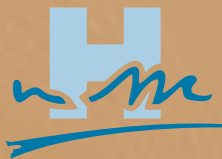


Splošna bolnišnica Novo mesto
Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Novo mesto
Visoka šola za zdravstvo Novo mesto



1. DNEVI MARIJE TOMŠIČ

Primeri dobre prakse v zdravstveni negi



Novo mesto, 21. in 22. januar 2009

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

616-083(082)

DNEVI Marije Tomšič (1 ; 2009 ; Novo mesto)

Primeri dobre prakse v zdravstveni negi / 1. dnevi Marije Tomšič, Novo mesto, 21. in 22. januar 2009 ; [urednica Marjeta Berkopec]. - Novo mesto : Splošna bolnišnica : Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov : Visoka šola za zdravstvo, 2009

ISBN 978-961-91795-1-2 (Splošna bolnišnica Novo mesto)

1. Gl. stv. nasl. 2. Berkopec, Marjeta
243432448

Splošna bolnišnica Novo mesto
Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Novo mesto
Visoka šola za zdravstvo Novo mesto



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



1. DNEVI MARIJE TOMŠIČ

Primeri dobre prakse v zdravstveni negi



Novo mesto, 21. in 22. januar 2009

Organizacijski odbor: Zlata Rebolj, Ana Podhostnik, Darinka Hrovat, Jožica Rešetič, Matej Kocjančič, Mira Brodarič, Nataša Piletič, Barbara Špilek, Barbara Luštek, Zdenka Seničar.

Programski odbor: Marjeta Berkopec, Simona Baznik, Karmen Janežič, Marta Kavšek, Alenka Piškur, Vlasta Curhalek, Nataša Lakner, Valerija Lekič Poljšak.

1. DNEVI MARIJE TOMŠIČ - Primeri dobre prakse
v zdravstveni negi

Izdali in založili: Splošna bolnišnica Novo mesto v sodelovanju z Društvom medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Novo mesto in Visoko šolo za zdravstvo v Novem mestu.

Urednica: Marjeta Berkopec

Lektorirala: Sonja Simčič

Oblikovanje in tisk: Špes grafika, Novo mesto

Naklada: 400 izvodov

Novo mesto, januar 2009

UVODNIK

Hiter razvoj znanosti, še posebej na področju medicine in zdravstvene nege, tudi od medicinskih sester, zdravstvenih tehnikov in babic zahteva kontinuirano učenje in pridobivanje vedno novih znanj. Spremembe na vseh področjih nas silijo v iskanje novih, boljših rešitev strokovnih problemov, s katerimi se srečujemo. Vseživljenjsko učenje in izobraževanje je postalo pogoj za kakovostno, na znanju temelječo zdravstveno nego.

Na Dolenjskem se ne moremo pohvaliti z bogato zgodovino zdravstvene nege. Ni nas v zapisih, ni nas v arhivih. Pa vendar med nami živi spomin na medicinske sestre, ki so po drugi svetovni vojni tlakovale pot poklicu medicinske sestre. Prva med njimi Marija Tomšič, pozneje še mnoge druge. Zaradi njih danes obstajamo, zaradi njih smo. Njihovo delo ne sme v pozabo. Zavedamo se, da bo list, popisano z našo preteklostjo, zaznamoval tudi našo prihodnost. Zato bomo v naslednjih letih podrobno raziskovale preteklost našega poklica v dolenskem prostoru in jo zapisovale, hkrati pa se bomo v njihovem imenu, v imenu naših učiteljic, posvečale napredku stroke.

Danes medicinske sestre, zdravstveni tehniki in babice v regiji ne zaostajamo za poklicnimi kolegicami v slovenskem prostoru. S strokovnimi prispevki aktivno sodelujemo na različnih strokovnih srečanjih, tako na državnem, kot tudi na mednarodnem nivoju. Pogosto tudi v naših krajih organiziramo strokovna srečanja in gostimo strokovno javnost.

Tokrat smo se povezale medicinske sestre in zdravstveni tehniki iz vseh zdravstvenih in socialnih zavodov in iz obeh zdravstvenih šol v regiji. Veseli smo, da nam je uspelo dokazati, da znamo združiti moči in prispevati svoj delež k profesionalizaciji zdravstvene nege.

Zbornik predavanj je tako kot strokovno srečanje posvečen prvi medicinski sestri Mariji Tomšič – pionirki zdravstvene nege na Dolenjskem, ki je več generacijam mladih deklet s svojim znanjem, ki ga je nesebično razdajala, zagotovila poklic, v katerem so se posvečale humanemu poslanstvu, skrbi za bolnike. Rdeča nit strokovnih prispevkov so primeri dobre prakse v zdravstveni negi. Objavljeni prispevki obravnavajo številna, zelo različna področja delovanja zdravstvene nege, z njimi predstavljamo svoje delo.

Potrudili se bomo, da bodo postali »Dnevi Marije Tomšič« tradicionalna oblika izmenjave znanja in napredka v stroki zdravstvene nege v sodelovanju s širšo strokovno javnostjo.

Marjeta Berkopec, Zdenka Seničar

Spremna beseda

Ideja, da je potrebno predstaviti dobro delo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v naši regiji, je zorela v glavah peščice zanesenjakov že dalj časa. Potrebno je bilo le glasno spregovoriti in jo predstaviti in že so potekale aktivnosti za pripravo strokovnega srečanja, v okviru katerega bi predstavili najboljšo prakso v zdravstveni negi. Združili smo moči, se povezali med seboj in pripravili strokovno srečanje, za katerega verjamem, da nam bo v čast.

Kot je zapisano v uvodniku, si želimo, da bi bile medicinske sestre in zdravstveni tehniki razpoznavni tudi v širšem družbenem okolju in ne samo v strokovni javnosti zdravstvene nege.

Čas, v katerem živimo, prinaša mnoge spremembe, ki nam niso vedno naklonjene. Recesija, ki obvladuje ves svet, negativno vpliva tudi na zaposlovanje medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov. Krutost časa in brezobzirnega boja za kapital in obstanek je v tolikšni meri spremenila vrednote, da postaja že nevarno. Vse to pa se odraža v medčloveških odnosih in žal tudi v odnosih do pacientov.

Spremembe pa nam vlivajo tudi novo upanje. Tako si želimo, da bi Ministrstvo za zdravje pod vodstvom gospoda Miklavčiča sprejelo kadrovske normative za zdravstveno nego, podalo usmeritve izobraževanja in podprlo uvajanje informatike v zdravstveno nego, za kar si že nekaj časa prizadevamo.

Kljub dobri volji in pripravljenosti za delo bi zelo težko izpeljale srečanje, če ne bi bilo ljudi, ki že danes razumejo pomembnost dela medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov pri razvoju njihove profesije, kakor tudi sooblikovanja zdravstvene politike v širšem družbenem okolju.

Hvala vsem, ki so nam pomagali pri organizaciji strokovnega srečanja. Posebna zahvala gre gospodu Jožetu Colariču, generalnemu direktorju tovarne zdravil Krka, gospe Miri Retelj direktorici Splošne bolnišnice Novo mesto in gospodu Marjanu Blažiču direktorju Visokošolskega središča Novo mesto.

Ne nazadnje se zahvaljujem vsem medicinskim sestram in zdravstvenim tehnikom, ki so kakorkoli prispevali, da nam je uspelo.

Zlata Rebolj

Seznam avtorjev

- Marija BARTOLJ, dipl.m.s., Dom starejših občanov Črnomelj
- Simona BAZNIK, dipl.m.s., kirurški oddelek, Splošna bolnišnica Novo mesto
- Marjeta BERKOPEC, dipl.m.s., centralni operacijski blok, Splošna bolnišnica Novo mesto
- Sandra BLAGOJEVIČ ŠTEMBERGAR, ZT, dializa, Splošna bolnišnica Novo mesto
- Bernarda BOBI, dipl. m. s., dializa, Splošna bolnišnica Novo mesto
- Marija GAČNIK, dipl. m.s., Zdravstveni dom Trebnje
- Ingrid JAKLIČ, dipl.san.ing., Splošna bolnišnica Novo mesto
- Vesna JARC, dipl.m.s., centralni operacijski blok, Splošna bolnišnica Novo mesto
- Alja KLOBČAVER, dipl.m.s., dispanzer za zdravstveno varstvo predšolskih otrok,
Zdravstveni dom Novo mesto
- Marina KOKALJ, dipl.m.s., interni oddelek – odsek za intenzivno interno medicino,
Splošna bolnišnica Novo mesto
- Matej KOCJANČIČ, ZT, centralni operacijski blok, Splošna bolnišnica Novo mesto
- Zdenka KRALJ, univ.dipl.prav., Splošna bolnišnica Novo mesto
- Helena KOSAR, dipl.m.s., dializa, Splošna bolnišnica Novo mesto
- Nataša LAKNER, dipl.m.s., specialistka perioperativne zdravstvene nege, interni oddelek –
odsek za intenzivno interno medicino, Splošna bolnišnica Novo mesto
- Valerija LEKIČ POLJŠAK, univ.dipl.org.,višja svetovalka,
Dom starejših občanov Črnomelj
- Barbara LUŠTEK, dipl.m.s., centralni operacijski blok, Splošna bolnišnica Novo mesto
- Darja MAGNIK, dipl.m.s., Zdravstveni dom Novo mesto
- Stanka MAJERLE, univ.dipl.organizatorika; dipl.m.s., Dom starejših občanov Novo mesto
- Brigita MUHIČ, dipl.m.s., Dom starejših občanov Novo mesto

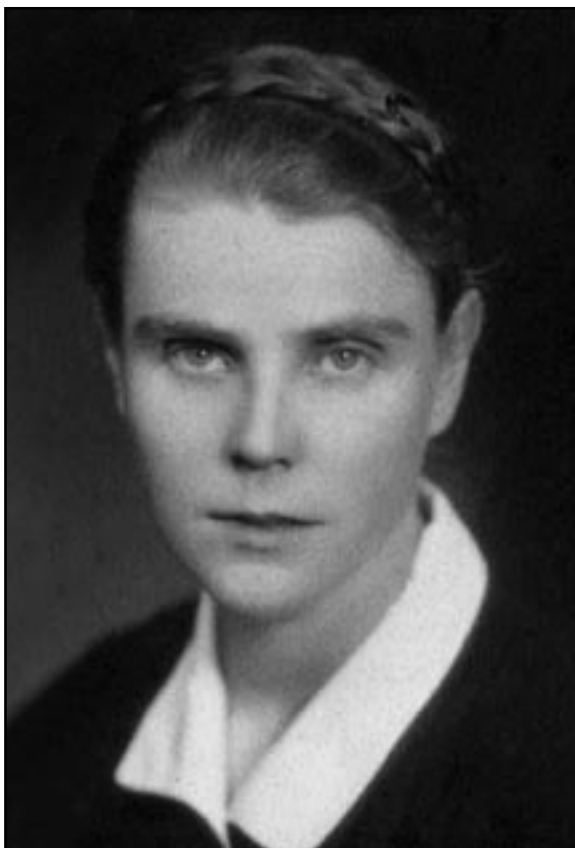
- Jolanda MUNIH, prof. zdr. vzgoje, Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, Ljubljana
- Gloria MURN, dipl.m.s., Srednja zdravstvena in kemijska šola Novo mesto, Šolski center Novo mesto
- Vida NOVINEC, dipl. m. s., Srednja zdravstvena in kemijska šola, Šolski center Novo mesto
- Marica PARAPOT, dipl. m. s., dializa, Splošna bolnišnica Novo mesto
- Marko PETJE, ZT, Onkološki inštitut Ljubljana
- Nataša PILETIČ, dipl. m.s., centralna sterilizacija, Splošna bolnišnica Novo mesto
- Marija PIŠEK, dipl.m.s., Zdravstveni dom Novo mesto
- mag. Ana PODHOSTNIK, predavateljica, Visoka šola za zdravstvo Novo mesto
- mag. Vesna PRIJATELJ, univ.dipl.org.inf.vms,višja predavateljica, Visoka šola za zdravstvo Novo mesto
- Marija RAČIČ, viš.med.ses.,univ.dipl.organizator, predavateljica, Srednja zdravstvena in kemijska šola Novo mesto, Šolski center Novo mesto
- Zlata REBOLJ, dipl.m.s., Splošna bolnišnica Novo mesto
- Zdenka SENIČAR, dipl.m.s., Splošna bolnišnica Novo mesto
- Jana STARC, dipl.m.s., spec., Dom starejših občanov Krško
- Anamarija ŠALEHAR, viš.med.ses., Onkološki inštitut Ljubljana
- Helena URŠIČ, viš.med.ses., ET, Onkološki inštitut Ljubljana
- Alenka VIPAVEC MAHMUTOVIČ, dipl.m.s., samostojna svetovalka, Dom starejših občanov Črnomelj
- Maja VRHOVNIK, dipl.m. s., Onkološki inštitut Ljubljana
- Martina ŽERJAV, dipl.m.s., Dom starejših občanov Krško

Kazalo

stran

MARIJA TOMŠIČ – PIONIRKA ZDRAVSTVENE NEGE NA DOLENJSKEM, Zdenka Seničar	13
KAKOVOST IN ZDRAVSTVENA NEGA V SPLOŠNI BOLNIŠNICI NOVO MESTO, Zlata Rebolj	22
ZGODOVINA PATRONAŽNE SLUŽBE, Marija Pišek	28
RAZVOJ ZDRAVSTVENE ŠOLENOVO MESTO, Marija Račič	29
ZAČETEK VISOKOŠOLSKEGA ŠTUDIJA ZDRAVSTVENE NEGE V NOVEM MESTU, Ana Podhostnik	32
BESEDA JE KONJ!, Matej Kocjančič	34
TEMELJNE ŽIVLJENJSKE AKTIVNOSTI PRI STANOVALCU Z DEMENCO, Jana Starc	37
VODENJE OSEB Z DEMENCO V DOMU STAREJŠIH OBČANOV KRŠKO, Martina Žerjav	50
KAZALNIKI KAKOVOSTI ZDRAVSTVENE NEGE V DOMU STAREJŠIH OBČANOV ČRNOMELJ, Valerija Lekič Poljšak, Alenka Vipavec Mahmutovič, Marija Bartolj	55
VLOGA SKUPIN ZA SAMOPOMOČ IN PROSTOVOLJNO DELO V DOMU STAREJŠIH OBČANOV NOVO MESTO, Stanka Majerle, Brigita Muhič	67
PREDSTAVITEV CENTRALNEGA OPERACIJSKEGA BLOKA V SPLOŠNI BOLNIŠNICI NOVO MESTO, Marjeta Berkopec	74
DEJAVNIKI TVEGANJA V PERIOPERATIVNI ZDRAVSTVENI NEGI, Barbara Luštek, Marjeta Berkopec	80
PREDSTAVITEV CENTRALNE STERILIZACIJE V SPLOŠNI BOLNIŠNICI NOVO MESTO, Nataša Piletič	88
UPORABA ALI ZLORABA ZAŠČITNIH ROKAVIC, Ingrid Jaklič	93
KONTAKTNA IZOLACIJA PRI MRSA, Vesna Jarc, Jolanda Munih	96
IZOBRAŽEVANJE MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV NA INTERNEM ODDELKU SB NOVO MESTO S PODROČJA OŽIVLJANJA, Marina Kokalj, Nataša Lakner	103

UVAJANJE TERAPIJE Z NEGATIVNIM POVRŠINSKIM PRITISKOM V KLINIČNO PRAKSO OSKRBE RAN NA ONKOLOŠKEM INŠTITUTU LJUBLJANA, Helena Uršič, Maja Vrhovnik, Marko Petje, Anamarija Šalehar	108
PREDSTAVITEV PREDDIALIZNE EDUKACIJE V CENTRU ZA DIALIZO V SPLOŠNI BOLNIŠNICI NOVO MESTO, Marica Parapot, Sandra Blagojevič Štembergar	111
PREHRANSKO SVETOVANJE BOLNIKOM NA DIALIZI, Bernarda Bobič, Helena Kosar	118
PACIENTOVE PRAVICE KOT ELEMENT KAKOVOSTI ZDRAVSTVENE OSKRBE, Vesna Prijatelj	123
POJASNILNA DOLŽNOST, Zdenka Kralj	128
KAKO ZAGOTAVLJAMO VAROVANJE BOLNIKOVIH PODATKOV V SPLOŠNI BOLNIŠNICI NOVO MESTO, Simona Baznik	140
TIMSKI NAČIN DELA V ŠOLI ZA STARŠE V ZDRAVSTVENEM DOMU TREBNJE, Majda Gačnik	145
ZDRAV VRTEC, Alja Klobčaver	168
RAZŠIRJENOST KAJENJA MED ZAPOSLENIMI V ZDRAVSTVENEM DOMU NOVO MESTO, Darja Magnik	169
SPREMLJANJE KAKOVOSTI PRI PRAKTIČNEM POUKU V PROGRAMU TEHNIK ZDRAVSTVENE NEGE, Vida Novinec	177
PROSTOVOLJNO DELO DIJAKOV SREDNJE ZDRAVSTVENE IN KEMIJSKE ŠOLE NOVO MESTO V SPLOŠNI BOLNIŠNICI NOVO MESTO, Gloria Murn	184



Marija Tomšič 1907 – 1986

MARIJA TOMŠIČ – PIONIRKA ZDRAVSTVENE NEGE NA DOLENJSKEM

Zdenka Seničar

Izvleček

V prispevku je predstavljeno življenje in delo Marije Tomšič, ki je bila po doslej znanih ustnih in pisnih virih prva medicinska sestra na Dolenjskem. Svoje življenje je posvetila zdravstveni negi bolnikov in vzgoji negovalnega kadra, najprej na Zavodu za zdravstveno zaščito mater in otrok v Ljubljani, pozneje na ljubljanski Šoli za zaščitne sestre, kot glavna medicinska sestra kirurškega oddelka novomeške bolnišnice pa je leta 1946 postavljala temelje stroki zdravstvene nege v novomeški bolnišnici. Pod njenim vodstvom se je več generacij mladih deklet izobraževalo za zdravstveno nego bolnika. Bolničarski tečajji, ki jih je organizirala Marija Tomšič, so v prvih povojnih letih zagotavljali kader predvsem potrebam bolnišnice in predstavljajo zametke kasnejšega izobraževanja v zdravstveni negi najprej v bolničarski, pozneje pa v srednji zdravstveni šoli. Ob tem je bila Marija Tomšič zelo aktivna tudi na področju društvenega življenja medicinskih sester, pobudnica ustanovitve novomeškega pododbora Društva medicinskih sester Slovenije in sedem let njegova predsednica.

Ključne besede

začetki zdravstvene nege, Dolenjska, izobraževanje.

UVOD

O delovanju medicinskih sester na Dolenjskem, v Beli krajini in Posavju obstaja zelo malo pisnih virov. Skozi desetletja razvoja zdravstva v naši regiji zdravstvene nege ne omenja literatura in ne omenjajo arhivi, čeprav bi bila skrb za bolne brez požrtvovalnega dela negovalnega osebja nemogoča. Ustno izročilo med nami še vedno ohranja imena mnogih medicinskih sester, ki so nesebično razdajale svoje znanje, sposobnosti, spretnosti in izkušnje bolnikom, hkrati pa so tega humanega poklica izučile nekaj generacij deklet in žena, tudi nekaj moških je že bilo med njimi. Njihovo delo ne sme v pozabo in čeprav so naši viri zgolj ustna pričevanja in osebni arhivi medicinskih sester, ga bomo v prihodnjih letih podrobneje raziskali in zapisali za naslednje rodove.

ŽIVLJENJE IN DELO MARIJE TOMŠIČ

Marija Tomšič je bila rojena 10. decembra 1907 v Postojni mami Mariji (roj. Lunder 9. 11. 1876) in očetu Jožetu Tomšiču (roj. 5. 3. 1871), ki je bil orožniški poročnik.

Leta 1909 se je družina preselila v Novo mesto, kjer je prebivala v enostanovanjski hiši na takratni Štemburjevi (danes Trdinovi) ulici. V družini je bilo 11 otrok, dva sta umrla že v otroških letih, brat Jože leta 1930, brat Drago pa leta 1931.

V svojem življenjepisu je Marija Tomšič zapisala, da so živeli zelo skromno, edini vir zaslužka je bila očetova plača. Kljub temu so vsi otroci končali šole, ki so bile na voljo v domačem kraju, nekaj pa jih je nadaljevalo šolanje na univerzi v Ljubljani. V dokumentu so omenjeni še bratje Janez (podpolkovnik), Franc (profesor) in Benjamin (duhovnik) ter sestre Frančiška, Karla (por. Krall, knjižničarka na Medicinski fakulteti v Ljubljani) in Hermina (por. Kump), s katero je Marija Tomšič živel v Novem mestu vse do svoje smrti.

V svojem življenjepisu je Marija Tomšič zapisala, da so živeli zelo skromno, edini vir zaslužka je bila očetova plača. Kljub temu so vsi otroci končali šole, ki so bile na voljo v domačem kraju, nekaj pa jih je nadaljevalo šolanje na univerzi v Ljubljani. V življenjepisu so omenjeni še bratje Janez (podpolkovnik), Franc (profesor) in Benjamin (duhovnik) ter sestre Frančiška, Karla (por. Krall, knjižničarka na Medicinski fakulteti v Ljubljani) in Hermina (por. Kump), s katero je Marija Tomšič živel v Novem mestu vse do svoje smrti.

Marija Tomšič je končala pet razredov ljudske šole (1915 – 1920) in tri razrede meščanske šole v Šmihelu pri Novem mestu (1929 – 1923), nato pa še dvoletno trgovsko šolo v Novem mestu. Od 1. julija 1924 do 31. marca 1925 je opravljala prakso kot pomožna pisarniška moč na sreskem poglavarstvu v Novem mestu, junija 1925 pa je na 1. državni dekliški meščanski šoli v Ljubljani položila izpite za četrti razred in opravila nižji tečajni izpit. Ker ji pisarniško delo ni bilo všeč, je nekaj časa doma gospodinjala staršem, 1. marca 1927 pa se je vpisala na šolo za medicinske sestre, ki je bila leta 1923 ustanovljena pri Zavodu za socialno higieno in zaščito dece v Ljubljani in jo z odliko končala 13. marca 1929.



Dom Marije Tomšič v Novem mestu danes (Foto: Tilka Bogovič)

Od 1. maja do 1. septembra 1929 je v okviru Zavoda za zdravstveno zaščito mater in otrok v Ljubljani brezplačno opravljala delo v počitniški koloniji sv. Martina na Pohorju, kar je koristilo tudi njenemu šibkemu zdravju, potem pa je kot zaščitna sestra - dnevničarka opravljala zdravstveno vzgojo na terenu v obliki potujočih tečajev o negi in prehrani otrok.

Dokumenti v personalni mapi Marije Tomšič kažejo, da je bila 25. avgusta 1930 imenovana za šolsko sestro pri Šoli za sestre v državnem Zavodu za zdravstveno zaščito mater in dece v Ljubljani, v IV. skupini III. kategorije, s položajno plačo 60% od letnih 1.680.- din, z osnovno plačo I. stopnje 2.700.- din na leto, s pripadajočo draginjsko doklado in redno letno stanarino 75% od 1.020.- din. Njeno delo je bilo nadzor nad gojenkami in njihovo uvajanje v praktično delo. 8. julija 1933 je z odliko opravila državni strokovni izpit v Ljubljani, 1. 8. 1937 pa je postala učna medicinska sestra nege bolnika na internem oddelku ljubljanske bolnišnice, istočasno pa je na šoli poučevala nego bolnika in organizacijo bolniške službe in za ta predmet sestavila učbenik. Na šoli je opravljala tudi blagajniško in knjigovodsko, občasno pa tudi računovodsko delo. Vojna leta je preživela v Ljubljani, kjer je podpirala učenke, aktivistke OF.

Zaradi hudega pomanjkanja strokovnega negovalnega kadra v Novem mestu je bila z dekretom, ki ga je Ministrstvo za narodno zdravje pri Narodni vladi Slovenije (personalna št. 1416/3/46, podpisnik dr. Perušek Milan) izdalo 21. januarja 1946, premeščena v Novo mesto za glavno sestro Javne ženske bolnišnice. Službo je nastopila 1. februarja 1946, po reorganizaciji bolnišnice pa je bila do upokojitve glavna medicinska sestra kirurškega oddelka.

V personalni mapi je ohranjena prisega, ki jo je v prvem letu zaposlitve (29. 11. 1946) podpisala pred v. d. ravnatelja bolnišnice Danico Modic:

»Jaz, Tomšič Marija, prisegam pri časti svojega naroda in pri svoji časti, da bom zvesto služila ljudstvu, da se bom držala ustave in zakonov, da bom varovala in branila ustavni demokratični red Federativne ljudske republike Jugoslavije in Ljudske republike Slovenije in da bom svojo službo vestno opravljala.«

Novomeška bolnišnica je bila v začetku leta 1946 še »moška«, v kateri so bolnikom stregli usmiljeni bratje in »ženska«, v kateri so strežbo bolnic opravljale sestre sv. Vincencija Pavlanskega iz Gradca. V obeh je zelo primanjkovalo strokovnega kadra. Ženska bolnica je bila po bombardiranju leta 1943 delno porušena in le za silo popravljena, oprema in instrumentarij so bili v skrajno slabem stanju, saj je bilo nekaj odposlanega v partizanske enote, precej je bilo obrabljenega in uničenega, nabave pa med vojno ni bilo. Higijenske razmere so bile nevdržne, primanjkovalo je sanitetnega materiala, zdravil in rokavic, po vojni izstradano prebivalstvo je vse pogosteje obolevalo, predvsem za pljučnico in tuberkulozo. Obe bolnišnici sta se združili in preimenovali v Splošno bolnišnico Novo mesto, bolnike pa so sprejemali po strokah in ne več ločeno po spolu.

Zaradi splošnega pomanjkanja je bilo delo novoustanovljene bolnišnice zelo težavno, prebivalci niso imeli zaupanja vanjo in so na zdravljenje odhajali v Ljubljano. Maloštevilen kader se je najprej lotil organizacije dela bolnišnice s predlogi za izboljšanje, pri čemer je precej pomagal profesor dr. Lunaček. V stavbi na desnem bregu Krke so bili oddelki

internističnih strok (interni, infekcijski, dermatološki, pljučni in otroški), na levem bregu pa kirurški oddelek (šok soba, sobe za aseptiko in septiko, rentgen, septična operacijska in mavčarna, soba za travmatološke paciente in aseptična operacijska, v kateri so opravljali tudi ginekološke operacije ter otroška kirurgija) in ginekološko porodniški oddelek, ter v kleti laboratorij, transfuzija, lekarna, kuhinja, jedilnica, pralnica, knjižnica in dežurne sobe. Uredili so tudi strokovno in upravno administracijo.

Marija Tomšič se je z vso vnemo posvetila pridobivanju strežnega osebja in poučevanju deklet iz okoliških vasi, ki so bile brez vsakršne strokovne izobrazbe, zaradi vojne velikokrat tudi s pomanjkljivo osnovnošolsko izobrazbo. Izobraževale so se z delom ob bolniški postelji in prvi dve leti so pri učenju še pomagale redovnice, ki so delale kot vodje posameznih oddelkov. Marija Tomšič je bila pri delu natančna, dosledna in nepopustljiva, zahtevala je red in disciplino in je med zaposlenimi veljala za veliko avtoriteto. Čeprav je bila strah in trepet in ni prenesla nemarnosti in lenobe, današnje sogovornice ohranjajo spomin nanjo kot na pošteno in pravično predstojnico, ki je bila kljub težkim časom in veliki odgovornosti predvsem človek. Ko je ugotovila, katere bolničarke so delovne in zanesljive, jih je imela zelo rada in jim je kmalu zaupala odgovornejše delo. Prva leta so zaposlena dekleta, ki so prihajala od daleč, stanovala v bolnišnici v sobah v kletnih prostorih (po 13 jih je spalo v sobi), samo najbližje so po službi hodile domov. Delale so po 12 ur, podnevi z odmorom za kosilo med 12. in 15. uro, ponoči od 18. ure zvečer do 6. ure zjutraj, nočna izmena je trajala po štirinajst dni.

Čeprav je bilo točno določeno, katera od zaposlenih neguje bolnika in katera čisti, so si pri delu zelo pomagale. Kadar so bili sprejeti na zdravljenje težji bolniki, so ostajale v službi preko delovnega časa, proste pa so na pomoč prihajale od doma. Razpored službe, ki ga je pisala samo Marija Tomšič, se je dnevno spreminjal in nikomur ni prišlo na misel, da bi se pritoževal, saj so bili vsi veseli, da imajo službo. Čez dan so bile na posameznem oddelku dve do tri zaposlene, ponoči ena sama, a so si vse med seboj pomagale. Čeprav je bilo delo težko in ga je bilo veliko, je bilo pri delu tudi veliko smeha in dobre volje.

Delovna obleka bolničark je bila daljša, široka, pod prsmi nabrana halja, ki se je zapenjala zadaj in velika čepica, ki so jo zavezale tako, da so spodaj zategnile vrstico in pod njo ujele vse lase na glavi. Obutev so imele svojo. Šele pozneje so imele medicinske sestre bluzo s predpasnikom, ki so ga morale dati šivati same.



Delovna obleka bolničarke in obleka bolnika
(Fotografija je iz osebne arhiva Pepce Novosel)

Bolničarke in strežnice so znale poprijeti za vsako delo, del dneva so delale ob bolnikih, del pa so namenjale udarniškem delu na bolnišničnih njivah, kjer so pridelovale zelenjavo, posebej okopavanje strniščnega korenja je bil zelo popularno (beri: zoprno), a ker je bolnišnica za svoje potrebe sama pridelovala hrano, je bilo treba tudi svinje z nečim nakrmiti. Pridelali so toliko zelenjave, da so jo lahko prodajali na tržnici.

V bolnišnici je bila hrana zelo dobra. Zaposleni so brezplačno dobivali zajtrk, dežurni tudi večerje. Na oddelke so hrano za bolnike prinesli iz kuhinje v velikih posodah in jo razdelili bolnikom glede na predpisano dieto, posodo so pomivali in shranjevali na oddelkih. Medicinska sestra Marija je redno nadzorovala pripravo hrane in jo preizkušala, da je preverila, ali je priprava primerna glede na bolnikovo dieto.

Bolniške sobe, velike in z visokimi stropi, so ogrevale lončene peči, za katere je bilo treba vsak dan nasekati drva in skrbeti za stalno zalogo drv (že leta 1948 je imela »stara kirurgija« centralno ogrevanje), tla pa so ročno ribali in loščili. V sobah je bilo več postelj, bolniki z različnimi obolenji so ležali skupaj. Nad vsako posteljo je bila črna lesena tabla, na katero so vpisali bolnikovo ime, ob vznožju pa temperaturni list, na katerega so vpisovale temperaturo, pulz in krvni pritisk in je bil bolnikov edini dokument. Nespremenjenega smo uporabljali še pred nekaj leti.

Najteže je bilo skrbeti za čisto perilo. Umazano perilo sta ročno prali dve perici, perilo pa se je sušilo na vrveh bolnišničnih vrtov. Čisto perilo so v vrečah znosili na oddelke iz kleti in ga zlagali v omare. Seveda ga je bilo vedno premalo.



Sonce in veter sta bila najboljša pomočnika pri sušenju perila
(Fotografija: Polde Grahek)

Edino dosegljivo razkužilo v tistih časih je bil lizol, ki so ga uporabljali za razkuževanje vsega - nstrumentov, kože in tal in je bilo izrazitega močnega vonja, nekoč tako značilnega za vse zdravstvene ustanove. Tudi zdravil je zelo primanjkovalo, edina antibiotika sta bila penicilin in streptomycin, analgetiki pa so obstajali v obliki praškov in svečk.



Bolniška postelja z leseno tablo za bolnikovo ime na stari kirurgiji
(Fotografija je iz osebnega arhiva Pepce Novosel)

Injekcijske igle in brizgalke so prali in prekuhivali, skrhane igle pa še brusili in jim ostrili konice. Sanitetni material so prekuhivali, zlagali, likali in ponovno sterilizirali. Tudi vse preiskave so opravljali na oddelku, laboratorij je vodila sestra Marija. Na vizite je nosila košaro, v kateri je imela baterijo, igle za ugotavljanje bolnikovih refleksov, termometer, aparat za merjenje krvnega pritiska, rokavice, talkum in vazelino ter rentgenske slike.

Za vsa povojna leta ja bilo značilno, da negovalnega osebja ni bilo nikoli toliko, kolikor so jih bolniki potrebovali. Leta 1947 je bolnišnica usposabljala tri praktikantke, ki jim je nudila stanovanje in hrano ter plačo 2000 din.

Leta 1948 so bolnišnico zapustile usmiljene sestre in takrat je bolnišnica zaposlovala 5 zdravnikov, 1 farmacevta, 1 medicinsko sestro, 1 fizioterapevta, 4 tehnike, 3 babice, 1 otroško negovalko in 26 bolničark.

Marija Tomšič je opravila dodatne izpite in 1. oktobra 1947 postala višja medicinska sestra, 1. februarja 1950 pa je bila z odlokom o spremembi naziva in povišici temeljne plače imenovana za zdravniško pomočnico.

Leta 1948 je organizirala prvi bolničarski tečaj, na katerem so poleg nje učili tudi zdravniki in je izobrazil enajst bolničark, leta 1949 pa še osemnajst. Udeleženke so poučevali o splošni negi bolnika, o negi zdravega in bolnega otroka, o prehrani dojenčka in prvo pomoč. Tečaji so se nadaljevali do leta 1956, ko so prerasli najprej v polletno, nato pa v enoletno bolničarsko šolo, v kateri so znanje nadgradili še s predavanji o odnosu zaposlenih do bolnikov in svojcev, o zdravi in dietni prehrani, o transfuziji krvi in plazme, o mentalni higieni, ... Bolničarska šola v okviru bolnišnice je bila organizirana vse do leta 1962, ko je bila ustanovljena srednja zdravstvena šola, ki jo je ob delu obiskovala tudi ena generacija bolničark, vendar samo tiste, ki so imele dokončano osnovno šolo. Na ta način so nove kadre, ki so prišli na delo v bolnišnico, toliko usposobili, da je bila nega bolnikov na kar primerni višini in da je bilo mogoče higienske razmere obdržati v zadovoljivih mejah.

V Novem mestu je bila Marija Tomšič predsednica sindikata socialnih in zdravstvenih ustanov, podružnice 1, kjer je skrbela za organizacijske zadeve, članica AFŽ in RK, pri sindikalni podružnici gospodinjskih pomočnic pa je vodila zdravstvena predavanja. Leta 1952 je bila pobudnica ustanovitve novomeškega pododbora Društva medicinskih sester Slovenije in do leta 1959 njegova predsednica.

Za svoje delo je 17. novembra 1956 prejela odlikovanje red dela III. vrste.

Leta 1961 bi se lahko upokojila, vendar je zaradi pomanjkanja kadra sklenila sporazum za podaljšanje dela za nedoločen čas, ki ga je podpisal predstojnik kirurškega oddelka prof. dr. Oton Bajc.

V naslednjih letih se je kadrovska situacija počasi izboljševala, z medicinskimi sestrami je prihajalo v bolnišnico novo znanje in njen strokovni ugled je rasel. Oddelek je postajal pretesen za vse bolnike, zato je na desnem bregu reke Krke začela gradnja novega kirurškega oddel-

ka. Leta 1962 se je na kirurškem oddelku zaposlila tudi prva višja medicinska sestra Marija Markelj (por.Gorenc) in kmalu za njo še Milana Zore, Cvetka Slemenik, Toni Mivec, Zofi Kraj, Slavka Medved in druge.



Marija Tomšič s sodelavkami leta 1968
(fotogr. so iz osebnega arhiva Marije Gorenc in Marije Guštin)

28. marca 1965 se je Marija Tomšič starostno upokojila, vendar je še vse do leta 1968 pomagala medicinskim sestram na kirurškem oddelku pri delu.

Obdobje starosti je preživljala v domači hiši na Trdinovi ulici skupaj s sestro Hermino in njeno družino. Zadnja leta življenja je bila zelo šibkega zdravja, počasi so jo zapuščale moči. 21. decembra 1986 je bila že nezavestna sprejeta na urološki odsek, po dveh dneh, 23. decembra 1986, je v zgodnjih jutranjih urah njeno življenje ugasnilo.

Pokopana je v grobu družine Tomšič – Kump na šmihelskem pokopališču v Novem mestu, v neposredni bližini bolnišnice, ki ji je Marija dala najboljše, kar je imela – svojo mladost in znanje, svoje roke in srce. Še vedno živi v spominu številnih medicinskih sester, katerih učiteljica in sopotnica je bila in so nadaljevale njeno delo. Živi in bo živela v spominu vseh nas, ki danes prenašamo njeno poslanstvo na naslednje generacije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.



