitalni mediji so del naše kulture. Zvišujejo nam produktivnost, omogočajo nam povezave in nam lajšajo življenje. Brez digitalne obdelave podatkov, brez digitalne globalizacije bi se organizacija našega sodobnega sveta verjetno sesula. Toda digitalni mediji imajo še drugo plat medalje, saj imajo velik vpliv na kognitivni in čustveni razvoj otroka. Dvainosemdeset odstotkov otrok med šestim in dvanajstim letom že uporablja domači računalnik, pogosto z izgovorom, da ga potrebujejo za šolske obveznosti. Žal se za tem skriva tudi marsikatera zanka, ki otroku ni v prid in ga s pretirano uporabo lahko vodi v socialno izolacijo in v začarani krog odvisnosti. Ključni problem postane prevelika želja po ugodju, ki jo računalniško (pre)aktivni otrok in mladostnik želi doseči na prelahek način ali, kot pravi naš veliki Prešeren, da se »v strup spreobrača vse, kar srce si sladkega obeta«.

KLJUČNE BESEDE: digitalna tehnologija, vzgoja, odvisnost

1 Uvod

Globalizacija predstavlja združevanje kultur sveta in porast zavesti o svetu kot celoti. V teoriji in praksi torej določa svet kot homogeno celoto in zato vprašanja, kaj pomeni živeti in kako mora biti življenje urejeno, postanejo stvar globalnega razmišljanja. V procesu globalizacije smo se začeli dogovarjati in zelo hitro potovati z enega konca sveta na drugega. Temu pa sledi enotna »svetovna« kultura, ki žal izrinja kulturno pestrost in tradicionalne oblike življenja in vrednote (Požarnik, 1999).

Razmaha globalizacije ni več mogoče ustaviti, vsi udeleženci procesa pa smo dolžni prevzeti nase odgovornost za svoj planet, za njegovo demokratizacijo, ekologijo, zdravje, enakopravnost kultur in sožitje ljudi (Hriberšek, 2012).

Kot zdravstvenike nas mora še posebej nagovoriti naša odgovornost za zdravje ljudi, ki z razmahom globalne kulture in digitalizacije postaja na poseben način ogroženo. Temu pa so še posebej izpostavljeni mladi, kar nas mora še dodatno skrbeti.

Raziskava Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ), opravljena med slovenskimi osmošolci leta 2015, je pokazala, da mladi v povprečju igrajo računalniške igre slabi dve uri na dan, med vikendi pa skoraj dve uri in pol. Ob tem na inštitutu opozarjajo, da ima lahko pretirano igranje računalniških iger posledice na zdravje mladostnikov.

Ameriško psihiatrično združenje je ravno pretirano igranje računalniških iger (angl. Internet Gaming Disorder) vključilo v zadnjo verzijo kataloga duševnih motenj DSM-V (angl. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) kot pogojno motnjo, ki ima negativne učinke tako na duševno kot na fizično zdravje manjšega števila posameznikov. Nevarni učinki digitalne tehnologije se začnejo v razvoju že zelo zgodaj. Za uspešen razvoj otrokovih možganov je pomembno, da aktiviramo sistem za iskanje. Pomembno je, da otrok raziskuje svoje okolje. S tem postane motiviran in osredotočen pri doseganju ciljev (Sunderland, 2010, str. 94). V primeru, ko otrok preživi večino časa za ekrani, izgubi orientacijo za lastni sistem iskanja. To lahko v odraslosti privede do izgube življenjske energije, ki je pomembna pri motiviranju in sprejemanju novih izzivov. Igranje računalniških igrice brez konkretnih soigralcev ne povzroči tako pozitivnih procesov v možganih, kot jih povzročajo igra, zabava in smeh z drugim človeškim bitjem (Sunderland, 2010).

2 Virtualna vzgoja in kultura

Čeprav je bil prvi osebni računalnik izdelan šele leta 1981, si danes življenja brez računalnika niti ne znamo več predstavljati. Računalnik ni bil zasnovan kot nevarno orodje. Težave računalnika pravzaprav niso njegove zmožnosti zbiranja informacij in podatkov. Bistvo računalniške problematike so njegove zmožnosti dostopa do zabave, igrice in vseh vrst razvedrila. Za vsa ostala orodja, ki so lahko hkrati tudi igrače velja, da jih otrok opusti, ko je prerasel otroško fazo. Kako drugače pa je z računalnikom, ki bi tudi moral biti zgolj orodje v službi človeka. Računalniške igre vseh vrst rastejo z otrokom in računalnik nikoli ne preneha biti zanimiva igrača. Računalnik omogoča zabavo, ugodje, sprostitvev in odmik od trenutnih problemov in stisk. Omogoča tudi oblikovanje navidezne lastne uspešnosti in to brez napora in brez resničnega tveganja. Človek je navidezno ustvarjalen, pridobiva na občutkih lastne vrednosti in moči, a žal vse to obstaja le v navideznem svetu. Taka doživetja pa slej ko prej pripeljejo do zasvojenosti. Potrebe po uspešnosti, napredovanju, samopotrditvi, ustvarjalnosti so resnične potrebe vsakega človeka. Toda zadovoljevanje teh potreb zgolj v virtualnem svetu vodi v odmikanje od resničnosti in posledično v začarani krog zasvojenosti. Postopno torej digitalna naprava ne predstavlja več samo sprostitev, ampak oseba potrebuje to igro zaradi igre same, ob njej pa postaja napeta in razdražljiva. Zanimarja odnose z drugimi in ne zmore več opravljati svojih vsakodnevnih obveznosti ter lahko postane težavna v vseh pogledih (Žorž, 2008).

V ZDA skoraj vsi dveletni otroci gledajo zaslonske medije. Pri malčkih do enega leta je to približno eno uro na dan, dveletni otroci pa več kot uro in pol. To je v velikem nasprotju s priporočili ameriških otroških zdravnikov, ki do dveh let jasno nasprotujejo uporabi zaslonskih medijev, do treh let pa naj bi bila uporaba omejena na eno uro na dan (Zimmerman idr., 2007, v Spitzer, 2016). Otrok, mlajši od treh let, z zaslonskimi mediji ne pridobiva, ampak izgublja, saj njegovi možgani še ne zmorejo dojeti zaslonske slike, ampak se morajo učiti z aktivno osebno izkušnjo v

medosebni interakciji. Ekran vsekakor ne more in ne sme postati dobra varuška in učiteljica. Tudi v razvoju jezika se kažejo vrzeli zaradi učenja preko zaslonskih medijev. Nevroznanstvene raziskave s funkcionalno magnetnoresonančno tomografijo kažejo, da vodi prepoznavanje črk, ki smo se ga naučili s pisanjem s svinčnikom, k okrepljeni dejavnosti v motoričnih predelih možganov. S pritiskanjem na tipke pa tega ne dosegamo. Samo oblikovanje črk s svinčnikom pušča motorične sledi spomina, ki se pri zaznavanju črk aktivirajo ter olajšujejo prepoznavo v njeni vizualni pojavnosti. S konkretnim pisanjem se torej veliko bolje učimo. Zato bo, navkljub nekaterim predlogom, da bi namesto zvezkov uporabljali kar prenosne računalnike, zagotovo ostalo zelo pomembno, da še naprej uporabljamo papir, svinčnik, barvice in podobno, če ne želimo zavirati možganskih potencialov.

Popularna virtualna kultura predstavlja življenje, v katerem prevladujejo bogastvo, materializem, slava, status in telesni videz. Vsega tega večinoma v resničnem svetu ni. Kultura, osredotočena na filmske in televizijske zvezde, lepe, večno mlade in bogate ljudi, otrokom sporoča, da imajo pravico uživati v lahkotnem življenju in pričakovati takojšnje zadovoljitve in to brez vloženega truda. V resnici življenje ni tako enostavno. Za uspeh sta potrebni delavnost in vztrajnost.

Otroška psihiatrinja Jodi Gold (2015) meni, da tehnologija ne bi smela biti nadomestilo za pravo igro in tega bi se starši morali dobro zavedati.

Novejše raziskave kažejo, da tehnologija ne vpliva le na razmišljanje in obnašanje, ampak tudi na strukturo otroških možganov. Zaradi digitalnega življenja lahko otroci realno življenje doživljajo v varni razdalji in se z njim nikoli resnično ne soočijo. Brez resničnih izkušenj pa ne bodo pripravljene na resnično življenje (Taylor, 2015). Otrok, pahnjen v virtualni svet, je v nevarnosti, da ne bo pridobil socialne inteligence. Virtualni mladostnik enostavno ni sposoben razviti globljih stikov.

Žal »ožičenost« še ne pomeni povezanosti. Takole piše mlada Theodora: »Na kratko bi lahko rekla, da imam raje svet, ki je ogrnjen v plašč virtualne intimnosti. Res je elektronska intimnost, ampak kljub temu je intimnost. Poleg tega očesni stik sploh ni tako dober, kot trdijo nekateri, izraze ne obrazu pa je včasih tako težko nadzirati. Moje življenje poteka takole: preden si vsako jutro umijem zobe, se prijavim v klepetalnico, da vsem sporočim: pokonci sem. Preverim, ali imam kakšno novo pošto, nova sporočila ali sporočila na zidu, ogleda, vabila, prošnje za prijateljstvo, komentarje o vsebini na blogu, ali če je kdo omenil mene ali moj blog na katerem od blogov mojih prijateljev«.

3 Procesi v možganih

Serotonin, kemijska snov v možganih, je zelo pomemben dejavnik pri socialni in čustveni inteligenci. Na raven serotonina zelo vplivajo konkretni medčloveški odnosi, ki jih elektronske naprave ne morejo nadomestiti. Tehnologija močno vpliva tudi na nivo dopamina v prefrontalnem korteksu, ki je pomemben pri izvršitvenih funkci-

jah, kot so: pozornost, samonadzor, abstraktno mišljenje, načrtovanje in sprejemanje odločitev.

V strokovnih krogih je pogosta tudi polemika o vzporednem, hkratnem izvajanju različnih nalog. Nevroznanstveniki pravijo, da »večopravilnost« ne obstaja. Možgani namreč morajo preklopiti z ene naloge na drugo in ne morejo opravljati več nalog hkrati. Vzpodbujanje otrok k večopravilnosti zato ni priporočljivo. Večopravilnost (angl. multitasking) vodi v manjšo učinkovitost in večjo raztresenost (Gold, 2015).

Neka ameriška študija ugotavlja, da sodobni človek prekine svoje delo v povprečju vsakih enajst minut. Sedemnajstletnik takole opisuje svoj vsakdanjik: »Vsako sekundo, ko sem na spletu, se posvečam večopravilnosti. Ravno zdaj gledam televizijo, vsaki dve minuti prečkiram svoja e-sporočila, berem sporočila, pečem glasbo na CD in pišem to sporočilo«. Petnajstletnica pravi: »S kratkimi sporočili (SMS-si) se stalno pogovarjam z ljudmi, obenem si ogledujem svoja e-sporočila, delam domače naloge ali igram računalniške igre, medtem ko hkrati telefoniram«. Šestnajstletnica pa dodaja, da se dolgočasi, če se ne dogaja vse hkrati (Spitzer, 2016).

Znanstveniki z univerze Stanford so raziskovali vpliv večopravilnosti na umsko zmogljivost. Rezultati so pokazali, da se pri ljudeh, ki uporabljajo več medijev hkrati, pokažejo problemi pri nadzoru nad lastnim umom. »Multitaskerji« imajo večje težave pri tem, da bi odmislili nepomembne dražljaje iz okolice, slabše prezrejo nepomembne dražljaje v spominu in so manj učinkoviti pri izločanju nepomembnih nalog (Spitzer, 2016, str. 205–212).

4 Nova odvisnost

Leta 2009 se je svetovna javnost zgražala nad primerom 12-letnega Kitajca, ki so ga v Pekingu prisilno odpeljali v bolnišnico na terapijo z elektrošoki, da bi ga spravili k zdravi pameti. Fant je namreč postavil svojevrsten rekord, ko je štiri dni zapovrstjo preživel v kibernetski kavarni, nenehno povezan na omrežje, ne da bi se dotaknil hrane ali vode (Tonioni, 2013, str. 69).

Že več kakor desetletje vemo, da centra za odvisnost ne aktivirajo samo mamila, ampak tudi digitalni mediji, na primer računalniška igra (Koep idr., 1998, v Spitzer, 2016, str. 242).

Odvisnost od interneta je v zadnjih petnajstih letih predmet številnih znanstvenih razprav in raziskav. Leta 1995 je psihiater Ivan Goldberg objavil diagnostične kriterije za do tedaj neznano odvisnost od interneta. Za ta namen je prilagodil kriterije patološkega igranja na srečo iz diagnostično statističnega priručnika duševnih bolezni (DSM-IV, APA 2000). V znanstvenih razpravah je pogosto vprašanje, ali je odvisnost od interneta samostojna motnja, ali pa je le posledica depresije, družbene fobije ali obsesivno-kompulzivne motnje (Huisman idr., 2001, v Tonioni, 2013, str. 68).

Po diagnostičnih kriterijih je za določitev odvisnosti od interneta potrebnih vseh pet od spodaj navedenih osmih značilnosti, in to v trajanju vsaj šest mesecev:

- Oseba razmišlja o svojih prejšnjih dejavnostih na spletu v povezavi s prihodnjo (Kdo bo na Facebook-u? Ali kaj zamujam?).
- Oseba čuti potrebo, da se vse pogosteje poveže na omrežje za vedno daljša obdobja, da doseže zadovoljstvo.
- Oseba si je velikokrat prizadevala, da bi nadzirala, zmanjšala ali prekinila uporabo interneta.
- Oseba je nemirna, razdražljiva, depresivna, ko skuša omejiti uporabo interneta.
- Oseba ostane na medmrežju dlje od načrtovanega časa.
- Oseba tvega izgubo pomembnega razmerja in ogrozi študij ali delo zaradi uporabe interneta.
- Oseba laže družinskim članom in drugim o času, ki ga je prebila na internetu.
- Oseba uporablja internet kot beg pred vsakdanjimi težavami, da popravi svoje razpoloženje, depresijo, strah, občutke krivde in nemoči.