Marijin grob na šmihelskem pokopališču
(Foto: Tilka Bogovič)

Viri:

- Personalna mapa Marije Tomšič, Splošna bolnišnica Novo mesto, 1964 – 1965.
- Osemdeset let novomeške bolnišnice, zbornik, SB Novo mesto, 1978.
- Gošnik T, Prvih sto let novomeške bolnišnice, Dolenjska založba, 1995.
- Jubilejni zbornik DMSBZT Novo mesto ob 40 letnici, Novo mesto, 2003.
- Osebna pričevanja medicinskih sester Pepce Novosel, Marije Gorenc in Ivanke Ahačič.

KAKOVOST IN ZDRAVSTVENA NEGA V SPLOŠNI BOLNIŠNICI NOVO MESTO

Zlata Rebolj

Povzetek

V članku predstavimo kratko zgodovino Splošne bolnišnice Novo mesto. Predstavimo tudi postopno uvajanje kakovosti in poslovne odličnosti v delovanje bolnišnice. Vizija bolnišnice je v naslednjih šestih letih postati najboljša regionalna bolnišnica, ki bo uporabnikom nudila najkakovostnejše zdravstvene storitve na sekundarni ravni zdravstvenega varstva. Filozofija bolnišnice se izraža v odnosu do bolnika, njegovih svojcev, procesa zdravljenja in zdravstvene nege.

Že šesto leto spremljamo obvezne kazalnike kakovosti. Z rezultati le-teh se lahko primerjamo s slovenskimi bolnišnicami. Pomemben cilj, ki izhaja iz spremljanja kazalnikov kakovosti, je stalno izboljševanje standardov (kadrovskih, prostorskih, opreme). V posebnem poglavju predstavimo vsa priznanja in odličja, ki jih je bolnišnica dobila za uvajanje kakovosti in odličnosti med letoma 1997 in 2008.

Ključne besede

zgodovina, bolnišnica, kazalniki kakovosti

1. UVOD

1. Predstavitev Splošne bolnišnice Novo mesto

Ker brez preteklosti ni sedanjosti in ne prihodnosti, vam želim na kratko predstaviti zgodovino Splošne bolnišnice Novo mesto. Zagotovo sta delovanje in pomembnost bolnišnice v preteklosti pomembno prispevala k uvajanju sprememb in razvijanju kakovosti in varnosti bolnikov.

Deželna vlada za Kranjsko je 11. februarja 1892 izdala odlok, s katerim je dovolila usmiljenim bratom v Kandiji zgraditi redovno hišo z bolnišnico, ki bi imela 22 bolniških postelj. Slovenska otvoritev bolnišnice je bila 1. januarja 1894. V prvem letu se je v bolnišnici zdravilo 485 bolnikov. Pod strokovnim vodstvom ordinarija kirurga dr. Petra Defranceschija je bolnišnica pridobila zaupanje prebivalstva, zato je število bolnikov stalno naraščalo. Kmalu je gradič Pri mostku, kot so imenovali bolnišnico, postal premajhen. V kratkem času so z velikim slavljem

odprli novo bolnišnico, ki je bila za tiste čase zelo sodobno urejena in je imela 100 bolniških postelj. Otvoritev bolnišnice je bila 9. julija 1898.

Leta 1910 so namestili rentgenski aparat in pričeli z napeljavo centralnega ogrevanja. Žal je konec tega leta bolnišnico zapustil dr. Defranceschi, ki je bil zaslužen za pospešen razvoj stroke in bolnišnice. Sodeloval je tudi pri izgradnji «ženske bolnišnice», ki je bila zgrajena leta 1907. Oskrbo bolnic so prevzele sestre svetega Vincencija Pavlanskega. Za tedanje čase je bila bolnišnica na izredno visoki strokovni ravni in je bila priznana daleč naokoli.

Med letoma 1912 in 1919 je bolnišnica delovala kot »vojaška pomožna bolnišnica«. Nemirna leta prve svetovne vojne so se odražala tudi v bolnišnici. V bolnišnico so sprejemali samo vojake, le izjemoma tudi civiliste. Do leta 1922, ko je bolnišnica dokončno zopet postala javni zavod, se je število bolnikov zelo zmanjšalo. Število je bilo tako majhno, da je načelnik za zdravstvo Slovenije obljubil pomoč, poslal naj bi "nekaj umobolnih iz Ljubljane, da bi zapolnili prazne postelje".

Začne se druga svetovna vojna in z njo kup težav. Okupacija je povzročila pri delu v bolnišnici mnogo težav. Primanjkovalo je vsega, tudi osebja, ker je večina redovnih bratov zapustila bolnišnico.

Ženska bolnišnica je bila med drugo svetovno vojno bombardirana in močno poškodovana, ob tem je bil uničen tudi ves arhiv ženske bolnišnice.

V tem času je bila bolnišnica že strokovno ločena na kirurški in na interni oddelek.

Po končani drugi svetovni vojni je bila bolnišnica v zelo slabem stanju. Primanjkovalo je prav vsega: od opreme, instrumentarija do osebja. Ni bilo ne zdravnikov in ne medicinskih sester.

Leta 1946 je bolnišnico prevzela državna uprava, združila žensko in moško bolnišnico in jo preimenovala v Splošno bolnišnico Novo mesto. Sprva je imela bolnišnica tri oddelke: kirurškega in ginekološko-porodniškega na levi strani Krke ter internega na desni strani Krke. Primarij dr. Zvone Šušteršič, ki je prišel iz ljubljanske Kirurške klinike, je prevzel vodenje bolnišnice. Že leta 1946 je napisal obširno poročilo o stanju v bolnišnici in po posvetu s prof. Lunačkom izdelal predloge za izboljšave. Realizacija predlogov, ki jih je tedanje ministrstvo sprejelo, je prvi velik korak k razvoju novomeške bolnišnice v sodoben zavod v naslednjih letih. Leta 1961 so začeli graditi novo stavbo za kirurški, pediatrični, nevrološki, otorinolaringološki in rentgenološki oddelek. Ob praznovanju 600-letnice Novega mesta leta 1965 je bila stavba pripravljena za vselitev.

V bolnišnici niso skrbeli samo za zidove in postelje, ampak so že kmalu po drugi svetovni vojni začeli izobraževati dekleta iz okoliških vasi in mesta za delo z bolniki in za pomoč maloštevilnim zdravnikom. Tečaje in nekajtedenske seminarje je vodila medicinska sestra Marija Tomšič, ki se je šolala na laični šoli za medicinske sestre v Ljubljani. V letih med 1956 in 1962 je bila v okviru bolnišnice organizirana bolničarska šola, v kateri so poučevali poleg medicinske sestre gospe Tomšič tudi zdravniki iz bolnišnice in zdravstvenega doma. Na ta način je bilo mogoče zagotavljati nego bolnikov in za tedanje čase primerne higienske razmere. Leta

1963 je bila ustanovljena srednja zdravstvena šola z enakim štiriletnim programom kot po vsej tedanji Republiki Sloveniji.

Nova moderna zgradba porodnišnice je bila zgrajena leta 1997. Po preselitvi ginekološko-porodniškega oddelka v novo stavbo je bila bolnišnica v celoti locirana na desnem bregu Krke. V letu 2007 je bil dograjen in predan v uporabo nov operacijski blok.

Bolnišnica je imela na začetku delovanja 22 bolniških postelj, za bolnike so skrbeli zdravnik in nekaj redovnikov. Leta 1972 je imela 748 postelj, 63 zdravnikov in 565 ostalih delavcev. V letu 2006 je imela bolnišnica 365 bolniških postelj in 939 zaposlenih, od tega 115 zdravnikov in 447 zaposlenih v zdravstveni negi. V letu 2008 se srečujemo s težavami, ki jih pogojuje pomanjkanje zdravnikov različnih specialnosti.

SB Novo mesto je regijska bolnišnica, ki skrbi za približno 132.000 prebivalcev Dolenjske, Bele krajine, delno tudi krške in brežiške občine. Bolnišnica opravlja specialistično-ambulantno dejavnost, bolnišnično dejavnost in storitve dialize. Bolnišnica je v letu 2007 izvedla delovni program s 361 posteljami, ki so bile povprečno zasedene 85,33-odstotno. Povprečna ležalna doba je bila 5,22 dneva. V letu 2006 je izvedla še 177.000 obravnav v specialističnih ambulantah. V bolnišnici se je zdravilo 16.182 bolnikov. V neakutni bolnišnični obravnavi je bilo 7.445 bolnikov, v enodnevni bolnišnični obravnavi je bilo obravnavanih 3.771 bolnikov. Opravljenih je bilo tudi 17.279 dializ. Poleg rednega programa je bil v letu 2006 realiziran tudi dodatni program, za katerega je dodatna sredstva zagotovilo Ministrstvo za zdravje. Na ta način je omogočilo skrajšanje zelo dolgih čakalnih dob. Dodatni program je v bolnišnici obsegal 19,87 odstotka rednega programa, opravljen pa je bil pretežno v popoldanskem času.

V letu 2006 so bili dokončani projekti, ki so bili začeti v preteklih letih. Ti pomenijo veliko pridobitev za bolnišnico in omogočajo predvsem večjo dostopnost zdravstvenih storitev, izboljšanje kakovosti in boljšo stroškovno učinkovitost.

V letu 2008 je bolnišnica pričela s projektom beleženja porabe na bolnika, ki ga namerava nadgraditi s projektom "računalnik ob bolnikovi postelji" (ROP). Obetajo si boljše dokumentiranje opravljenega dela vseh, ki sodelujejo pri zdravljenju bolnika, in tudi večjo varnost za bolnika.

2. Pregled uvajanja kakovosti in poslovne odličnosti v SB Novo mesto

Izzivi za bolnišnico

Bolnišnice imajo pomembno vlogo pri zdravljenju in preprečevanju bolezni in nasploh pri izboljševanju zdravstvene kulture. S svojim delovanjem vplivajo tudi na okolje, v katerem delujejo.

Vedno večje potrebe in pričakovanja državljanov ter širšega okolja, hiter razvoj tehnologije in konkurenčnost ponudbe zdravstvenih storitev zahtevajo od bolnišnice, da se novim razmeram hitro prilagaja. Demografske spremembe, zlasti staranje prebivalstva, povečujejo potrebe prebivalstva po zdravstveni oskrbi.

Svoje delovanje merijo in ga primerjajo z najvišjimi standardi, da lahko izpolnjujejo svoje poslanstvo. Če se želi bolnišnica razvijati, morajo biti vsi zaposleni zelo dejavni in predani delu. Energijo je potrebno usmerjati v razreševanje problemov in ne v iskanje krivcev. Vsak posameznik mora prevzeti odgovornost za svoje delo.

2.1 Pomen sistema kakovosti za organizacijo

Kakovost storitev mora biti vedno skrbno načrtovana in ne sme biti nikoli prepuščena naključju. Biti mora rezultat skrbnega načrtovanja, brezhibne izvedbe in stalnega nadzora.

Zato je potrebno v organizacijsko zgradbo vgraditi sistem kakovosti. Bistvo sistema kakovosti je, da vse dejavnosti, ki vplivajo na kakovost storitev, sistemsko planiramo, izvajamo, nadzorujemo in dokumentiramo.

Kdaj smo v bolnišnici začeli z uvajanjem TQM?

Začetki segajo v leto 1997, ko je vodstvo bolnišnice sprejelo vizijo in strategijo razvoja bolnišnice z opredelitvijo vrednot in ciljev. Strategija razvoja je bila narejena na osnovi vrednostne analize poslovanja (SWOT) – z ugotavljanjem prednosti, slabosti, poslovnih možnosti in nevarnosti ter z analiziranjem različnih razvojnih poti.

- 1999 smo izvedli prvo samooceno z vprašalnikom po kriterijih priznanja Republike Slovenije za poslovno odličnost (PRSPO);
- 1999 – 1. sodelovanje v pilotnem projektu priznanja RSPO v zdravstvu;
- 2000 – priprava in sprejem Strateškega poslovnega načrta za obdobje 2000 – 2004;
- 2000 – 2. sodelovanje v pilotnem projektu priznanja RSPO v zdravstvu;
- 2001 – 3. sodelovanje v pilotnem projektu priznanja RSPO v zdravstvu (poročila eksterne komisije so nakazala področja, ki jih je bilo potrebno izboljšati);
- 2002 – strateška poslovna konferenca in revidiranje SPN (strokovno poslovnega načrta) ter sprejetje strateških usmeritev za obdobje 2002 – 2006;
- 2002 – svet zavoda na predlog vodstva sprejme sklep za uvedbo sistema vodenja kakovosti po standardu ISO 9001 : 2000;
- 2003 – 2004 – zaključeno oblikovanje organizacijskih predpisov (54), standardov in navodil. Pripravljen in sprejet je bil Pravilnik kakovosti.
 - Organizacijski procesi so bili uvedeni v delovne procese.
- Maj 2004 – organizirano dvodnevno izobraževanje za notranje presojevalce kakovosti;
- 2005 – dobili nagrado za sodelovanje v projektu model poslovne odličnosti;
- 2005 – skladno s smernicami Ministrstva za zdravje je bil imenovan odbor za kakovost, ki ga sestavljajo: direktorica bolnišnice, strokovni direktor bolnišnice, glavna medicinska sestra bolnišnice, predstavnik vodstva za kakovost in predsednica komisije za kakovost.
 - Imenovana je bila tudi komisija za kakovost in varnost pacientov.
- 2005 – standardi kakovosti ZN so v celoti pripravljeni;
 - uvedba standarda HACCP v bolnišnični kuhinji in obnavljanje le-tega;

- 2006 – strateško poslovna konferenca in revidiranje strokovno poslovnih načrtov;
- 2006 in 2007 – izvedba notranje presoje;
- 2007 – na vseh oddelkih bolnišnice smo uvedli pogovore o varnosti in varnostne vizite. Pogovori o varnosti in varnostne vizite se redno izvajajo in tudi evidentirajo.
- 2008 - tretje ponovno certificiranje za ISO 9001:2000

Splošna bolnišnica Novo mesto je dolžna skladno s smernicami Ministrstva za zdravje o uvažanju kakovosti v bolnišnici skrbeti za nenehno izboljševanje kakovosti zdravstvene oskrbe v bolnišnici. Za realizacijo uvažanja kakovosti v bolnišnico sta odgovorna odbor in komisija za kakovost in varnost pacientov.

Naloge, pooblastila in pristojnosti odbora za kakovost so :

- uvedba sistema upravljanja celovite kakovosti, nenehnega izboljševanja kakovosti,
- zapis in izvajanje srednjeročnih strateških ciljev s področja kakovosti in varnosti,
- merila klinične uspešnosti na ravni zavoda,
- merila klinične uspešnosti na ravni oddelkov in odsekov,
- pospeševanje aktivnosti za kakovost in varnost,
- ustvarjanje kulture kakovosti in varnosti,
- zagotavljanje virov,
- nadzor kakovosti in varnosti.

Odbor za kakovost in varnost pacientov v letnem poročilu poroča o dosežkih s področja kakovosti in varnosti pacientov Ministrstvu za zdravje in svetu zavoda bolnišnice.

Komisija za kakovost in varnost pacientov je zadolžena za izvajanje nalog, ki jih zahteva odbor za kakovost in nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti.

Naloge, pooblastila in pristojnosti komisije za kakovost so:

- pregleduje in analizira poročila posameznih oddelkov,
- svetuje in predlaga ukrepe oddelkom o izboljšavah v zvezi s kakovostjo,
- spremlja izvedbo ukrepov,
- pripravi navodila za spremljanje aktivnosti (notranji nadzori, pogovori o varnosti, klinične poti in podobno).

V Splošni bolnišnici Novo mesto poleg obveznih kazalnikov kakovosti spremljajo še naslednje kazalnike kakovosti:

- ležalna doba,
- opravljene storitve v enodnevni bolnišnici,
- razmerje med prvim in kontrolnim pregledom,

- spremljanje zadovoljstva uporabnikov (hospitaliziranih bolnikov, staršev hospitaliziranih otrok, otročnic, bolnikov v specialističnih ambulantah, dializnih bolnikov, bolnikov, ki potrebujejo fizioterapijo, bolnikov v enodnevni bolnišnici, otrok, ki se zdravijo v bolnišnici),
- spremljanje komplikacij / zapletov i.v. poti (kanil),
- okužbe kirurške rane pri izrazito aseptičnih operacijah,
- pljučnice, ki se pojavljajo v času hospitalizacije,
- uroinfekte pri katetriziranih bolnikih v enotah intenzivne terapije.

Spremljanje zadovoljstva bolnikov in ostalih uporabnikov v naši bolnišnici preverjamo sistematično 1- do 2-krat letno. Posamezna spremljanja na določenih oddelkih potekajo redno vse leto. Poročila se pripravljajo 2- do 3-krat letno.

Bolniki in ostali uporabniki ali njihovi svojci imajo možnost posredovati pisne pritožbe, pohvale, pobude in predloge v nabiralnike, ki so nameščeni pri vhodih na oddelke, odseke in ambulante. Vse pritožbe poskušajo sproti obravnavati in o ugotovitvah tudi obvestiti prizadetega, če razpolagajo z njegovimi podatki. Rezultate anket in druge informacije o pohvalah in pritožbah bolnikov obravnavajo na strokovnih sestankih.

V nekaterih strokah bolnišnica sodeluje tudi v projektu kakovosti, ki ga vodi Zdravniška zbornica, vendar zbiramo le nekaj kazalnikov.

3. ZAKLJUČEK

V bolnišnici si zelo prizadevajo, da bi bili glede stroke in odnosa do pacientov prepoznavna bolnišnica. Delovanje bolnišnice temelji na tradiciji in in se zgleduje po sodobnih gibanjih. Za uspešno vgrajevanje sistema kakovosti v bolnišnično organizacijo je nujna sprememba v razmišljanju zaposlenih. Vsak zaposleni mora nenehno razmišljati o tem, kako bo izboljšal svoje delo. Prevzeti mora odgovornost za svoje delo in mora zaupati svojemu znanju in sposobnostim ter si prizadevati za uspeh. Izboljšave pri delu morajo postati vrednota. Kakovost ni tisto, kar razglša bolnišnica. Kakovost so potrebe in pričakovanja uporabnika.

Literatura

Gošnik, Tone: Prvih sto let novomeške bolnišnice, 1995, Dolenjska založba

Strokovno poročilo 2006

Strokovno poročilo 2007

ZGODOVINA PATRONAŽNE SLUŽBE

Marija Pišek

Ločimo štiri zgodovinska obdobja razvoja zdravstvene nege:

- intuitivno empirično dobo (do 6. stoletja),
- doba organiziranega priučevanja (500-1600),
- doba modernega sestristva (1860-1945),
- doba sodobne zdravstvene nege (od 1945 do danes).

V intuitivno empiričnem obdobju je nega temeljila na prenosu izkušenj, pridobljenih s poizkusi, z napakami in intuicijo iz roda v rod. V primitivnih kulturah sta bila bolezen in trpljenje povezana predvsem z zlimi duhovi. Vsaka primitivna kultura je razvila svoj način zdravljenja. Zapisi antičnih kultur kažejo samo na razvoj znanosti in stroke v medicini, o zdravstveni negi pa ne povedo veliko. Z nastankom krščanstva so se oblikovale skupine, cerkveni redi, katerih glavna naloga je bila skrb za bolne, revne, sirote, vdove, ostarele, sužnje in zapornike.

V letih od 500 do 1000 so negovali redovniki ali najeti negovalci, ženske prostovoljke, služabniki in družinski člani. Pod vplivom vojaških osvajanj in vojn so nastale bolnišnice za ranjence.

V času od leta 1500 do 1700 je bilo v zgodovini zdravstvene nege obdobje mračnjaštva. Od leta 1700 do 1860 so humanistični izobraženci o zdravstveni negi napisali številna strokovna dela, ki jih neuki negovalci niso brali.

Obdobje moderne znanstvene zdravstvene nege se začne z obdobjem po drugi svetovni vojni. Šole so ločili od bolnišnic, razmerje prakse in teorije se je uravnotežilo, zdravstvena nega se je povzpela na univerzitetno raven. V organizaciji nege so natančno opredelili dela in pristojnosti negovalnega tima. Služba ZN se uveljavi kot samostojno področje v celotni zdravstveni oskrbi. Tudi v ZN uveljavijo idejo permanentnega izobraževanja in znanstveno raziskovalno delo.

Literatura

Literatura je na voljo pri avtorici.

RAZVOJ ZDRAVSTVENE ŠOLE NOVO MESTO

Marija Račič

Povzetek

Zaradi potreb za usposabljanje učencev za strokovno nego bolnikov v zdravstvenih, socialnozdravstvenih in socialnih zavodih je bila leta 1956 na predlog sveta za zdravstvo Občinskega ljudskega odbora Novo mesto ustanovljena šola za bolničarje kot nižja strokovna šola internatskega tipa. Pouk so izvajali predvsem ob pomoči zdravnikov in medicinskih sester, bolnišnice in zdravstvenega doma. Izobraževanje za bolničarje, ki je trajalo eno šolsko leto, je bilo ukinjeno 1961. leta. Iz skromnih začetkov, ko se je leta 1963 v Novem mestu izobraževalo 40 bodočih zdravstvenih delavcev, je šola prerasla v pomembno nosilko izobraževanja za zdravstvene poklice na Dolenjskem in letos praznuje častitljivi jubilej: 45-letnico zdravstvene šole v Novem mestu. Strokovni delavci šole se trudimo, da z zgledom, znanjem, moralnimi kvalitetami in praktičnimi sposobnostmi izoblikujemo prijazne ljudi, saj je najboljše komaj dobro za bolnika. Naš interes je, da dijaki pridobijo znanje za poklic in za življenje, kar jim omogoča odgovorno opravljanje poklica in nadaljevanje študija.

Šola pomeni ljubezen, da raste oseba, da raste življenje, da raste človeštvo.

Ključne besede

zgodovina zdravstvene šole, razvoj zdravstvene šole, zdravstvena nega, zdravstveni delavci, zdravstveni poklici, izobraževanje zdravstvenih delavcev

Leta 1963 je bila za zdravstvene delavce ustanovljena Zdravstvena šola, ki do leta 1966 ni imela lastnih učilnic. Strokovne predmete in praktični pouk so prevzeli zdravstveni delavci iz Novega mesta, ostale predmete so učili sodelavci drugih šol. Prvo leto se je vpisalo 40 učenk, leta 1970 jih je bilo že 274 in v šolskem letu 1997/1998 že 374. Od leta 1966 do 1982 si je šola šolske prostore delila z Dužboslovno in ekonomsko srednjo šolo v Ulici talcev 3a. Teoretični pouk je potekal popoldne, praktični pa dopoldne.

Predmetnik je obsegal slovenščino, tuji jezik, zgodovino, telesno vzgojo, strokovno teoretične dele in psihologijo. Praktični pouk so izvajali v kabinetih in v bolnišnici v Novem mestu.

Praksa je bila sestavni del delovne vzgoje. Vodile so jo medicinske sestre. Pogoji za življenje in učenje so bili zagotovljeni v dijaškem domu v Novem mestu, učenje doma je bilo nemogoče zaradi dopoldanskega in popoldanskega pouka. Učenci so prakso začeli ob 6. uri zjutraj. Pouk je bil tudi ob sobotah (šestdnevni delavnik). Nikoli ni bilo pritožb zaradi nepripravljenosti učencev. Za strokovno-tehnične predmete so bili učbeniki ali pa skripta. Imeli so težave s kadrom, prva medicinska sestra na šoli je bila Marjana Dobovšek. Šola je že leta 1964 organizirala oddelek srednje šole za odrasle, predvsem za došolanje že zaposlenih delavcev bolnišnice, zdravstvenega doma in Zavoda za zdravstveno varstvo Novo mesto. V šolskem letu 1970/1971 se je začelo izobraževanje sester pediatrične smeri in leta 1987 izobraževanje zobozdravstvenih asistentk.

V šoli so bile vsa leta pri usklajevanju poteka teoretičnega in praktičnega pouka težave. Pouk je bil odvisen od zunanjih honorarnih učitelje, ki so bili predvsem zdravniki.

V šolskem letu 1980/1981 je šola uspela organizirati pouk dopoldne. Za šolo je bilo zelo pomembno leto 1982/1983, ko se je preselila v nove prostore Centra za usmerjeno izobraževanje v Šmihelu in se že naslednje šolsko leto 1983/1984 združila s Srednjo šolo tehniških usmeritev v Srednjo šolo tehniških in zdravstvene usmeritve Boris Kidrič Novo mesto. Leta 1984 se je zdravstveni usmeritvi pridružila kemijska usmeritev, do leta 1989 pa tudi farmacevtska usmeritev.

V šolskem letu 1990/1999 se je na šoli ponovno pričelo triletno izobraževanje za poklic B-N. Leta 2001/2002 se je šolanje razširilo tudi v diferencialni program PTI za dijake, ki so končali program poklicnega izobraževanja B-N (3+2 letnik). Strokovna zdravstvena in poklicna tehniško kemijska šola je v šolskem letu 2002/2003 izobraževala za poklic tehnik zdravstvene nege, kemijski tehnik in bolničar – negovalec 703 dijake.

Danes je število dijakov še mnogo večje. Približno 3000 mladih ljudi išče znanje v ŠC Novo mesto in Srednja zdravstvena in kemijska šola Novo mesto je ena izmed njih. Odprli so se še oddelki farmacevtski tehnik, v tem šolskem letu pa tudi oddelek kozmetični tehnik.

Naziv poklica za področje zdravstvene nege je srednja medicinska sestra/srednji zdravstvenik. V šolskem letu 2008/2009 pa se je v Novem mestu ustanovila Visoka šola za zdravstvo, ki našim dijakom pomeni veliko, saj lahko študirajo v svojem domačem kraju.

Povezava teorije s prakso je izjemnega pomena in prav tu na Dolenjskem v Novem mestu je kvaliteta izobraževanja v šoli in praktičnega pouka v zdravstvenih ustanovah na zavirljivo visoki ravni.

Ko se srečamo z ostalimi zdravstvenimi šolami Slovenije na raznih tekmovanjih ali pripravljamo komplete za poklicno maturo iz zdravstvene nege, večkrat slišimo: » Spet Novo mesto.« Prav tu mlin melje najboljšo moko. Trudili so se torej že vsi pred nami in naša dolžnost je tradicijo nadaljevati.

Literatura

Mohar, Rozika: 130 let obrtnega šolstva in 40 let Zdravstvene šole v Novem mestu, Šolski center Novo mesto, 2003.

Škufca, Jože: 40 let za boljše šolstvo (1956-1996), Zbornik, Območna enota Zavoda RS za šolstvo Novo mesto, 1997.

Zbornik strokovnega posveta Srednjih zdravstvenih šol Slovenije, Bled, 1996.

Bilten 10. državnega tekmovanja tehnikov zdravstvene nege in 2. državnega tekmovanja bolničarjev - negovalcev, Šolski center Novo mesto, 2005.

Arhiv ŠC Novo mesto

ZAČETEK VISOKOŠOLSKEGA ŠTUDIJA ZDRAVSTVENE NEGE V NOVEM MESTU

Ana Podhostnik

Šolsko leto 2008/2009 je mejnik Visoke šole za zdravstvo Novo mesto. Prvi vpis študentov v redni in izredni študij zdravstvene nege je velika pridobitev za regijo in za vsakega posameznika, ki je uspel dobiti mesto med študenti. Na rednem študiju je vpisanih 70 študentov in študentk, na izrednem študiju pa 92 študentov in študentk.

V prostorih visokošolskega središča Novo mesto smo uredili dva kabineta za zdravstveno nego odraslega bolnika. Kar nekaj težav smo imeli z nabavo opreme in materiala. Pa vendar nam je uspelo usposobiti delovne prostore za pravočasen začetek dela. Sprva z nekoliko okrnjeno opremo v kabinetih, kasneje s kompletno in funkcionalno opremo. Zadovoljstvo zaposlenih in študentov je bilo ob novih, funkcionalnih in lepih prostorih veliko.

Uredili in sprejeli smo vse pravne akte, ki regulirajo pedagoški proces in delovanje šole. Pripravili smo tudi dva podiplomska programa za magistrski študij: Vzgoja za zdravje in Menedžment v zdravstveni negi. S tem bodo naši diplomanti imeli možnost nadaljevanja študija na drugi stopnji. Uresničevanje ciljev je lahko uspešno s sistematičnim izobraževanjem in usposabljanjem bodočih izvajalcev pedagoških nalog na podiplomskem študiju, ki bi bili nosilci raziskovanja in razvoja na področju zdravstvene nege v regiji. Evropski trendi zahtevajo interdisciplinarno obravnavo zdravstvenih problemov in hitrejši prenos teoretičnih spoznanj v poslovno okolje ter s tem tesnejše povezovanje med izobraževalnoraziskovalno sfero in strokovnim okoljem. Slovensko zdravstvo je tipičen primer zdravstva manj razvite srednjeevropske države, ki ima bogato tradicijo splošnega zdravstvenega varstva in obenem tipičen problem neskladnosti razvoja le-tega in gospodarstva. Njegov dosednji razvoj ni vključeval razvoja zdravstvenega menedžmenta kot vede, prakse zdravstvene nege in kadrov. Diplomanti magistrskega študija in kasneje tudi doktorskega študija ne bodo več v tolikšni meri vključeni v kurativno zdravstveno nego, temveč bo temelj njihovega dela preventiva, razvoj in raziskovanje v zdravstveni negi.

Klinične vaje v kabinetih so potekale nemoteno. Pedagoški delavci in sodelavci so dobro opravili pionirsko delo. Vsaka strokovna sodelavka je s svojim osebnim prispevkom, izkušnjami in strokovnim znanjem obogatila kvaliteto pedagoškega procesa zdravstvene nege. Resnost in aktivno sodelovanje študentov, njihove ideje, predlogi in inovativni pristopi so ob končanem prvem semestru nove šole dali svoj pečat k skupnemu zadovoljstvu. Z dobrim teoretičnim znanjem opremljeni študenti so lahko začeli delo ob pacientih v učnih bazah.

Sodelovanje med Splošno bolnišnico Novo mesto in Domom za starejše občane Novo mesto se je začelo z nekoliko negotovim začetkom. V teh dveh ustanovah so prvi študenti opravili klinično prakso zdravstvene nege za prvi semester. Prihod študentov je prinesel v delovna okolja učnih baz mnoga vprašanja in pričakovanja. Po prvih izkušnjah so naši študenti dobili dober občutek za strokovno delo v učnih bazah, njihovi strokovni sodelavci in pacienti pa kvalitetnejšo zdravstveno nego. Ob vsem tem nam ni zmanjkalo entuziazma in dobre volje za graditev nečesa novega, nečesa, kar bo v naslednjih letih spremenilo podobo zdravstvenega varstva, predvsem zdravstvene nege v regiji.

Obilo dela je bilo z usklajevanjem skupin študentov s strokovnimi sodelavci v učnih bazah. Skušali smo pripraviti plan klinične prakse, ki bi bil optimalen za študente in izvajalce, kar nam je v veliki meri uspelo. Vsi redni in delno izredni študenti so uspešno opravili predpisano število ur klinične prakse za prvi semester.

Strokovni sodelavci na oddelkih bolnišnice in doma upokojencev so dobili prve izkušnje pri izvajanju mentorskih nalog in uporabi teoretičnega znanja v delovnem procesu. Ob svojem rednem delu so uspeli najti dovolj časa za delo s študenti in jih voditi pri delu. Zadovoljstvo študentov in dodano strokovno znanje jim daje še dodaten polet za pedagoško delo, ki ga dodajajo k že obstoječim delovnim nalogam.

Naši diplomanti bodo zasedali nova delovna mesta, ki bodo zahtevala specializirana znanja in kompetentno vključevanje v delovni proces. Raziskave na področju zdravstvenega varstva v Sloveniji kažejo, da je potrebno krepiti znanje in spretnosti medicinskih sester in babic, ki delujejo v zdravstveni in babiški negi na ravni primarnega zdravstvenega varstva, tako da bodo zadostili spremenjenim potrebam populacije in stroke. Diplomanti naše šole bodo pacientom zagotavljali strokovno najbolj kompetentno in varno zdravstveno nego, usmerjeno k potrebam pacienta in skupnosti. Sposobni bodo prevzemati delovne naloge in obveznosti delovnih mest, ki jih bodo zasedali ter v domačem okolju obogatili kadrovske strukturo zdravstvenega varstva lokalne skupnosti. Obenem bodo ostali v domači regiji in s tem ohranili celovitost matične družine.

Literatura

Literatura je na voljo pri avtorici.

BESEDA JE KONJ!

Matej Kocjančič

Beseda je temeljni kamen komunikacije med zdravimi in primerno starimi pripadniki homo sapiensa. Poleg golega izgovaranja vnaprej določenega zaporedja zlogov so bistvenega pomena tudi neverbalni znaki, ki jih pri tem oddaja naš prelepi obrazek in naši nikoli mirujoči udi. Odprtooki človek, za kakršnega se imam, pa lahko v času, v katerem naše generacije iz kisika proizvajajo ogljikov dioksid, kljub vsesplošnemu dvigu izobrazbene strukture z lahkoto opazi mnogoštevilne besedne siromake, ki z besednim zakladom morskega konjička nagovarjajo širše množice. Z vsem dolžnim spoštovanjem do predhodnih rodov bom v nadaljevanju z nekaj primeri na laž postavil starodavni rek, da beseda ni konj.

Vem, da bom zvenel kot kakšen slabo potenten 50-letnik, ampak ne morem si kaj, da ne bi najprej potarnal nad današnjo mladino in njenim izrazoslovjem. Sem dolgoletni uporabnik interneta, udeleževal sem se mnogih debat, forumov, klepetalnic in drugih ročnih gobezdal, bil sem med prvimi uporabniki mnogih danes veleuspešnih portalov. Kar sem opazil v teh desetih letih internetne kariere je, da nivo jezikovne kulture nezadržno pada. Vse več je ljudi, ki se jim zdi neizmerno zabavno, če pišejo v dobesedni prekmurščini, katere razvozlanje povprečnemu Slovencu predstavlja nepremostljivo oviro. V zadnjem času so se razvile tudi določene jezikovne subkulture in povsem normalno je postalo, če na medmrežju naletiš na takle umotvor, ki sem ga samo za vas skopiral z ene naših spletnih strani:

»ćaoo foŁK..etoo NiNćee dušŁaa NaŁogoo da oPišee aNitKoo mojoo dRagoo Łjušawiii ...sPŁjooH newem kje d začneem hehe...šoM začeeŁa kje swa se mi2 sPozNaŁee ja no tKoo jst pRidm u ŠoŁo pRwi DaN aNee i tKo pride aNita a tKo čist weseŁa i mi ReĆee ćao jst sM aNita a HeeH i to je to FoŁK ja aNitKaa mi je soŠoŁkaa (i to na šušii)«

Ne, ne, nimate prav, to ni poročilo iranskega predsednika o bogatenju urana, niti ni ultimatum somalijskih piratov v izvirniku. To naj bi bil izdelek povprečne slovenske gimnazijke, in verjemite – obstajajo še slabši. Najbolj grozno se mi zdi, da je oldtimer, kakršen sem sam, dokaj hitro obsojen zaplankanosti, istospolne usmerjenosti in še česa samo zato, ker nagovarja take jezikovne nadljudi v vsaj približno pravilni slovenščini.

Drugi primer je multinacionalka, ki se ukvarja s hitro prehrano in ki skrbi za dovolj velik vnos nasičenih maščob v naše prekrasno slovensko telo. Pred leti smo tudi v Rudolfovem dobili podružnico in moram priznati, da v bistvu rad zahajam tja. Kar je moteče, so gotovo prodajalci in politika poimenovanja artiklov. Sam se imam za dobrega znalca angleščine, pa imam kar precej težav, ko naročam »mkfřeš ćabata«, zmrazi pa me, ko slišim, da poštena kmečka punca čez šank s pristnim dolenijskim naglasom vpije »dabl čiz aut«. Kar mislim si, kako zmeden

je dolenjski staroselec, ki zaide v to restavracijo. Slovenščina bi morala biti pogoj za odprtje takega lokala.

Nadalje se bom spotaknil ob retoriko naših ljubih politikov. Opazil sem, da si vsake toliko izmislijo neko na moč učeno besedo, katere pomen niti njim ni jasen, in jo potem drug za drugim s papagajskim naglasom ponavljajo, dokler se pač ne izrabi in si je potrebno izmisliti novo. Preprosti hranitelji državnega proračuna jih seveda s povešeno spodnjo čeljustjo ob 19.00 brezpogojno poslušamo in se delamo, da nam je vse popolnoma jasno. Nazadnje si je v ožjem krogu skupina levo-desnih izmislila, da Slovenija ni sproščena. V enem tednu je kompletna politična elita govorila samo še o nesproščenosti, in če si hotel koga užaliti, mu ni bilo treba več reči, da je neumnež ali kreten – enostavno si ga označil za nesproščenega.

Povsem drugačno taktiko ubirajo naši estradniki. Zgodi se, da si eden izmed njih enostavno izmisli, da je na primer kralj slovenskega popa. To govori tako dolgo, da celo sam verjame, da je to res, in na koncu proda veliko število plošč in ima razprodane koncerte ter snema duete s Terezo Kesovijo samo zaradi svoje izmišljene kraljevskosti. To, da njegovi teksti vsebujejo besede, ki jih v Slovarju slovenskega knjižnega jezika ni, in da slovenščina niti ni njegov prvi jezik, ne zanima prav nikogar.

Zanimiva so tudi razna lepotna tekmovanja, kjer prsata dekleta v zbornem jeziku na vprašanje sumljivega srednjepolnika iz komisije rada odgovorijo, da bodo v primeru zmage storile vse, da bo na svetu zavladal mir. Za moj notranji mir bi gotovo storile največ, če bi uporabljale samo neverbalne znake komuniciranja. Nekako jim bolj pristojijo.

Besede so v dejavnosti, s katero se poskušamo preživljati, v resnici pa nam le pomaga pri shujševalni kuri naših prašičkov, bistvenega pomena na vseh nivojih. Zdravstvo je zaradi svoje specifičnosti še posebej občutljivo na komunikacijske nesporazume, predvsem zaradi razumljive brezpogojne sebičnosti pacientov in na drugi strani zaradi osebja, ki je razpeto med hudim stresom in apatičnostjo. V odnosu do pacienta ne sme biti prostora za osebne stiske službojočega individuuma, še manj pa sme biti nadrejeni položaj, v katerega smo postavljeni, ventil za reguliranje domače podrejenosti, kar se v praksi nemalokrat dogaja. Žal!

Zanimivejši del besednih prevratov pa se v zdravstvu vseeno dogaja v medsebojnem odnosu osebja. Naše ustanove so izredno zanimive, ker je kadrovska zasedba večinoma ženska, delež moških pa se dviguje sorazmerno s pomembnostjo položaja. Besede se v teh razmerah uporabljajo v izjemno različnih tonih. Starejše delavke, na primer, nagovarjajo mlajše z ostrimi besedami, mlajše delavke uporabljajo bojazljive besede, tiste pred penzijo govorijo mirne in počasne besede, starejši zdravniki govorijo z močnim glasom odločne in preudarne besede, mlajši zdravniki z višjim glasom kričijo na vse vpletene s koleričnimi besedami, zdravnice so v glavnem tiho, tehniki pa ne glede ne resnost situacije izgovarjamo smešne in neprimerne besede. Vsi skupaj pa se neizmerno radi pogovarjamo o tistih, ki trenutno niso prisotni. Če beseda steče o hiperprsati kolegici, ki z dežurnim zdravnikom vara svojega zapitega moža, potem v sekundi pozabimo vsa nesoglasja in med nami zavlada silna harmonija. Bodimo vendar potrpežljivi in prijazni do soljudi na vseh ravneh našega življenja in uporabljajmo prijazne besede, še posebej v službi. Kako malo je treba, da pokažeš spoštovanje do sodelavca z

navadnim in iskrenim dober dan. Nekaterim pa se, kot kaže, zdi, da odgovornost do sočloveka pada sorazmerno z dvigom stopnje izobrazbe. Ali ni dovolj, da je denarno nadomestilo za naše delo različno? Je treba res nekoga zaničevati na nivoju osebnosti zaradi nižje izobrazbe? Globoko sram je lahko nekatere izmed nas.

Posebno poglavje so seveda tudi srečanja Društva medicinskih sester babic in zdravstvenih tehnikov. Na teh manifestacijah se redno pojavi predavateljica ali več njih, ki podajanja besed na ta način ni večša. Njeno predavanje zgleda tako, da v tresoči se roki drži tipkano stran tistega, kar mi gledamo na platnu, in nam z jecljajočim se glasom dobesedno bere besedo za besedo, stran za stranjo, v stilu: »pri dajanju zdravil najprej odvijemo pokrovček, ga položimo na mizico zraven pacienta, pazimo, da se nam ne odkotali z mizice na tla, potem vzamemo žličko s svojo desno roko, pogled je usmerjen v pacienta...« Po eni uri takih litanij sem ponavadi že pošteno jezen in razmišljam, da bi rajši videl, da mi okulist naredi artroskopijo štirice zgoraj levo, kot da bi dotično kolegico še kdaj slišal predavati. Saj ni kriva sama. Vsaj polovico krivde nosi šolski sistem, ki se mu zdi bolj pomembno, da se na pamet učimo, kdaj se je rodil Rainer Maria Rilke, kot da bi nas naučili pravilno in sproščeno govoriti pred množico ljudi. Del krivde pa gotovo nosi tudi usmerjanje predavatelja k prepisovanju iz že objavljenih del, čemur se strokovno reče navajanje virov. Ob povabilu na predavanje sem tudi sam prejel dve strani navodil, kako predavanje pripraviti. Seveda jih nisem niti prebral. Moj vir so moji možgani, in če bi izvrstnim strokovnjakom, ki jih imamo med sabo, pustili, da povedo svoje videnje strokovnih problemov, bi bilo to gotovo bolj poslušljivo in produktivno, kot pa branje nekakšnih ultra resnic, ki naj bi bile neomajne.

Beseda pomeni veliko – lahko nekoga užali, razveseli, zaradi besede lahko nekdo umre ali pa se zaradi nje nekdo rodi, lahko spreminja svet in podira meje. Zato mi verjemite na besedo: »Beseda je konj.«

Literatura

Literatura je na voljo pri avtorju.

TEMELJNE ŽIVLJENJSKE AKTIVNOSTI PRI STANOVALCU Z DEMENCO

Jana Starc

Povzetek

Demenca je organski psihosindrom, ki ga povzroča možganska bolezen, običajno kronične in napredujoče narave. Zaradi demence se poslabšajo orientiranost, spomin in zaznavanje, spremeni se tudi obnašanje. Demenca se praviloma začne neopazno in postopoma napreduje. Redkeje pa je začetek nenaden s kasnejšimi novimi upadi v zagonih ali tudi brez njih. S staranjem se povečuje število obolelih za demenco, tako naj bi imel že vsak peti starejši od 80 let tovrstne težave. Veča pa se tudi število ostarelih in tako naj bi se do leta 2020 skupina starejših od 65 let povečala za približno 100.000, oziroma za tretjino. Demenco lahko definiramo z upadom prej obstoječih intelektualnih in spominskih sposobnosti. Bolnik z demenco ima hude težave in nazadnje na omenjenih področjih povsem odpove. Delo s stanovalci, ki imajo demenco, zahteva od medicinske sestre večjo odgovornost, znanje in izkušnje, saj mora neprenehoma predvideti potrebe, neprestano mora opazovati, pozorna mora biti na najmanjša sporočila, ki jih stanovalec nakazuje z mimiko, s svojimi kretnjami ali pa tudi samo z držo, ker drugače ne zna ali ne more povedati. Pri tem je pomemben individualni pristop. Vsak stanovalec mora biti obravnavan z vsemi njegovimi posebnostmi in značilnostmi, zato medicinska sestra stanovalca obravnava celostno in holistično, proces zdravstvene nege pa omogoča sistematičen pristop k reševanju negovalnih problemov. Pri kakovosti življenja starostnikov imajo pomembno vlogo medicinske sestre in zdravstveni tehniki. Kajti to delo od medicinske sestre in zdravstvenega tehnika ne zahteva zgolj strokovne usposobljenosti, ampak tudi empatijo, razumevanje, potrpežljivost, zadovoljstvo in prijaznost.

Ključne besede

zdravstvena nega, medicinska sestra, zdravstveni tehnik, holistična obravnava

Zdravstvena nega pri temeljnih življenjskih aktivnostih stanovalca z demenco

pajnikihar (1999) navaja, kako je v dolgoročnem programu splošnega razvoja zdravstvene nege le-ta opredeljena: je človekova dejavnost, kadar pa deluje v organizirani obliki, je tudi ena izmed zdravstvenih disciplin. Kot celovita dejavnost se ukvarja s posameznikom, družino

in družbeno skupnostjo v njihovih različnih funkcijah v času zdravja in bolezni in traja od spočetja do smrti.

Je osnovna sestavina celotnega zdravstvenega varstva. Kot integralna sestavina sistema zdravstvenega varstva vključuje v zdravstveno varstvo izboljšanje zdravja, preprečevanja bolezni in pomoč v času, ko je prizadeto zdravje.

Hendersonova (1998) je definicijo zdravstvene nege dopolnila s 14 osnovnimi aktivnostmi:

1. dihanje,
2. hranjenje in pitje,
3. izločanje, odvajanje,
4. gibanje in ustrezna lega,
5. spanje in počitek,
6. oblačenje,
7. vzdrževanje normalne telesne temperature,
8. osebna higiena in urejenost,
9. izogibanje nevarnostim v okolju,
10. komuniciranje, izražanje čustev, občutkov,
11. izražanje verskih čustev (verovanje),
12. koristno delo,
13. razvedrilo in rekreacija,
14. učenje in pridobivanje znanja o razvoju človeka in zdravja.

Zdravstvena nega je utemeljena v analizi človekovih osnovnih potreb, ki jih je avtorica razdelila in opisala v štirinajstih sklopih. Gre za potrebe, ki jih imajo vsi ljudje ne glede na morebitni diagnozo.

Pri zdravstveni negi stanovalca z demenco upoštevamo še telesna in psihična obolenja ter nesamostojnost pri vsakodnevni oskrbi.

1. DIHANJE

Pajnkihar označuje dihanje kot najpomembnejšo življenjsko aktivnost. Z dihanjem se zadovoljuje potreba po kisiku, ki je potreben za metabolizem. Ogljikovdioksid, ki pri dihanju nastaja, se z dihanjem odvaja iz telesa. Glede na fizično aktivnost se potreba kisika veča ali manjša. Čustva lahko dihanje pospešijo ali upočasnijo.

Tudi ko ne gre za bolezenska stanja, ima veliko starejših ljudi težave z dihanjem. Lahko se pojavi zasoplost in oteženo dihanje, še posebej, če se razburijo, vznemirjajo ali jih je strah. Neustrezen zrak v prostoru, izsušene sluznice nosu in ust, kajenje in kašelj lahko onemogočajo zadostne potrebe po kisiku.

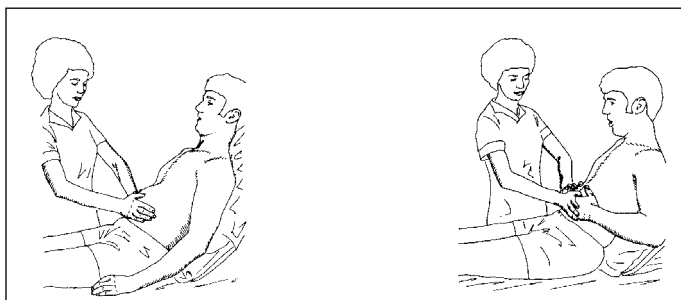
Pri dihanju opazujemo frekvenco, ritem in tip dihanja. Število vdihov ali izdihov v minuti in ritem dihanja nam lahko pokaže motnje v dihanju. Normalna frekvenca dihanja je 16 do 22 vdihov; starostniki dihalo počasneje. Spremembe dihanja se lahko odražajo še s spremenjeno barvo kože (cianoza), s posebnim izrazom na obrazu (napetost, strah, skrb), spremembo pulza in krvnega tlaka. Bolnik lahko postane nemiren.

Tu vključimo respiratorno fizioterapijo, s pomočjo katere stanovalca naučimo pravilno in kontrolirano dihati. Namestimo ga v polsedec položaj s podloženimi koleni. Svetujemo mu, da si v mislih predstavlja gibanje zraka skozi cev od grla do trebuha.

Pozornost usmeri v vdih in izdih. Sledi naj globok vdih, ki ga zadrži. To naj izvede kratko, da ne povzroči neprijetnega občutka. Lahko si pomaga tudi s polaganjem rok na prsni koš in trebuh, da razloči aplikalno in abdominalno dihanje. Vaje, ki jih želimo vpeljati v življenje stanovalca, naj bodo izvajane redno. Za to moramo imeti tudi primeren prostor. Ta naj bo zračen in ne premrzel. Izogibamo se uporabe sobnih vlažilcev. Za učenje pravilnega vzorca dihanja je bistvena relaksacija.

Stanovalca naučimo dihanja s trebušno prepono z demonstracijo, s pomočjo roke na trebuhu in s preprostimi ukazi. Med vdihom naj odriva svojo roko. Med dihanjem ga opazujemo. Stanovalcu upočasnimo ritem dihanja z ustrezno globino. Vendar počasno dihanje ne pomeni vedno globokega dihanja.

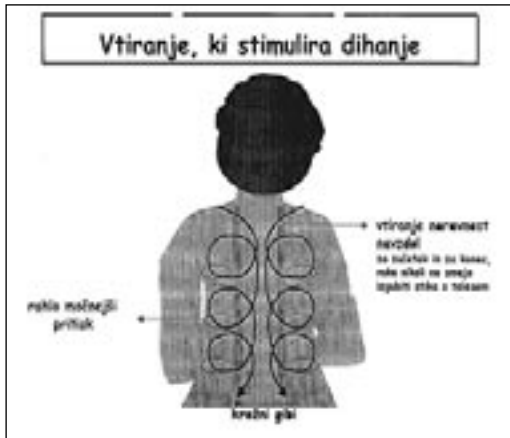
Glede na to da smo si ljudje zelo različni, potrebuje na začetku vsak stanovalec individualno obravnavo. Velikokrat je potrebno vložiti veliko truda v stvari, ki so zdravim ljudem samoumevne. (Potočnik, 1994)



Sliki št. 2 in 3: Učenje dihanja s trebušno prepono (Kisner, Colby, 1996)

Medicinska sestra ali zdravstveni tehnik dnevno zrači prostore, poskrbi za ustrezno temperaturo in vlažnost prostora. Stanovalcu svetuje oziroma nudi pomoč pri oblačenju, tako da obleka ne ovira stanovalca pri dihanju. Organizira sprehode v naravo, pri tem se izogiba vročemu soncu. Če stanovalec kašlja, poskrbi za ustrezen položaj, ga zadostno hidrira s toplimi napitki in večkrat dnevno naredi ustno nego. V primeru, da stanovalec kadi, mu sproti daje cigarete.

S pomočjo zdravstvene nege, v katero smo vključili bazalno stimulacijo, pa lahko stanovalcu, ki ima težave z dihanjem, na ta način pomagamo stimulirati dihanje.



Slika št. 4: Stimulacija dihanja (Frolich, 1995)

2. HRANJENJE IN PITJE

Življenjska aktivnost hranjenje in pitje je nujna za človeško preživetje. Hrana je potrebna za energijo telesu, tekočina pa za hidracijo le-tega.

Težave pri stanovalcu z demenco se pojavijo zaradi spremembe v ustni votlini, slabega zobovja, motnje požiranja, zmanjšane potrebe po hrani in tekočini, izgube teka, izgube občutka za lakoto in žejo, pozabljivosti, neprimerno pripravljene in ponujene hrana, spremenjenega odnos do hrane, telesne onemoglosti, nesposobnosti samostojnega hranjenja.

Stanovalcu ponudimo hrano večkrat in manjše količine. Paziti moramo, da ne tlači prevelikih kosov v usta. Zato mora biti hrana ustrezne konsistence in primerne temperature. Pri hranjenju je potrebno stanovalca z demenco vzpodbujati, saj nekateri hrano odklanjajo, drugi pa sami ne morejo več jesti in pri tem potrebujejo pomoč.

Pozorni moramo biti na ostanke obrokov, saj jih pogosto shranjujejo v žepih ali pa v nočnih omaricah. Če imajo oslabilen požiralni refleks ali motnjo požiranja, moramo paziti na položaj pri hranjenju. Stanovalec naj pri hranjenju sedi s sklonjeno glavo naprej, to velja tudi za ležeče bolnike. Ta položaj preprečuje zdrs hrane v sapnik. Po hranjenju naj bolnik se nekaj časa sedi, da iztisne zrak iz želodca. Prehranjenost nadziramo s tehtanjem, opazovanjem znakov hujšanja, dehidracije, zmanjšanje mišične moči, z določanjem beljakovinske in krvne slike, beležimo pojavljanje infektov in razjed zaradi pritiska.

Da preprečimo dehidracijo, ponudimo stanovalcu večkrat dnevno različne napitke, dnevna količina je vsaj dva litra. Potrebno je veliko spodbude, saj pogosto odklanjajo pitje, bodisi zaradi tresenja rok, glave ali celega telesa. Pri pitju jim pomagamo, tako da jim pridržimo skodelico, ki je nikoli ne napolnimo do roba. Zaužito tekočino beležimo. (Smovnik, 2003)

3. IZLOČANJE IN ODVAJANJE

Produkti prebave se iz telesa odstranijo z izločanjem in odvajanjem.

Stanovalcu z demenco ta aktivnost povzroča velik problem, ker ima težave s pogostim ali nočnim izločanjem, občasnim uhajanjem urina, z zadrževanjem urina, z zaprtjem ali občasnimi driskami. Ko začutijo potrebo po odvajanju ali uriniranju, pa ne najdejo sanitarij ali pa si ne znajo sleči obleke.

Medicinska sestra ali zdravstveni tehnik mora pri tej življenjski aktivnosti še posebno dosledno izvajati zdravstveno nego. Medicinska sestra mora biti pozorna na beleženje odvajanja. Pri odvajanju opazujemo pogostost (driske, zaprtje), konsistenco, prisotnost primesi (kri, sluz, neprebavljena hrana), barvo in vonj. Pri izločanju opazujemo količino, barvo, vonj, gostoto, primesi v urinu, kakor tudi retenco in oligurijo. Pri stanovalcu z demenco opazujemo še pojave, kot so bruhanje, napet trebuh, bolečine v predelu trebuha, spremenjene vitalne znake, nemir, strah; ker je stanovalec lahko obstipiran, pa tega ne zna povedati ali pa se ne spomni.

Stanovalcu pomagamo tako, da ga večkrat na dan opominjamo oziroma pospremimo do sanitarij. Sanitarije označimo z večjimi razumljivimi oznakami nad vrati, rešitev je tudi sobno stranišče. Vedenje stanovalca, kot na primer nemir, nam pogosto lahko sporoča potrebo po odvajanju.

Izkušnje kažejo, da pripomočki za inkontinenco (vložki, plenice) vznemirjajo in motijo, zato jih trgajo in odstranjujejo. Dokler je le možno, se jim je potrebno izogibati in jih nameščati le zvečer pred spanjem. Potrebno je poostreno izvajanje osebne higijene, umivanja rok in anogenitalne nege ter sprotno menjavanje osebne perila in obleke.

Ne smemo pozabiti na zdravstveno-vzgojno delo in stanovalcu svetovati več gibanja, saj je to preventiva proti zaprtju. Tudi psihični dejavniki, kot so strah, stres, agresija in potrnost pogosto vplivajo na izločanje. Veliko vlogo ima prehranjevanje, pozorni moramo biti na količino zaužite hrane, vlaknin in razporeditev obrokov. Vlaknine ugodno vplivajo na prebavo, saj povečujejo volumen fecesa, nase vežejo tekočino in holesterol iz črevesja. (Smovnik, 2003)

4. GIBANJE IN USTREZNA LEGA

Z gibanjem in ustrezno lego človek ohranja socialno komunikacijo, ima občutek svobode, je samostojen pri izvajanju vsakodnevnih dejavnosti, kar mu utrjuje samozavest, izboljša orientacijo, prepreči poškodbe, razjede zaradi pritiska, kontrakture ter pozitivno vpliva na prebavo in spanje.

Motnje gibanja pa postanejo z napredovanjem demence vse bolj izražene. K temu pripomorejo še boleznj gibalnega aparata in druge bolezni. Stanovalec je vedno bolj odvisen od pomoči pri hoji, vstajanju, presedanju, posedanju in menjavanju položajev v postelji.

Pomoč pri varnem gibanju in izvajanju gibalnih vzorcev pomeni ohranjanje telesno gibalne aktivnosti z rednimi vajami, učenje gibalnih aktivnosti z uporabo pripomočkov (palica, hojica, voziček), postavitve držal, ograj, zapornic na stopnišču, odstranitev fizičnih ovir, primerno visoka postelja, udoben sedež, osvetlitev, možnost klica na pomoč. Stanovalcu moramo vzbuditi in ohraniti potrebo po gibanju. Skupinska jutranja telovadba vsebuje vedno iste vaje in v istem zaporedju, kar je dobrodošlo za stanovalce z demenco, ki te vaje osvojijo in jih izvajajo. Paziti

je potrebno na ustrezno obutev, ki ne drsi. Stanovalec naj ima oblečeno obleko, ki ga ne moti pri gibanju. Ležeče stanovalce prav tako spodbujamo k aktivnemu izvajanju telesnogibalnih vaj oziroma k pasivnemu razgibavanju. Kadar je stanovalec popolnoma negiben in nezmožen kakršnegakoli gibanja, je potrebno menjavanje položaja v postelji oziroma obračanja. Priporočljivo je, da so na postelje nameščene zračne blazine, ki preprečujejo nastanek razjed zaradi pritiska. Stabilen položaj v postelji omogoča stanovalcu udobje brez tiščanja in bolečine, kar dosežemo s pravilnim podlaganjem. (Smovnik, 2003)

5. SPANJE IN POČITEK

Življenjski aktivnosti - spanje in počitek - sta za človeka velikega pomena. Z njo zadovoljuje potrebe po psihofizični sprostitvi in si nabira moči za telesno in umsko delo. Človek potrebuje reden počitek s spanjem, da lahko normalno deluje v budnem stanju. Potrebe ljudi po spanju in počitku so različne. V odraslem obdobju potrebuje človek sedem ur spanja in počitka. S starostjo se potreba po spanju zmanjša, večja pa se potreba po počitku. Zdrav človek ima svoj štiriindvajseturni ritem budnosti in spanja. Na budnost in spanje posameznika vpliva veliko faktorjev: hrana in pijača (alkohol, kava, obilni obroki ali lakota), gibanje in telesna aktivnost (neaktivnost ali prevelika aktivnost pred spanjem), stresi, močna čustva, neprilagojeno življenje, vznemirjenost, spori. Na spanje vpliva urejenost spalnega okolja, kot je temperatura zraka, zakajenost, slabo prezračen prostor in hrup, ležišče in posteljnina. Na kakovost spanja in počitka lahko vplivajo bolezni, poškodbe in bolečine.

Pri stanovalcih z demenco so motnje spanja pogost zaplet in se kažejo s tem, da stanovalec težko zaspi, spi kratek čas, se pogosto zbujata in ne more ponovno zaspati, spi čez dan, spi v intervalih ali zaspi šele proti jutru. Pri ugotavljanju motnje moramo upoštevati navade stanovalca: branje pred spanjem, gledanje televizije, ura odhoda v posteljo, večerno umivanje in urejanje, poslušanje glasbe, umirjen pogovor, topel napitek, ogreta postelja, lahka odeja, sveže perilo, visoko ali nizko vzglavje, primerna blazina, prezračen prostor ali ustrezna zatemnitev, manjše število sobolnikov, zmanjšanje hrupa, občutek varnosti, prilagojen položaj stanovalca v postelji. Med spanjem stanovalec lahko stoka, kriči, joka, vzdihuje ali kako drugače izraža svoje doživljanje med spanjem, kar lahko opozori na strah, bolečino in moteče dejavnike. (Kobentar, 2000)

6. OBLAČENJE IN SLAČENJE

Oblačenje in slačenje sta življenjski aktivnosti, ki pomagata pri vzdrževanju telesne temperature in higiene kože, ščitita telo pred zunanjimi vplivi okolja in sta kulturno in estetsko naravnano. Za uspešno zadovoljevanje te aktivnosti sta potrebni fizična zmožnost samooskrbe: oblačenje, slačenje in higiensko vzdrževanje obleke ter intelektualna sestava (ustrezna presoja in izbira oblačil in obutve, estetski izgled, potreba rednega preoblačenja in higienskega vidika. (Pajnkihar, 1999)

Stanovalci z demenco imajo težave z oblačenjem in slačenjem, kot so napačna izbira oblačil, pomanjkljivo oblačenje, nepravilen vrstni red oblačenja, zamenjava leve in desne, prekomerno oblačenje, ne prepoznajo oblačil, jih ne najdejo, se slačijo in podobno.

Stanovalcu obzirno svetujemo, mu prijazno razložimo pomen ustreznega oblačenja, mu pomagamo in ga primerno oblečemo.

Upoštevati je potrebno nekatere napotke: oblačila naj bodo primerne velikosti, enostavnih krojev in pralna. Spodnje perilo mora biti iz naravnih materialov. Nekateri stanovalci se navadijo na svoja oblačila in jih nosijo tudi takrat, ko se jim drža in postava spremenita. Navajamo jih na dnevno menjavanje spodnjega perila, vzdrževanje čiste obleke, dovolimo jim, da ob prehodu letnih časov nekoliko dlje nosijo nogavice in jopico. Obutev naj bo primerne velikosti, z enostavnim zapenjanjem, trdnim opetnikom in ortopedskim vložkom ter nedrsečim podplatom.

Pri oblačenju je pomembno upoštevanje letnega časa, temperature okolja, telesne temperature, ogrevanja in zračenja, bolnikove aktivnosti, splošnega stanja organizma. (Kobentar, 2000)

7. VZDRŽEVANJE NORMALNE TELESNE TEMPERATURE

Normalna telesna temperatura je pomembna za dobro počutje stanovalca. Notranja in zunanja temperatura sta v medsebojni odvisnosti in vplivata druga na drugo. Center za regulacijo, s sodelovanjem perifernih receptorjev za mraz in toploto, uravnava temperaturo in skrbi za ravnovesje med proizvedeno in izgubljeno temperaturo. Pomembno je, da posameznik pozna vplive okolja in se primerno zaščiti. Ta aktivnost je povezana z aktivnostjo oblačenja in slačenja. (Pajnkihar, 1999)

Temperaturi v okolju se človek prilagaja s primernim oblačenjem. Sposobnost prilagajanja vplivu vremena in letnih časov se odraža v krepitvi obrambnega sistema. Stanovalec z demenco lahko začne izgubljati občutek za to aktivnost. Termoregulacija je pri starejših ljudeh velikokrat motena. Pogosto jih zebe. Medicinska sestra ali zdravstveni tehnik individualno presoja in regulira zaščito. (Smovnik, 2003)

8. OSEBNA HIGIENA IN UREJENOST

Osebna higiena in urejenost vplivata na ugodno počutje in ohranitev zdravja. Koža, ki je negovana, je bolj odporna proti bolezni in se kasneje postara. Preprečuje nastanek sprememb na koži, sluznicah, izboljšuje prekrvavitev, zmanjša se možnost za nastanek razjed zaradi pritiska, okužb in poskrbi za prijetno počutje.

Elementi dobre higiene so: redno dnevno umivanje, prhanje, kopanje, nega ustne votline in zobne proteze, redno pogosto umivanje rok, nega nohtov, umivanje las, česanje, anogenitalna nega in skrb za čisto perilo in obleko.

Pri ugotavljanju potrebe po zdravstveni negi pri stanovalcu z demenco je potrebno zelo obzirno ravnanje, ki vzbuja zaupanje. Ustvarjanje zdravih higienskih navad pri stanovalcu z demenco zahteva veliko posluha za njegove navade in vztrajnost pri izvajanju. Upoštevamo želje stanovalca in z njim sklenemo dogovor. Vsaka sprememba zahteva svoj čas. Izvajanje osebne higiene je intimno opravilo, zato moramo zagotoviti primeren prostor in ves material in pripomočke. Vse zunanje ovire moramo izključiti, kot so visoka kad, mrzla kopalnica, drseča tla,

grobo perilo, nestrokovna obravnava osebja in drugo. Uporablja naj kozmetiko z vonjem, ki ga pozna in mila z nevtralnimi pH, tudi zeliščne dodatke, če želi, kreme pa naj ne vsebujejo glicerina. Stanovalca vzpodbujamo, da čim dlje sam skrbi za osebno higieno in ga le diskretno nadziramo ter priskočimo na pomoč, kadar je to potrebno. (Smovnik, 2003)

Pri tej življenjski aktivnosti je potrebno dosledno upoštevati 4. načelo Kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije (2006), ki se glasi: Medicinska sestra spoštuje dostojanstvo in zasebnost pacienta v vseh stanjih zdravja, bolezni in ob umiranju.

9. IZOGIBANJE NEVARNOSTIM V OKOLJU

Bistvo te aktivnosti je, da nevarnost prepoznamo in se nanjo ustrezno odzivamo, tako da nam bo v okolju uspelo preprečiti, zmanjšati ali vsaj omiliti neugoden vpliv na zdravje. (Pajnikihar, 1999)

Stanovalca varujemo pred poškodbami, padci, pobegi, samomorom, nasilnim vedenjem in zastrupitvami.

Poškodbe in padci

Stanovalec z demenco ima lahko zmanjšano dožemanje, prepoznavanje, kar onemogoči njegovo ustrezno ravnanje. Zato je pomembno, kakšna so tla, stopnice, kopalnica, osvetlitev prostora in tudi obutev ter obleke.

Največ padcev je zaradi spolzkih tal. Posledica padca pa je največkrat zlom.

Varovanje pred škodljivimi vplivi okolja je zelo pomembno za ohranitev življenja in zdravja, zato mora medicinska sestra pri načrtovanju in izvajanju zdravstvene nege vedno misliti na zaščito stanovalca. Vedeti mora, kakšna je sposobnost stanovalca, da poskrbi za svojo varnost, kako se bo odzival na okolje in katere škodljivosti bi ga lahko ogrožale.

Neželeni učinki zdravil

Proces zdravljenja in zdravstvene nege vključujeta poleg drugih oblik zdravljenja tudi redno jemanje predpisanih zdravil. Osnovno pravilo pri zdravljenju z zdravili je, da se uvajajo počasi, postopoma in v najnižjih možnih odmerkih, saj je v starosti spremenjena farmakokinetika in farmakodinamika:

- starejši so bolj občutljivi na terapevtske in toksične odmerke zdravila,
- hitreje se razvijejo neželeni učinki zdravil,
- absorpcija zdravila se bistveno ne spremeni,
- zaradi zmanjšane mišične mase, manj vode v organizmu in večjega deleža maščobnega tkiva, se ob dajanju standardnih odmerkov zdravila serumska koncentracija le-teh poveča tudi toksičnost zdravila,
- zaradi hipoalbuminemije v serumu se povečuje del nevezanega zdravila, s tem poveča toksičnost zdravila,
- spremenjen je metabolizem v jetrih,

- znižan je ledvični očistek, s tem se podaljša izločanje večine zdravil.

Zdravljenje vodi in usmerja zdravnik. Aplikacijo izvedeta medicinska sestra in zdravstveni tehnik po točno določenih standardih. Naloga medicinske sestre in zdravstvenega tehnika je, da pozna stranske učinke zdravil, saj lahko tako pravočasno in ustrezno ukrepa. (Smovnik, 2003)

Nasilnost

Stanovalci z demenco so velikokrat časovno in krajevno neorientirani, imajo motnje spomina, so begosumni, pogosto blodijo, so nemirni ali celo agresivni. Pri teh stanovalcih moramo biti pozorni na neverbalne znake in verbalno izražanje občutkov nemoči, obupa in krivde.

Negovalne intervencije, ki jih načrtujemo pri aktivnosti izogibanje nevarnostnim v okolju, so:

- pogovor s stanovalcem, iz tega poskušamo izvedeti, kako stanovalec sliši, vidi, kakšno ima ravnotežje, katere bolezni ga ovirajo pri hoji, ali ima vrtoglavice, kako prenaša zdravila in ali ima kakšne alergije
- opazovanje stanovalca,
- kontrola vitalnih znakov in telesne teže,
- spremljanje in beleženje vnosa tekočine in hrane ter izločanja in odvajanja,
- opazovanje, beleženje in obveščanje zdravnika o stranskih učinkih zdravil,
- primerna osvetlitev ponoči,
- zagotovitev čistih in suhih tal,
- primerna obutev,
- pomoč pri obračanju, posedanju, vstajanju in hoji. (Smovnik, 2003)

Pomembna je tudi psihična varnost, ki jo stanovalec z demenco občuti prek svojcev, prijateljev in znancev, to mu daje občutek pripadnosti, priljubljenosti, spoštovanja in prijateljstva. (Kobentar, 2000)

10. KOMUNICIRANJE, IZRAŽANJE ČUSTEV, OBČUTKOV

Beseda komunikacija izhaja iz latinske besede *comunicare*, ki pomeni narediti nekaj skupaj ali deliti kaj s kom. (Kobentar, 2000)

Z napredovanjem demence se spremenijo govor, razumevanje in izražanje bolnika. V začetku so prisotne blage, komaj zaznavne motnje, kot so vznemirjenost med pogovorom, ker ne najde ustrezne besede, bolnik opisuje predmete, situacije, doživljanje. Bolnik se kljub govornim težavam želi pogovarjati in izražati svoje občutke. Biti moramo strpni in počakati, da poišče pravo besedo, uporabi opisovanje. Z občutenjem močne potrebe se sproži akcija za doseganje cilja, tako bolnika spodbujamo, da besedno ali nebesedno sporoča svoje potrebe in želje.

Prisotnost motnje je za bolnika obremenjujoča, ga spravlja v stisko, zato ga poslušamo, opazujemo in prilagajamo svoje izražanje.

Govorica bolnika je lahko nerazumljiva, obrača besede, izgovarja dele besed, stavke je popačen, ponavlja iste besede in nadaljuje z drugo, uporablja neartikulirane glasove ali z drugimi telesnimi znaki opozarja na svoje potrebe.

Pri izražanju pomagamo bolniku z objemom, bližino, pogledom, nasmehom. O tem, ali smo sporočilo razumeli pravilno, pa lahko sklepamo, če nam bolnik prikima ali ravna skladno s pričakovanjem. Kadar govorimo z bolnikom, odpravimo moteče šume, bodimo spoštljivi, približajmo se bolniku, vikajmo ga. Z bolnikom govorimo počasi, oblikujemo kratke, jasne stavke in navodila, izogibamo se abstraktnim pojmom in dolgim razlagam. Ne posredujmo preveč informacij naenkrat, ker lahko bolnika zmedemo in prestrašimo.

V končni fazi govornica in druge oblike sporočanja zamrejo, vendar bolnik dotik, bližino, glas čuti kot prijetne, neprijetne, boleče in se odziva s telesnimi znaki. Vzdrževanje govornega izražanja in razumevanja je odvisno tudi od vzdušja in načina dela z bolniki na oddelku (individualno ali skupinsko delo, delo s svojci). (Kobentar, 2000)

Pri komunikaciji s stanovalcem z demenco upoštevamo:

- preverimo sluh in vid stanovalca,
- odstranimo vse dražljaje, ki bi komunikacijo omejevali ali onemogočali (hrup, drugi ljudje...),
- sedimo nasproti stanovalca, da nas lahko vidi,
- govorimo počasi, razumljivo, jasno, naravnost, preprosto in dovolj glasno, vendar z mirnim glasom,
- stanovalca med govorom ne prekinjamo, ker ga s tem samo zmedemo,
- damo mu čas za premislek,
- naslavljam ga jasno, naravnost, z imenom, ki ga uporablja,
- uporabljamo kratke stavke,
- čutiti mora, da ga z zanimanjem poslušamo,
- stik roke pomeni, da želimo pomagati, da imamo dovolj časa in da nam lahko zaupa. Topel človeški dotik in odnos pove več kot še toliko besed,
- upoštevati moramo njegove navade in želje, sprejeti njegovo drugačnost oziroma spremenjenost,
- stanovalec z demenco, bolje razume nebesedno govorico,
- bolje razume navodila, če mu pokažemo, kako naj kaj naredi, oziroma mu pomagamo, da to dejavnost opravi postopoma,
- hitro začuti, da nekaj ni v redu, če izvajamo hitre gibe,
- zvišan glas zazna kot nekaj neprijetnega, umirjen glas pa mu daje občutek varnosti,
- pomembna je pohvala, ki naj nadomesti neprestano popravljanje napak,

- stanovalcu omogočimo, da izrazi svoje občutke, strah, skrbi, jezo. (Smovnik, 2003)

Težave pri komunikaciji lahko odpravimo z nebesednim izražanjem in upoštevanjem obremenilnih okoliščin, kot so: novo okolje, utrujenost, nepripravljenost. (Kobentar, 2000)

11. IZRAŽANJE VERSKIH ČUSTEV

Izražanje verskih čustev je življenjska dejavnost, ki starejšemu človeku veliko pomeni. Skozi življenje vsak človek razvije svoj odnos do cerkve in religije. Vera je lahko človeku ob hudih življenjskih krizah in boleznih v veliko oporo.

Medicinska sestra skrbi za ohranitev življenja in zdravja ljudi. Svoje delo je dolžna opravljati humano, strokovno in odgovorno ter v odnosu do pacienta spoštovati njegove individualne navade, potrebe in vrednote.

Dejavniki, kot so rasa, narodnost, vera, socialni položaj, spol, starost, zdravstveno stanje ali politično prepričanje ne smejo vplivati na odnos do pacienta. (Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2006)

12. KORISTNO DELO

Ta aktivnost stanovalcu z demenco pomaga ohranjati v življenju že naučene in uporabljene sposobnosti in mu ob tem še nudijo zadovoljstvo.