Ob poskusih, da bi oseba zmanjšala ali prekinila uporabo, se lahko pojavijo še znaki psihomotoričnega nemira, tesnoba, depresivno počutje, obsesivne misli in agresivno vedenje.

Glede na uporabljane virtualne aplikacije obstaja pet vrst odvisnosti:

- od virtualnega seksa,
- od virtualnih odnosov (Facebook, Twitter, klepetalnice itd.),
- od dejavnosti na medmrežju (igre na srečo, spletne trgovine itd.),
- od informacij (obsesivno iskanje informacij na medmrežju) in
- od spletnih virtualnih iger (kjer v vlogi avatarja oseba zaživi v virtualnem svetu).

Za osebe z odvisnostjo medmrežje postane temeljna potreba, ki postopno izloča vse ostale (Tonioni, 2013, str. 69–75).

V letu 2015 je NIJZ v sodelovanju z Mladinskim združenjem Brez izgovora v okviru projekta Norveškega finančnega mehanizma Za zdravje mladih izvedel raziskavo o nekemičnih ali vedenjskih zasvojenostih (angl. behavioral addictions) mladih v Sloveniji. Raziskavo je vodila dr. Mirna Macur. V raziskavi o računalniških igrah se niso osredotočili na vrste iger med mladimi, temveč na intenzivnost njihovega igranja in potencialno zasvojenost. Med osnovnošolci je raziskava zajela učence osmih razredov vseh slovenskih regij. V reprezentativni vzorec 1.071 slovenskih osmošolcev je bilo vključenih 50,2 % fantov in 49,8 % deklet v povprečni starosti 13 let in pol. Raziskava je pokazala, da je 82,1 % anketirancev v zadnjih 12 mesecih igralo računalniške igre preko različnih naprav (računalnika/notesnika, mobilnega telefona, tablice ali s pomočjo igralne konzole) tako preko spleta kot tudi brez internetne povezave. Podatki so tudi pokazali, da mladi začnejo igrati računalniške igre v povprečni starosti dobrih sedem let. Med delavniki tej aktivnosti namenijo povprečno 1,7 ure dnevno, ob koncih tedna pa skoraj dve uri in pol na dan.

Rezultati raziskave so pokazali, da 2,5 % slovenskih osmošolcev ustreza diagnozi zasvojenih z računalniškimi igrami. Pretirano igranje računalniških iger je bolj tipič-

no za fante kot za dekleta, omenjeni posamezniki pričnejo igrati računalniške igre prej kot ostali (pri povprečni starosti 5,5 let) in igrajo bistveno več od ostalih, med delovnimi dnevi 5,4 ure na dan, ob sobotah in nedeljah pa v povprečju 6,9 ur dnevno (<http://www.nijz.si/sl/zasvojenost-z-igranjem-racunalniskih-iger-med-slovenskimi-osmosolci>).

V Sloveniji je edina ambulanta za zdravljenje internetne odvisnosti v Zdravstvenem domu v Novi Gorici. Njen vodja Miha Kramli opisuje težke primere internetne odvisnosti in poudarja, da le-ta strmo narašča. Po pomoč prihaja več kot dvesto odvisnikov z nekemičnimi snovmi. Najmlajši odvisnik od interneta je star dvanajst let, najstarejši pacient, ki je zasvojen z igrami na srečo, pa triinosemdeset. Pomagajo jim z individualno terapijo, lahko pa izberejo tudi partnersko oziroma družinsko ter skupinsko terapijo. Mnogi privolijo samo v individualno terapijo, saj se nočejo izpostavljati. Vendar je prav skupinska terapija najbolj učinkovita, ker se tam vzpostavi mehanizem sodelovanja, medsebojne pomoči in medsebojne kontrole.

»Upam si trditi, da imamo v Sloveniji na tisoče uničenih ljudi, tudi mladih, za katere pravimo, da imajo vedenjske motnje, da so problematični, da imajo adolescentne motnje, v resnici pa gre za hudo oškodovanje zaradi nepravilne uporabe nove tehnologije«, pravi Miha Kramli, ki ocenjuje, da bi se s problemom morali spopasti širše, ne samo preko ene ambulante za zdravljenje odvisnosti (<http://www.onaplus.si/sodobna-zasvojenost-s-tehnologijo>).

Kramli (2012) meni, da primanjkuje pokončnih staršev. Mladi imajo preveč nenadzirane dostopa do tehnologije, kar bi jim morali odrasli preprečiti.

Škodljive posledice digitalizacije pa ne prizadevajo le naše duševnosti, ampak tudi naše telo. Osebe, ki se pretirano zadržujejo na medmrežju, so utrujene zaradi pomanjkanja spanca, kar posledično vpliva tudi na delovanje trebušne slinovke in izločanje inzulina. Pomanjkanje gibanja in prisilna drža povzročata posledice na lokomotornem sistemu in prekomerno telesno težo. Osebe pred zaslonom običajno niso videti pretirano srečne. Pri odvisnosti od interneta depresije nastopijo bistveno prej kakor pri ljudeh, ki imajo do medijev normalen odnos.

5 Preventiva

Zelo pomembno je, da vsi skupaj, tako mlajši kot starejši, iskreno premislimo o svojem odnosu do digitalnih medijev, o svojih občutkih in izkušnjah z digitalnimi mediji.

Kaj pa, ko so znaki internetne odvisnosti že evidentni? Študije vedno znova kažejo, da je tudi pri novih medijih omejitev odmerka edini ukrep, ki predstavlja dokazano zmanjšanje nevarnosti. Pri tem pojasnjevanje in dobri nasveti ne delujejo (Spitzer, 2016, str. 273).

Dobra komunikacija med starši in otroki je pomemben dejavnik zaščite. Imeti kakovosten odnos z otroki pomeni zlasti vedeti, kaj otroci počnejo, mislijo in občutijo. Dober odnos ne pomeni nujno strinjanja, ampak komunikacijo, vzajemno zanimanje in poslušanje. Vse to vzpodbuja zdrav razvoj otroka. Pozornost v odnosu do otroka mora biti stalnica (Tonioni, 2013, str. 129).

Nikakor ne smemo pozabiti, da beg v virtualni svet pomeni potlačitev človekovih avtentičnih potreb po druženju, odnosih, komunikaciji. Relacijske potrebe so bistvene za zdrav razvoj ter odnos do sveta in zadovoljevanje relacijskih potreb je najboljša preventiva za vse vrste odvisnosti (Erskine, Moursund in Trautmann, 1999).

6 Zaključek

Dr. Hubert Požarnik (1999) pravi, da ne obstaja globalizacija brez globalne etike. Sodobna tveganja digitalne tehnologije niso več vezana le na bogati sloj. Nasprotno: tveganjem vseh vrst smo izpostavljeni vsi. Značilnost sodobnih tveganj in nevarnosti je njihova »nevidnost« oziroma navidezna neškodljivost. Sugestija z ekranov pa nam žal velikokrat zamegli našo zdravo in naravno logiko.