Stanovalci lahko precej dolgo sodelujejo pri dnevnih aktivnostih, kot so: brisanje prahu, pometanje tal, pomivanje in brisanju posode, delo z živalmi. Pri sebi imajo radi torbo, v kateri imajo nekaj predmetov, ki jih lahko prenašajo, pospravljajo in uporabljajo.

Poleg tega jih pritegne tudi ustvarjalnost. Ideja o ustvarjalnosti v terapevtske namene ni nova, saj so jo poznali že v prejšnjem stoletju. V ustvarjalnosti je velika terapevtska moč. Ko človek ustvarja, se sprosti, prevzame ga zadovoljstvo, pozabi na bolezen, bolj čuti sebe in svoje težave. Približa se svojemu zdravemu bistvu. Materiali za ustvarjanje sprožajo projekcije misli, občutkov, želja in nagnjenj. Dejavnosti so razdeljene na več manjših opravil: rezanje krogov, zvijanje povojev, barvanje, rezanje, izdelava čestitk in razglednic ter okraskov.

Za koristno delo je bolj priporočljiv dopoldanski čas, ko je stanovalec še spočit, ali zgodnji popoldanski čas, po kratkem počitku. (Pentek, 1996)

13. RAZVEDRILLO IN REKREACIJA

Življenjski aktivnosti razvedrilo in rekreacija omogočata stanovalcu z demenco, da se sprošča, vzdržuje ustrezno psihofizično kondicijo in si nabira novih moči za delo in življenje.

Za razvedrilo je odlično sredstvo glasba. Tudi stanovalci, pri katerih imamo občutek, da ne moremo z njimi vzpostaviti nobenega kontakta več, pričnejo ob poslušanju znane melodije peti del besedila ali pa si mrmrati del besedila. Petje starih pesmi, tako cerkvenih kot narodnih in popularnih, je lahko prav zabavno. Zdi se, da so besedila pesmi in druge vsebine, ki

smo se jih učili na pamet, primer molitve, literarna besedila, poštevanko, štetje in abeceda, shranjeni v drugih delih spomina kot običajne besede.

Tudi igranje na glasbene instrumente je zabavno, a ga stanovalci z demenco prej pozabijo. Na glasbo se lahko organizira tudi ples, seveda če stanovalci to gibalno vajo zmorejo.

Razvedrilo je tudi skupinsko poslušanje radia ali branje časopisa.

Pri telesnih dejavnostih je najbolj priporočljiva hoja, in sicer na manjše razdalje.

Vzpodbujamo jih k redni telovadbi, kajti ta pomaga vzdrževati njihovo sposobnost gibanja in gibčnost ter omogoča večjo samostojno in lažjo nego. (Pentek, 1996)

14. UČENJE IN PRIDOBIVANJE ZNANJA

Učenje in pridobivanje znanja je življenjska aktivnost, ki jo v zdravstveni negi ne smemo zanemariti. Vzpodbuditi jo moramo z zdravstveno-vzgojnim delom, ki naj temelji na zaupnem terapevtskem odnosu, lajšanju težav, prepoznavanju bolezenskega stanja, učenju socialnih spretnosti, izvajanju predpisane terapije, ustreznih diagnostičnih postopkih, obnavljanju zdravih navad in uvajanju prilagojenih oblik dela glede na motnjo.

Svojce je potrebno naučiti pravilnega odnosa in ravnanja do stanovalca z demenco, da so v svojih pričakovanjih realni, strpni ter vsaj malo optimistični, saj s tem pripomorejo k boljšim medsebojnim odnosom. Pomanjkljivo znanje je pogosto vzrok, da se bolnikovi svojci od bolnika oddaljijo, saj se ne morejo spoprijeti s težavami. (Smovnik, 2003)

ZAKLJUČEK

V domu starejših občanov je treba stanovalca z demenco obravnavati še s posebno pozornostjo, spoštovati njegovo zasebnost, razvijati možnosti izbire in kontrole ter gojiti pozitiven odnos z osebjem. Delovanje na takšen način je možno doseči z izobraževanjem in usposabljanjem osebja ter oblikovanjem terapevtskega okolja, ki daje poudarek individualnosti stanovalca. Čim večja individualizacija oziroma spoštovanje individualnih potreb in zasebnosti stanovalcev je prihodnost zdravstvene nege v domu starejših občanov, seveda pa so za to potrebna materialna sredstva in človeški potenciali ter sodelovanje svojcev. Ne moremo nadomestiti domačega okolja, lahko pa se mu vsaj približamo.

Vodilo vsega delovanja naj bo vest. Vest je duhovna zmožnost, ki človeka usposablja, da pravilno presoja o različnih moralnih problemih in situacijah.

Stanovalce z demenco razveselijo, vznemirijo ali razžalostijo enaki dogodki kot zdrave ljudi, le da zaradi slabšega razumevanja težje nadzorujejo svoje vedenje. Kljub bolezni, ki počasi, a vztrajno napreduje, pa jim največ pomeni samostojnost in neodvisnost. Zato jih vzpodbujamo in pomagamo, da samostojnost in neodvisnost ohranjajo čim dlje.

Vzemimo si čas! Ponudimo jim roko, naj jim naš dotik pove, da čutimo z njimi. Z nasmehom in stikom z očmi jim sporočimo, da so v skrbnih in prijateljskih rokah in začutili bomo tudi sami, da smo na pravi poti. Tukaj se čas za trenutek ustavi, delo se več ne meri v denarju, ampak plačilo vidimo v obraznih gubah, ki se razširijo v zadovoljen nasmeh. Naše poslanstvo v poklicu zdravstvene nege bo dobilo smisel.

Literatura

- Frohlich, A. Basale: Stimulation, Dusseldorf, 1995.
- Henderson, V.: Osnovna načela zdravstvene nege, Ljubljana, Zbornica zdravstvene nege Slovenije, 1998.
- Kisner, C, Colby, L. Therapeutic, Exercise: Foundations and Techniques, Philadelphia, 1996.
- Kogoj, A.: Pomembnejše organske duševne motnj, Priročnik psihiatrične zdravstvene nege in psihiatrije, Ljubljana, 2000.
- Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Ljubljana, Zbornica zdravstvene nege Slovenije, 2006.
- Pajnkihar, M.: Teoretične osnove zdravstvene nege, Visoka zdravstvena šola Maribor, 1999.
- Pentek, M.: Vaje za vadbo spomina in koncentracije, Dementni bolniki in njihovi skrbniki ter uporaba testov pri odkrivanju dementnosti, Poljče, Gerontološko društvo Slovenije, 1996.
- Potočnik, M.: Respiratorna in kardiovaskularna fizioterapija, Gradivo 12. in 13. strokovnega srečanja, Ljubljana, 1994.
- Smovnik, S. Funkcionalno izobraževanje iz psihiatrične zdravstvene nege in psihiatrije, Pohorski dvor, Splošna bolnišnica Maribor, oddelek za psihiatrijo, 2003.

VODENJE OSEB Z DEMENCO V DOMU STAREJŠIH OBČANOV KRŠKO

Martina Žerjav

Povzetek

V svetu in v Sloveniji narašča število starejših oseb, kar ob manjši rodnosti pomeni, da se prebivalstvo stara. S tem se povečuje število različnih obolenj, kar povzroča velik družbeni, zdravstveni in socialni problem. Narašča tudi število oseb z demenco, trenutno je po oceni v Sloveniji 20.000 oseb z demenco. Zato je pomembno teoretično in izkustveno znanje o vodenju oseb z demenco. Dom starejših občanov je pričel leta 1999 razvijati zdravstveno nego in oskrbo oseb z demenco. Na enem negovalnem oddelku je bil odprt prostor za delo s stanovalci z demenco in pričeli so izobraževati zaposlene. Zaposlenim so organizirali seminar za delo z osebami z demenco, ki so ga izvedli strokovnjaki iz združenja Spominčica - pomoč svojcem bolnikov z demenco. Trenutno je v Domu starejših občanov 80 oseb z demenco. Na oddelku za osebe z demenco stanuje 41 oseb z demenco. Na tem oddelku izvaja zdravstveno nego in oskrbo 18 zaposlenih, in sicer 10 bolničarjev, 7 zdravstvenih tehnikov in 2 diplomirani medicinski sestri, ki skrbijo za zdravstveno nego in oskrbo še na dveh stanovanjskih oddelkih. Tim zaposlenih je stalen štiri leta, kar pomeni, da zaposleni ne krožijo po ostalih oddelkih.

Ključne besede

projekt dela, individualni načrt, vodenje, zdravstvena nega in oskrba

VODENJE OSEB Z DEMENCO

Vodenje je proces, ki vsebuje prepričevanje, vplivanje, sledenje in je v povezavi z vizijo. Te naloge vodja izvaja prek sprejemanja odločitev in njihovega uveljavljanja med sodelavci in drugimi udeleženci organizacije.

Vodja mora imeti poleg strokovnih znanj tudi naslednje značilnosti: osebne značilnosti, primerno vedenje, spretnost komunikacije, stališče, poznavanje nalog, okolja in potreb skupine. (Rungapadiachy, prevod Mesner, 2003)

PROJEKT DELA S STANOVALCI Z DEMENCO V DOMU STAREJŠIH OBČANOV KRŠKO

Namen projekta:

sistemska pomoč stanovalcem z demenco

- pridobiti zaupanje stanovalcev z demenco
- omogočiti kvalitetno vključitev v novo okolje
- skrb za psihofizično počutje
- varovanje in ohranitev njihove osebnosti
- preprečevanje begavosti, agresije in depresivnosti
- izvajanje vseh 14 aktivnosti zdravstvene nege

Cilji projekta:

- zadovoljen stanovalec z demenco v novem okolju
- zadovoljni svojci
- permanentno izobraževanje zaposlenih
- vključitev živali v terapevtske namene
- vključitev nestrokovnih sodelavcev
- sodelovanje z zunanjimi institucijami

Izvedba projekta:

- dve diplomirani medicinski sestri vodita projekt, ki sta za to delo opravili funkcionalno izobraževanje, ki je bilo izvedeno s sodelovanjem Ministrstva za delo, družino in socialne zadeve in podjetja Firis;
- vodenje načrtov za delo s stanovalci z demenco;
- sodelovanje multidisciplinarnega tima, ki ga sestavljajo: diplomirana medicinska sestra, zdravstveni tehniki, delovni terapevt, fizioterapevt, socialna delavka, psihiater ter gospodinje in bolničarji;
- dnevne aktivnosti se izvajajo na odprtem oddelku za demenco in v prostorih delovne terapije;
- stanovalci z demenco se vključujejo tudi v družabne aktivnosti zavoda;
- individualni pristop izvajata vodji projekta.

Sodelujemo tudi z zunanjimi institucijami, in sicer z Zdravstvenim domom Krško, s Centrom za socialno delo Krško in s Spominčico - združenjem za pomoč svojcem bolnikov z demenco.

Pri osebah z demenco je zelo pomemben celosten pristop, ker le-tako lahko zadovoljimo vsem njenim fizičnim in psihičnim potrebam. Za to pa je potrebno imeti teoretično znanje in izkušnje. Izjemnega pomena je tudi upoštevanje in poznavanje bolnikovih potreb.

Sprejem osebe z demenco na oddelek poteka po določenem protokolu, ki je bil sprejet na strokovnem kolegiju Zavoda. Dokumentacijo za sprejem sprejme socialna delavka, ki jo predstavi na timu za sprejeme. Ko oseba z demenco pride za sprejem, jo socialna delavka pripelje na oddelek, kjer jo sprejme vodja zdravstvene nege in oskrbe oseb z demenco. Najprej osebi in njenim svojcem pokaže oddelek, njegovo ožjo bivalno okolico in nato še širšo bivalno okolico. Osebi pokaže prostor, kjer bo sedela v času obrokov, in zaposlitev, ker je to mesto stalno in se praviloma ne spreminja. Namen tega je, da se oseba čim prej dobro orientira v novem okolju. Predstavi ji tudi ostale zaposlene, ker ji s tem nudimo občutek sprejetosti.

Nato medicinska sestra skupaj z osebo z demenco in njenimi svojci opravi razgovor in izpolni sprejemni dokument. V sprejemnem dokumentu zbere veliko podatkov, ki jih bo potrebovala pri oblikovanju individualnega načrta za osebo z demenco. Svojce seznanj z vsemi aktivnostmi oddelka tako ustno kot pisno, saj dobijo zloženko o delu z osebami z demenco.

INDIVIDUALNI NAČRT OSEBE Z DEMENCO

Individualni načrt vsebuje podatke o osebi z demenco, načrt aktivnosti, cilje in negovalno diagnozo, ki se nanaša na demenco.

Vodja zdravstvene nege in oskrbe oseb z demenco pridobi podatke z intervjujem pri sprejemu od osebe same ali njenih svojcev, s terapevtskim razgovorom z osebo, izvajanjem temeljnih življenjskih aktivnosti skupaj z osebo z demenco, z opazovanjem ter z naslednjimi oblikami testiranja: test risanja ure, test kratkih spoznavnih sposobnosti, in terapevtskim intervjujem, če je to potrebno. Pridobljene podatke zapiše v individualni načrt.

Na osnovi pridobljenih podatkov načrtuje aktivnosti, ki jih bo oseba z demenco sposobna izvajati. V načrt aktivnosti vključi ostale strokovne sodelavce, kot so delovni terapevt, fizioterapevt, zdravstveni tehnik, ter ostale izvajalce zdravstvene nege in oskrbe glede na potrebe osebe z demenco in njene psihofizične sposobnosti.

Pri načrtovanju aktivnosti ima že oblikovane kratkoročne in dolgoročne cilje, ki jih želi pri osebi z demenco doseči. Cilji so načrtovani tako, da so usmerjeni v ohranitev vseh psihofizičnih sposobnosti osebe z demenco. Nato oblikuje še negovalno diagnozo s poudarkom na psihičnih težavah osebe z demenco.

Individualni načrt enkrat tedensko evalvira in ga po potrebi spremeni. Individualni načrt osebe z demenco je priloga k njeni ostali zdravstveno-negovalni dokumentaciji. Posebna skrb je namenjena temeljnim življenjskim aktivnostim hranjenja in pitja, izločanja in odvajanja, spanja in počitka, gibanja, zagotavljanju varnosti, razvedrilu in rekreaciji ter koristnemu delu. Vse to namreč izjemno vpliva na čustveno in psihično stanje oseb z demenco. Z individualnim načrtom seznanj vse zaposlene in se o njem še z njimi pogovori.

DNEVNE AKTIVNOSTI OSEB Z DEMENCO NA ODDELKU

Dnevne aktivnosti so časovno opredeljene in zapisane tako, da so z njimi seznanjeni vsi zaposleni:

- Delovni terapevt enkrat tedensko eno uro izvaja aktivnosti na oddelku in se vključi takrat, ko je potrebno njegovo strokovno znanje.
- Fizioterapevt vsako jutro vodi telovadbo in izvaja fizioterapijo po naročilu zdravnika.
- Socialna delavka enkrat tedensko eno uro vodi pogovorno skupino in ureja ter vodi dokumentacijo z osebami z demenco in svojci s svojega področja.
- Medicinski sestri, izobraženi za delo z osebami z demenco, opravljata individualne terapevtske razgovore in aktivnosti.
- Psihiater prihaja v Zavod dvakrat mesečno. Vodja zdravstvene nege in oskrbe oseb z demenco pripravi seznam oseb, ki jih psihiater obravnava. Psihiatru vodja predstavi osebe z demenco in skupaj z njim opravi preglede.

Ves preostali čas pa zaposlitvene aktivnosti opravljata srednja medicinska sestra in bolničarka, tako da so osebe zaposlene na različne načine skozi ves dan, kar zelo pozitivno vpliva na njihov potek bolezni. Zaposlitvene aktivnosti so usmerjene na ohranjanje gibalnih spretnosti, urjenju spomina, sproščanje in družabnosti.

Individualne vaje za urjenje spomina izvajata usposobljeni medicinski sestri.

Osebe z demenco se vključujejo tudi v ostale aktivnosti zavoda, seveda če jim to dovoljuje njihovo psihofizično stanje.

Vse aktivnosti so usmerjene v to, da se oseba z demenco v novem okolju počuti sprejeto in varno ter v ohranjanje njene psihofizične kondicije. Vse to pa pomeni večje zadovoljstvo osebe z demenco, njenih svojcev in tudi zaposlenih.

ZAKLJUČEK

Starost ni bolezen, ampak je fiziološki proces vsakega posameznika. Staranje je pojav, ki ima izrazite osebne in družbene posledice. Za posameznika pomeni proces telesnih, razumskih, duševnih in socialnih sprememb, ki se dogajajo tekom življenja, za družbo pa ima staranje njenega prebivalstva vrsto zdravstvenih, ekonomskih, socialnih, etičnih ter političnih razsežnosti.

Medosebna komunikacija je za MS, ki delajo z osebami z demenco, izjemno pomembna.

Pomembna je predvsem zato, da osebi z demenco ohrani samozavest, samospoštovanje in ji pokaže, da je pomembna, edinstvena in predvsem, da je človek. Ponudi ji občutek varnosti in ji pokaže, da jo ima rada. Za tovrstno delo so najbolj primerni zaposleni v zdravstveni negi in oskrbi, ki so ob bolniku največ časa in ga tudi najbolj poznajo.

Medicinska sestra je tista, ki zdravstveno nego in oskrbo ocenjuje, načrtuje, izvaja, organizira izvajanje in vrednoti njeno izvajanje. Od zaposlenih v zdravstveni negi in oskrbi oseb z demenco je odvisno, ali bodo te osebe živele ali pa bodo kot osebe umrle.

Sedaj je zbranih že dovolj podatkov in dokazov za to, da je demenca velik zdravstveni problem, ki bo še naraščal in s katerim se bo potrebno spopadati na organiziran način. Seveda pa je zato potrebno izpolniti naslednje pogoje: demenco opredeliti kot javno-zdravstveni problem

in kot prioriteto področje, opredeliti nujnost celovitega ukrepanja in obravnave kroničnih bolezni, zagotoviti sredstva za kadrovske, izobraževalne in materialne zmogljivosti za strokovni razvoj tistih, ki delajo z osebami z demenco, zagotoviti zadostne kapacitete za najbolj zahtevne bolnike, oblikovati mrežo pooblaščenih ustanov, ki bodo koordinirale varstvo in oskrbo bolnikov in zagotoviti finančno vzdržnost intersektorskega pristopa k obravnavi oseb z demenco. (Albreht, 2007)

Literatura:

Albreht, T. (2007). Javnozdravstveni vidiki demence? Kaj nam še manjka za ukrepanje? Gerontopsihiatrija - izziv in priložnost sodobnega časa. Spominčica - združenje za pomoč pri demenci, zbornik predavanj. Ljubljana, 119- 126.

Filej, B. (2006). Organizacijske spremembe v zdravstvenih in socialno varstvenih zavodih Slovenije. Kakovostna komunikacija in etična drža sta temelja zdravstvene in babiške nege. Maribor, 157- 163.

Gerontološko društvo Slovenije: Bolezni in simptomi v starosti 1, mag. Kogoj, Aleš: Celostna pomoč bolniku z demenco, Ljubljana, 2007, stran 33- 41.

Jakoš, A (2007). Demografska slika Slovenije - včeraj, danes, jutri. Kakovostna starost.

Možina, S. idr. (2002). Management: nova znanja. Radovljica: Didakta.

Projekt dela s stanovalci z demenco (2000). Dom starejših občanov Krško.

Rungapadiachy, Dev. M. (prevod Nina Mesner): Medosebna komunikacija v zdravstvu, Ljubljana, Educy, 2003, stran 220-224.

KAZALNIKI KAKOVOSTI ZDRAVSTVENE NEGE V DOMU STAREJŠIH OBČANOV ČRNOMELJ

Valerija Lekič Poljšak, Alenka Vipavec Mahmutovič, Marija Bartolj

Povzetek

Kakovost temelji na poslanstvu in viziji Doma starejših občanov Črnomelj. Stopenj kakovosti in poti za doseganje kakovostne storitve je gotovo veliko. Vsak napor in prizadevanje, katerega cilj je višja kakovost opravljene storitve, ima svoj smisel in predstavlja delček v mozaiku celovitega obvladanja kakovosti. Eden izmed glavnih ciljev zaposlenih v zavodu je usmeritev zaposlenih k uporabniku, njegovim potrebam in pričakovanjem. Za spremljanje kakovosti ima zavod izdelane kazalnike kakovosti. Zdravstvena nega in oskrba kot del celostne obravnave uporabnika v zavodu sta osnovani na sodobnih elementih zdravstvene nege in delujeta holistično po procesni metodi dela. V procesu zdravstvene nege in oskrbe se za spremljanje in dokazovanje kakovosti storitev uporabljajo naslednji kazalniki kakovosti: število nastanka razjed zaradi pritiska, število prenosov bolnišničnih okužb, število incidentov in stopnja zadovoljstva stanovalcev. Za spremljanje gibanja kakovosti, njeno dokazovanje in vrednotenje so potrebna orodja, oziroma modeli kakovosti, ki zagotavljajo izboljšave v vseh procesih delovanja. Orodja, ki se v zavodu uporabljajo za sistem vodenja kakovosti, so: standard ISO 9001:2000, E-Qalin, BSC- sistem uravnoteženih kazalnikov.

Ključne besede

kakovost, zadovoljen uporabnik, zdravstvena nega, razjeda zaradi pritiska

Uvod

Dom starejših občanov Črnomelj od svojega odprtja leta 1988 nudi svojim stanovalcem varno in udobno bivanje. Vizija in poslanstvo zaposlenih, da svojim stanovalcem zagotovijo boljšo kakovost življenja, boljše pogoje bivanja in kakovostne storitve, je zahtevala vedno nove izboljšave, nove pristope in je bila začetek razmišljanja o kakovosti na vseh področjih delovanja.

Razvoj varstva starejših in s tem tudi domsko varstvo doživlja zadnja leta velike spremembe. Število starih naglo narašča, kakor tudi število zelo starih ljudi nad 80 let, pri katerih se

pričakuje večja potreba po domskem varstvu. Že sedaj prihajajo bolj izobraženi in informirani uporabniki, ki imajo višja pričakovanja in zahteve. Pojavlja se konkurenčnost z zasebništvom, na podlagi koncesije. V razmerah vsake konkurenčnosti je dobro in kakovostno delo edino in najboljše zagotovilo za obstoj in razvoj vsake dejavnosti.

Eden izmed glavnih ciljev zaposlenih v zavodu je usmeritev zaposlenih k uporabniku, njegovim potrebam in pričakovanjem.

Stopenj doseganja kakovosti in poti za doseganje »kakovostne storitve« je gotovo veliko. Zaposleni v DSO Črnomelj so spoznali, da jim standard ISO 9001:2000 ponuja močno orodje za nadaljnji razvoj kakovosti, zato so se odločili, da bodo delovanje in poslovanje vodili na način, ki ga opredeljuje ta standard. Ravno tako je v domu vpeljan že model E-qalin. Glede na to, da mora vsaka uspešna organizacija sprejemati čim več orodij, so se v domu odločili tudi za uvedbo menedžerskega orodja za izboljšanje rezultata poslovanja z uvedbo metode BSC - uravnoteženih sistemov kazalnikov.

Standard ISO

Zaposleni v domu so uvideli, da ima kakovost velik pomen za njihovo dejavnost. Kot dom, ki deluje na tem prostoru že dvajset let, se želi predstaviti s kakovostjo. Kakovost je zamišljena kot najširši sistem kakovosti - kakovost dela. Kakovost pomeni skladnost s pričakovanji.

Zaposleni v domu poznajo načela vodenja kakovosti. Ravno standard ISO 9001:2000 omogoča uresničevanje načel vodenja kakovosti. Eno izmed njih in najpomembnejše je osredotočenost na odjemalca (stanovalca). Organizacija mora razumeti sedanje in prihodnje potrebe svojih stanovalcev, izpolnjevati njihove zahteve in si prizadevati za preseganje njihovih pričakovanj. Glavni cilj je zadovoljen stanovalec: zagotovljena mu mora biti pravica do oskrbe, zdravstvene nege in rehabilitacije, kar v domu obravnavamo kot vsebinsko celoto, ne glede na parcialne zakone, ki te pravice opredeljujejo. Lahko rečemo, da je kakovost opravljenega dela tem večja, čim manjši je razkorak med predpisanim in dejanskim stanjem izvajanja storitev.

Vodstvo zavoda mora nenehno dokazovati zavezanost k razvoju in izvajanju sistema vodenja kakovosti ter nenehno stremeti k izboljševanju njegove učinkovitosti.

Vsi zaposleni so jedro organizacije, zato njihova polna vključenost omogoča, da se njihove sposobnosti kar najbolje uporabljajo v korist organizacije. V domu se zavedajo, da je človek-delavec osnova in pot do uspeha, vendar le, če bo strokovno usposobljen in motiviran za svoje delo. Zato se v zavodu tekoče spremlja in načrtuje razvoj vseh zaposlenih.

Z uvedbo sistema vodenja kakovosti po standardu ISO 9001:2000 in E-qalina je dom izboljšal tudi procesni pristop dela. Zelene rezultate uspešnejše dosegajo, če aktivnosti z njimi povezane vire obvladujejo kot proces. To pomeni, da so opredelili vse procese v zavodu, njihovo delovanje in medsebojno povezanost. Vsak proces ima opredeljenega tudi nosilca procesa (odgovornega) in sodelujoče v procesu. V proces varstva starejših vstopa stanovalec, ki pričakuje hitrost opravljene storitve, pravilno izvajanje storitev, hitro postrežbo in dobro hrano, prijetno okolje, prijaznost itd. Iz procesa izstopajo storitve, izdelki in tudi sami sta-

novalci. S stanovalci se sklene dogovor o vrsti, obsegu, trajanju in načinu plačila storitev. Pri sklepanju dogovorov se prilagaja zahtevam in željam uporabnikov.

V zavodu nenehno izboljšujejo učinkovitost sistemov vodenja kakovosti, da bi zadovoljili uporabnike in druge zainteresirane strani. To se dosega z uporabo politike kakovosti, ciljev kakovosti, analize podatkov. Nenehno izboljševanje je proces, ki ni nikoli zaključen in je sestavljen iz ponavljajočih se izboljšav, v katerih sta združeni procesni pristop in Demingov krog izboljšav, «plan, do, check, act» (načrtuj, izvedi, preveri, ukrepaj).

Učinkovite rešitve temeljijo na analizi podatkov in informacij. Zavod planira in izvaja procese nadzorovanja, merjenja in izboljševanja. Nadzorovanje v sami organizaciji se izvaja z izvajanjem notranjih presoj v zavodu. Kot eno izmed meritev se nadzorujejo informacije o zaznavanju uporabnikov, ali so izpolnjene njihove zahteve. Eden izmed korakov v vsakem procesu, ki se nanaša na izvajanje storitev, je tudi spremljanje zadovoljstva stanovalcev. Zavod uporablja za ugotavljanje zadovoljstva stanovalcev ustrezna merila (ankete, zvezek pohval in pritožb, intervju).

Dejavnost zavoda je usmerjena v izpolnjevanje dogovorjenih zahtev, potreb in pričakovanj poslovnih partnerjev. Kulturo, ki se razvija do uporabnikov, se prenaša tudi na odnose s partnerji, ki se jih spodbuja k pozitivno usmerjeni kakovosti v medsebojnih odnosih.

E-Qalin (European quality improving innovative Learning in residential care homes)

Pomoč pri obvladovanju kakovosti v DSO Črnomelj zagotavlja tudi model E-Qalin. E-Qalin je evropski model za obvladovanje kakovosti v domovih starejših občanov. Bistvo modela je, da se zaposleni združujejo v več ocenjevalnih skupin, analizirajo svoje delo in predlagajo izboljšave, ki jih posredujejo v osrednjo skupino. Osrednja skupina opredeli ključne probleme, izbere najboljše rešitve, opredeli termin izvedbe izboljšav, zagotovi pogoje za izvedbo izboljšav in predlaga projektni skupini, da izboljšavo izvede. Delovanje po modelu E-Qalin omogoča razbijati rutino, odkrivanje in preprečevanje napak in iskanje možnosti za izboljšave. Ravno tako delovanje poteka v obliki ciklusa planiraj, preizkusi, preveri-popravi, prenesi v prakso, z vključenostjo vseh potrebnih v določenem procesu, pri vseh fazah ciklusa procesa.

Model E-qalin zaposlenim omogoča: rast občutka za odgovornost, povečanje samostojnosti, samoiniciativnost, doživljanje večjega zadovoljstva pri delu - vsi smo enako potrebni, povečanje možnosti samopotrjevanja (po Maslowu) s priznavanjem večje kompetentnosti.

Osnovne vrednote E-Qalina predstavljajo naravnost sodobnega doma na starejšega ob še večjem upoštevanju dostojanstva, poštenja, strpnosti, empatije, svobode in samostojnega odločanja, osebne nedotakljivosti pri vseh udeleženi v procesu.

BSC- sistem uravnoteženih kazalnikov

Uravnotežen sistem kazalnikov uspešnosti izhaja iz ZDA, kjer je nastal leta 1990 v okviru raziskave Merjenje uspešnosti v organizaciji prihodnosti. Raziskava je temeljila na predpostavki, da so obstoječi pristopi k merjenju uspešnosti, ki se zanašajo na finančne in računovodske kazalce, zastareli. Na osnovi študije primerov modernih sistemov merjenja uspešnosti orga-

nizacij je nastal sistem, ki je bil poimenovan Balanced Scorecard, prevedeno v slovenski jezik uravnotežen sistem kazalnikov/kazalcev uspešnosti ali skladen sistem meril.

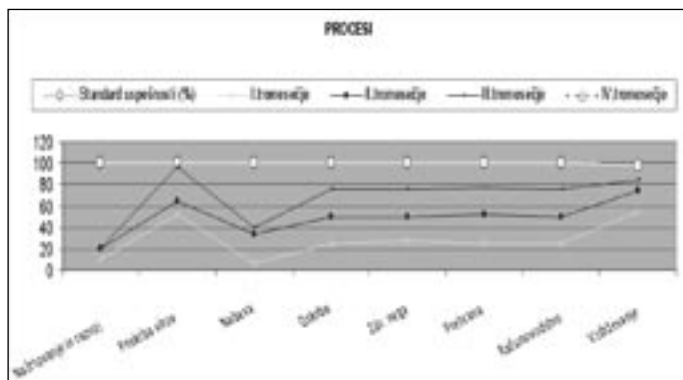
Uravnoteženi sistem kazalnikov učinke organizacije presojuje s štirih perspektiv: finance, odjemalci, procesi, učenje in rast. Te štiri perspektive predstavljajo okvir uravnoteženega sistema kazalcev uspešnosti.

Sistem uravnoteženih kazalcev je menedžerski sistem (ne samo sistem merjenja), ki organizaciji zbistri njeno vizijo in strategijo in ju prevede v akcijo. Omogoča povratno informacijo o notranjih procesih in zunanjih rezultatih, da bi s tem kontinuirano izboljševal učinke strategij in rezultatov. V celoti vpeljan sistem omogoča organizaciji, da transformira strateško planiranje z akademskega nivoja v centralni sistem organizacije.

Sistem uravnoteženih kazalnikov je ključni pokazatelj uspešnosti; pokaže stanje/presek poslovanja organizacije. Posamezni kazalci so na ocenjevalni list vključeni tako, da skupno signalizirajo področja, ki jih je treba podrobneje analizirati. Sistem omogoča ocenjevanja zdravja organizacij, na podlagi finančnih in nefinančnih kazalcev. Menedžerjem pomaga poiskati odgovore na naslednja vprašanja:

- kako naj ustrezajo lastnikom / ustanoviteljem – vidik doseganja rezultatov,
- kako naj ustrezajo svojim odjemalcem – vidik odjemalcev,
- kakšni naj bodo procesi, da bodo ustregli lastnikom/ustanoviteljem in odjemalcem – vidik notranjega delovanja,
- kako naj se organizacija spreminja in raste, da bodo uresničili svojo vizijo – vidik inoviranja in učenja.

Slika 1



Presek poslovanja organizacije

Proces zdravstvene nege in oskrbe

Zdravstvena nega starostnika je zelo kompleksna dejavnost in zahteva dober timski pristop ter celostno obravnavo, zato je toliko bolj pomembno, da se to vodilno dejavnost v ustanovi obvladuje kot proces. DSO Črnomelj je zdravstveno nego opredelil kot proces, kar pomeni,

da so opredeljeni vsi postopki od sprejema do končne izvedbe storitev, s katerimi bo stanovallec zadovoljen. Opredeljeno je medsebojno delovanje postopkov in vsi udeleženi. Določen je tudi skrbnik procesa, ki skrbi da dejavnost poteka nemoteno in kakovostno.

Posamezni postopki v procesu zdravstvene nege so:

- sprejem na oddelek,
- analiza potreb in ocena stanja,
- načrt zdravstvene nege,
- izvajanje zdravstvene nege,
- dokumentiranje zdravstvene nege,
- spremljanje zadovoljstva stanovalcev.

Sprejem na oddelek obsega namestitve v sobo, popis obleke in lastnine, ogled prostorov na oddelku, seznanitev z ostalimi sostanovalci.

Analiza potreb in ocena stanje se naredi skupaj s stanovalcem po negovalni anamnezi, ki temelji na teoriji Virginije Henderson in Dorothy Orem ter prilagojeni Loss lestvici. Stanovalca se oceni tudi po Waterlow shemi. Ugotovi se, katere storitve zdravstvene nege bo potreboval in oblikujejo se negovalne diagnoze.

Na osnovi ugotovljenih potreb se naredi načrt zdravstvene nege, v katerem se opredelijo cilji in storitve, s katerimi se bo cilje doseglo.

Storitve zdravstvene nege se izvajajo po standardih zdravstvene nege in delovnih navodilih, ki izvajalce obvezujejo tako glede količine kot kakovosti.

V vsakem postopku stanovallec aktivno sodeluje, nastajajo dokumenti in se spremlja zadovoljstvo stanovalca.

Po postavljenem časovnem roku se izvede evalvacija, postavijo se novi cilji in ugotavlja uspešnost.

Dokumentiranje zdravstvene nege je zelo pomembno. Z dokumentiranjem se dobijo podatki, ki postanejo s pomočjo statistične obdelave in raziskovalnega dela kazalniki delovanja dejavnosti in omogočajo dokazovanje kvantitete in kakovosti.

Kazalci kakovosti

Kakovost procesa zdravstvene nege v DSO Črnomelj se spremlja prek kazalnikov kakovosti. Kazalnike se spremlja in periodično ocenjuje ter išče nove možnosti za še boljše rezultate ali pa izreče korektivne ukrepe v primeru nezadovoljivih rezultatov.

Kot kazalnik kakovosti so opredeljeni:

- število razjed zaradi pritiska,
- število prenosa bolnišničnih okužb,
- število incidentov,

- stopnja zadovoljstva stanovalcev in svojcev.

Spremljanje razjed zaradi pritiska

Specifika DSO Črnomelj je velik odstotek nepomičnih in zelo bolnih stanovalcev, ki zahtevajo najvišjo (3.) stopnjo zdravstvene nege in intenzivno zdravljenje. Pogost spremljevalec tako težkih bolnikov so bile tudi razjede zaradi pritiska (RZP), katerih število pa se lahko s kakovostnim izvajanjem zdravstvene nege bistveno zmanjša. Zato se od leta 2004 kot eden od kazalnik kakovostne zdravstvene nege spremlja število nastalih RZP v ustanovi.

Ob sprejemu stanovanca se v sklopu negovalne anamneze ugotovi stopnja ogroženosti za RZP po Waterlow shemi. Pri doseganju 10 ali več točk se postavi negovalna diagnoza »ogroženosti stanovanca za nastanek RZP po vzroku«. V negovalnem načrtu se opredeli cilj »stanovalec bo brez RZP« in določijo aktivnosti, s katerimi bo ta cilj dosežen. Sprotno se vse aktivnosti in opažanja beležijo, preverja se stanje kože, stanovančeva ogroženost in določijo nadaljnje intervencije. Ta proces teče brez premora, dokler je prisotna ogroženost.

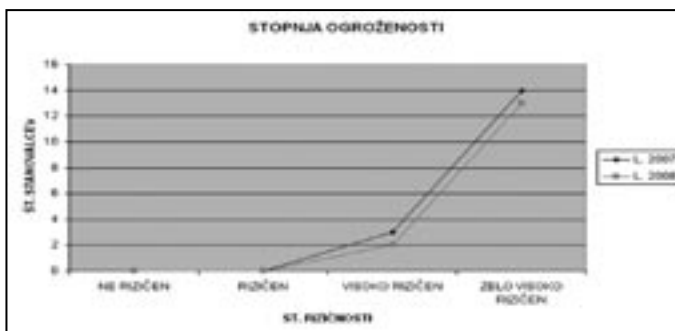
Vse nastale RZP se evidentira poimensko, analizira se, zakaj je do razjede prišlo in kaj bi lahko izboljšali, da bi jo preprečili. Spremlja se jih mesečno in na koncu leta izdela poročilo.