V filmu *Odiseja 2001* so ljudje postali tako zelo podobni strojem, da se stroj izkaže kot bitje z najbolj človeškim značajem. V tem pa je bistvo problema, saj se pri razumevanju sveta vse bolj zanašamo na posredništvo računalnikov, pri tem pa se naša lastna inteligenca splošči v umetno (Carr, 2013, str. 203). Zato bodimo mi gospodarji digitalnih medijev in ne obratno!

LITERATURA

1. Carr, N. (2011). *Plitvine: kako internet spreminja naš način razmišljanja, branja in pomnjenja*. Ljubljana: Cankarjeva založba.
2. Erskine, R. G., Moursund, J. P. in Trautmann, R. L. (1999). *Beyond Empathy, A Therapy of Contact-in-Relationship*. Philadelphia: Brunner, Mazel.
3. Fajfer, S. (2017). *Zasvojenost z internetom. Zdravljenje tehnološke odvisnosti v Novi Gorici*. Pridobljeno 29. 10. 2017, s <http://www.onaplus.si/sodobna-zasvojenost-s-tehnologijo>.
4. *Globalizacija. Teorija svetovne kulture*. Pridobljeno 31. 10. 2017, s <https://sl.wikipedia.org/wiki/Globalizacija>.
5. Gold, J. (2015). *Vzgoja v digitalni dobi. Priročnik za vzpodbujanje zdravega odnosa do tehnologije od rojstva do najstniških let*. Didakta: Radovljica.
6. Hriberšek, I. (2012). *Pozitivni in negativni vplivi globalizacije na razvoj svetovnega gospodarstva (Magistrsko delo)*. Maribor: Univerza v Mariboru, Ekonomsko-poslovna fakulteta. Pridobljeno 28. 10. 2017, s <https://dk.um.si/Dokument.php?id=47622>.
7. Kramli, M. (2012). *Krivate matere*. Pridobljeno 29. 10. 2017, s <https://med.over.net/forum5/viewtopic.php?t=8016799>.

8. Požarnik, H. (1999). Prihodnost napredka. Celje: Mohorjeva družba.
9. Spitzer, M. (2016). Digitalna demenca. Kako spravljamo sebe in svoje otroke ob pamet. Celovec-Ljubljana-Dunaj: Mohorjeva založba.
10. Sunderland, M. (2008). Znanost o vzgoji. Radovljica: Didakta.
11. Taylor, J. (2015). Vzgajanje tehnološke generacije. Maribor: Hiša knjig, Založba KMŠ.
12. Tonioni, F. (2013). Ko internet postane droga: kaj morajo starši vedeti. Nova Gorica: Zdravstveni dom.
13. Zasvojenost z igranjem računalniških iger med slovenskimi osmošolci (2016). Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Pridobljeno 27. 10. 2017, s <http://www.nijz.si/sl/zasvojenost-z-igranjem-racunalniskih-iger-med-slovenskimi-osmosolci>.
14. Žorž, B. (2008). Sodobno suženjstvo – sodobne zasvojenosti. Ognjišče: Koper.

Vpliv komunikacije z vidika uspešnosti delovanja tima v organizaciji

POVZETEK - Uspešnost organizacije je odvisna od ljudi, ki so zaposleni v njej. Vsa pomembnejša vprašanja o vodenju in o odnosih med ljudmi v organizaciji, se vračajo vedno na isto dilemo: kako individualne potrebe zaposlenih vključiti in uskladiti s kontekstom potreb delovne organizacije. Vodje s komuniciranjem vplivajo na sodelavce, zato svojih funkcij brez komuniciranja ne bi mogli dobro izvajati. Vsa razmerja, ki se vzpostavijo med zaposlenimi, se posledično kažejo v komuniciranju. Največji izziv, s katerim se soočajo vodje danes, je spreminjanje sveta, kar zahteva novo paradigmo vodenja. Izziv za vodje je, da razvijejo novo miselnost, ki bo temeljila na človeških veščinah, integriteti in timskega delu. V javnem sektorju, ki je izrazito storitvena dejavnost, je glavna teža ravno na ljudeh. Ker tržne zakonitosti ne delujejo tako kot drugje, je delo z ljudmi še bolj pomembno. Timsko delo je glavno vodilo vseh zaposlenih v negovalnem timu za strokovno in kakovostno izvajanje procesov v zdravstveni negi, zato vodenje tima ne pomeni le delegiranja nalog in poročanja o uspehih, ampak tudi spopadanje s težavnimi situacijami. In ravno komunikacija ima velik pomen v izogibanju konfliktov, saj, med drugim, omogoča tudi boljše počutje zdravstvenih delavcev na delovnem mestu. Namreč, posledice motenj v komunikaciji so lahko napake pri delu, ki se odražajo v slabši kakovosti dela in lahko v zdravstvu pripeljejo do nepopravljivih posledic.

KLJUČNE BESEDE: komunikacija, vodenje, tim, zdravstvena nega

1 Uvod

V času čedalje hitrejšega tempa in pričakovanj, lahko povzročajo nesporazumi in neutemeljena pričakovanja največ izgub časa na delovnem mestu in so tudi pogosto ključen razlog zastojev v delovnih procesih. In največje bogastvo vsakega poslovnega sistema, tudi zdravstvenega, so ljudje, ki s svojim ravnanjem pomembno vplivajo na kakovost in je le-ta v prvi vrsti odvisna od njih. Zato se v javnih zavodih uvajajo sodobne pristope ravnanja z ljudmi pri delu. To je glavna naloga vodje, ki z njimi dela, jih usmerja, motivira, skrbi za njihov karierni razvoj, za njihovo zadovoljstvo in čim boljši izkoristek njihovih potencialov (Bagon, 2006).

1.1 Komuniciranje z zaposlenimi v organizaciji

Pomen komunikacije v poklicnem življenju ljudi, je vedno bolj v ospredju, zato znati komunicirati pri svojem delu, je dejstvo, ki ga moramo upoštevati tudi pri vodenju tima. Komuniciranje je širok pojem, ki vsebuje tako proces znotraj človeka, kot v interakciji z drugimi. Avtor Černetič (2007) navaja, da komunikacijo lahko najbolj

na splošno opredelimo kot prenos sprejetih simbolov med ljudmi. Ko ljudje komunicirajo, med seboj prenašajo sporočila s pomočjo različnih simbolov (besed, kretenj, govoric telesa, slik, svetlobnih in zvočnih simbolov itd.), ki morajo biti razpoznavni. Lahko bi torej rekli, da komunikacija ni le govorjenje, ampak je mnogo več: je tudi pisno komuniciranje in nebesedno sporazumevanje. Komuniciranje je torej odnos, s katerim izmenjujemo znanje in pomembno je, da je učinkovito.