Slika 2

STOPNJA OGROŽENOSTI	L. 2007	L. 2008
NERIZIČEN	0	0
RIZIČEN	0	0
VISOKO RIZIČEN	3	2
ZELO VISOKO RIZIČEN	14	13

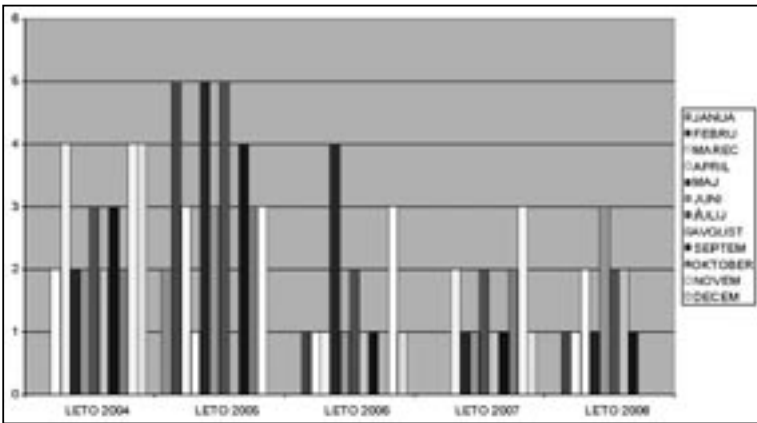
Tabela prikazuje stopnjo rizičnosti za RZP pri stanovalcih, ki so dobili razjedo.

Slika 3



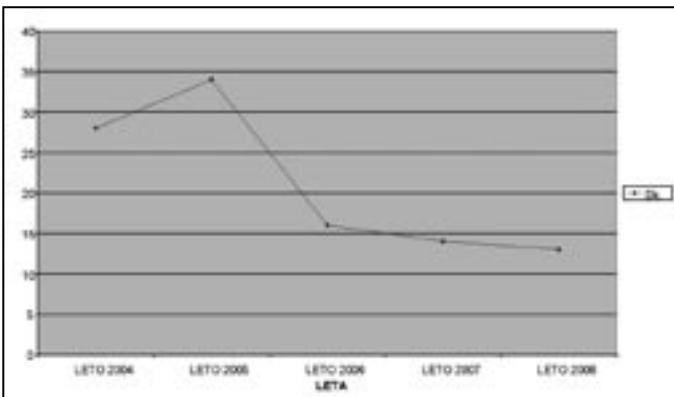
Grafični prikaz stopnje rizičnosti za RZP pri stanovalcih, ki so dobili razjedo

Slika 4



Grafičen prikaz nastanka RZP po mesecih od leta 2004-2008

Slika 5



Graf prikazuje tendenco gibanja nastanka RZP od 2004 do 2008

Spremljanje prenosa bolnišničnih okužb

Spremljanje prenosa bolnišničnih okužb je naslednji kazalnik, s katerim se lahko ocenjuje kvaliteta dela. Ukrepi, ki se izvajajo za preprečitev prenosa okužbe, so opredeljeni v programu preprečevanja in obvladovanja bolnišničnih okužb (POB) in v načrtu ravnanja z odpadki .

POB vsebuje:

- navodilo o izvajanju programa preprečevanja in obvladovanja bolnišničnih okužb,
- doktrino čiščenja in dezinfekcije (zunanji izvajalec po pogodbi),
- doktrino ravnanja s stanovalcem z nalezljivo boleznijo ali pri sumu na nalezljivo bolezen in navodilo za delo s stanovalcem z nalezljivo boleznijo,

- doktrino ravnanja s stanovalci, koloniziranimi z MRSA, in navodilo za ravnanje s stanovalci, okuženimi/koloniziranimi z MRSA,
- doktrino sterilizacije in navodilo za izvajanje sterilizacije,
- doktrino ravnanja z odpadki in načrt ravnanja z odpadki,
- doktrino zaščite zdravstvenih delavcev in sodelavcev z navodilom za uporabo rokavic in navodilom o ravnanju z odpadki.

V DSO Črnomelj se spremlja:

- poimensko stanovalce, kolonizirane z MRSA,
- evidentirajo se nalezljive bolezni,
- evidentirajo se simptomi, ki nakazujejo na možnost infekcije (bruhanje, driske, temperaturna stanja).

Slika 6

	ŠT. STAN.	MRSA POZ	USPEŠNO DEKOL.
LETO 2006	200	3	2
LETO 2007	200	3	2
LETO 2008	200	2	1

Tabela prikazuje število koloniziranih stanovalcev z MRSA in uspeh dekolonizacije

Za epidemiološko spremljanje pojava nalezljivih bolezni je pristojna odgovorna medicinska sestra, ki je zadolžena za preprečevanje in obvladovanje bolnišničnih okužb. Evidenca se vodi pri vodji službe ZN in oskrbe in vsebuje naslednje podatke: ime in priimek stanovalca, vrsta nalezljive bolezni - diagnoza, datum nastanka nalezljive bolezni, datum prijave na ZZV.

Cilj spremljanja je zgodnje odkrivanje obolelih in klicenoscev ter preprečevanje epidemij.

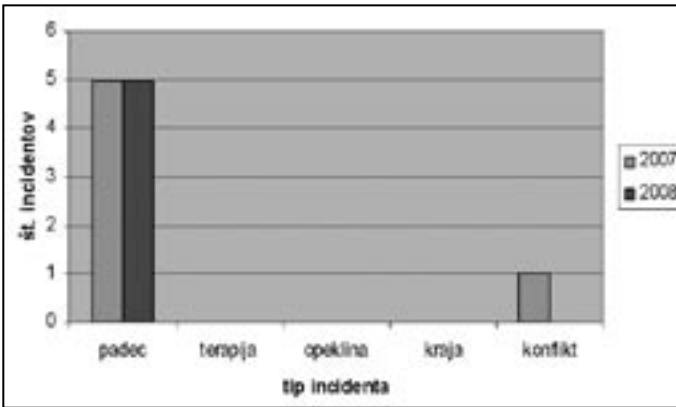
(Spremljanje bolezni, za katere se izvajajo splošni in posebni ukrepi, zahteva 8. člen Zakona o nalezljivih boleznih, Ur. RS 33/2006. Te bolezni diagnosticira in prijavlja zdravnica).

Spremljanje števila incidentov

Vsi neljubi dogodki so opredeljeni v navodilu o obveščanju o incidentu, kakor tudi ravnanje osebja. Pomembno je, da je vsak incident dokumentiran na predpisan obrazec, s katerega lahko ugotovimo okoliščine neljubega dogodka in posledice. Analiza incidentov omogoča izvedbo ukrepov za izboljšave, s katerimi bi število incidentov zmanjšali.

V letu 2007 je bilo evidentiranih 6 incidentov, od tega 5 padcev in 1 medsebojni konflikt dveh stanovalcev. Od padcev sta se dva zgodila ob prisotnosti zdravstvenonegovalnega osebja, trije pa brez prisotnosti zdravstvenonegovalnega kadra. Pri incidentih z udeležbo zn-kadra sta bila vzrok nepopravljena posteljna ograja in mokra tla v kopalnici.

Slika 7

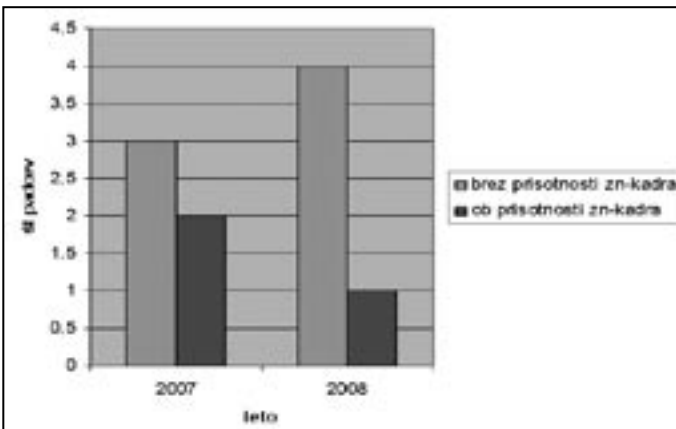


Graf vrste incidentov in nj. pogostosti

V letu 2008 je zabeleženo 5 incidentov in vsi so bili padci. V štirih primerih ni bilo udeleženega zn-osebja, v enem pa je bila posredno prisotna bolničarka.

V letu 2008 je zaznan padec števila incidentov z udeležbo zn-osebja, kar kaže, da je osebje bolj previdno pri svojem delu.

Slika 8



Primerjava padcev leta 2008 in 2007

Spremljanje stopnje zadovoljstva stanovalca

Zadovoljstvo stanovalcev se spremlja enkrat letno z anketami, ki se razdelijo stanovalcem in njihovim svojcem. Te ankete so obsežne in povprašujejo o zadovoljstvu glede različnih področij v ustanovi. Stanovalci in njihovi svojci imajo možnost svoja mnenja, predloge in pritožbe zapisati tudi v knjigo pritožb in pohval ali se obrniti direktno na vodjo zdravstvene

nege in oskrbe. Dolžnost vseh zaposlenih je, da pripombe, sprejete od stanovalcev ali svojcev, posredujejo vodji.

Slika 9

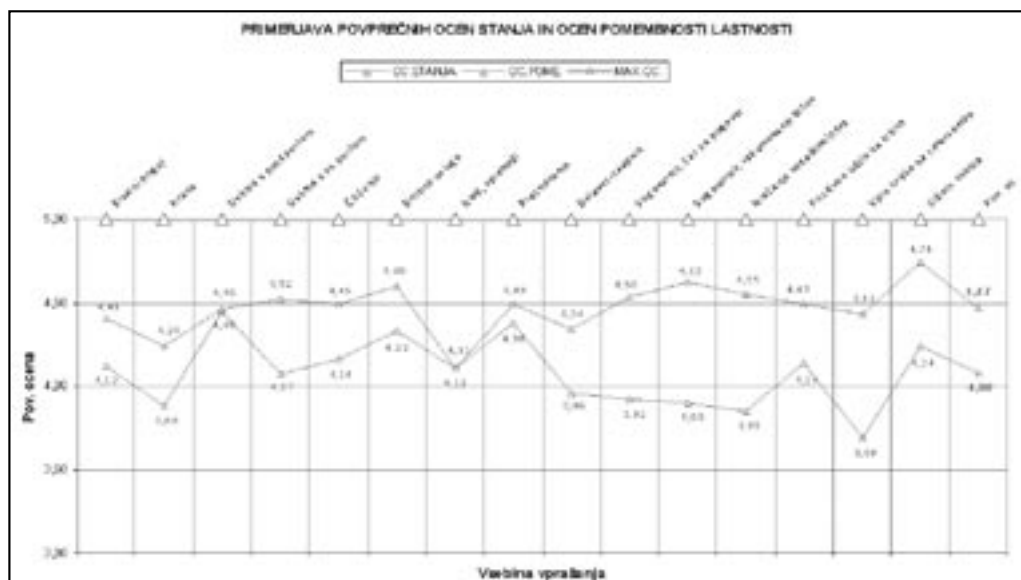
DSO ČRNOMELJ - OCENA ZADOVOLJSTVA STANOVALCEV - 2007

OC. PODROČJE	OC. STANJA	OC. POME.	RAZL.	MAKS. OC.	% STAND.	
Bivalni pogoji	4,12	4,41	-0,29	5,00	93,42	
Hrana	3,88	4,24	-0,36	5,00	91,51	
Oskrba s post. perilom	4,45	4,46	-0,01	5,00	99,78	
Oskrba z os. perilom	4,07	4,52	-0,45	5,00	90,04	
Čiščenje	4,16	4,49	-0,33	5,00	92,65	
Drobne usluge	4,33	4,60	-0,27	5,00	94,13	
Izleti, sprehodi	4,11	4,11	0,00	5,00	100,00	Min.odklon
Praznovanja	4,38	4,49	-0,11	5,00	97,55	
Delavec - zaupnik	3,96	4,34	-0,38	5,00	91,24	
Sogovornik, čas za pogovor	3,92	4,53	-0,61	5,00	86,53	
Sogovornik, razum. težav	3,90	4,62	-0,72	5,00	84,42	
Izražanje nezadovoljstva	3,85	4,55	-0,70	5,00	84,62	
Pozitiven odziv na kritiko	4,14	4,49	-0,35	5,00	92,20	
Vpliv kritike na spremembe	3,69	4,43	-0,74	5,00	83,30	Max.odklon
Odnos osebja	4,24	4,74	-0,50	5,00	89,45	
Pov. oc.	4,08	4,47	-0,39	5,00	91,39	

Primerjava povprečnih ocen stanja in ocene pomembnosti

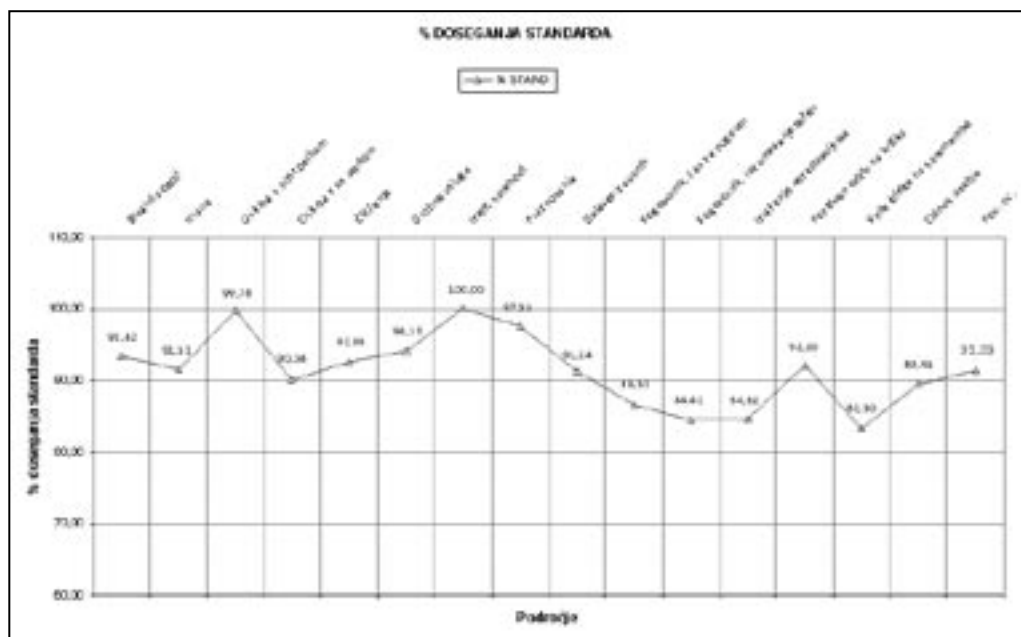
Legenda:	
Oc. področje:	vsebina vprašanja
Oc. stanja:	ocene stanja iz vprašalnikov
Oc. pom.:	ocena pomembnosti lastnosti iz vprašalnikov - standard po oceni zaposlenih
Razlika:	razlika med ocenami stanja in oc. pomemb. lastnosti - standarda po oceni zaposlenih
Maks. oc.:	maksimalna ocena v vprašalniku

Slika 10



Grafični prikaz ocene zadovoljstva v primerjavi s pomembnostjo

Slika 11



Grafični prikaz doseganja standarda

Zaključek

Družbe prihodnosti bodo odločilno zaznamovane z zelo radikalnimi premiki v starostni strukturi prebivalstva. S podaljšanjem življenjske dobe je povezano naraščanje števila starejših. Področje skrbi za starejše čakajo mnogi izzivi in nove naloge. DSO Črnomelj želi v veliki meri prispevati svoj delež k spremembi stereotipne podobe starejših, potisnjenih v svojevrstno družbeno izolacijo in na obrobje družbenega življenja. Želja po izboljšanju kakovosti je osnovni motiv zavoda. S filozofijo, strategijo, vizijo, politiko in cilji želijo doseči čim večjo kakovost življenja stanovalcev v domu. Naloga vseh zaposlenih je, da se trudijo, da bi se stanovalci počutili čim bolje, da bi jim omogočili čim lepši in boljši preostanek življenja. Dosedanji uspehi doma ga zavezujejo za boljše in kvalitetnejše delo v prihodnosti. Tudi geslo in moto, ki zavezuje, se glasi: Naš cilj je vaše zadovoljstvo.

Viri in literatura

- Filej, B, Kadivec, S, Zupančič, P. (2000): Nacionalne smernice za zagotavljanje kakovosti v Zdravstveni negi. Ljubljana: Zbornica Zdravstvene nege Slovenije,
- Kaplan, Robert, S., David, P. Norton. (2000): Uravnoteženi sistem kazalnikov. The Balanced Scorecard, Gospodarski Vestnik, Ljubljana
- Kovač, J. (2006): Sodobni managementski koncepti v neprofitnih organizacijah, Firis
- Kovač, J. (2006): Projektni management in zapis projektov, Firis
- Križaj, M. (1999): Zdravstvena nega pomemben dejavnik kakovosti življenja v tretjem življenjskem obdobju. Obzor Zdr N
- Lekič, Poljšak V. (2002): Uvajanje standarda ISO 9001-2000 v DSO Črnomelj. Diplomsko delo. Univerza v Mariboru: Fakulteta za organizacijske vede
- Ljubič, T. (1998): Metode in tehnika projektne dela, Univerza v Mariboru, FOV, Kranj
- Možina, S., ed./ur. (2002): Management, Didakta, Radovljica Ovsenik Marija/Milan
- Nacionalne smernice za zagotavljanje kakovosti v zdravstveni negi. (2000) Ljubljana. Zbornica zdravstvene nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov
- Ramovš J. (2003): Kakovostna starost. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka.
- Rant, M., Jeraj, M., Ljubič, T (1995): Vodenje projektov, Pois, Radovljica
- Sekavčnik, T. (1997): Razvijanje standardov in kriterijev kakovosti zdravstvene nege. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije
- Tavčar, I. Mitja (2005): Strateški management nepridobitvenih organizacija, Fakulteta za management Koper, Koper
- Dostopno na internetu: <http://www.vsz.uni-lj.si/spletVSZ/data/datoteka/acum21>

VLOGA SKUPIN ZA SAMOPOMOČ IN PROSTOVOLJNO DELO V DOMU STAREJŠIH OBČANOV NOVO MESTO

Stanka Majerle, Brigita Muhič

UVOD

Zaradi večanja števila starih ljudi se pojavljajo novi problemi, predvsem gospodarski, zdravstveni, socialni ter problem moralne in etične odgovornosti družbe do starih ljudi. Staranje prebivalstva predstavlja izziv tudi za zdravstveno nego. Čas, ki prihaja, nam ponuja nove možnosti za zagotavljanje kakovostne starosti in nam daje priložnost storiti nekaj tudi na področju, kjer je bilo do zdaj vsekakor storjenega premalo: na področju medčloveških odnosov.

Vendar se pojavlja vse več organizacij, predvsem pa prostovoljcev – ljudi dobre volje, ki darujejo svoj čas, energijo, znanje, delo za dobrobit drugih. S svojim delom lajšajo, izboljšujejo in bogatijo življenje soljudi. Se več, povečujejo vero v človeka in človečnost. Ob tem se lahko vprašamo, kaj je tisto, da se kljub k zaslužku naravnani družbi vse več ljudi odloča za prostovoljno delo. S tem prostovoljci v organizacijo prinašajo novo energijo, pobude, zanos, predvsem pa so lahko pomemben vir delovne sile – socialni kapital v organizaciji, v kateri delajo.

Zaposleni sva v socialnovarstvenem zavodu, kjer se trudimo, da bi kakovost življenja starostnikov izboljšali in obogatili tudi s prostovoljnim delom in prav zaradi tega sva se odločili, da kot predmet preučevanja predstaviva vpliv skupin za samopomoč na zdravstveno nego starostnika in motivacijo voditeljev-prostovoljcev. V zvezi s tem sta bili izvedeni dve raziskavi, katerih namen je bil ugotoviti, kakšen je vpliv skupin za samopomoč na zdravstveno nego starostnika ter kateri so dejavniki, ki motivirajo ljudi za prostovoljno delo, predvsem prostovoljce Medgeneracijskega društva Žarek Novo mesto (v nadaljevanju MDŽ).

SKUPINE STARIH ZA SAMOPOMOČ

Samopomoč je naravni socialni vzgib v človeku, da skuša sam opraviti s svojimi stiskami ali pa krepiti svojo socialno klenost za kljubovanje težavam. Kot samopomoč opredeljujemo tudi to, da si medsebojno pomagamo v zakonu, družini, med prijatelji, sorodniki, sosedi, delovnimi tovariši, sotrpini v podobni tiski in v drugih temeljnih človeških skupinah (Kladnik, 1997).

Spomladi l. 1987 je bilo v izolskem Domu starejših občanov prvo srečanje prve skupine starih za samopomoč pri nas. Od l. 1989 do l. 1992 so bile skupine vpeljane že v devetih krajih. Od l. 1989 do 1991 je potekal Projekt skupine starih za samopomoč, ki se kaže kot najuspešnejši projekt pri delu s starimi za izboljšanje medčloveških odnosov v zgodovini slovenske sociale.

Doživel je izjemen uspeh doma in v tujini in je sprejet tudi v nacionalni socialni program. Projekt skupine starih za samopomoč je bil sprejet tudi kot evropski projekt in projekt Zavoda za odprto družbo iz New Yorka.

Leta 1992 so strokovni in prostovoljni sodelavci, ki so delovali v skupinah, ustanovili Združenje za socialno gerontologijo in gerontagogiko Slovenije, v katerega so vključeni vsi, ki se trudijo za kakovostno življenje starih na področju medčloveških odnosov.

Skupine za samopomoč so sodobna oblika nekrajevnega sosedstva in nekrvnega sorodstva, deloma pa tudi nadomestilo v času krize zakona, družine, prijateljstva in drugih človeških odnosov. So osebna in medčloveška povezava dveh do tridesetih ljudi, ki temelji na samopobudi zaradi skupnih potreb, težav in stisk.

Namen skupin starih za samopomoč je reševati osamljenost starih ljudi; tistih, ki živijo v domovih za stare, in tistih, ki živijo v domačem okolju. So zdravilo proti doživljanju nesmiselnosti bivanja na stara leta.

Temeljni cilj skupin je postati nadomestna družina. V skupinah se ljudje počutijo in delujejo kot enkratne osebe – kličejo se praviloma z osebnimi imeni. V družini so si ljudje med sabo na »ti«, ravno tako v skupini. Tudi skupina ima svoje ime, ravno tako, kot ga ima družina. Skupine rešujejo medčloveško problematiko, oz. problematiko starih ljudi. (Drnovšček, 1996)

Redna srečanja skupin so zasnovana na obredni strukturi, tematski vsebini in sproščeni družabnosti. Obredna struktura: vsako srečanje poteka vsak teden na isti dan, ob isti uri in v istem prostoru. Tematska vsebina srečanja je glavna dejavnost srečanja, ki je navadno pogovorna tema, lahko pa tudi praznovanje, obisk gosta, izlet ali kaj drugega. Sproščena družabnost: je neuradni del srečanja, ki povezuje ljudi v skupini: klepet, petje, zaključek srečanja s kavo in keksi.

Osrednja dejavnost večine rednih srečanj je pogovorna tema, ki je običajno določena že na predhodnem srečanju skupine, lahko pa tudi sproti, zlasti če to narekuje trenutna situacija. Pogovorna tema je praviloma neka zanimiva vsebina, ki je starim ljudem domača; o njej morajo nekaj vedeti, imeti življenjske izkušnje. Vsebina jih mora zanimati, dolžnost voditelja pa je, da pogovor usmerja tako, da bo zanimiv.

Skupine vodijo prostovoljci: socialni delavci, delavni terapevti, medicinske sestre, psihologi, pa tudi neprofesionalni prostovoljni sodelavci, in sicer upokoјenci, ljudje, ki delajo v svojih poklicih, in delavci na javnih delih.

Za voditelje skupin je nujno stalno izpopolnjevanje, medsebojno povezovanje in supervizija. To ni samo pomoč starim ljudem, ampak tudi priprava na lastno starost. Za voditelje je delovanje v skupini oblika profesionalne samopomoči pred poklicno praznino in sindromom izgorevanja.

PROSTOVOLJSTVO IN MOTIVACIJA PROSTOVOLJCEV

Prostovoljno delo na socialnem področju in v zdravstvu je sleherna dejavnost, v kateri oseba uporablja svoj prosti čas za neplačano delo v korist posameznikom, ki niso bližnji sorodniki ali

za pomoč skupini s socialnimi ali zdravstvenimi problemi. Prostovoljec je človek dobre volje, ki prostovoljno ponudi svoje usluge v dobrobit sočloveka ali skupnosti. (Mikuš-Kos)

Ramovš (1996) je zapisal, da se pojem prostovoljno socialno delo ne nanaša na biofizikalno, psihično in socialno razsežnost človeka, temveč izrazito samo na specifično človeške razsežnosti, in sicer na duhovno razsežnost, kjer poudarja osebno človekovo izbiro in odločitev za to delo, na kulturnozgodovinsko razsežnost, kjer poudarja komunikacijo osebne človeške izkušnje, znanja, čustev in drugih izvorno človeških zmožnosti (med prostovoljcem kot subjektom socialne pomoči in stranko kot uporabnikom) ter na bivanjsko razsežnost, kjer poudarja, da prostovoljec zavestno počne nekaj smiselnega v kontekstu svojih enkratnih in edinstvenih možnosti v določeni situaciji.

Bistvo prostovoljstva je tako predvsem notranje osebno stališče solidarnosti. Solidarnost ali dobrodelnost, humanitarnost, karitativnost, je pomoč kateremukoli človeku, ki je v socialni težavi in stiski. Motivacija za dobrodelnost pa je specifično človeška; njeni komponenti sta predvsem globoko doživljanje slehernega sočloveka z odnosnega vidika »jaz-ti«, doživljanje sočloveka iz »oči v oči« kot človeškega bitja, ki zbuja temeljno etično zahtevo po solidarnosti.

Wolf (1999) pojasnjuje, da se nekateri posamezniki odločajo za prostovoljno, brezplačno delo predvsem zaradi:

- občutka samozadovoljstva.
- Mnogi porabijo svoj prosti čas na način, ki jim nudi osebno zadovoljstvo in jim hkrati dovoljuje, da tako razvijejo pozitivno lastno podobo. Nekateri se radi počutijo zaželeni, ostali želijo biti koristni, spet drugi želijo doseči spoštovanje prijateljev in znancev.
- Altruizem.
- Mnogi verjamejo, da pomeni pomoč drugim pomemben in potreben del dobrega in izpolnjenega življenja. Ta impulz pogosto zraste zaradi religioznih prepričanj, družinske tradicije in vzgoje.
- Druženje/srečevanje ljudi.
- Na ta način širijo svoj krog znancev (starejši ljudje, ki so osamljeni, mladi – iščejo aktivno socialno življenje), nekaterim pomeni zabavo.
- Ustvarjanje/vzdrževanje organizacije.
- Nekateri prostovoljci so podjetniki, ki namenijo svojo energijo ustvarjanju neprofitnih organizacij.
- Razvijanje profesionalnih korakov.
- Prostovoljno delo lahko omogoča stik s pomembnimi člani skupnosti, političnimi veljaki. Nekateri te kontakte kasneje uporabijo pri svojih profesionalnih poteh.
- Napredovanje v organizaciji.
- Prostovoljno delo je lahko pomemben korak pri njihovi poklicni karieri.
- Pridobivanje izkušenj in znanja.

- Prostovoljno delo je stopnička na njihovi poklicni poti – naučijo se novega dela, pridobijo izkušnje ali priporočila.
- Vstop v želeno neprofitno organizacijo.
- Prek prostovoljnega dela se lahko osebe, ki želijo delati v tej organizaciji, kasneje tudi zaposlijo.
- Socialni pomen.

Pomemben dosežek, povezan z določeno neprofitno organizacijo in s prostovoljnim delom v tej organizaciji, je tudi določen socialni status, ki osebe označuje kot del zaželenne socialne skupine.

Pomembno je, da se prostovoljec identificira s svojim delom in delovnim okoljem, za kar je potrebna dobra organizacija njegovega dela. Konflikti, ki se navadno pojavijo, so zaradi pomanjkanja razumevanja potreb prostovoljnih delavcev in jasnega koncepta, kako bi organizacija te potrebe uresničila. Največji problem pa je velikokrat odnos redno zaposlenih, ki imajo prostovoljne delavce vse prevečkrat za zelo samoumevne. Če želi organizacija usposabljanje in zadržati ljudi za delo brez plačila, mora dobro premisliti in upoštevati njihovo zadovoljstvo in pričakovano izpolnitev, pa tudi odgovornost, ki jo pri svojem delu prostovoljci želijo, predvsem pa da jih spoštujejo in upoštevajo (Wolf, 1999).

Bistvo prostovoljstva je tako predvsem notranje osebno stališče solidarnosti. Solidarnost ali dobrodelnost, humanitarnost, karitativnost, je pomoč kateremukoli človeku, ki je v socialni težavi in stiski. Motivacija za dobrodelnost pa je specifično človeška; njeni komponenti sta predvsem globoko doživljanje slehernega sočloveka z odnosnega vidika jaz-ti, doživljanje sočloveka iz oči v oči kot človeškega bitja, ki zbuja temeljno etično zahtevo po solidarnosti.

MD ŽAREK NOVO MESTO

MD je bilo ustanovljeno pred desetimi leti z namenom, da ustvarja pogoje za smiselno in kakovostno starost. Je humanitarno, prostovoljno in neprofitno društvo. V društvo je vključenih 51 članov. Združuje mlado, srednjo in starejšo generacijo. Večina članov so voditelji skupin za samopomoč, ki delujejo na območju UE Novo mesto. V skupine je vključenih prek 170 starostnikov. MD organizira vsakoletne izlete in srečanja za svoje člane in prireja tudi kulturne prireditve.

MD načrtuje take programe, ki lahko osmislijo starost in preženejo samoto. Društvo svoj namen uresničuje z ustanavljanjem mreže medgeneracijskih skupin starih za samopomoč, s prostovoljnim delom članov pri zadovoljevanju nematerialnih socialnih potreb starih, s pripravo srednje generacije na lastno starost, z usposabljanjem bodočih vodij skupin za samopomoč, z izobraževanje članov in povezovanjem vseh treh generacij.

Motivacija za dobrodelnost pa je specifično človeška; njeni komponenti sta predvsem globoko doživljanje slehernega sočloveka z odnosnega vidika jaz-ti, doživljanje sočloveka iz »oči v oči« kot človeškega bitja, ki zbuja temeljno etično zahtevo po solidarnosti.

VPLIV SKUPIN STARIH ZA SAMOPOMOČ NA ZDRAVSTVENO NEGO STAROSTNIKA

V Domu starejših občanov Novo mesto (v nadaljevanju DSO) deluje šest skupin starih za samopomoč, v katere je vključenih okrog 90 stanovalcev.

Glavni namen raziskave, ki je bila opravljena med člani, je bil ugotoviti vpliv skupin na temeljne življenjske aktivnosti v okviru zdravstvene nege starostnika in vpliv na kakovost življenja starostnikov, ki živijo v DSO Novo mesto. Raziskava je potekala na podlagi anketnega vprašalnika.

A) Vpliv skupin za samopomoč na temeljne življenjske aktivnosti

Dobljeni rezultati so potrdili, da skupine starih za samopomoč pozitivno vplivajo na nekatere življenjske aktivnosti v okviru zdravstvene nege starostnika.

Aktivnost koristnega dela, razvedrila, rekreacija se je izkazala kot aktivno sodelovanje pri dejavnostih (ohranjanje vitalnosti, povečana stopnja samooskrbe), pridobivanje novih moči za premagovanje starostnih težav, pomoč vitalnejših članov skupin šibkejšim, izdelovanje različnih izdelkov.

Izražanje mnenj, kot priložnost za odkrito izražanje, sodelovanje vseh članov v pogovoru, izbira pogovornih tem glede na znanje iz izkušnje članov, učenje strpnosti (poslušanje drugih).

Potrebe, čustvovanje: večina članov lahko prvič v življenju odkrito izraža svoje potrebe in čustva, skupine dajejo priložnost za izražanje mnenj, potreb in čustev, različne priložnosti in obravnavane teme dajejo možnost, da se razveselijo, nasmejijo ali razjočejo.

Komunikacija: na visoki ravni je besedna in nebesedna komunikacija, tudi šibkejši člani, ki ne morejo govoriti, se na srečanjih dobro počutijo, stanovalci, ki so člani skupin, so bolj komunikativni od ostalih, več se družijo z ostalimi stanovalci in se bolj vključujejo v različne dejavnosti v domu.

Varnost: člani skupin imajo prijatelje, s katerimi se družijo tudi takrat, kadar ni srečanj, člani skupin znajo bolje poskrbeti za svojo varnost.

Gibanje: člani skupin se več gibajo v primerjavi z ostalimi stanovalci (izleti, pikniki, razstave, proslave), obiski skupin, ki delujejo v domačem okolju, obiski pokopališča, enkrat tedensko udeležba na skupini.

B) Vpliv skupin za samopomoč na kakovost življenja starostnikov

Dobljeni rezultati so potrdili najine dosedanje izkušnje, da skupine nudijo dejavnosti, ki stariim ljudem zmanjšujejo osamljenost, hkrati pa večajo občutek koristnosti, jim nadomestijo družine in nudijo občutek varnosti.

VLOGA MOTIVACIJE PRI PROSTOVOLJNEM DELU

V raziskavo so bili vključeni tudi vsi voditelji skupin starih za samopomoč, ki delujejo v DSO kot prostovoljci. Glavni namen raziskave je bil ugotoviti, kaj jih spodbuja in nagovarja, da delujejo kot prostovoljci in kaj je pomembno, da svoje delo opravijo dobro.

Rezultati so pokazali, da jih za prostovoljno delo najbolj spodbuja in nagovarja možnost, da lahko pomagajo ljudem v stiski, dobri odnosi med sodelavci prostovoljci in sprejetost v skupini prostovoljcev ter podpora v okolju. Nekoliko manj jih motivira možnost soodločanja pri delu in samoiniciativnost, odnos članov skupin do njih, možnost udeležbe na izobraževanjih in srečanjih ter njihova družina in podpora v občini. Najmanj pa jih za delo v MD Žarek motivira njihov ugled v javnosti zaradi prostovoljnega dela. Prostovoljci v MD Žarek so ocenjevali tudi pripadnost organizaciji. Kar dobra polovica se jih čuti pripadne organizaciji, ena tretjina vseh pa celo zelo pripadne.

A) Dejavniki, ki vplivajo na kakovost dela prostovoljcev

V anketi so prostovoljci opredelili kot najbolj pomembne dejavnike kakovosti dela: vzpodbudo in podporo domačega okolja, odprto in sproščeno komunikacijo med prostovoljci, skupno načrtovanje dela, redna srečanja prostovoljcev, redne intervizije, možnost pogovora o problemih in težavah pri delu, jasno opredeljeno vlogo MD Žarek, prijateljsko sodelovanje z drugimi prostovoljnimi društvi v območju, jasno opredeljeno vlogo in delo prostovoljcev, čas, namenjen za pripravo ter soodločanje pri delu in poslovanju MD Žarek. Kot najmanj pomembno za njihovo delo so ocenili nagrado za delo, zahvalo prejemnikov prejete pomoči, zahvalo voditeljev MD Žarek za opravljeno delo, napisan opis dela prostovoljca ter predhodno seznanjenost z vsebino sestanka rednih srečanj.

Prostovoljci, ki že dlje časa delujejo v MD Žarek, so bolj motivirani za delo, kar pomeni, da z naraščanjem let prostovoljnega dela narašča tudi motivacija za tako delo.

ZAKJUČEK

Današnji starostniki so materialno bolje preskrbljeni, kot so bili nekoč, vendar se mnogi počutijo nekoristne in odveč, kakovost njihovega življenja je nizka. Skupine starih za samopomoč so odgovor na potrebe današnjega časa.

Prostovoljci so nosilci prostovoljskih dejavnosti, brez njih teh dejavnosti preprosto ni. Organizacije, katerih dejavnost vključuje tudi prostovoljno dejavnost, se morajo zavedati, da je odnos vodstva organizacije do prostovoljcev osnova za pričetek delovanja programa, za njegovo trajanje in kakovost. Za doseg ciljev jih morajo znati motivirati in navdušiti, če jih želijo pridobiti in imeti njihovo pomoč.

Literatura

Brumec, M. Skupine za samopomoč – preseganje stisk in težav starih ljudi v domu. Obzor Zdrav N 1997; 31: 65-9.