Zaposleni s komuniciranjem tvorijo medosebne odnose. Ker je vsak človek individuuum s svojimi osebnostnimi lastnostmi, sposobnostmi, znanjem in različno motivacijo za delo, lahko med zaposlenimi prihaja do različnih trenj v medsebojnih odnosih. Še posebej je to opazno pri ljudeh, ki delajo v timu. Tam vse te različnosti še bolj pridejo do izraza, zato je uspešna komunikacija ključ do dobrih medsebojnih odnosov. Kadar smo dosegli namen s katerim smo začeli komunikacijo pravimo, da smo bili uspešni. O učinkoviti, komunikaciji pa govorimo takrat, kadar smo ta cilj dosegli z najmanj vloženi sredstvi (čas, napor, porabljeni sredstva). Zato ni enega samega najboljšega sloga komuniciranja in vodja mora biti na to nenehno pozoren ter slog komuniciranja prilagajati voljnosti in zmožnosti sodelavcev.

1.2 Motnje v komunikaciji

V praksi se pogosto zgodi, da do motenj v komunikaciji prihaja zaradi napak pri komuniciranju. Poleg napak pa kvalitetno komunikacijo ovirajo tudi blokade, ki jih s svojimi dejanji lahko povzročamo sami. Najpogostejše blokade pri komunikaciji so prekinjanje sogovornika, minimaliziranje težav sogovornika, slabo sodelovanje, neodgovorno ravnanje, poudarjanje problemov, kot jih vidimo mi in odklanjanje predlogov poslušalcev. Zato motnje v komunikaciji lahko povzročijo konflikte, ki imajo v odnosu pozitivne ali negativne posledice.

Posledice motenj v komunikaciji so lahko napake pri delu, ki se odražajo v slabši kakovosti dela in lahko tudi v zdravstvu pripeljejo do nepopravljivih posledic. Kdor se odloči za ta poklic in vztraja v njem, mora biti pripravljen na nelagodne (konfliktne) situacije, v svojem poklicu je lahko srečen in zadovoljen le tisti, ki se vse življenje uči, opazuje in osebno ter poklicno raste in zori v medsebojnih odnosih (Dobnik, 2007). V bolnišnici običajno nastajajo konflikti med stroko in pričakovanji zaposlenih, bolnikov na eni strani in finančne zmožnosti na drugi strani.

Konflikti so tudi eden temeljnih elementov, ki otežujejo dobro komunikacijo in so v medsebojnih odnosih neizogibni, še posebej kadar se znajde na kupu več ljudi. Konflikt ni vedno slaba stvar, saj lahko povečuje učinkovitost podjetja ali pa preprečuje doseganje ciljev. Pomembno je, da spodbujajo dialog in jih vidimo kot priložnost za izboljšave. Konflikte razrešujemo z medsebojnim usklajevanjem, pogajanjem, iskanjem skupnih točk in s sklepanjem kompromisov.

2 Vodenje tima

Pod izrazom vodenje si predstavljamo proces, v katerem vodja vpliva na posameznika ali na skupino, da opravi neko delo. Če se poglobimo v samo vodenje, ugotovimo, da je takšna opredelitev zelo poenostavljena. Največji izziv, s katerim se soočajo vodje danes, je spreminjanje sveta, kar zahteva novo paradigmo vodenja. Nova realnost vsebuje premik od stabilnosti k spremembam in kriznemu menedžmentu, od kontroliranja k delitvi moči in avtoritete – opolnomočenju, od tekmovanja k sodelovanju, od enotnosti k različnosti in od osredotočenja vase k višjim ciljem in namenom. Koncept vodje kot junaka je zamenjal koncept ponižnega in skromnega vodje, ki razvija sledilce in z njimi deli odgovornost. Te dramatične spremembe napovedujejo, da filozofija vodenja, ki temelji na kontroli in osebnih ambicijah v novem obdobju ne more več uspevati. Izzivi za vodje so, da razvijejo novo miselnost, ki bo temeljila na človeških veščinah, integriteti in timskega delu (Kramar Zupan, 2009).

Vse številnejše razprave v slovenski javnosti o kakovosti v zdravstvu zahtevajo od vodij v zdravstvenih ustanovah, da razumejo sodobno vodenje. Zahteve s strani uporabnikov po spremljanju kakovosti dela v zdravstvu, zahteve financerjev ter ustanoviteljev so tiste, ki direktorje postavljajo pred dejstvo, da se morajo izobraževati in usposabljati na področju vodenja. Danes mora vodja v zdravstvu poleg tradicionalnih pristopov in zgledov videti novo realnost za bolnika in celotno zdravstveno infrastrukturo v bolnišnici ter v celotnem zdravstvenem sistemu v državi (Skela Savič idr., 2007). Današnja družba znanja in inovacij potrebuje odzivne, kompetentne, kreativne, inovativne in avtentične vodje, ki bodo z uvajanjem sprememb zviševali dodano vrednost in konkurenčno prednost organizacijam. Kljub visoki stopnji avtonomije posameznih poklicnih skupin v zdravstvenem timu, še vedno ostaja potreba po vodenju zdravstvenega tima. Vodenje ima ključno vlogo pri usklajevanju in nadziranju delovnih procesov in uvajanju sprememb v zdravstvu (Musić, 2016). Zato potrebujejo vodje zdravstvenih organizacij poleg strokovnega znanja s področja medicine in zdravstvenih ved, tudi širok portfelj znanja in veščin s področja vodenja, ravnanja z ljudmi in poznavanja timskega dela, ki pa v zdravstvu predstavlja najpomembnejšo obliko izvajanja dela.

3 Zaključek

Timsko delo je skupinsko delo samostojnih članov – različnih zdravstvenih strokovnjakov. Vsakdo ima specifično znanje s svojega področja in odgovarja za svoje odločitve, ki pa so podrejene skupnemu cilju v okviru določene delovne naloge. Cilj oblikovanja tima v zdravstvu je, z vključitvijo različnih strokovnjakov, pridobiti strokovna znanja z vseh tistih področij, ki se pojavljajo v procesu zdravljenja, da bi se na ta način terapevtski proces lahko učinkovito in uspešno izvajal. Zrel tim najbolje deluje po principu osebne svobode in odgovornosti, kar pa ne pomeni, da vsak

dela po svoje. Vsak član v okviru svoje delovne naloge izpelje svoj del delovnega procesa, nato pa člani tima skupaj zlagajo sestavljanjo do celovite rešitve. Zato ima vodja velik pomen v dobrem delovanju tima, saj mora znati odločati, komunicirati, voditi in usmerjati kompleksni in kaotični interdisciplinarni timski sistem. Uspešnost in učinkovitost organizacije dela v zdravstveni negi se ne kaže v tem, kaj posamezna skupina ljudi dela, temveč v tem, kakšno je sodelovanje med člani tima. Za dobrim vodjem stoji dober tim in vsak vodja si želi, da bi njegovo vodenje pripeljalo do zastavljenih ciljev. Zato vodenje ne temelji samo na enem izbranem stilu, temveč je proces nenehnega prilagajanja različnih stilov vodenja, da so ljudje z njim zadovoljni in hkrati uspešni.