- Kladnik, T. Skupine starih za samopomoč v Sloveniji. V: Dodajmo življenje letom. Ljubljana: Gerontološko društvo Slovenije, 1997: 27-34.
- Kladnik, T. Skupine za samopomoč kot odgovor na nematerialne potrebe starih ljudi. Magistrska naloga. Ljubljana: Filozofska fakulteta Univerza v Ljubljani, 1996.
- Martelanc, T., Samec, T. Prostovoljno delo včeraj, danes in jutri. Ljubljana: Slovenska filantropija, 2000.
- Mikuš – Kos, A. Prostovoljno delo v bolnišnicah in socialnih zavodih. Obzor Zdrav N 1996; 30: 89-96.
- Muhič, B. Povezovanje skupin za samopomoč z zdravstveno nego starostnika. Diplomski naloga. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo Univerza v Ljubljani, 2001.
- Ramovš, J, Kladnik, T, Knific, B. et al. Skupine starih za samopomoč. Ljubljana: Inštitut za soc. medicino in socialno varstvo, 1992.
- Ramovš, J. Psihosocialne dimenzije prostovoljnega dela na področju socialnega varstva. V: Tatjana Samec, (ed.): 1. slovenski kongres prostovoljcev – zbornik prispevkov, Ljubljana: Slovenska fondacija in Socialna zbornica Slovenije, 1996.
- Ramovš, J. Smiselno življenje v starih letih. V: Dodajmo življenje letom. Ljubljana: Gerontološko društvo Slovenije, 1997: 13-27.
- Saksida, D. Staranje – izziv za človeka in družbo. Diplomski naloga. Ljubljana: VŠSD Univerza v Ljubljani, 1999.
- Wolf, T. Managing a nonprofit organization in the 21st century., New York.: Fireside, 1999.
- http://www.skupine.si/medgeneracijska_društva

PREDSTAVITEV CENTRALNEGA OPERACIJSKEGA BLOKA V SPLOŠNI BOLNIŠNICI NOVO MESTO

Marjeta Berkopec

Povzetek

V prispevku je predstavljena organizacija dela v centralnem operacijskem bloku (COB), ki dve leti deluje kot samostojni oddelek Splošne bolnišnice Novo mesto. COB ponuja storitve oddelkom operativnih strok in predstavlja tehnično najzahtevnejšo in najdražjo ureditev prostorov. Avtorica v prispevku predstavi prednosti in pomanjkljivosti, ki so se pokazale v dveletnem obdobju.

Ključne besede

centralni operacijski blok, organizacija

UVOD

Projektna skupina za selitev v nove prostore COB-a se je oblikovala leta 2005, pripravila je projektno nalogo Organizacija dela v COB-u. Decembra 2006 je bila projektna naloga dopolnjena in predstavlja podlago za delovanje COB-a. Cilj projekta je bil vzpostavitev organizacije dela tako, da zagotovimo obvladovanje tveganj, z možnostjo merjenja kakovosti, dokumentiranja in sledenja rezultatov. Po uradni otvoritvi COB-a, novembra 2006 smo 8. januarja 2007 zabeležili prvi dan delovanja.

ORGANIZACIJA DELA V CENTRALNEM OPERACIJSKEM BLOKU (COB)

COB kot samostojni oddelek bolnišnice izvaja storitve za potrebe kirurškega in ginekološko-porodniškega oddelka. V okviru COB-a deluje šest operacijskih sob. Kadrovsko COB pokriva tudi operacijsko sobo v porodnem bloku, v času dežurne službe pa tudi septično operacijsko.

Koncept treh con (nečiste, čiste in sterilne) in enosmerne poti zagotavljajo aseptične pogoje dela in predstavljajo temelj za delo v operacijskih sobah (OPS).

1. Seznam in funkcije prostorov

Območje brez omejitev ali nečisto območje

V nečistem območju se poti vstopanja in izstopanja lahko križajo. Dovoljuje se vstop v osebni ali delovni obleki. V nečistem območju so naslednji prostori:

- nadzor vhoda v COB,
- sanitarije,
- prostor za čakanje bolnikov na sprejem v COB,
- hodnik za transport bolnikov do električne prelagalne mize, ki predstavlja mejo med nečisto in čisto cono,
- prebujevalnica,
- prostor za sprejem materiala iz lekarne,
- prostor za odvoz odpadkov in perila,
- nečista filtra za vstop osebja v COB,
- soba predstojnika COB-a,
- soba gl.m.s. COB-a,
- dve sobi za dežurni operacijski medicinski sestri.

Območje z delnimi omejitvami ali čisto območje

V čisto območje se dovoljuje vstop le skozi filter. Iz čistega hodnika vodijo poti v:

- prostore za anesteziološko pripravo bolnika. Prostorov je šest, po eden pred vsako OPS,
- prostore za transport bolnikov iz OPS. Ti prostori so trije, za dve OPS en prostor,
- substerilizacija. Ti prostori so trije. Eden je opremljen z avtoklavom, za potrebe prioriteta reprocessiranja instrumentov,
- prostor za odmor osebja in protokole,

Območje z omejitvami ali sterilno območje

V sterilnem območju so naslednji prostori:

- prostori za kirurško umivanje. Pred vsako operacijsko sobo je šest standardno opremljenih umivalnic.
- Operacijske sobe. V COB-u je šest operacijskih sob, ki so sicer poimenovane glede na specifičnost operativnih intervencij (travmatološko-ortopedska, plastična, žilna, abdominalna, urološka in ginekološka), vendar o njihovi uporabi odločata nujnost operativnega posega in maksimalna izkoriščenost prostorov. Operacijske sobe so praviloma prazne, vsa mobilna oprema stoji na sterilnem hodniku in se zapelje v OPS pred začetkom dela.
- Sterilni hodnik. V sterilnem hodniku so omare z zalogami sterilnega operacijskega perila, sanitetnega materiala. V sterilnem hodniku je tudi ves sterilni instrumentarij.

2. Pot osebja

Osebj vstopa v nečisto območje COB-a skozi vrata, ki se odpirajo s pomočjo kartice za registracijo delovnega časa. V zaprti del COB-a pa osebj vstopa preko filtra. Oba filtra, moški in ženski, imata nečisti in čisti del. Namenjena sta vzdrževanju aseptičnih pogojev dela v čistem in sterilnem hodniku COB-a. V nečistem delu osebj v omarico odloži delovno obleko in obuvalo. Preko rdeče črte prestopi v čisti del filtra. Tu se obleče v zeleni komplet, obuje nogavice in cikle, si natakne kapo in masko in si razkuži roke po znanih standardih. Sanitarije so v nečistem delu filtra. Sledi vstop v čisti del COB-a. Vrata v čisto cono so urejena tako, da se odpirajo samo s strani čistega filtra. Osebj, ki zapuša COB, gre lahko le skozi vrata, ki vodijo v nečisti del filtra, tudi tu obratne poti ni.

3. Pot bolnika

Sprejem bolnika v COB

Klicanje bolnikov v COB opravi zdravstveni tehnik (ZT) iz nadzorne sobe. Za osnovo mu služi dnevni razpis operacij, fleksibilno pa mora upoštevati tudi vse dnevne spremembe. Bolnika z vso dokumentacijo pripelje transportna služba do prelagalne mize, kjer se bolnika pokrije s toplo rjuho, sleče in lase zaščiti s kapo. Bolniki, ki v COB pridejo peš, se slečejo v prostoru ob nadzoru vhoda. Pokritega bolnika se potem z vozičkom prepelje do prelagalne mize. Če je potrebno, pri tem delu pomagata bolničar in ZT iz kontrole vhoda. ZT preveri identifikacijo bolnika in zabeleži v računalnik vrsto operacije, operacijsko sobo, kjer bo bolnik operiran, operaterja in čas prihoda bolnika v COB. Ostale čase, ki so vezani na anestezijo in samo operacijo, v računalnik zabeleži anesteziološka oziroma kirurška ekipa.

Sprejem bolnika v operacijsko sobo

Bolnik se na operacijski plošči s transporterjem prepelje v pripravljalnico. Po identifikaciji bolnika in pregledu bolnikove dokumentacije začne anesteziološki tim z anesteziološko pripravo bolnika na operacijo. Iz pripravljalnice se bolnik prepelje v operacijsko sobo, kjer se operacijska plošča namesti na steber, transporter pa se odstrani.

Pot bolnika iz COB-a

Po končani operaciji se operacijsko ploščo iz stebra namesti na transporter in bolnika se skozi prostor odvoz bolnikov iz OPS odpelje v prebujevalnico. Bolnike, ki so operirani v lokalni anesteziji, in bolnike, ki gredo po operaciji na oddelek intenzivne terapije ali intenzivne nege, se iz operacijske sobe pripelje do rdeče črte pri prebujevalnici, kjer se ga preloži na njegovo posteljo.

4. Pot materialov

Lekarna

Iz lekarne transportna služba pripelje material v prostor za sprejem materiala. Bolničar iz nečiste cone odstrani zunanjo embalažo in material preko predajnega okna poda ZT, ki material zloži v omare v čistem hodniku, sterilno operacijsko perilo pa v sterilno cono.

Čisto operacijsko perilo

Iz pralnice transportna služba pripelje operacijsko perilo. Bolničar iz nečiste cone ga zloži v grelno omaro ob prelagalni mizi, nekaj pa ga preko predajnega okna v prostoru za sprejem materialov poda bolničarju v čisti coni.

Umazano perilo, odpadki in tkivni vzorci

Vrečke z umazanim perilom in odpadki se iz vseh prostorov zbirajo v prostoru za odvoz odpadkov. V prostoru je tudi hladilnik za preparate in tkivne vzorce. Prostor je z rdečo črto ločen na čisti in nečisti del. V nečistem delu sta vozička za umazano perilo in odpadke, v katera bolničar iz čiste cone vrže zavezane vreče. Infektivni odpadki se zbirajo ločeno v posebnem kontejnerju.

5. Pot instrumentov

Pot uporabljenih instrumentov

Po končani operaciji operacijska medicinska sestra umazane instrumente zloži nazaj v mrežo. Celotno mrežo prešteje. Mrežo postavi v zabojnik, v katerega doda tudi svoj kovanec. S kovanecem potrjuje, da je mreža prešteta in številčno ustreza seznamu. Vse ostre predmete (skalpelel, Watzon noži, noži za dermatom) odstrani z držal. Zabojnik pokrije s pokrovom in ga z vozičkom odpelje do dvigala za prevoz umazanih instrumentov. Uporabljene igle in skalpele pospravi v kontejner za uporabljene igle, ki stoji pri dvigalu za prevoz umazanih instrumentov. Kontejner z uporabljenimi iglami bolničar po končanem operativnem programu odloži v zabojnik za infektivne odpadke v prostoru za odvoz materiala. Ves odstranjen osteosintetski material, porabljene staplerje, endoklipe, endoprijemalke, nastavke za shever, vapr,... se označi z napisom **ZA UNIČENJE** in se jih z dvigalom za prevoz umazanih instrumentov pošlje v centralno sterilizacijo. Voziček, s katerim se pripelje umazane instrumente do dvigala, se pusti pred termodezinfekcijsko komoro, kjer ga bolničar očisti. Očiščen voziček bolničar odpelje skozi substerilizacijo v sterilni hodnik, da se ga lahko ponovno uporabi. Ves instrumentarij, ki se pošlje v centralno sterilizacijo, operacijska medicinska sestra z elektronsko naročilnico naroči v centralni sterilizaciji. Instrumenti se iz centralne sterilizacije vrnejo v COB v treh urah. V COB-u se reprocessira samo instrumentarij, za katerega se predvideva, da bo uporabljen prej kot v treh urah in ga zato ni možno reprocessirati prek centralne sterilizacije.

Pot sterilnih instrumentov

Centralna sterilizacija pošilja sterilni instrumentarij v COB prek dvigala za prevoz sterilnih instrumentov, ki se nahaja v sterilnem hodniku. Zdravstveni tehnik iz substerilizacije instrumentarij prevzame, kontrolira opremljenost zabojnika s številko šarže, datumom sterilizacije, plombo in indikatorjem sterilnosti. Zabojnike zloži na police za zabojnike v sterilnem hodniku, glede na operacijsko dvorano. Instrumentarij, ki iz centralne sterilizacije prihaja v COB v popoldanskem času, zložijo dežurne operacijske medicinske sestre.

6. Kadrovska struktura COB-a

Vodstveno strukturo COB-a sestavljata predstojnik COB-a in glavna medicinska sestra COB-a. Odgovorne operacijske medicinske sestre skrbijo za zalogo specialnih materialov in seznanjajo kolektiv z novostmi v posameznih strokah. Skupino operacijskih medicinskih sester sestavlja 19 medicinskih sester, ki so tedensko razporejene glede na operativni program. Dežurno službo pokrivata dve prisotni operacijski medicinski sestri in ena, ki je v pripravljenosti. Skupino zdravstvenih tehnikov (ZT) sestavljajo štirje ZT in mavčar, ki je v travmatološko-ortopedsko operacijski sobi. ZT delajo samo v dopoldanskem času v nadzoru vhoda, substerilizaciji in na sprejemu materiala. Operacijskih strežnic oz. bolničarjev je 13 in opravljajo dela in naloge, vključno z dnevnim čiščenjem, v vseh treh conah COB-a. Razporejeni so v triizmensko delo. Generalna čiščenja izvaja čistilni servis enkrat tedensko.

ZAKLJUČEK

Dve leti ni dolga doba, pa vendar dovolj za resno oceno, da se ozremo nazaj, analiziramo in razmislimo, kako naprej. Opazili smo prednosti in pomanjkljivosti, ki jih je prinesla selitev v nove prostore.

Delamo v sodobno opremljenih prostorih. Operacijske sobe so prazne. Vse potrebno za operacijo se v operacijsko sobo pripelje na vozičkih. V operacijski sobi je samo steklena omara za šivalni material. Pri večini operacij uporabljamo materiale za enkratno uporabo za prekrivanje operativnega polja. Prav tako uporabljamo plašče za enkratno uporabo. Skoraj ves instrumentarij je v zabojnikih. Reprocesiranje instrumentov poteka prek centralne sterilizacije in je kljub začetnim težavam postalo ustaljena praksa. Vsa zunanja embalaža materialov se odstrani pred vstopom v COB. Materiali v COB vstopajo prek okna.

Z delovanjem operacijskih miz imamo še vedno težave. Kljub tedenskemu planiranju operacij in korekcijam dnevnega programa še vedno prihaja do razhajanja med načrtovanimi in dejansko izvedenimi operacijami. Operativni programi se v več operacijskih sobah začenejo po osmi uri in se pogosto potegnejo prek tretje ure. Zdravstveni tehnik na vhodu je obremenjen izključno z administrativnim delom in ne utegne sodelovati pri sprejemu bolnika in preveriti vse njegove dokumentacije ter oceniti, ali je ustrezno pripravljen na operacijo. V zadnjem času se ukvarjamo tudi s kadrovsko problematiko. Zaradi premajhnega števila osebja prihaja do preobremenjenosti, slabe volje, izgorelosti, bolniških staležev in posledično tudi zapuščanja COB-a.

Prioritetna naloga je racionalizacija stroškov. Pripravljamo in posodabljammo že izdelane strokovne standarde zdravstvene nege za načrtovane operacije. Začeli smo s projektom računalniškega sledenja materialov. Nekatere implantate imamo v konsignacijski prodaji, ki je računalniško vodena. Ko implantat vgradimo pacientu, ga zabeležimo v računalnik. Ustvarili smo računalniški dokument, ki hkrati predstavlja naročilnico v lekarno in vabilo za račun dobavitelju. Tako se zaloge sproti obnavljajo in ne more priti do tega, da v hiši ne bi imeli ustreznega implantata. Prav tako v računalnik vpisujemo ves porabljen material pri bolniku. Načrtujemo tudi računalniško obdelavo teh podatkov. Tako bo možen natančen vpogled v

stanje zalog, dobili bomo pregled in izračun porabljenega materiala na posameznega bolnika. S stroškovnim obvladovanjem želimo doseči pozitivno poslovanje oddelka. Načrtujemo tudi izdelavo računalniške dokumentacije perioperativne zdravstvene nege.

Viri in literatura

Organizacija dela v centralnem operacijskem bloku, Splošna bolnišnica Novo mesto, 2006.

DEJAVNIKI TVEGANJA V PERIOPERATIVNI ZDRAVSTVENI NEGI

Barbara Luštek, Marjeta Berkopec

Povzetek

Varnost bolnika je ena izmed prioriternih nalog perioperativne zdravstvene nege. Operacijska medicinska sestra mora znati prepoznati dejavnike tveganja za nastanek napak v operacijski sobi, pravočasno odkriti grozeče napake in ustrezno ukrepati, da prepreči incidente v operacijski sobi. Avtorici predstavita najpogostejša tveganja, ki ogrožajo bolnika v operacijski sobi, analizirata primere iz klinične prakse in nakažeta smernice za preprečevanje novih napak.

Ključne besede

perioperativna zdravstvena nega, tveganje, varnost bolnika

UVOD

Splošna bolnišnica Novo mesto je regionalna bolnišnica, ki skrbi za 132.000 prebivalcev. Delovni program je bil v l. 2007 realiziran na 366 posteljah. V bolnišnici se je zdravilo 20.623 bolnikov. Centralni operacijski blok (COB) je samostojni oddelek bolnišnice, ki izvaja storitve za potrebe kirurškega in ginekološko-porodniškega oddelka. V okviru COB-a deluje šest operacijskih sob, kjer se letno opravi skoraj 8000 operacij (7768 operacij leta 2007)

Risk menedžment ali upravljanje tveganja je področje, ki se ukvarja s temeljitim preučevanjem raznih tveganj, uresničenih ali potencialnih, ter na podlagi le-tega z njihovim preprečevanjem. (Peric, 2001)

Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) navaja podatke, da komplikacije med operacijo podaljšajo hospitalizacijo pri 3 - 25 odstotkih hospitaliziranih kirurških bolnikih. To v svetovnem merilu pomeni vsaj 7 milijonov bolnikov, ki imajo pooperativne komplikacije. Vsaj milijon bolnikov na leto umre med ali po operaciji. Evidence kažejo, da bi vsaj polovico teh primerov lahko preprečili, če bi delo potekalo po standardih in priporočilih (guide lines). Zato je SZO izdelala priporočila za varnost bolnika med operativnim posegom. Izdelali so tudi dokument (Surgical safety checklist), ki naj bi bil osnova za izdelavo podobnega internega dokumenta v vsaki bolnišnici.

Dejavniki tveganja za nastanek napak v operacijski sobi

Varnost bolnika je ena izmed prioritetenih nalog perioperativne zdravstvene nege. Zavedati se moramo, da so napake, ki se zgodijo v operacijski sobi, lahko za bolnika tudi usodne. V operacijski sobi je potrebno vzpostaviti delovno okolje, kjer se tveganje vnaprej ocenjuje, odkriva, kontrolira, minimalizira in rezultate sproti ocenjuje. Delo v operacijskem bloku predstavlja specifično delovno okolje z visokimi zahtevami, saj med delom pogosto prihaja do hitrih preskokov od običajnih k intenzivnejšim nalogam, toleranca do napak pa je nična. Operacijska medicinska sestra mora imeti za samostojno delo poleg osnovnih tudi specialna znanja. Različni tuji avtorji poudarjajo, da je za delo v operacijskem bloku poleg teoretičnih znanj potrebno imeti tudi izkušnje in organizacijske sposobnosti.

Najpogostejši dejavniki tveganja v perioperativni zdravstveni negi, ki ogrožajo bolnika:

- napačen pacient, napačna operacija, napačna stran operacije (neustrezna identifikacija),
- napaka pri štetju materialov in instrumentov (zaostali obvezilni material, igle, instrumenti),
- nepravilno nameščen položaj na operacijski mizi (padeč in posledično poškodbe, pareza živcev zaradi pritiska),
- poškodba pacienta med transportom,
- poškodba pacienta zaradi uporabe poškodovanega instrumenta ali opreme,
- opekline in alergične reakcije kože (električne opekline, kemične opekline),
- razjeda zaradi pritiska (dolgotrajno ležanje na trdi operacijski plošči),
- poškodbe po uporabi manšete za krvno stazo,
- podhladitev bolnika,
- nevarnost infekcije med operativnim posegom (razkuževanje in umivanje rok, nesterilen instrumentarij, neustrezno očiščen inventar),
- napačno označen ali izgubljen vzorec za patohistološke/mikrobiološke preiskave,
- napake pri anestezijski zdravstveni negi,
- slaba komunikacija med člani operativne ekipe (odsotna komunikacija, slaba predaja pomembnih informacij),
- osebje brez potrebnih znanj in izkušenj (pomanjkanje nadzora nad osebjem z manj izkušnjami).

Z dobro organizacijo dela lahko zmanjšamo nastanek napak v perioperativni zdravstveni negi.

Največkrat je vzrok za napake človeške narave. Človeške napake pa so posledica slabega delovanja sistema. Prva in najpomembnejša naloga pri zmanjševanju napak v perioperativni zdravstveni negi je upoštevanje izdelanih standardov. Zelo pomembna sta dokumentacija in natančno beleženje vseh opravljenih postopkov pri bolniku. Evidentirati je potrebno tudi vse dogodke, ki so ali bi lahko ogrozili bolnika. Po kritični analizi incidentov je treba ugotoviti,

kje je slaba stran sistema, in proučiti okoliščine, ki so bile vzrok za incident. Iz takšne študije primera se lahko veliko naučimo in s tem preprečimo nove napake.

Dokumenti, ki jih uporabljamo v perioperativni zdravstveni negi v COB-u Novo mesto:

- standardi zdravstvene nege,
- strokovni standardi zdravstvene nege za področje sterilizacije,
- operativni standardi zdravstvene nege,
- dokumentacija perioperativne zdravstvene nege,
- protokol štetja obvezilnega materiala/igel,
- obrazec za izvajanje pogovora o varnosti,
- predaja službe,
- zapisniki timskih sestankov,
- seznam mrež z inštrumenti,
- protokol in evidenca sterilizacij,
- evidenčni list čiščenja omar,
- evidenca dnevnega čiščenja,
- higienska mapa.

INCIDENT

Nenameren dogodek, vseeno kako neznaten, ki bi lahko ali je ogrozil pacienta.

Klinični nesrečni dogodek je vsak pojav, ki ni skladen s sprejetimi profesionalnimi standardi o oskrbi pacienta ali z rutinskimi organizacijskimi postopki ravnanja.

Prikaz primerov iz klinične prakse:

NESREČNI DOGODEK, INCIDENT

- Kemična opeklina zaradi uporabe razkužila.
- Alergična reakcija kože na lepilo, ki se nahaja na operacijskem perilu za enkratno uporabo.
- Električna opeklina zaradi uporabe grelne blazine.
- Rdečina kože in bolečine po dolgotrajni operaciji.

ANALIZA OKOLIŠČIN

Pri izvajanju operacij je prišlo do poškodbe bolnika z opeklino. Opeklino so nastale na mestih, kjer se je na telo izvajal pritisk bodisi zaradi ležanja na operacijski mizi ali zaradi pritiska pnevmatske manšete, ki je izvajala brezkrvno stazo. Razlog nastanka opeklin je kombinacija podaljšanega časa izpostavitve kože tekočemu razkužilu, ki ga uporabljamo za razkuževanje kože pred operacijo s sočasnimi povečanim pritiskom na kožo. Prišlo je do zatekanja razkužila pod pnevmatsko manšeto oz. pod bolnika. Razkužilo na podlagi alkohola se na večini telesne površine med operacijo osuši, alkohol izpari, pod manšeto ali na delu telesa, ki leže na ope-

racijski mizi pa veliko dlje časa ostane tekoče in aktivno. Pri bolnikih, ki imajo občutljivejšo kožo, lahko povzroči reakcijo na koži. Pri nekaj bolnikih smo opazili alergično reakcijo na koži na mestu, kjer je prilepljen lepilni trak materialov za enkratno uporabo za pokrivanje bolnika.

Takoj po vselitvi COB-a smo opazili, da so operacijske mize izredno trde in da se bolniki, ki dalj časa čakajo na operacijo ali pa so operirani v lokalni ali spinalni anesteziji, pritožujejo zaradi bolečin. Opazili smo tudi rdečino na predelu kože, ki je izpostavljena pritisku.

UKREPI

Po vsakem incidentu so bili opravljeni pogovori o varnosti v kolektivu COB-a. Pregledali smo perioperativno dokumentacijo zdravstvene nege. Vse incidente smo dokumentirali. V arhivu hranimo tudi foto dokumentacijo. Ker so bili pri nekaterih bolnikih uporabljene tudi grelne blazine, smo se obrnili na ponudnika električnih grelnih blazin, da preveri delovanje blazine in aparata. Takoj smo obvestili tudi ponudnika elektrokirurškega noža, da preveri delovanje aparata. Posvetovali smo se z magistro farmacije iz lekarne, ki se je obrnila na ponudnika alkoholnega razkužila, ki ga uporabljamo. Zaradi večjega števila incidentov smo primere posredovali tudi na KOBO, da poda svoje mnenje. Ustanovljena je bila posebna komisija za analizo okoliščin za nastanek opeklin pri operiranih bolnikih, ki so jo sestavljali strokovnjaki različnih področij. Ob alergični reakciji na lepilo poda svoje mnenje tudi dermatolog. Kontaktiramo tudi s ponudnikom operacijskega perila.

Na vse operacijske mize je potrebno podložiti želatinaste podloge, pri predvideni daljši operaciji pa grelne blazine.

PRIPOROČILA ZA NADALJNJE DELO

V COB-u imamo izdelane strokovne standarde zdravstvene nege. Nameščanje bolnika na operacijsko mizo in nameščanje manšete za krvno stazo mora potekati po internih strokovnih standardih. Bolnike je treba pred razkuževanjem dodatno zaščititi (podložiti tkano kompresno ali vatiranec, ki se po razkuževanju odstrani), da se prepreči zatekanje razkužila pod bolnika.

Pred razkuževanjem operativnega polja bomo zaščitili predel okoli manšete z nesterilno lepilno kompresno, tako da razkužilo ne more priti v stik s kožo pod manšeto. Po končanem razkuževanju bomo kompresno odstranili in preverili, da je predel kože res suh.

V dokumentacijo perioperativne zdravstvene nege je potrebno zabeležiti točen čas trajanja staze. Po priporočilu ponudnika električnih grelnih blazin le-te uporabljamo v kombinaciji s posebno podlogo. Potrebna je tudi racionalnejša uporaba razkužila za čiščenje kože.

Potrebno je natančno dokumentiranje perioperativne zdravstvene nege, ki mora zaradi sledenja vsebovati tudi vse nalepke artiklov, ki smo jih pri bolniku porabili.

NESREČNI DOGODEK, INCIDENT

- Odpovedan pacient, ker na zalogi ni ustreznega implantata.
- Iz centralne sterilizacije vrnjen nepopoln instrumentarij (manjka en set).

ANALIZA OKOLIŠČIN

Bolnik je bil naročen na plansko ortopedsko operacijo. Zjutraj tik pred operacijo OPM ugotovi, da na zalogi nimamo ustreznega implantata. O tem obvesti tudi operaterja, ki je operacijo odpovedal.

Na programu sta bili razpisani dve enaki ortopedski operaciji. Ker imamo za to vrsto operacije samo en komplet instrumentarija je bilo potrebno poslati mreže v CS, kjer takoj začnejo z reprocesiranjem. Operacijska medicinska sestra je telefonsko obvestila centralno sterilizacijo, da bo potrebno dati vse mreže, ki jih bodo poslali iz OPS1 naprej, ker je na programu še ena operacija. Reprocesiranje instrumentov traja tri ure. Operacija se je začela z osnovnim instrumentarijem, medtem pa naj bi iz CS prišel specialni instrumentarij, ki se ga potrebuje v nadaljevanju operacije. Ko so čez tri ure prišle mreže z instrumentarijem v COB, je operacijska medicinska sestra ugotovila, da manjka ena mreža. Ker se operacija brez tega instrumentarija ne more nadaljevati, je kirurška ekipa morala prekiniti z delom in počakati eno uro, da je mreža prišla iz CS. Bolnik je bil ves ta čas v anesteziji.

UKREPI

Na pogovoru v varnosti, ki smo ga imeli v kolektivu COB-a, smo analizirali stanje in prišli do zaključka, da je ob tako veliki količini ortopedskih implantatov težko imeti natančen pregled nad porabo. Ker imamo materiale na konsignacijski prodaji, se s ponudnikom dogovorimo o večji zalogi. Hkrati uvedemo tudi računalniško evidenco porabljenih implantatov po dobavitelju. Ustvarili smo računalniški dokument, ki istočasno predstavlja naročilnico v lekarno in vabilo za račun dobavitelju. Tako se zaloge sproti obnavljajo in ne more priti do izpada.

O incidentu, ki se je zgodil s CS, smo se pogovarjali v pogovorih o varnosti v kolektivu COB-a in napisali zapisnik o incidentu. Enako so naredili tudi v kolektivu CS. Incident je bil splet okoliščin, ki so nedopustne. Vzrok pa je preobremenjenost medicinskih sester v CS.

PRIPOROČILA ZA NADALJNJE DELO

Sprotno evidentiranje porabljenih implantatov v računalnik.

O kadrovske problematiki v CS glavna medicinska sestra CS obvesti pomočnico direktorice za področje zdravstvene nege.

NESREČNI DOGODEK, INCIDENT

- Nezadovoljivi rezultati brisov na čistost.

ANALIZA OKOLIŠČIN

Izvidi odvzetih vzorcev na čistost površin ne ustrezajo standardom za COB.

UKREPI IN PRIPOROČILA ZA NADALJNJE DELO

Z neustreznim izvidom se seznanijo vse zaposlene v COB-u in z izvajanjem dogovorjenih postopkov čiščenja in razkuževanja. En dan v tednu koordinatorica za higieno v COB-u, ki je sicer razporejena tudi na delovišče OPMS, posveti delu na področju higiene in čiščenja. Redno

mora nadzorovati in izobraževati sodelavke. Potrebno je stalno sodelovanje s koordinatorko za higieno pri anesteziji. S strani odgovorne sanitarne inženirke za bolnišnično higieno bo uveden stalen nadzor. Glede na slabe rezultate odvzetih vzorcev, se uvede tudi uporaba novega razkužila za čiščenje medicinskih pripomočkov in površin, ki ima sporocidno delovanje. Po enem mesecu se ponovno kontrolira brise površin na čistost. Z uporabo in delovanjem novega razkužila je potrebno seznaniti vse, ki bodo prihajali z njim v stik. Potrebno je voditi natančno evidenco čiščenja s podpisi izvajalcev.

NESREČNI DOGODEK, INCIDENT

- Pri sprejemu bolnika v COB ni bila zagotovljena intimnost.
- Napačen bolnik, pripeljan in sprejet v COB.

ANALIZA OKOLIŠČIN

Takoj po selitvi v COB ugotovimo, da pri prelagalni mizi bolnikom ne moremo zagotoviti intimnosti. Prihaja do srečevanja bolnikov, ki zapuščajo »recovery« in bolnikov, ki se sprejemajo v COB.

V COB je bil pripeljan in sprejet napačen bolnik. Po naročilu zdravnika se je na oddelek klical bolnik, ki naj bi bil operiran, ni pa bil razpisan na dnevnem planu za operacijo. Z oddelka je bil pripeljan napačen bolnik, ki je bil tudi sprejet v COB. Ob pregledu bolnikove dokumentacije se je ugotovilo, da ni predviden za operacijo. Bolnik je bil vrnjen na oddelek.

UKREPI IN PRIPOROČILA ZA NADALJNJE DELO

Pri pregledu možnih rešitev za zagotavljanje bolnikove intimnosti ugotovimo, da bo potrebno pri prelagalni mizi montirati predelno steno ali zaveso. Dokler dela ne bodo realizirana, je treba vse pokretne bolnike, ki prihajajo na operacijo, pripraviti v prostoru za sprejem bolnikov. Bolnik se v tem prostoru sleče, uleže na voziček. Pokritega bolnika se potem pripelje do prelagalne mize. Pri tem sodeluje oddelčna medicinska sestra, po potrebi tudi zdravstveni tehnik, ki je na vhodu, in zunanja operacijska strežnica.

Vse bolnike v COB kliče zdravstveni tehnik z vhoda. Osnova za klicanje bolnikov je dnevni plan operacij. Na »porto« morajo biti sporočeni tudi podatki o bolnikih, ki niso razpisani, bodo pa po navodilu zdravnika operirani, da zdravstveni tehnik ve, koga naj kliče. Vsi bolniki, ki prihajajo v COB, morajo biti najprej evidentirani pri zdravstvenem tehniku na »porti«, šele potem se jih sprejme v COB.

NESREČNI DOGODEK, INCIDENT

- Napaka pri štetju obvezilnega materiala.
- Nepopolno izpolnjena bolnikova dokumentacija.

ANALIZA OKOLIŠČIN

Ker se je operacija zavlekla v dežurno službo, je med operacijo prišlo do menjave osebja. Kontrola obvezilnega materiala takrat ni bila izvedena. Po končani operaciji se število obvezilnega materiala ni ujemalo z začetnim številom, ki je bilo zabeleženo v protokol štetja kompres in v

perioperativno dokumentacijo zdravstvene nege. O tem je bil obveščen tudi operater, ki tudi po reviziji operativne rane zloženca ni našel.

Dogaja se, da ostaja dokumentacija perioperativne zdravstvene nege nepopolno izpolnjena (brez časov, podpisov, ne vsebuje nalepk porabljenih materialov).

UKREPI IN PRIPOROČILA ZA NADALJNJE DELO

Na pogovoru o varnosti, ki smo ga imeli v kolektivu COB-a, smo analizirali stanje in napisali zapisnik. Pri štetju obvezilnega materiala je treba upoštevati izdelan standard zdravstvene nege. Prvič šteje umita operacijska medicinska sestra neposredno pred operacijo, neumita operacijska medicinska sestra šteje z njo in takoj zabeleži število v protokol štetja kompres in v perioperativno dokumentacijo zdravstvene nege. Šteje se glasno. Štejeta vedno dve osebi. Če pride do menjave osebja med operacijo, se ponovno šteje obvezilni material.

Upoštevanje strokovne standarde zdravstvene nege in dokumentiranje perioperativne zdravstvene nege je obvezno za vse OPMS.

IZOGNJENI DOGODKI - NEAR MISS

Dogodek, ki bi lahko imel za posledico nesrečni dogodek, poškodbo ali obolenje, vendar do njega ni prišlo po naključju, zaradi spretnega reagiranja ali pravočasne intervencije.

Prikaz primerov iz klinične prakse:

- Napačen pacient v pripravljalnici.
- Nesterilna mreža v sterilnem hodniku.
- Neustrezno sestavljena operacijska plošča.
- Dejansko stanje mreže z instrumenti se ne ujema s spiskom instrumentov.

ANALIZA OKOLIŠČIN

Na pogovoru o varnosti, ki smo ga imeli v kolektivu COB-a, smo analizirali stanje in napisali zapisnik o vsakem izognjenem dogodku. V COB-u imamo izdelane strokovne standarde zdravstvene nege. V projektni nalogi, v kateri je opredeljena organizacija in delo v COB-u, so natančno izdelane tudi enosmerne poti za osebje in bolnike kot tudi za materiale in instrumente. Z doslednim upoštevanjem teh smernic ne bi smelo prihajati do napak.

Ugotavljamo, da najpogosteje prihaja do izognjenih dogodkov zaradi neupoštevanja strokovnih standardov, organograma COB-a, preveč natrpanih operativnih programov, naglice in pomanjkanja osebja.

UKREPI IN PRIPOROČILA ZA NADALJNJE DELO

Spodbuditi kolektiv, da odprto in brez slabe vesti spregovori tudi o izognjenih dogodkih. Takšni dogodki so opozorilo za celoten kolektiv. S prepoznavanjem izognjenih dogodkov se lahko veliko naučimo in pogosto preprečimo nove napake.

ZAKLJUČEK

V kolektivu je potrebno vzpostaviti pozitivno klimo, kjer osebje brez strahu poroča o incidentih in izognjenih napakah. S prepoznavanjem možnih napak lahko izboljšamo bolnikovo varnost. Pomemben dejavnik pri odpravljanju napak je kontinuirano izobraževanje vseh zaposlenih v COB-u in obnavljanje že osvojenih znanj. Vsi morajo imeti možnost izobraževanja, dostop do strokovne literature, interneta.

Potrebno je standardizirati postopke zdravstvene nege, izdelane standarde pa obnavljati in sproti posodabljati. Upoštevanje strokovnih standardov zdravstvene nege in priporočil perioperativne zdravstvene nege je obvezujoče za vse izvajalce.

Pri vseh nastalih incidentih in izognjenih dogodkih je potrebno na timskih sestankih kolektiva natančno analizirati okoliščine in pripraviti ukrepe in priporočila za nadaljnje delo. Vse dogodke je potrebno sproti dokumentirati in arhivirati. Poročila o incidentih se z vseh oddelkov zbirajo tudi na ravni bolnišnice.

Literatura

Dunn, D. Incident reports – correcting processes and reducing errors. AORN Journal. vol 78, no2 Avgust 2003: 211-35.

Luštek, B., Hrovat, B.: Varnost bolnika v perioperativnem obdobju. Zbornik predavanj in posterjev, 5. kongres zdravstvene in babiške nege. Kongresni center Mons, Ljubljana: 2005.