LITERATURA

1. Bagon, J. idr. (2006). Priročnik za javne menedžerje. Ljubljana: Portis.
2. Černetič, M. (2007). Management in sociologija organizacij. Kranj: Moderna organizacija.
3. Dobnik, M. (2007). Analiza komunikacijskega udobja in motenj pri komunikaciji. Obzor Zdr N., 41 (1), 153-8.
4. Kramar Zupan, M. (2009). Menedžment vs. Vodenje. Novo mesto: Fakulteta za poslovne in upravne vede.
5. Musić, D. (2016). Vpliv timskega dela na varnost in kakovost zdravstvene oskrbe (Magistrsko delo). Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
6. Skela Svič, B. in Pagon, M. (2007). Model dejavnikov uspešnega izvajanja sprememb v slovenskih bolnišnicah. Kranj: Organizacija.
7. Spletna stran: <http://www.mladinski-ceh.si/objava/138/kako-prepreciti-motnje-pri-komunikaciji>.
8. Spletna stran: http://zik.tpsola.com/gradivo-szpp/motnje_v_komunikaciji.html.
9. Vrhovec, A. (2012). Vpliv komunikacije in vodenja na uspešnost organizacije v zdravstveni negi (Magistrsko delo). Celje: Mednarodna fakulteta za družbene in poslovne študije.

E-dokumentiranje v rehabilitacijski zdravstveni negi

POVZETEK - Medicinske sestre ob delu s pacienti načrtujejo in izvajajo aktivnosti zdravstvene nege. Za vidnost in razvoj stroke zdravstven nege je potrebna dokumentacija v zvezi z načrtovanim in opravljanim delom. Medicinske sestre se poslužujejo papirnate oblike dokumentacije na predpisanih obrazcih. Sodobni informacijski čas je od nas zahteval uvedbo elektronske dokumentacije zdravstvene nege. Za potrebe po razvoju informacijskega sistema zdravstvene nege smo izoblikovali informacijski sistem z bazo podatkov, kjer uporabniki skozi programsko okolje vpisujejo informacije o pacientih. V prispevku je predstavljen primer uvedbe in uporabe informacijske rešitve elektronske dokumentacije v rehabilitacijski zdravstveni negi.

KLJUČNE BESEDE: dokumentacija zdravstvene nege, e-dokumentiranje, računalniški program

1 Uvod

Ključna aktivnost medicinske sestre pri obravnavi pacienta v rehabilitacijski zdravstveni negi je dokumentiranje dela in ima več namenov. Z dokumentiranjem spremljamo kakovost zdravstvene nege in njeno izboljševanje pri rehabilitaciji pacientov; seveda pa nam služi tudi kot uradni dokument ob morebitnih nezaželenih dogodkih. Zdravstvena nega je vidna takrat, kadar le-to dokumentiramo. Glede na tehnološke dosežke je vse bolj v ospredju e-zdravstvena nega; v smislu elektronskega dokumentiranja. Eden glavnih razlogov uvedbe je standardiziran pristop k dokumentiranju in zbiranju podatkov za nadaljnje raziskovalno delo medicinskih sester. Medicinska sestra med rehabilitacijo spremlja zdravstveno stanje pacienta in ocenjuje potrebe pacientov. Pacienta skozi rehabilitacijo motivira za doseganje višje stopnje samooskrbe in to skrbno dokumentira. Uvedba elektronskega dokumentiranja v kliničnem okolju se je pojavila iz potreb po standardiziranem in preglednejšem dokumentiranju, ter predvsem potreb po varni in centralni zbirki podatkov o pacientih. Informacijski sistem omogoča sistematični pregled vseh zbranih podatkov na enem mestu posameznemu pooblaščenemu uporabniku. Razlogi in zahteve narekujejo po tem, da bi v sklopu elementa – dokumentiranja olajšali delo negovalnemu osebju tako, da bi lahko podatke, pridobljene ob pacientu, sistematično vnašali v programsko okolje informacijskega sistema. To zahteva aktivno vlogo zaposlenih po sprotnem vnosu podatkov, beleženje datuma in časa vnosov podatkov ter uporabnika, ki je podatke vnesel, obdelavo informacij v smislu in poteku delovnega procesa oddelka glede na

potrebe po vrsti dokumentacije in podobno. Zahteve od informacijskega sistema so, da imajo uporabniki možnost vpogleda v podatke, da te podatke sistematično zberejo in obdelajo glede na potrebe (tabele, grafi, poročila, sezname) in možnosti distribucije in tiska podatkov.

2 Razvoj informacijskega sistema

Tehnološki napredek se je okrepil in zaznamoval novo obdobje v zdravstveni negi. Vplivi tehnoloških inovacij so izjemni, tako glede razpoložljivosti opreme kot uporabnosti le-te na različnih področjih zdravstva. Raziskovalci menijo, da s tehnoloških virov in z razpoložljivimi informacijami dosegamo višje ravni odličnosti; zato bi morali biti tehnološki viri sestavni elementi delovanja zdravstvene nege kot podporno orodje za pridobivanje podatkov za raziskovanje in ustvarjanje novih znanj (Carvalho Araujo Moreira idr., 2016). Potrebe stroke zdravstvene nege po tovrstnih so še tako velike, vendar se ob pogovorih o tem pojavijo omejitve okolja – »kdo bo financiral, od kje vzeti sredstva?« in naše notranje omejitve »ali smo na to pripravljeni ter ali si tega želimo?«. Pri izdelavi informacijskega sistema imamo različne metodologije pristopa pri načrtovanju programskega okolja z ozirom, kako informacijo ali podatek obdelujemo. Avtor Coiera (2015) pri tem dodaja, da se posamezne strukture in vsebine programov razlikujejo po načinu obdelovanja in prikazovanja podatkov z namenom zagotavljanja učinkovite komunikacije med posameznimi zdravstvenimi delavci ter na sprejete standarde zapisa podatkov pacienta.

Informacijski sistemi za podporo zdravstveni negi imajo po besedah avtorja Coiera (2015, str. 57) določene prednosti pri uporabi, predvsem z namenom:

- izboljšanja komunikacije med posameznimi strokovnjaki in njihove aktivne vloge pri obravnavi pacienta (informacijski sistem kot sredstvo komunikacije),
- dostopne točke do podatkov za posameznike, ki aktivno vodijo oskrbo,
- vpogleda v vse podatke o pacientu glede na upravičenost do uporabe le-teh,
- zajema vseh podatkov, katere lahko obdelujemo,
- arhiviranja zapisov in podatkov po končani oskrbi kot pomoč pri kasnejših obravnavah in primerjanj stanj ter v namen raziskovanja.

Uvajanje tovrstnih sistemov v klinično prakso zahteva spremembe v procesu dela. Avtorici Prijatelj & Črv (2004) skozi raziskave navajata, da spremembe v delovnem procesu nakazujejo strah pred tradicionalnim oziroma neznanim. Navajata tudi nezadostno vključevanje uporabnikov pri načrtovanju informacijskega sistema in nerealistična pričakovanja uporabnikov. Za zmanjševanje odporov ob uvedbi informacijskega sistema je potrebna aktivna vključenost medicinskih sester že v fazi načrtovanja informacijskega sistema, kjer te skupaj z informatiki predvidevajo spremembe v postopkih, delovanju in vlogah posameznikov oziroma uporabnikov informacijskega sistema zdravstvene nege znotraj določenega tima.