Peric, HK. Risk management. Kakovost-trend dela v sterilizaciji. Zbornik: seminar v Novem mestu, 2001: 75-82.

Wilson, J.: Perioperative risk management: Principles of perioperative practice – Edited by: Hind M., Wicker P.: Harcourt Publishers Limited 2000.

http://www.who.int/patient_safety/safe_surgery/knowledge-base/WHO_Guidelines_20-safe-surgery-final_Jun_08.pdf. 5.11.2008.

Viri

Organizacija dela v centralnem operacijskem bloku, Splošna bolnišnica Novo mesto, december 2006.

Strokovni standardi zdravstvene nege, Splošna bolnišnica Novo mesto, junij 2008.

Poročilo o delu za leto 2007, Splošna bolnišnica Novo mesto, februar 2008.

Pogovori o varnosti, zbirka zapisnikov, Splošna bolnišnica Novo mesto, november 2008.

PREDSTAVITEV CENTRALNE STERILIZACIJE V SPLOŠNI BOLNIŠNICI NOVO MESTO

Nataša Piletič

Centralna sterilizacija (CS) je medicinska preskrbovalna služba, ki s sterilnim materialom oskrbuje vse operacijske sobe, bolnišnične oddelke, ambulante in bolnišnično lekarno. S centralizacijo dela smo dosegli večji in smotnejši izkoristek aparatur, poenotenje delovnega procesa, poenoten nadzor in razbremenitev medicinskih sester na oddelkih in operacijskih sobah.

PREDSTAVITEV CS

CS je zgrajena po sodobnih standardih. Poti so enosmerne, tako da je že prostorsko onemogočeno križanje umazanega, čistega in sterilnega materiala.

Prostori CS so razdeljeni na tri cone:

- nečista
- čista
- sterilna

Nečista cona je prostor s svojim vhodom, kamor se steka nečisti material z vseh oddelkov, dislociranih operacijskih sob, centralnega operacijskega bloka (COB), ambulant in lekarne.

Čista cona je namenjena pripravi in pakiranju setov, perila, instrumentarija in ostalega materiala.

Prehodna parna sterilizatorja in neprehodni plazma sterilizator fizično ločujejo čisto cono od sterilne.

Odprtje oddelka CS v naši bolnišnici prinaša tudi določene spremembe glede priprave materialov oz. setov, ki so poenoteni. S tem doseženo, da enak set zadovolji čim več uporabnikov.

Instrumentarij se zavija ločeno od sanitetnega materiala in perila (razen setov za prevez in manjše posege). Prav tako se ločeno zavijajo op. mreže in op. perilo.

Lastniki instrumentov so oddelki, ambulante, dislocirane op. sobe in COB. Iz tega sledi, da prek naročilnic izdajamo le toliko instrumentarija, kot ga z oddelkov dobimo.

Za dobro in učinkovito delo so pomembne vse faze dela:

- **Transport umazanega materiala v centralno sterilizacijo**
- **Čiščenje in dezinfekcija instrumentov**
- **Pakiranje**
- **Sterilizacija**
- **Skladiščenje, oddaja in transport sterilnega materiala**

1. TRANSPORT UMAZANEGA MATERIALA V CENTRALNO STERILIZACIJO

1.1 TRANSPORT Z ODDELKOV IN DISLOCIRANIH OPERACIJSKIH SOB

Nečisti material in instrumentarij iz dislociranih op. sob, oddelkov, ambulant in lekarne v CS po urniku dostavlja transportna služba.

Zbirna mesta in urnik transporta za vsa delovišča so določeni in definirani v navodilih za pripravo instrumentov za transport.

1.2 TRANSPORT IZ CENTRALNEGA OPERACIJSKEGA BLOKA

Nečisti instrumentarij iz COB je sprotno oddan v CS prek »nečistega« dvigala, ki povezuje COB in nečisto cono.

2. ČIŠČENJE INSTRUMENTOV

V CS imamo dva termodezinfektorja. Kljub vsemu ostaja kar velik obseg ročnega čiščenja. Za instrumente finih ostrin uporabljamo UZ čistilec.

3. PRIPRAVA MATERIALA ZA STERILIZACIJO

3.1 PRIPRAVA MATERIALA ZA STERILIZACIJO V AVTOKLAVU

3.1.1 COB

Z nakupom zabojnikov za op. instrumentarij je odpravljena dilema zavijanja. Vsak zabojnik je opremljen s kovinsko ploščico, ki označuje vrsto instrumentarija oziroma t.i. vrsto mreže.

Postopoma v naši bolnišnici prehajamo na op. perilo za enkratno uporabo. V celoti ga že uporablja COB, delno dislocirane op. sobe.

Določeni instrumenti, pripomočki in obvezilni material so pripravljani in sterilizirani tudi posamezno v sterilizacijske rokave.

S posebnim svinčnikom na zunanjem robu (nad varom) označimo vsebino vrečke. Varilni aparat ob varjenju vtisne datum. Etiketiramo s številko šarže.

3.1.2 ODDELEK

Vse sete, posamezne instrumente, pripomočke in obvezilni material pripravljamo v rokavih. Na zunanji rob nad varjenim mestom označimo vsebino. Etiketiramo številko šarže.

Instrumentarij za manjše posege (torakalna punkcija, subklavija) zavijamo dvoslojno.

3.2 PRIPRAVA MATERIALA ZA STERILIZIRANJE V PLAZMA STERILIZATORJU

Vse instrumente in pripomočke, ki so občutljivi na toploto in vlago, pri nizki temperaturi in v suhem okolju steriliziramo s pomočjo plazme iz vodikovega peroksida. Material, ki ga steriliziramo s pomočjo plazme vodikovega peroksida, mora biti pred zavijanjem dobro osušen, sicer prihaja do prekinitve ciklusa. V sušilni omari predhodno osušimo ves material.

4. STERILIZACIJA

V novih prostorih sterilizacije razpolagamo z dvema novima prehodnima avtoklavoma skupne prostornine 16 StE oziroma 1130 l in plazma sterilizatorjem, ki ni prehodan.

4.1 STERILIZACIJA Z NASIČENO VODNO PARO POD PRITISKOM - AVTOKLAVIRANJE

Pri avtoklaviranju je sterilizant para pod pritiskom, ki zelo dobro prodira v material in je zanesljiv način sterilizacije, vendar neprimeren za termolabilne predmete. Pomembna komponenta je čas izpostavljenosti in temperatura.

4.2 STERILIZACIJA S PLAZMO VODIKOVEGA PEROKSIDA

Plazma sterilizacija deluje na principu difuzije vodikovega peroksida v sterilizacijsko komoro in prehoda peroksidnih molekul v stanje plazme.

Primerna je za sterilizacijo različnih instrumentov in medicinskih pripomočkov, občutljivih na toploto in vlago.

4.3 VRSTE NADZORA V PARNIH STERILIZATORJIH

4.3.1 FIZIKALNI NADZOR

Vsako jutro izvajamo vakum test in ugotavljamo tesnost aparata. Medicinska sestra v CS mora sprti opazovati merilne instrumente in krivulje na diagramih.

4.3.2 KEMIČNI NADZOR

BD TEST: je fiz.-kem. kontrola, ki jo izvajamo vsak dan pred prvo polnitvijo komore. Kaže nam uspešnost delovanja vakumske črpalke in izčrpavanja zraka iz komore.

KEMIČNI INDIKATORJI:

- zunanji
- notranji - potujoči integrator

4.3.3 BIOLOŠKI NADZOR

TESTNE AMPULE

Za biološki nadzor uporabljamo standardne testne ampule nepatogenih spor *Bacillus Stearothermophilus* - ATTEST.

LABORATORIJSKO PRIPRAVLJENE SPORE

Spore so že pripravljene v zavojčku. V cikel vložimo na obeh programih po dve spori. Mesto vlaganja spor menjavamo. Po končani sterilizaciji zavojček odpošljemo v mikrobiološki laboratorij. Rezultat dobimo po sedmih dneh.

Ta način biološke kontrole izvajamo redno enkrat mesečno in po servisih.

4.4 VRSTE NADZORA V PLAZMA STERILIZATORJIH

4.4.1 FIZIKALNI NADZOR

Medicinska sestra mora v sterilizaciji nenehno spremljati izpis na plazma sterilizatorju in tako sprotno zaznavati nepravilnosti.

4.4.2 KEMIČNI NADZOR

KEMIČNI INDIKATORJI

- zunanji
- notranji

4.4.3 BIOLOŠKI NADZOR

Zelo pomemben je dokaz, da so bili med procesom doseženi sterilni pogoji. Sterilnost kontroliramo z uporabo biološkega indikatorja STERRAD CYCLE SURE, ki vsebuje mikroorganizme, odporne na metodo sterilizacije s plazmo.

5. SKLADIŠČENJE, ODDAJA IN TRANSPORT STERILNEGA MATERIALA

Za sterilnost materialov ni pomembno le čiščenje, dezinfekcija, zavijanje in proces sterilizacije, temveč se krog kakovosti sklence s pravilnim rokovanjem že steriliziranega. Pomembna sta skladiščenje in transport.

Skladiščenje je pomemben faktor, ki vpliva tudi na rok sterilnosti.

6. DOKUMENTIRANJE

Sodobna zdravstvena nega zahteva dokumentiranje vseh postopkov in procesov. Medicinske sestre v CS ne delamo neposredno ob bolniku, vendar za bolnika. Zato je dokumentiranje dela pomembno tudi na našem področju. Sodobna aparatura nam omogoča pridobivanje izpisov iz vsakega aparata za vsak cikel posebej.

V svetu in tudi že pri nas se vse bolj uveljavlja proces sledenja, ki nam na enostaven in hiter način omogoča pridobivanje podatkov o gibanju posameznega seta in medicinskega pripomočka v določenem času. Tudi mi smo si za cilj postavili pridobitev tega programa.

7. KADROVSKA STRUKTURA CS, DELOVNI ČAS

Oddelek CS sestavlja skupina ene DMS, ki je tudi vodja CS, devetih SMS ter ene bolniške strežnice.

Delo je organizirano v dopoldanski in popoldanski izmeni. Dopoldne je skupina sestavljena iz DMS, šestih SMS in bolniške strežnice. Delovni čas dopoldanske izmene je od 7.00 do 15.00 ure.

V popoldanski izmeni delajo tri medicinske sestre. Delovni čas popoldanske izmene je od 13.00 – 21.00 ure.

S takšno organizacijo delovnega časa smo dosegli boljše rezultate, ko je frekvenca dovoza umazanega materiala največja.

7. FINANČNI NAČRT

Izdelan imamo katalog artiklov in za vsakega določeno ceno.

Znotraj enote redno spremljamo stroške.

Plansko-analitska služba nam na podlagi realiziranih elektronskih naročilnic mesečno poda izračun stroškov za posamezno delovno enoto.

8. TRŽENJE STORITEV

Sterilizacija termolabilnih instrumentov in medicinskih pripomočkov predstavlja težavo vsem tistim zdravstvenim ustanovam, ki ne razpolagajo s plazma ali plinskim sterilizatorjem.

Tako nudimo usluge plazma sterilizacije nekaterim zdravstvenim ustanovam, kar pomeni dodaten priliv denarja.

Literatura

Literatura je na voljo pri avtorici.

UPORABA ALI ZLORABA ZAŠČITNIH ROKAVIC

Ingrid Jaklič

Povzetek

Higiena rok je ključnega pomena za zagotavljanje kvalitetnih zdravstvenih storitev. Obsega več pomembnih postopkov, ki zagotavljajo varnost za bolnike in za zdravstvene delavce, če se jih pri delu dosledno upošteva. Številne študije v svetu so pokazale, da je neupoštevanje doktrine higijene rok pri vsakdanjem delu neposredno povezano z bolnišničnimi okužbami in prenosi večkratno odpornih mikroorganizmov med bolniki. Zaščitne rokavice so le eden iz vrste osebnih zaščitnih sredstev, ki so nam pri vsakdanjem delu na razpolago. Pomembno je, da poznamo postopke njihove pravilne uporabe in da se zavedamo posledic, če tega ne upoštevamo.

Ključne besede

higiena rok, zaščitne rokavice, napake pri uporabi

UPORABA ALI ZLORABA ZAŠČITNIH ROKAVIC

Nesterilne zaščitne rokavice se v zdravstvu uporabljajo za zaščito zdravstvenih delavcev pred kontaminacijo s krvjo in izločki bolnika. Uporabljajo se pri večini običajnih, dnevnih postopkih zdravstvene nege. Odločitev o uporabi in izboru vrste rokavic temelji na oceni nevarnosti in specifične aktivnosti, ki jo zdravstveni delavci izvajajo pri zdravstveni negi ali postopkih pri bolniku. Pri izboru in uporabi zaščitnih rokavic mora zdravstveni delavec upoštevati sprejete standarde uporabe rokavic.

Zaščitne rokavice so narejene iz različnih materialov, ki pogojujejo tudi stopnjo zaščite. Najpogosteje so v uporabi rokavice iz lateksa ali umetnih materialov, ki nudijo zadovoljivo zaščito. Zaščitne rokavice iz PVC te zaščite ne nudijo.

Pravilna uporaba rokavic zagotavlja:

- zaščitno bariero in preprečitev kontaminacije rok pri stiku s krvjo in telesnimi tekočinami ter izločki bolnika, njegovo sluznico in poškodovano kožo,
- manjšo verjetnost, da se mikroorganizmi, ki so na rokah zdravstvenega delavca, prenesejo na bolnika med izvajanjem posegov ali drugih postopkov pri zdravstveni negi,

- manjšo verjetnost, da se prek rok osebja, ki so kontaminirane z mikroorganizmi drugega bolnika ali mikroorganizmi, ki so na površinah, prenesejo na drugega bolnika.

Pri delu z bolniki je potrebno upoštevati, da morajo biti roke vedno vidno čiste, nohti kratki in nelakirani, na rokah ni ure, prstanov in zapestnic. Upoštevati je potrebno pravilne postopke oblačenja in slačenja rokavic.

Pravilen postopek oblačenja zaščitnih rokavic:

- roke pravilno razkužimo z razkužilom za roke,
- zunanosti rokavic se dotikamo čim manj,
- ko imamo obe rokavici na rokah, še prepletemo prste, da dosežemo pravilen oprijem rokavic,
- rokavic ne umivamo in jih ne razkužujemo.

Ko so roke orokavičene, se ni dovoljeno dotikati obraza, uporabljati pisal, telefona ali računalnika.

Pravilen postopek slačenja zaščitnih rokavic:

- s prsti primemo rokavico druge roke pri zapestju, potegnemo rokavico z roke tako, da je notranja stran rokavice, ki jo slačimo, obrnjena navzven,
- rokavico potegnemo samo do prstov roke, ki jo slačimo kot prvo,
- s palcem roke brez rokavice sežemo pod rokavico prve roke in slačimo še drugo, rokavico, tako da je tudi druga rokavica obrnjena navzven,
- pri tem pazimo, da sta rokavici na koncu slačenja obrnjeni z notranjo stranjo navzven in skupaj, rokavice odložimo v določen koš za odpadke. Če so rokavice zelo onesnažene, se jih odvrže v koš za tako imenovane infektivne odpadke, drugače pa v koš za odpadke, ki nastajajo pri opravljanju zdravstvene dejavnosti in ne predstavljajo nevarnosti za okužbo;
- po uporabi netalkanih rokavic roke razkužimo, če pa so bile uporabljene talkane rokavice, je potrebno roke umiti in razkužiti.

Pomembno je, da je zunanja stran rokavic, ki je bila v stiku z verjetnim infektivnim materialom pri slačenju rokavic, obrnjena navznoter. Pri slačenju rokavic obstaja velika možnost, da pride do naknadne kontaminacije površine kože rok, če ne upoštevamo navodil za slačenje rokavic.

Zaščitne rokavice je potrebno menjati pri uporabi med dvema bolnikoma in tudi med delom pri enem bolniku, če se pri njem izvajajo različni postopki, ki zahtevajo posebne zaščitne ukrepe. Rokavice je potrebno zamenjati po predpisanem postopku, če so poškodovane. Vemo, da so rokavice prepustne za bakterije in viruse, zato uporaba rokavic ne nudi popolne zaščite pred njimi. Čas uporabe rokavic opredeli proizvajalec rokavic. Za nesterilne zaščitne rokavice je ta čas v povprečju 30 minut. Po preteku tega časa, če je poseg daljši, je potrebno rokavice zamenjati.

Napake pri uporabi rokavic nastanejo zaradi neupoštevanja navodil in priporočil. Pogost izgovor je pomanjkanje časa za izvajanje postopkov.

Pri uporabi zaščitnih rokavic se pogosto pojavi vprašanje, ali lahko uporaba losjonov in krem za zaščito rok vpliva na učinkovitost zaščite, ki jo nudijo rokavice. Uporaba losjonov je priporočena, vsekakor pa mora biti njihova sestava ustrezna in ne na osnovi olj, ki so narejena iz bencina. Ugotovljeno je, da le-ta poškodujejo rokavice, ki so iz lateksa in povečajo njihovo prepustnost. Uporaba losjonov se priporoča kot zaščita na koncu dela ali pred večjimi odmori.

Roke so naše najpomembnejše orodje, ki je pri delu vedno potrebno ne glede na pripomočke. Roke pa predstavljajo določeno nevarnost. Uporaba zaščitnih rokavic je samo eden od korakov zaščite. Pri pravilni uporabi prinesejo veliko dobrega, nepravilna uporaba rokavic pa predstavlja nevarnost prenosa mikroorganizmov na druge bolnike. Nepravilna uporaba rokavic je bolj nevarna, kot njihova neuporaba. Rokavice tudi niso nadomestilo za umivanje oziroma razkuževanje rok.

Literatura

1. Gubina, M., Dolinšek, M., Škerl, M.: Bolnišnična higiena
2. <http://www.cdc.gov/oralHealth/InfectionControl/>
3. DCD Hand Hygiene Recommendations
4. Damani, N. N.: Priručnik o postopcima kontrole infekcija

KONTAKTNA IZOLACIJA PRI MRSA

Vesna Jarc, Jolanda Munih

Povzetek

Proti meticilinu rezistentni *Staphylococcus aureus* (MRSA) se prenaša predvsem s stikom - direktnim in posrednim. Najpomembnejše pri prenosu MRSA so roke zdravstvenih delavcev, ki se kontaminirajo med stikom z okuženim/koloniziranim bolnikom ali stikom s kontaminiranimi predmeti, pripomočki ali površinami. Za preprečevanje širjenja MRSA v bolnišnicah izvajamo v prvi vrsti standardne ukrepe preprečevanja bolnišničnih okužb, ki veljajo za vse bolnike z ali brez znane okužbe. Ker se MRSA prenaša kontaktno, izvajamo ukrepe kontaktne izolacije.

Ključne besede

MRSA, kontaktna izolacija

UKREPI KONTAKTNE IZOLACIJE PRI MRSA

Ukrepe kontaktne izolacije v bolnišnicah izvajamo pri bolnikih:

- ki imajo okužbo z MRSA (sepsa, pljučnica, okužba rane),
- ki so kolonizirani z MRSA (koža, nos, žrelo, rane),
- za katere vemo (zdravstvena dokumentacija, ustna informacija), da so bili v preteklosti okuženi ali kolonizirani z MRSA,
- ki so premeščeni iz ustanov z visoko prevalenco MRSA (npr. enote za intenzivno terapijo).

Ukrepe kontaktne izolacije izvajamo:

- ves čas hospitalizacije pri okuženih in koloniziranih bolnikih,
- do prejema negativnih izvidov pri bolnikih, kjer je obstajal sum, da bi lahko imeli MRSA in smo jim ob sprejemu vzeli brise (npr. premestitev iz bolnišnice z visoko prevalenco MRSA),
- pri bolnikih, ki smo jih dekolonizirali ali so prejeli antibiotik, pa do prejema vsaj treh negativnih izvidov.

Ukrepe začnemo izvajati takoj, ko je postavljen sum na okužbo/kolonizacijo z MRSA. Če je sum ovržen, z ukrepi prenehamo. Pri vrednotenju brisov moramo upoštevati tudi vpliv antibiotikov, ki jih prejema bolnik v času, ko vzamemo brise na MRSA (delovanje antibiotikov na MRSA).

Ukrepi kontaktne izolacije:

Namestitev bolnika

- Bolnika namestimo v:
 - enoposteljno bolniško sobo z lastnimi sanitarijami in kopalnico,
 - v kohortno izolacijo (bolnike z MRSA okužbo/kolonizacijo združujemo v večposteljni bolniški sobi),
 - kadar to ni mogoče, v večposteljni bolniški sobi označimo izolacijsko področje (npr. z rumenim trakom ali namestimo pregrade). V tem primeru mora biti razdalja med opremo enega in drugega bolnika vsaj 1,5 m. Bolnik, ki ima slabe higienske navade in ni sposoben slediti navodilom zdravstvenih delavcev, ni primeren za tako namestitev.
- Vrata bolniške sobe morajo biti zaprta.
- Na vratih bolniške sobe in v zdravstveni dokumentaciji mora biti oznaka **KONTAKTNA IZOLACIJA**.
- Ko bolnika namestimo v izolacijo, ga mora lečeči zdravnik seznaniti s tem, da je bila pri njem ugotovljena MRSA kolonizacija/okužba, s predvidenim zdravljenjem in z namenom izvajanja izolacijskih ukrepov.
- Bolnik sme zapuščati bolniško sobo le za preiskave in posege, ki jih ni mogoče izvesti v bolniški sobi. Kadar bolnik zapušča bolniško sobo, naj si predhodno razkuži roke. Bolnik s slabimi higienskimi navadami naj zapušča bolniško sobo samo v spremstvu osebja.

Z nameščanjem bolnikov v izolacijo zagotavljamo boljše pogoje za dosledno izvajanje ukrepov kontaktne izolacije. Z izolacijo zagotovimo, da se osebje osredotoči na enega bolnika, zmanjša se možnost uporabe kontaminiranih pripomočkov za več bolnikov.

Dokazali so, da se je MRSA v bolnišnici 15,6-krat pogosteje prenesla na druge bolnike, če kolonizirani bolniki niso bili nameščeni v kontaktno izolacijo.

Higiena rok – razkuževanje rok

- Higiena rok je najpomembnejši, najenostavnejši in najcenejši ukrep za preprečevanje bolnišničnih okužb. Širjenje odpornih mikroorganizmov je možno preprečiti le z doslednim razkuževanjem rok pred in po vsakem stiku z bolnikom.

Uporaba osebnih varovalnih sredstev

- Rokavice

Uporabljamo jih ob vsakem stiku z bolnikom ali z njegovo okolico (pripomočki/predmeti/površinami v neposredni bolnikovi okolici/sobi). Kontaminirano področje obsega bolniško sobo oziroma bolnikovo neposredno okolico v območju najmanj enega metra.

Rokavice si nadenemo ob vstopu v izolacijsko sobo/področje. Rokavice si pri istem bolniku zamenjamo v skladu z načelom čisto/nečisto. Upošteevamo pravilo - en par rokavic za en poseg/postopek pri enem bolniku. Rokavice odstranimo, preden zapustimo bolniško sobo. Po vsaki odstranitvi rokavic si roke razkužimo.

- **Zaščitni predpasniki in halje**

Uporabljamo jih ob vsakem neposrednem stiku z bolnikom ali kontaminiranimi predmeti in pripomočki iz bolnikove okolice/sobe. Haljo ali predpasnik izberemo glede na bolnikovo stanje in postopek/poseg, ki ga bomo izvajali in s tem povezane možnosti, da pridemo v neposreden stik z bolnikom, njegovo krvjo, telesnimi tekočinami ali predmeti iz njegove neposredne okolice.

Zaščitne predpasnike in halje lahko uporabljamo za eno delovno izmeno pod pogojem, da predpasnik/halja ni bila vidno kontaminirana ali mokra. Pomembno je pravilno slačenje, shranjevanje in ponovno oblačenje že uporabljene halje oz. predpasnika. Če shranjujemo haljo/predpasnik v bolniški sobi, je obešen z zunanjo/umazano stranjo navzven. Če pa jih shranjujemo npr. v predprostoru, pa z zunanjo/umazano stranjo navznoter.

- **Maske**

Uporabljamo jih pri bolniku z MRSA v nosno-žrelnem področju ali v aspiratu med izvajanjem aspiracije, respiratorne fizioterapije in če bolnik kašlja. Nadenemo si jo, kadar se bolniku približamo na razdaljo, manjšo od enega metra. Zaščitne maske uporabljamo tudi med prevezo obsežnih ran. Po namestitvi in odstranitvi maske si obvezno razkužimo roke.

Uporaba in redno čiščenje/razkuževanje pripomočkov

Za vsakega bolnika v izolaciji je med hospitalizacijo predvidena individualna uporaba pripomočkov, npr. merilec krvnega pritiska, stetoskop, Esmarch, termometer, črpalko za hranjenja po nazogastrični sondi, infuzijske črpalke. Vse pripomočke redno vsak dan prebrisemo z razkužilom za razkuževanje bolnikove okolice v izolaciji (1-% Kohrosolin FF®, Surfianos®, Incidin liquid®). Pri izbiri razkužila upoštevamo navodila lokalne komisije za preprečevanje bolnišničnih okužb (KOB).

- V primerih, ko ni mogoče zagotoviti pripomočkov za individualno uporabo, je potrebno vse uporabljene pripomočke, preden jih odnesemo iz izolacijske sobe, prebrisati z razkužilom (70-% alkohol, 1-% Kohrosolin FF®, Surfianos®, Incidin liquid®) ali termično dekontaminirati (manšete za merjenje RR). Prav tako z razkužilom prebrisemo vse predmete, preden jih odnesemo iz bolniške sobe, npr. epruvete, potem ko smo bolniku vzeli kri.

Materiali za izvajane postopkov in posegov

- Priporoča se uporaba materialov in pripomočkov za enkratno uporabo. V bolniško sobo sproti prinesemo material, ki ga bomo potrebovali za posamezen poseg ali postopek. V

bolniški sobi si pripravimo le toliko materiala, kot ga porabimo v eni delovni izmeni (npr. aspiracijske cevke). Ne delamo si zalog. Neporabljenega materiala za enkratno uporabo ne smemo uporabljati za druge bolnike (kontaminacija z MRSA).

- V bolniško sobo ne vozimo vozičkov za posege in postopke.
- V izolacijski sobi si obvezno pripravimo razkužilo za roke (2-4 platenke na posteljo) in zaščitne rokavice.
- Bolnikove dokumentacije ne nosimo v izolacijsko sobo.

Perilo

- V izolaciji si ne delamo zalog perila. Perilo v bolniško sobo odnašamo sproti. Umazano perilo odlagamo v vrečo za perilo v bolniški sobi, ki jo odnesemo, ko je polna do dveh tretjin.

Jedilni pribor in posoda

Postopki ravnanja z jedilnim priborom in posodo so isti kot pri ostalih bolnikih. Pomivanje pod toplo tekočo vodo z uporabo detergenta ali v pomivalnem stroju zadošča. Pomembno je, da pladenj z umazano posodo vložimo direktno v transportni voziček za hrano.

Čiščenje in dezinfekcija

- Razkuževanje in čiščenje bolniške sobe

Neposredno bolnikovo okolico in pripomočke vsakodnevno prebrišemo z razkužilom za površine (1-% raztopina Kohrosolin FF®, Surfanios®, Incidin liquid®).

Ostale površine v bolniški sobi čistijo čistilke po običajnem postopku.

Po odpustu bolnika izvedemo temeljito razkuževanje in čiščenje bolniške sobe in opreme. Vse pripomočke in aparature razkužimo. Če imamo možnost, damo bolniško posteljo, posteljni vložek in posteljne ograjice v posteljno postajo. Zaveso in vmesne pregrade iz blaga damo po odpustu v pranje.

- Čiščenje in dezinfekcija prostorov za diagnostično terapevtske posege

Po končanem posegu razkužimo in očistimo vse površine, ki so prišle v stik z bolnikom, njegovimi telesnimi tekočinami in izločki ali kontaminiranimi predmeti.

Organizacija dela na oddelkih, kjer imamo bolnike z MRSA

- Za bolnika v izolaciji naj skrbi manjše število usposobljenih zdravstvenih delavcev.
- Nego in vizito pri bolnikih v izolaciji opravimo nazadnje.
- Izogibamo se prezasedenosti oddelkov.
- Obiskovalci in osebje iz drugih oddelkov (fizioterapevti, konziliarni zdravniki, študentje) lahko vstopajo v izolacijsko sobo samo z dovoljenjem in v skladu z navodili sobne medicinske sestre.
- V nekaterih bolnišnicah osebje, ki skrbi za bolnika v izolaciji, ne sme izvajati postopkov in posegov pri drugih bolnikih.

Odpadki

- Večina odpadkov, ki nastajajo pri bolniku z MRSA, sodi med navadne komunalne odpadke. Med infektivne odpadke odvržemo vse materiale, ki so prišli v stik z bolnikovimi telesnimi tekočinami in izločki, to so npr. drenažni sistemi, črevesne cevke, obvezilen material, prepojen s krvjo ali gnojem).
- Pri razvrščanju odpadkov upoštevamo navodila bolnišnice (KOBO).

Transport bolnikov

- Bolnik zapušča bolniško sobo samo za posege in preiskave, ki jih ni mogoče izvesti v sobi.
- Če bolnika transportiramo na bolniški postelji, pred transportom prebrišemo posteljne stranice z razkužilom za površine, na posteljo si namestimo razkužilo za roke in rokavice. Osebe med transportom ne potrebuje rokavic, ampak si roke po vsakem stiku z bolnikom razkuži.
- Če transportiramo bolnika na transportnem vozičku, voziček po uporabi prebrišemo z razkužilom.

Izvajanje diagnostično terapevtskih postopkov in posegov

Bolnik naj opravi čim več preiskav v bolniški sobi. V primeru, ko to ni mogoče, je potrebno:

- izvajalce obvestiti, da je bolnik okužen/koloniziran z MRSA;
- z izvajalci se dogovorimo za primeren čas pregleda. Naročeni naj bodo zadnji ali takrat, ko so izvajalci najmanj obremenjeni, da bo možno po pregledu izvesti ustrezno razkuževanje in čiščenje pripomočkov in površin. Bolnik naj ne čaka na pregled, ampak naj bo pregledan ob dogovorjeni uri;
- kadar je možno, naj se pregled izvede na bolnikovi postelji;
- med izvajanjem pregleda/posega zdravstveni delavci upoštevajo vse potrebne izolacijske ukrepe (razkuževanje rok, zaščitne rokavice, zaščitni predpasnik ali halja).

Higienski režim za bolnika

Bolnik naj sam ali s pomočjo izvaja redno vsakodnevna osebno higieno (tuširanje, nega zob ali zobne proteze, nega lasišča). Naučimo ga pravilne higiene rok. Spodbujamo ga, da si vedno, preden zapusti bolniško sobo, razkuži roke. Bolnik naj se po nepotrebem ne dotika površin in predmetov izven bolniške sobe (telefoni, kljuke, avtomati za pijačo). Bolnik, ki kašlja, naj uporablja papirnate robčke, ki jih zavrže v straniščno školjko ali koš za smeti v bolniški sobi. Bolnik naj ima rane, iz katerih smo izolirali MRSA, vedno pokrite.

Svoji in obiskovalci

Pred vstopom v bolniško sobo naj se oglasijo pri sobni medicinski sestri, ki jih pouči o higieni rok in uporabi zaščitnih sredstev. Obiskovalci naj izvajajo higieno rok: umivanje rok pred vstopom v bolniško sobo, uporaba rokavic in razkuževanje rok po odstranitvi rokavic in ob zapustitvi bolniške sobe. V primeru, da sodelujejo pri oskrbi bolnika, izvajajo higieno rok

in uporabljajo osebna varovalna sredstva tako kot zdravstveni delavci. Posedanje po bolniški postelji ni dovoljeno.

Premestitev bolnikov

Izogibamo se nepotrebemu premeščanju bolnikov z oddelka na oddelek ali v drugo ustanovo. V primeru premestitve obvestimo oddelek/bolnišnico, da prihaja bolnik z MRSA okužbo/kolonizacijo.

ZAKLJUČEK

Izvajanje ukrepov kontaktne izolacije pri MRSA je uspešno, kadar:

- jih dosledno izvajajo vsi zdravstveni delavci in sodelavci (vsak na svojem nivoju in strokovnem področju);
- vodstvo razume pomen preprečevanja širjenja bolnišničnih okužbi in podpira izvajanje ukrepov (verbalno, finančno, materialno in tudi z zgledom);
- osebje pozna poti prenosa okužb in dejavnike tveganja ter obvlada izvajanje ukrepov preprečevanje bolnišničnih okužb. Pri tem je zelo pomembno izobraževanje in praktično usposabljanje zaposlenih in izdelana ter vsem dostopna navodila.

Z doslednim upoštevanjem standardnih ukrepov preprečevanja bolnišničnih okužb bi preprečili večino prenosov MRSA. Dokler jih ne bomo vsi zaposleni v zdravstvu osvojili in dosledno izvajali v vsakodnevni praksi, bomo potrebovali celo vrsto dodatnih ukrepov in opozoril za preprečevanje širjenja bolnišničnih okužb.

Literatura

Borg MA. Methicillin – Resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) policy. Infection control committee St. Luke's hospital Malta. 1997.

Bufon, T. (ur), Škerl, M. (ur). Strokovne podlage za pripravo programa za obvladovanje in preprečevanje bolnišničnih okužb. 2000-2003. Pripravila: delovna skupina pri Ministrstvu za zdravje RS. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, sekcija za klinično mikrobiologijo in hospitalne infekcije, 2003: 17-33.

Coia JE, Duckworth GJ, Edwards DI. et al. Guidelines for the control and prevention of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) in healthcare facilities. *J Hosp Infect* 2006; 63 (Suppl 1): 1-44.

CDC. Management of Multidrug-Resistant Organisms In Healthcare Settings, 2006. Dostopno na: <http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/ar/mdroGuideline2006.pdf> (6.11.2008).

CDC. Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L, and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee, 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings, junij 2007. Dostopno na: <http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/isolation2007.pdf> (6.11.2008).

CDC. Dostopno na: http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/guidelines/Isolation2007_appendixA.pdf (6.11.2008).

CDC. Gorwitz RJ, Jernigan DB, Powers JH, Jernigan JA, and Participants in the CDC Convened Experts' Meeting on Management of MRSA in the Community. Strategies for clinical management of MRSA in the community: Summary of an experts' meeting convened by the Centers for Disease Control and Prevention. 2006. Dostopno na: http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/ar_mrsa_ca.html (6.11.2008).

Duckworth G, Cookson B, Humphreys H, Heathcock R. Revised guidelines for the control of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* infection in hospital. *J Hosp Infect* 1998; 39: 253-90.

Gastmeier P, Schwab F, Geffers C, Rüdén H. To isolate or not to isolate? Analysis data from the German nosocomial infection surveillance system regarding the placement of patients with Methicillin – Resistant *Staphylococcus aureus* in private rooms in intensive care units. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2004; 25: 109-13.

Harbarth, S, Fankhauser, C, Schrenzel, J, Christenson, J, Gervaz, P, Bandiera-Clerc, C, Renzi, G, Vernaz, N, Sax, H, Pitte, D. Universal Screening for Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus* at Hospital Admission and Nosocomial Infection in Surgical Patients. *JAMA*. 2008; 299(10): 1149-1157.

Jernigan, J, Titus, M, Groschel, D, et al. Effectiveness of contact isolation during a hospital outbreak of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. *Am J Epidemiol* 1996; 143: 496-504.

Kramar, Z, Rems, M, Arh, T. Dobra klinična praksa pri preprečevanju prenosa MRSA. Preprečevanje in obvladovanje širjenja MRSA, zbornik predavanj, Ljubljana, 30.5.2006; Ljubljana: Slovensko društvo za bolnišnično higieno, 2006: 33-42.

Lack, L, Wraight, J. Developing the new role of clinical housekeeper in a surgical ward. *Prof Nurs* 2002; 18: 197-200.

Miklavčič, V, Slemenjak, J, Muzlovič, I, Jereb, M, Trampuž, A. Uspešna zajezitev epidemije MRSA na intenzivnem oddelku. *Obzor Zdr N* 2002; 36: 7-13.

Munih, J, Jarc, V. Kontaktna izolacija pri MRSA. Preprečevanje in obvladovanje širjenja MRSA, zbornik predavanj, Ljubljana, 30.5.2006; Ljubljana: Slovensko društvo za bolnišnično higieno, 2006: 21-6.

Muto CA, Jernigan JA, Ostrowsky BE, et al. SHEA guideline for preventing nosocomial transmission of Multidrug-resistant strains of *Staphylococcus aureus* and *Enterococcus*. *Infect control Hosp Epidemiol* 2003; 24(5): 362-85.

Navodila za preprečevanje in obvladovanje bolnišničnih okužb. Klinični center Ljubljana. Dostopno na: <http://www.kclj.si/spobo/navodila.htm>. (15. maj 2006).