2.1 Informacijski sistem dokumentiranja zdravstvene nege

Za podporo dokumentiranju zdravstvene nege v rehabilitaciji smo uvedli informacijski sistem zdravstvene nege Pacientko (Slika 1). Sistem je bil razvit leta 2015 in istega leta vpeljan v klinično okolje. Poglavitni razlogi vpeljave sistema so bili omogočanje elektronske shrambe podatkov o pacientu, shramba na enem mestu z možnostjo arhiviranja in vpogleda ter olajšanje dela medicinskim sestram od sprejema do odpusta pacienta v celotnem konceptu dokumentiranja. Predhodno smo imeli dobro izoblikovane in rehabilitacijski zdravstveni negi prilagojene obrazce zdravstvene nege (sprejemna anamneza zdravstvene nege in odpustno pismo zdravstvene nege), katere smo jih integrirali v programsko okolje.

Slika 1: Programsko okolje informacijskega sistema za zdravstveno nego Pacientko

The screenshot displays the Pacientko software interface. At the top, it shows patient information for 'ŽLAK PRIMOŽ', including birth date (4.2.1990), name (ŠKRILE 1), postal code (8350 DOLENJSKE TOPLICE), and KZJ number (5214521). It also indicates allergies (PENICILIN) and a patient ID (18:48:17). A sidebar on the left contains navigation buttons for patient management, treatment, and reporting. The main area features a table of patients, a status legend for documentation, rehabilitation, and discharge, and sections for patient management and statistics.

SEZNAM PACIENTOV V OBRAVNAVI				
SOBA	PREIMEK	IME	DATUM SPREJEMA	DATUM ODPUSTA
2	MUŠKA	ŽLAK	23.02.2017	26.02.2017
3	ŽLAK	PRIMOŽ	28.02.2017	30.03.2017

DOKUMENTIRANJE SPREJEMA

- Splošni podatki
- Anam. živj. aktivnosti
- Ocena tveganj

ZN MED REHABILITACIJO

- Proces zdravstvene nege
- Diagnostično th. posegi
- Oskrba in nadzor ran

ODPUST ZN

- Edukacija pacienta
- Odpust zdravstvene nege

STATISTIKA ZASEDENOSTI PO TIPIH OBRAVNAV

ŠTEVILO PACIENTOV:

N. ODD: 0
NBZ: 0
SP: 1
VSI: 2

Vir: Elektronska negovalna dokumentacija Terme Krka, d.o.o., Novo mesto.

V kliničnem okolju smo za potrebe rehabilitacijske zdravstvene nege izoblikovali programsko okolje, v katerem medicinske sestre beležijo podatke o pacientih. Dokumentiranje poteka od sprejema pacienta in nato ves čas rehabilitacijske obravnave. Pri sprejemu medicinska sestra ocenjuje potrebe po zdravstveni negi in primanjkljaje v samooskrbi. Tovrstne podatke vpisujejo v programsko okolje pod zavihkom sprejemna anamneza zdravstvene nege. Tukaj se vpisujejo in zbirajo splošni podatki, kot so na primer tip obravnave, medicinska sestra, ki je pacienta sprejela, vrsta prevoza do nas (s svojci, z reševalnim vozilom), katere pripomočke za hojo ima pacient s seboj in podobno. Podatke o stanju pacienta ob prihodu, morebitne alergije, dieto pacienta, stanje odvajanja blata z datumom zadnjega odvajanja in stanje izločanja urina pa medicinska sestra beleži pod posebno rubriko anamneza življenjskih aktivnosti. Ob sprejemu medicinska sestra v programskem okolju opredeli vrsto nizkomolekularnega heparina ter čas aplikacije. Ob zaključku obdelave poročila oziroma ob zaključku sprejemne anamneze lahko medicinska sestra poročilo natisne v papirnato

obliko in ga priloži v popisni karton. Ob shranjevanju sprejemnih podatkov se ti ves čas rehabilitacije hranijo v programskem okolju in so uporabnikom vedno na voljo. Tako lahko medicinska sestra, ki načrtuje odpust pacienta preveri, s katerim prevozom bo pacient odšel po rehabilitacije ter katere pripomočke je ob sprejemu imel s seboj. Z oziroma na pomembnost teh podatkov v času rehabilitacije je potrebno dosledno vpisovanje vseh posebnosti ob sprejemu.

Medicinska sestra ob zaključku sprejemne anamneze nadaljuje dokumentiranje v procesu pri načrtovanju zdravstvene nege. V programskem okolju je opredeljen zavihek Zdravstvena nega med rehabilitacijo. Tukaj se načrtuje uporabo pripomočkov za hojo in uporabo inkontinenčnih pripomočkov. Medicinska sestra ocenjuje stanje in načrtuje uporabo le-teh. Skupaj v timu z zdravnikom vpisujejo tudi uporabo elastičnih povojev ali nogavice ter aplikacijo krioterapije ter lokacijo aplikacije v popoldanskem času. Medicinska sestra zabeleži tudi vse posebnosti, ki so pomembne pri dnevni oskrbi pacienta (na primer; pomoč pri oblačenju spodnjih okončin, posebnost pri hoji, kjer je pacient nestabilen ali spremstvo pacienta do toaletnih prostorov).

Slika 2: Zavihek za vnos negovalne diagnoze

OPISNA OCENA STANJA PREGLED NAČRTA		PACIENT: ŽLAK PRIMOŽ	
PRI PACIENTKI OPAŽAMO URINSKO INKONTINENCO. UPORABLJA INKONTINENČNE PRIPOMOČKE - PLENICE. KOŽA V ANOGENITALNEM PREDELU NI PRIZADETA VENDAR JE ZARADI DEFICITA PRI OSEBNI HIGIENI MOŽNOST NASTANKA POŠKODBE KOŽE VEČJA.			
NEGOVALNA DIAGNOZA			
MOŽNOSTJ VNETJA KOŽE ZARADI ZADRŽEVANJA IZLOČKOV NA KOŽI.			
NEGOVALNI PROBLEM:	MOŽNOST POŠKODBE KOŽE ANOGENITALNEGA PREDELA.		
ETIOLOGIJA / VZROK:	KOPIČENJE IZLOČKOV NA KOŽI.		
SIMPTOM(-I):	/		
CILJI			
PREPREČEVANJE NASTANKA VNETJA KOŽE ANOGENITALNEGA PREDELA V ČASU OBRAVNAVE.			
NAČRT			
REDNA IN TEMELJITA NEGA KOŽE, KOPANJE 2X TEDENSKO, OPAZOVANJE IZLOČKOV, REDNA ANOGENITALNA NEGA, USTREZNA NAMESTITEV PRIPOMOČKOV ZA ODVAJANJE V POSTELJI.			
IZVAJANJE		UPORABNIK: PRIMOŽ ŽLAK	
PO NAČRTU VEČ KRAT DNEVNO/TEDENSKO.			
VREDNOTENJE			
DNEVNO, OB VSAKI ANOGENITALNI NEGI, OB KOPANJU.			
Diagnozo vpisal: PRIMOŽ ŽLAK			
VRSTA NEGOVALNE DIAGNOZE			
<input type="radio"/> AKTUALNA			
<input checked="" type="radio"/> POTENCIONALNA			
			IZHOD

Vir: Elektronska negovalna dokumentacija Terme Krka, d.o.o., Novo mesto.

prehrano ter malice za sladkorne paciente. Ob odpustu pacienta v institucionalno varstvo naredi medicinska sestra s pomočjo programskega okolja odpust zdravstvene nege. Podatke, ki bodo na odpustnem dokumentu vpisuje v programsko okolje, kjer nato ob zaključku sam dokument tudi natisne na papirnat obrazec (Slika 3).

3 Prednosti in slabosti uporabe informacijskega sistema

Uporaba sodobnih tehnologij in uporabnih informacijskih sistemov omogočata varno elektronsko dokumentiranje zdravstvene nege. S tem lahko učinkovito obvladujemo informacije, katere so za obravnavo pacienta kritičnega pomena. Dostopnost podatkov uporabnikom daje celovit vpogled v zdravstveno stanje pacienta in potrebe pacienta po zdravstveni negi. Z ozirom na to lahko uporabniki lažje načrtujejo izvajanje zdravstvene nege in ostalih povezanih postopkov. Preglednost informacij je pomembna za varno obravnavo in obvladovanje podatkov in informacij. Ob vzpostavitvi delovanja programskega okolja na večjem številu računalnikov pa daje celovit vpogled v zdravstveno stanje tudi zdravnikom, kadar podatke o pacientu potrebujejo. Tako lahko zdravnik na računalniku svoje ambulate pregleduje informacije o pacientu in teko lažje načrtuje rehabilitacijo ali podaja informacije o stanju pacienta njihovim svojcem.

Spremembe kot takšne predstavljajo odpor in dodatne zadolžitve za medicinske sestre. Ob uvedbi informacijskega sistema smo v začetku doživeli odpor starejšega kadra medicinskih sester, vendar so se medicinske sestre ob dobrem praktičnem izobraževanju naučile rokovanja s tipkovnico in spoznale korake dela v programskem okolju. Ob uvajanju novosti je potrebno poudariti dobro obveščenost vseh uporabnikov o spremembah, saj le tako dosežemo, da bodo vsi podatki vpisani v celoti.

4 Razprava

Na podlagi pridobljenih izkušenj ob uvedbi informacijskega sistema zdravstvene nege v kliničnem okolju smo ugotovili, da je uporabnost tovrstnega dokumentiranja zelo dobra za razliko od papirnate dokumentacije. Podatki o pacientih so dostopni na enem mestu, kjerkoli in kadarkoli pooblaščenim uporabnikom z osebnim uporabniškim imenom in geslom. Ob uvedbi je bila to novost, katero so zaposleni hitro prisvojili. Izkušnje uporabnikov kažejo, da jim je vpisovanje podatkov o pacientu v programsko okolje hitrejše kot vpisovanje na papirnate obrazce; ob tem navajajo tudi boljšo preglednost nad informacijami in lažje delo s pacienti samimi.

V praksi smo z uvedbo in uporabo omenjenega informacijskega sistema zadovoljni, opaziti je izboljšanje pri aktivnostih dokumentiranja. Pri sprejemu pacienta je delo s pomočjo informacijskega sistema sistematizirano; medicinska sestra ima protokol, po katerem vzame anamnezo zdravstvene nege ob sprejemu. Tudi ostali vpisani

podatki omogočajo olajšanje dela predvsem v smislu nepotrebne pisanja raznih skupnih seznamov, kot se je to opravljalo pred uvedbo informacijskega sistema dokumentiranja v zdravstveni negi.

5 Zaključek

V prihodnosti je pričakovati, da bo za potrebe dokumentiranja zdravstvene nege integracija informacijskega sistema v delovni proces nujno potrebna. Uvedba informacijskih sistemov je potrebna tudi zaradi olajšanega dokumentiranja zdravstvene nege, saj so podatki zbrani na enem mestu. S tem je olajšan dostop tistim, ki podatke potrebujejo za nadzor, spremljanje in izboljšanje zdravlja pacienta v smislu zdravstvene nege in oskrbe. Priložnost daje tudi zdravnikom, saj lahko skozi informacijski sistem opazujejo potrebe pacienta v smislu holistične obravnave pacienta.

LITERATURA

1. Carvalho Araujo Moreira, A., Teixeira, E. F., Leite de Araujo, T., Frota Cavalcante, T., Josefina de Silva, M. in Carvalho Teixeira Cruz, A. T. (2016). Software Development for Nursing Care: Integrative Review. *Journal of Nursing UFPE*, 6 (10), 4942-4950. Pridobljeno 19. 9. 2017, s <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=14&sid=077796cd-b0cf-4929-b83c-6e70cad2b851%40sessionmgr104>.
2. Coiera, E. (2015). *Guide to Health Informatics; Third Edition*. New York: CRP Press, Taylor and Francis Group.
3. Prijatelj, V. in Črv, M. (2004). Načrtovanje in uvajanje informacijskega sistema zdravstvene nege. *Informatica Medica Slovenica*, 9 (1-2), 63-67. Pridobljeno 10. 9. 2017, s [http://ims.mf.uni-lj.si/archive/09\(1\)IMS09\(1\)web.pdf](http://ims.mf.uni-lj.si/archive/09(1)IMS09(1)web.pdf).

STROKOVNO SREČANJE SO PODPRLI:

ADRIA MOBIL

ANMEDIC

BAYER

DOLENJSKE PEKARNE

DRUŠTVO PODEŽELJSKIH ŽENA DOLENJSKE TOPLICE

KRKA, D.D.

MEDIAS INTERNATIONAL

MEDIS

MERCATOR CASH IN CARY NOVO MESTO

MM SURGICAL

OBČINA DOLENJSKE TOPLICE

RAM 2

RENAULT, REVOZ, D.D.

SANOLABOR

SIMP'S

SMITH&NEPHEV

TELEKOM SLOVENIJE

TOSAMA

 **ADRIA**[®]
ANMEDIC



medias
international



M E D I S



MM SURGICAL

RAM 



RENAULT

Revoz, d.d.



Sanolabor

Ko gre za zdravje!

Simps'iS[®]
*medicinski
pripomočki*

 **smith&nephew**



TelekomSlovenije



TOSAMA

Since 1923

Flebaven®

mikronizirani diosmin
filmsko obložene tablete, 500 mg

LAHKOTEN KORAK ZA ZDRAVE VENE

NOVO!

Flebaven vsebuje mikronizirani diosmin, ki:

- poveča venski tonus,
- spodbudi mikroobtok v venah,
- olajša bolečine v nogah,
- zmanjša občutek težkih nog in njihovo otekanje.

www.flebaven.si



KRKA

*Naša inovativnost in znanje
za učinkovite in varne
izdelke vrhunske kakovosti.*

Pred uporabo natančno preberite navodilo!
O tveganju in neželenih učinkih se posvetujte z zdravnikom ali s farmacevtom.



*društvo
medicinskih sester, babic
in zdravstvenih tehnikov
Novo mesto*