Shiomori T, Miyamoto H, Makishima K, et al. Evaluation of bedmaking-related airborne and surface methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* contamination. *J Hosp Infect* 2002; 50:30-5.

Slemenjak, J. Dekolonizacija pacientov, koloniziranih z MRSA. Diplomsko delo. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede, 2007.

Trampuž, A, Miklavčič, Musič, D, Šuligoj, Z. Na metilicilin odporen *Staphylococcus aureus* (MRSA): kako preprečiti njegovo širjenje v bolnišnicah in ambulantah. *Obzor Zdr N*, 2001; 35: 81-87.

IZOBRAŽEVANJE MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV NA INTERNEM ODDELKU SB NOVO MESTO S PODROČJA OŽIVLJANJA

Marina Kokalj, Nataša Lakner

Povzetek

Opisi oživljanja so znani že iz antičnih virov. Moderna veda o temeljnih (TPO) in dodatnih postopkih oživljanja (DPO) se je pričela razvijati v drugi polovici 20. stoletja. Do leta 1960, ko je bila opisana zunanja masaža srca, je bilo uspešno oživljanje vezano predvsem na zastoj dihanja. Leta 1956 je bila opisana prekinitev smrtno nevarne motnje srčnega ritma. Danes tak poseg imenujemo defibrilacija. Evropski svet za reanimacijo organizira tečaje TPO (ILS - Immediate Life Support Course) in DPO (ALS - Advanced Life Support Course). Tečaj temeljnih postopkov oživljanja je namenjen zdravstvenemu osebju, ki se ne srečuje pogosto z bolniki v srčnem zastoju in ima licenco ERC. Tečaj dodatnih postopkov oživljanja je namenjen izvajalcem postopkov oživljanja, predvsem zdravnikom, ponekod pa tudi medicinskim sestram, ki delajo na posebej zahtevnih oddelkih (intenzivne terapije). Z namenom, da bi se čim večjemu številu zaposlenih predstavilo teoretične in praktične novosti pri oživljanju, so se zdravniki, ki sodelujejo v Svetu za reanimacijo pri Slovenskem združenju za urgentno medicino, odločili, da organizirajo tečaje temeljnih postopkov oživljanja in defibrilacije za medicinsko in nemedicinsko osebje Internega, Infekcijskega in Pljučnega oddelka SB NM.

Ključne besede

oživljanje, reanimacija, defibrilacija

UVOD

S spoznanjem, da je zastoj krvnega obtoka lahko le prehodni, če odstranimo njegov vzrok, žrtev srčnega zastoja pa med tem vzdržujemo pri življenju s postopki oživljanja, so nekatere države po letu 1973 pričele z množičnim izobraževanjem medicinskega osebja in laikov. Leta 1985 je bila poudarjena potreba po zgodnji defibrilaciji, kar je dodatno povečalo število uspešnih oživljanj. Do leta 1992 so izvajali in učili kardiopulmonalno oživljanje po smernicah nacionalne konference, ki je potekala pod pokroviteljstvom Ameriškega kardiološkega

združenja in Ameriške pediatrične akademije. Tisti, ki so pridobili znanje iz temeljnih postopkov oživljanja, pa so se pritoževali, da so navodila posameznih učiteljev različnih organizacij različna celo v isti državi. Leta 1989 je bil prav zato ustanovljen Evropski reanimacijski svet (ERC), ki je leta 1992 izdal navodila za temeljne postopke oživljanja in nadaljnje oživljanje odraslih, leta 1993 in 1994 pa še navodila za temeljne postopke in nadaljnje oživljanje otrok. Navodila za oživljanje Evropskega reanimacijskega sveta so dovolj natančna, da preprečujejo nesporazume, hkrati pa so sprejemljiva za vse države članice Sveta.

TEMELJNI IN DODATNI POSTOPKI OŽIVLJANJA

Evropski svet za reanimacijo organizira tečaje TPO (ILS - Immediate Life Support Course) in DPO (ALS - Advanced Life Support Course).

Tečaj temeljnih postopkov oživljanja (TPO) je namenjen zdravstvenemu osebju, ki se ne srečuje pogosto z bolniki v srčnem zastoju in ima licenco ERC. Po uspešno opravljenem tečaju dobijo tečajniki potrdilo Slovenskega združenja za urgentno medicino in ERC. Zavedeni so v centralnem registru v Bruslju. Potrdilo o opravljenem tečaju je priznано po vsej Evropi.

Tečaj ni nadomestilo tečaja dodatnih postopkov oživljanja, kjer se tečajniki urijo v vlogi vodje reanimacijske ekipe. Tečajniki na tečaju pridobijo osnovna znanja in spretnosti za obravnavo bolnikov s srčnim zastojem do prihoda reanimacijske ekipe.

Tečaj dodatnih postopkov oživljanja (DPO) je namenjen izvajalcem postopkov oživljanja, predvsem zdravnikom, ponekod pa tudi medicinskim sestram, ki delajo na posebej zahtevnih oddelkih (intenzivne terapije). Na tečaju udeleženci pridobijo osnovno znanje in praktične veščine, ki so potrebne za zdravljenje odraslih bolnikov s srčnim zastojem. Tečaj traja dva dni. Pred tečajem kandidati prejmejo priročnik in predtečajni pisni test. Pisni test morajo izpolniti in oddati pred začetkom tečaja. Učni proces sestavljajo predavanja, diskusijske skupine, učne postaje in učne delavnice ter učenje v namišljenih situacijah. Kandidat, ki želi opraviti tečaj, mora sodelovati v celotnem tečaju ter opraviti pisni in praktični preizkus iz TPO, oskrbe dihalnih poti, defibrilacije in zdravljenja bolnikov s srčnim zastojem. Certifikat, ki ga kandidat pridobi, velja tri leta tako v Sloveniji kot tudi drugje po Evropi.

IZOBRAŽEVANJE NA INTERNEM ODDELKU SB NM

Da bi izboljšali oz. povečali preživetje bolnikov z zastojem srca in dihanja, smo na Internem oddelku Splošne bolnišnice Novo mesto (SB NM) začeli z izobraževanjem SMS/DMS s področja oživljanja. V letu 2003 se je tečaja DPO udeležila prva DMS z odseka za intenzivno interno medicino (OIM). Do danes je tečaj uspešno opravilo še osem DMS in dve SMS/ZT iz OIM in urgentne ambulante Internega oddelka. Izkazalo se je, da je tečaj zelo zahteven za SMS/ZT in DMS.

V letu 2005 je bil pridobljen prvi naziv inštruktor ERC za zdravnika z Internega oddelka, v letu 2006 pa sta ta naziv pridobila še dva zdravnika z Internega oddelka.

V letu 2006 je SB NM kupila ALS lutko za učenje TPO in DPO. Poimenovali smo jo KEN. Ken je lutka za učenje pravilnega pristopa k nezavestnemu bolniku oz. poškodovancu. Nudi nam možnost učenja pravilne sprostitve dihalne poti in preverjanja pulza na arteriji karotis. Umetno dihanje lahko izvajamo s pomočjo dihalnega balona (merilec nam kaže volumen vpihanega zraka) ali z vstavitvijo tubusa v trahejo. Lutka nam omogoča izvajanje zunanje masaže srca, prepoznavo ritmov srčnega zastoja in učenje varne defibrilacije.

Inštruktorji so v mesecu marcu leta 2006 pridobili pisno gradivo o novostih pri oživljanju v slovenskem in angleškem jeziku. Gradivo je bilo razmnoženo in razdeljeno po vseh oddelkih in v elektronski obliki nameščeno v računalnike po odsekih Internega oddelka.

Da bi se čim večjemu številu zaposlenih predstavilo teoretične in praktične novosti pri oživljanju, so se zdravniki, ki sodelujejo v Svetu za reanimacijo pri Slovenskem združenju za urgentno medicino, odločili, da v letih 2006 in 2007 organizirajo tečaje temeljnih postopkov oživljanja in defibrilacije za medicinsko in nemedicinsko osebje Internega, Infekcijskega in Pljučnega oddelka SB NM.

Tečaji so potekali v majhnih skupinah, po največ 5 udeležencev, trajali so do 150 minut. Skupine udeležencev so bile oblikovane po posameznih oddelkih. Ocenjeno je bilo, da je potrebno osebje, ki dela skupaj, učiti v eni skupini, ker je oživljanje timsko delo. Pomemben dejavnik pri oblikovanju skupin je bilo tudi različno predznanje udeležencev tečajev. Udeležba na tečaju je bila prostovoljna. Tečaj na koncu ni imel formalnega testa.

Vsebina tečaja:

1. Pristop k nezavestnemu bolniku.
2. Ugotavljanje znakov življenja, pravilna sprostitve dihalne poti.
3. Klic pomoči, vključno s potrebo po defibrilatorju.
4. Izvajanje zunanje masaže srca.
5. Izvajanje umetnega dihanja s pripomočki, ki se uporabljajo v zdravstveni ustanovi.
6. Samostojno izvajanje masaže srca in umetnega dihanja.
7. Izvajanje masaže srca in umetnega dihanja v dvojicah.
8. Prepoznavanje motenj srčnega ritma, ki zahtevajo defibrilacijo.
9. Varna izvedba defibrilacije.

Omenjeni tečaj je uspešno zaključilo 63 medicinskih sester, 3 administratorke in receptor Internega oddelka SB NM.

24. marca 2007, 15. marca 2008 ter 25. oktobra 2008 je v prostorih internističnih ambulant Internega oddelka SB NM potekal tečaj začetnih postopkov oživljanja (ILS - Immediate Life Support Course), ki se ga je udeležilo 75 DMS z različnih oddelkov SB NM, 6 SMS/ZT z urgentnih ambulant in HD ter dve zdravnici. Interes za tečaj je bil velik. Problem pa je v pomanjkanju inštruktorjev reanimacije v SB NM in v pomanjkanju opreme za učenje.

Na omenjenem tečaju so tečajniki pridobili osnovna znanja in spretnosti za obravnavo bolnikov s srčnim zastojem do prihoda reanimacijske ekipe. Naučili so se biti člani reanimacijske ekipe. Učenje hitre in varne defibrilacije z ročnim in polavtomatskim defibrilatorjem je bil osnovni cilj tečaja. Obravnavane so bile motnje ritma pri srčnem zastojem ter ukrepanje po naj-novejših smernicah. Sproščena dihalna pot in predihavanje sta pomembna dejavnika uspešnosti oživljanja, zato so bili obravnavani temeljni postopki za oskrbo dihalne poti s pripomočki, ki so najpogostejše na voljo. Obravnavana so bila zdravila, ki jih potrebujemo v prvih minutah oživljanja. To znanje in spretnosti so temelj za uspešen pristop k bolniku v srčnem zastojem. Tečaj je temeljil na vajah in delavnicah. Čas za predavanja je bil skrajšan na minimum. Pred tečajem so vsi udeleženci dobili slovenski priročnik začetnih postopkov oživljanja.

Pri izvedbi tečaja so sodelovali zdravniki SB NM, vsi inštruktorji ERC ob pomoči zdravnikov inštruktorjev ERC iz Službe za nujno medicinsko pomoč Ljubljana. Na tečaju so bili udeleženci sprotno ocenjevani, zato končnega testa ni bilo. Skupna ugotovitev vseh inštruktorjev je bila, da so vsi udeleženci osvojili potrebna znanja in veščine tečaja začetnih postopkov oživljanja in so za uspešno opravljen tečaj prejeli potrdila.

Na koncu tečaja so bili zadovoljni vsi, inštruktorji s prikazanim znanjem, udeleženci so svoje zadovoljstvo izrazili v anketi.

S časom se znanje izgublja, zato imamo na vseh odsekih Internega oddelka razobešene tri plakate, in sicer:

1. na prvem plakatu so prikazani ukrepi, kako reagirati ob osebi, ki nenadoma izgubi zavest in TPO;
2. na drugem plakatu je prikazan univerzalni algoritem oživljanja;
3. na tretjem plakatu so prikazani TPO in uporaba avtomatskega defibrilatorja.

NAČRTI ZA PRIHODNOST

Glede na to, da je potrebno znanje o oživljanju ves čas obnavljati ter slediti novostim, so naši načrti za prihodnost naslednji:

- ureditev ustreznega prostora, kjer bodo potekali tečaji reanimacije in kjer bodo hranjeni vsi pripomočki za učenje;
- pripravniki (SMS/ZT, DMS ob nastopu pripravništva) dobijo brošuro TPO, ki jo po opravljenem strokovnem izpitu vrnejo;
- izvajanje 3-urnega tečaja TPO enkrat letno;
- udeležba SMS/ZT in DMS na ILS enkrat v licenčnem obdobju:
 - izvajanje pisnega in praktičnega preverjanja znanja (predtestna pola bo vsebovala 30 vprašanj, test po tečaju 15 vprašanj);
 - udeleženci prejmejo potrdilo o udeležbi na tečaju in uspešno opravljenem preizkusu;
 - vsem udeležencem se udeležba na tečaju prizna kot interno strokovno izobraževanje.

Človekova motivacija je ključni element pri vzpostavljanju ravnotežja na mnogih področjih in je gibalno napredka. Za napredek pa se moramo biti pripravljeni boriti in biti zanj motivirani.

Literatura

Literatura je na voljo pri avtoricah.

UVAJANJE TERAPIJE Z NEGATIVNIM POVRŠINSKIM PRITISKOM V KLINIČNO PRAKSO OSKRBE RAN NA ONKOLOŠKEM INŠTITUTU LJUBLJANA

Helena Uršič, Maja Vrhovnik, Marko Petje, Anamarija Šalehar

Povzetek

Na Onkološkem inštitutu Ljubljana redno uvajamo v klinično prakso nove metode dela. Lani junija smo pričeli s testiranjem terapije z negativnim površinskim pritiskom (NPP) pri oskrbi ran. Po začetnih uspehih smo terapijo z NPP začeli uporabljati redno pri oskrbi ran, za katere je indicirana. Do sedaj smo uporabili oba sistema za terapijo z NPP, ki sta na voljo v Sloveniji pri 31 ranah oziroma 22 različnih pacientih. Pri večini pacientov smo rane prevezovali dvakrat tedensko. Povprečno trajanje terapije z NPP je bilo tri tedne. Preveze smo ustrezno dokumentirali. Vodimo poseben register uporabe terapije z NPP. Uspehi so zaenkrat zadovoljivi.

Vpeljava terapije z NPP v klinično prakso je bila dober prikaz uspešnega sodelovanja različnih profilov zdravstvenih delavcev in različnih ustanov.

Ključne besede

terapija rane z negativnim površinskim pritiskom, kronične rane, pacienti s kroničnimi ranami na Onkološkem inštitutu Ljubljana

UVOD

Na Onkološkem inštitutu Ljubljana (OI) sledimo sodobnim trendom na vseh področjih oskrbe pacienta. Za zdravljenje in zdravstveno nego se trudimo uporabljati zdravila in pripomočke, ki so čimbolj učinkoviti, imajo kar najmanj negativnih stranskih učinkov za pacienta, ki skrajšujejo čas zdravljenja in hospitalizacije, potrebne zanj ter dvigujejo oziroma ohranjajo našim pacientom kvaliteto življenja.

Na OI se srečujemo z vedno več in vedno večjimi operativnimi posegi pri starejših pacientih, pri ogroženih pacientih in pri pacientih, ki so bili predoperativno zdravljeni s specifično onkološko terapijo, zato se rane težje in počasneje celijo.

TERAPIJA Z NEGATIVNIM POVRŠINSKIM PRITISKOM (NPP)

Negativni pritisk (NP) je pritisk nižji od običajnega atmosferskega pritiska. Začetki klinične uporabe NP sega že tisočletja nazaj.

Terapija z NPP je metoda zdravljenja ran, kjer na rano delujejo učinki negativnega pritiska. NPP dosežemo z izsesavanjem zraka iz področja rane. Priporočeni podtlak za zdravljenje ran je med 80 in 125mm Hg. S svojimi mehanizmi delovanja zmanjšuje oteklino tkiv, povečuje lokalni pretok krvi, spodbuja nastajanje novih žil, podpira izsesavanje odvečnega izločka iz rane in zmanjšuje bakterijsko breme v rani.

Z NPP dosežemo povečan lokalni pretok krvi, spodbujamo nastajanje granulacijskega tkiva, spodbujamo delitev celic, odstranjujemo topne zaviralce celjenja iz rane, zmanjšujemo bakterijsko obremenitev, približujemo robove rane in zagotavljamo vlažno okolje v rani.

NPP je primeren za oskrbo številnih različnih akutnih in kroničnih ran, kontraindiciran je pri malignih kožnih ranah, fistulah, neozdravljenih osteomielitidih, neprimeren je tudi za direktno namestitvev na žilne anastomoze.

ZAČETKI UPORABE NPP NA OI

Prvo namestitev sistema za terapijo z NPP smo izvedli 16. junija 2007 pri pacientu z več let trajajočo kronično rano po odstranitvi benigne ciste na desni goleni, tik pod kolenom. Pri gospodu so bile predhodno uporabljene vse ustrezne konzervativne in kirurške metode, ki so nam bile dostopne.

Fistula se je pri gospodu s pomočjo terapije z NPP skorajda povsem zaprla, napravljen je bil Tiersch-ev transplantat kože in gospod je zaenkrat brez težav.

STATISTIČNI PODATKI

Od 16. junija 2007 do 20. novembra 2008 smo uporabili zdravljenje ran z NPP na 31 ranah pri 22 pacientih, od tega 8 moških in 13 žensk. Povprečna starost pacientov je bila 53 let.

Vse rane so bile pooperativne. Od 31 ran je bilo 10 ran na trebuhu zaradi dehiscence in utesnitvenega sindroma, 4 na prsnem košu zaradi pooperativnih komplikacij po odstranitvi reber in prsne stene 2-krat, ena rana zaradi poznih posledic obsevanja (po 30 letih), 1 rana po vstavitvi goreteksa na mesto odstanjenih reber (zavrnitev tujka). 8 pacientov je imelo rane na okončinah, 1 na gluteusu, kjer se je rana kazala kot ekstravazacija, pri eni pacientki smo namestili sistem za NPP zaradi enteralne fistule na trebuhu (iztekanje črevesne vsebine) in pri 7 pacientih smo namestili NPP sistem na mesto kožnega presadka.

Najdaljši čas zdravljenja je bil 71 dni, najkrajši pa 4 dni. Povprečno smo NPP na trebuhu uporabljali 36 dni, na kožnem presadku pa povprečno 11,5 dni. Pri vseh pacientih se je terapija z NPP izkazala kot učinkovita, pri vsaj dveh pacientih (pri obeh je pooperativno prišlo do utesnitvenega sindroma črevesa) lahko trdimo, da smo jima z uporabo terapije z NPP rešili življenje.

ZAKJUČEK

Po začetni previdnosti se je terapija ran z NPP izkazala kot učinkovita in uporabna pri pacientih, ki jih obravnavamo na OI. Po testni uporabi je prešla v redno uporabo pri kroničnih ranah, ki se slabo celijo. Uspešno uporabljamo oba sistema za terapijo z NPP, ki sta trenutno na voljo v Sloveniji.

Pri uvajanju terapije z NPP v klinično prakso na OI se je izkazalo izredno sodelovanje med zdravniki, vsemi profili zaposlenih v zdravstveni negi in predstavnicami obeh podjetij, ki ponujajo materiale za terapijo z NPP v Sloveniji.

Literatura

Zbornik Acta Medica Croatia Vol 62 2008 Supplement 2 Zagreb, Zagreb, 2008

Smrke, D., M. e tal (ur) II. KONFERENCA O RANAH Z MEDNARODNO UDELEŽBO Portorož, 31. maj do 2. junija 2007 Ljubljana: Klinični oddelek za kirurške infekcije, Kirurška klinika, Klinični center Ljubljana, 2007

EVROPSKE SMERNICE ZA OSKRBO RAN V PRAKSI (prevod iz angleščine) 2. izdaja, p. natis Ljubljana: Društvo za oskrbo ran Slovenije, 2008

več avtorjev PRIPOROČILA ZA OSKRBO MALIGNIH KOŽNIH RAN Otočec 25.11.2005, Ljubljana: Društvo za oskrbo ran Slovenije, 2005

Smrke, D. (ur) 1. SIMPOZIJ O RANAH z mednarodno udeležbo Portorož, 2. in 3. junij 2006 ZBORNIK PREDAVANJ SODOBNI PRISTOPI K ZDRAVLJENJU AKUTNE IN KRONIČNE RANE, Ljubljana: Klinični oddelek za kirurške infekcije, Kirurška klinika, Klinični center Ljubljana, 2006

Vilar, V. (ur) ZBORNIK PREDAVANJ DRUŠTVA ZA OSKRBO RAN SLOVENIJE 2008 Ljubljana: Društvo za oskrbo ran Slovenije, 2008

Gavrilov, N., Trček, M. (ur) ZBORNIK PREDAVANJ ŠOLE ENTEROSTOMALNE TERAPIJE Ljubljana, 2006-2007, Ljubljana: Klinični center Ljubljana, Področje za zdravstveno nego, 2007

Filej B., Kersnič, P. (ur) ZDRAVSTVENA IN BABIŠKA NEGA-KAKOVOSTNA, UČINKOVITA IN VARNA: zbornik predavanj in posterjev 6. kongresa zdravstvene nege, Ljubljana, 10.-11. maj 2007 Ljubljana, ZZBNS-ZDMBZTS, 2007

PREDSTAVITEV PREDDIALIZNE EDUKACIJE V CENTRU ZA DIALIZO V SPLOŠNI BOLNIŠNICI NOVO MESTO

Marica Parapot, Sandra Blagojevič Štemberger

Povzetek

Nadomestno zdravljenje bolnika s končno odpovedjo ledvic omogoča bolniku izbiro med tremi oblikami zdravljenja. Vsaka ima prednosti in pomanjkljivosti, ki jih moramo upoštevati pri posameznem bolniku. Namen članka je predstaviti preddializno edukacijo v Centru za dializo Splošne bolnišnice Novo mesto, ki poteka od 13. decembra 2006. Z deskriptivno metodo je predstavljeno dvoletno delo. S formalnim izobraževanjem je moč pomagati bolniku in svojem priti do potrebnega znanja za lažje razumevanje bolezni in njenega zdravljenja ter aktivnega sodelovanja pri izbiri nadomestnega zdravljenja.

Ključne besede

kronična ledvična odpoved, preddializna edukacija, nadomestno zdravljenje

Uvod

Zdravstvena vzgoja na terciarni ravni pomeni skrb za ljudi, pri katerih je že prišlo do določene spremembe oziroma je zdravje že prizadeto. Ljudi želi usposobiti, da bodo znali preprečevati povrnitev bolezni oziroma kakovostno živeti z nastalo spremembo, kar pomeni, da je namenjena bolnikom, invalidom in njihovim svojcem. Gre za ukrepe za zmanjševanje ali odpravljanje dolgotrajnih okvar ali nesposobnosti, za učinkovito lajšanje trpljenja ter za izboljšanje bolnikove prilagodljivosti na zanj nezadovoljiva stanja.

Z zdravstveno vzgojo želimo posameznika usposobiti za polno, bogato življenje z osnovnim obolenjem. Ta vidik zdravstvene vzgoje obstaja že med zdravljenjem, ko želimo doseči bolnikovo sodelovanje. Posameznik mora biti v procesu zdravljenja subjekt, kar pomeni, da upoštevamo vse njegove posebnosti in lastnosti. Temu prilagodimo proces učenja, lažje dosežemo motivacijo, posledica pa je hitrejše okrevanje. Zmanjšane so tudi komplikacije. V procesu zdravljenja in rehabilitacije poteka delo zelo individualno. (Hoyer, 2005)

Kronična ledvična bolezen (KLB) je stanje, kjer pride zaradi različnih bolezni do napredujočega in nepopravljivega zmanjševanja delujočega ledvičnega tkiva, kar na koncu povzroči končno ledvično odpoved. KLB je (tabela 1):

A) okvara ledvic, ki traja več kot 3 mesece in je opredeljena kot funkcijska ali morfološka okvara z zmanjšanjem ali brez zmanjšanja glomerularne filtracije (GF) ter se kaže:

a) s patološkimi spremembami in/ali

b) pokazatelji ledvične prizadetosti v krvi, urinu ali s spremembami pri morfoloških diagnostičnih metodah.

B) znižana GF < 60 ml/min/1,73 m² več kot 3 mesece z ali brez okvare ledvic. (Malovrh, 2004)

Tabela 1. Stopnje kronične ledvične bolezni* in odstotek zastopanosti v ZDA**
(Dializno zdravljenje, 2004, str. 24)

STOPNJA	OPIS	GF (ml/min/1,73m ²)	% v ZDA
1	Okvara ledvic z normalno ali zvišano GF	> 90	3,3
2	Okvara ledvic z blago ↓ GF	60-89	3,0
3	Srednje ↓ GF	30-59	4,3
4	Močno ↓ GF	15-29	0,2
5	Ledvična odpoved	< 15 ali dializa	0,2

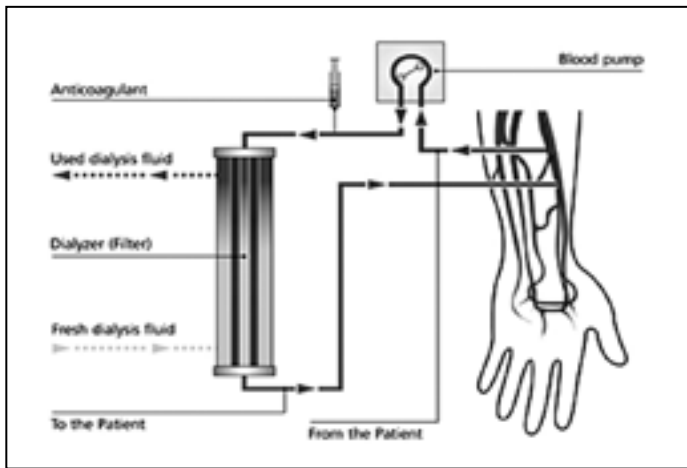
Posledica kronične ledvične odpovedi je:

1. moteno izločanje končnih produktov metabolizma (sečnina, kreatinin),
2. moteno uravnavanje elektrolitov (K⁺, Ca⁺⁺, P₀₄⁻),
3. moteno uravnavanje acidobaznega ravnotežja,
4. moteno uravnavanje vodnega ravnotežja,
5. motnje v izločanju hormonov (eritropoetin, aktivna oblika vitamina D). (Malovrh, 2004)

Danes obstajajo tri osnovne metode nadomestnega zdravljenja končne ledvične odpovedi: hemodializa (slika 1), peritonealna dializa (slika 2) in presaditev ledvice (slika 3). Te metode niso alternativne druga drugi, temveč ima vsaka prednosti in pomanjkljivosti, ki jih moramo upoštevati pri posameznem bolniku. V kolikor ni posebnih zadržkov za posamezno metodo, lahko končno odločitev prepustimo bolniku. Pomembno je, da je bolnik dovolj zgodaj in dovolj natančno seznanjen s svojo boleznijo in tudi s potekom bolezni ter tudi z vsemi možnimi oblikami nadomestnega zdravljenja. Ker lahko vplivamo na napredovanje KLB in kronične ledvične odpovedi in zaradi preprečevanja zapletov ter zaradi tega, da začnejo zgodaj spoznavati oblike nadomestnega zdravljenja, morajo bolnike s temi boleznimi dovolj zgodaj napotiti k nefrologu. Dokazano je, da se pri takšnem načinu močno zmanjša obolevnost in umrljivost bolnikov ter se poveča tudi preživetje pri nadomestnem zdravljenju. (Malovrh, 2004)

Slika 1: Shema hemodialize

(<http://www.fresenius.se/internet/fag/com/faginpub.nsf/Content/Hemodialysis>)



Preddializna edukacija v SB NM

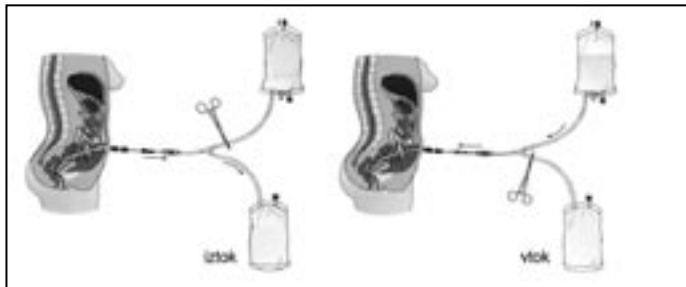
Od 13. decembra 2006 poteka v Splošni bolnišnici Novo mesto preddializna edukacija. Delo poteka v popoldanskem času. Prve podatke o bolniku dobi medicinska sestra od zdravnika nefrologa, ki spremlja zdravljenje bolnika v nefrološki ambulanti. Medicinska sestra povabi bolnika in svojce s pisnim vabilom na preddializno edukacijo.

Ob prvem skupinskem srečanju povzame negovalno anamnezo (negovalna dokumentacija še ni izdelana).

V prvi fazi nas zanimajo potrebe posameznika in/ali skupine. Podatke dobimo predvsem s pomočjo intervjuja. Iščeemo razlike med postavljenimi cilji (znanjem, spretnostmi in drugimi lastnostmi) in znanjem ter vzgojnimi kategorijami, ki jih odrasli že ima. V terciarni ravni je izjemno pomembno, da se bolnik nauči živeti z novo nastalo težavo. Pomembno je ugotoviti:

- kakšen je bil bolnikov način življenja pred boleznijo,
- kakšno je trenutno znanje o bolezni, pa tudi pretekle izkušnje,
- kaj pričakuje od programa zdravstvene vzgoje,
- kakšne so bolnikove osebne lastnosti, ki lahko vplivajo na potek zdravstvene vzgoje in zdravljenja. (Hoyer, 2005)

Slika 2: : Dvojne vrečke. Po spojitvi dvojne vrečke s katetrom sledi iztok, spiranje s 100 ml sveže raztopine in nato vtok.
(Dializno zdravljenje, 2004, str. 232)

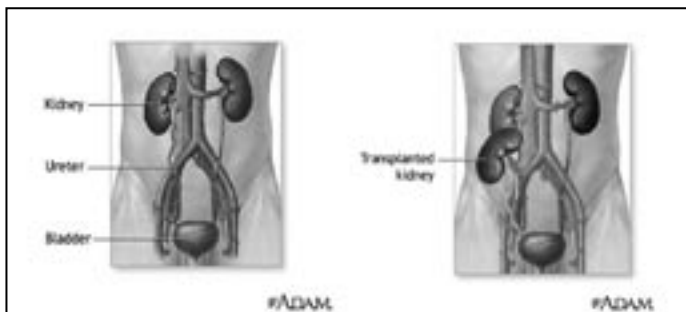


Nato se osredotočimo na predavanje, v katerem v power point projekciji predstavimo:

- anatomijo in fiziologijo ledvic,
- kaj je ledvična odpoved,
- vzroke, ki privedejo do končne ledvične odpovedi,
- predstavimo prednosti in slabosti nadomestnega zdravljenja odpovedi ledvic,
- pomen žilnega pristopa za hemodializno zdravljenje in čuvanje ven za konstrukcijo arterio-venske fistule.

Slika 3: Shema ledvic pred in po presaditvi

http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/presentations/100087_1.htm



Drugo srečanje vodi medicinska sestra, ki se ukvarja s prehranskim svetovanjem bolnikov na dializi. Bolniki dobijo osnovna navodila glede prehrane v predializnem obdobju. Poudarimo pomen prehrane kot sestavni del zdravljenja KLO. Seznanimo jih s pojmi:

- urejenost Ca in fosfata (pravilno jemanje fosfatnih vezalcev - princip delovanja),
- pomen K⁺ (primeren vnos),
- acidoza (pojem jemanja sode bikarbone),
- primeren vnos beljakovin (preprečevanje podhranjenosti),
- primeren vnos tekočin (samoopazovanje: edemi, težko dihanje),
- vrednotenje in razumevanje krvnih izvidov,

- anemije (pomen ESA in venoferja),
- pomen redne kontrole krvnega pritiska in telesne teže.

Tretje srečanje je namenjeno vsakemu posamezniku individualno. Bolnik in njegovi svojci lahko postavljajo medicinski sestri dodatna vprašanja in jih v pogovoru s pojasnjevanjem razrešujejo.

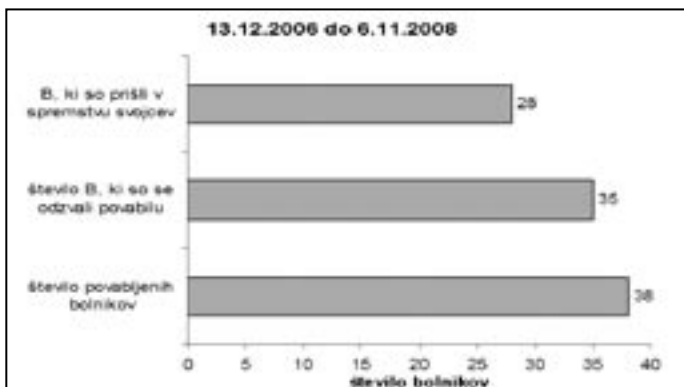
Bolniku predstavimo dializni center in možnost pogovora z bolniki, ki so že na nadomestnem zdravljenju.

Pri zdravstveni vzgoji bolnih so varovanci s svojimi izkušnjami in že osvojenim znanjem zelo pomemben vir znanja in izkušenj. Dajejo nam pomembne smernice za zdravstveno vzgojno delo, poleg tega so koristni pri uvajanju novih bolnikov v določene programe, kjer so predvsem glede motivacije lahko celo pomembnejši od vzgojitelja. S svojim zgledom in načinom življenja pokažejo več, kot še tako dober program zdravstvene vzgoje. (Hoyer, 2005)

Bolniki s KLO imajo možnost članstva v Društvu kroničnih ledvičnih bolnikov Dolenjske. Društvo med drugim ponuja možnost pomoči in informacij z brošuro Ledvični telefon.

Dokumentacije, ki vrednoti delo medicinskih sester, ki izvajajo zdravstveno vzgojo predializnih bolnikov v Splošni bolnišnici Novo mesto, ni na razpolago.

Slika 4. Predializna edukacija v dializnem centru Splošne bolnišnice Novo mesto, od 13.12.2006 do 6.11.2008



Razlogi bolnikov, zakaj se niso javili na predializno edukacijo so naslednji:

- bolnik je v času od prejetja povabila na predializno edukacijo že na zdravljenju s hemodializo;
- bolnik se zaradi slabih socialnih razmer in umske prizadetosti ni udeležil predializne edukacije. Ob prihodu na hemodializno zdravljenje smo z bolnikom težko komunicirali, potrebno je bilo sodelovanje socialne delavke in patronažne medicinske sestre;
- bolnik se ni odzval povabilu na predializno edukacijo. Razlog je neznan (predstavniki marginalne družbene skupine ljudi).

Slika 5: Prikaz bolnikov z/brez žilnega pristopa v času predializne edukacije



Arterio venska fistula je »zlati standard« žilnega pristopa za zdravljenje s hemodializo. Danes je še vedno prevelik delež bolnikov, ki začnajo nadomestno zdravljenje s kronično hemodializo prek centralnih venskih katetrov.

Čuvanje ven je potrebno pri vseh bolnikih z ugotovljeno KLB, posebno pri tistih, kjer je istočasno že znižana GF in to ne glede na kasneje izbrano obliko nadomestnega zdravljenja. Bolniki, ki jih zdravimo s HD, bodo s trajanjem zdravljenja predvidoma potrebovali nove žilne pristope. Pri bolnikih na CAPD lahko ta metoda postane neučinkovita in je potrebno začeti s HD. Enako velja tudi za bolnike s presajeno ledvico. Osnovni principi čuvanja ven so:

- ni dovoljeno punktiranje ven od zapestij navzgor na obeh zgornjih okončinah;
- v primeru, da so punkcije nujne, naj bi se te opravile na dominantni okončini oziroma je treba mesta punktiranja spreminjati, ker to zmanjša trombozo vene;
- centralni venski katetri se ne smejo uvajati prek ven v komolcu, temveč prek jugularne vene in le izjemoma, kadar drugače ni mogoče, prek subklavijske vene;
- ko je bolniku treba dati koncentrirane raztopine, ki bi lahko poškodovale žilno steno, je priporočljiva uporaba femoralnih ven.

Ker je zdravstveno osebje velikokrat težko prepričati, da bi izvajali ta priporočila, so potrebni tudi izobraževalni programi za osebje in bolnike. (Malovrh, 2004)

Razprava/Sklep

Namen predializne edukacije je pravočasno nuditi informacije, ki bi jih moral bolnik vedeti o svoji bolezni in o bodočem zdravljenju. S tem omogočimo bolniku lažje sodelovanje pri nadomestnem zdravljenju. Nadomestno zdravljenje traja vse bolnikovo življenje in vpliva na njegovo psihofizično in socialno okolje.

Zgodnje odkrivanje KLB pomeni tudi pravočasno in skrbno vodenje bolnikov s KLB, kar v začetni fazi prepreči napredovanje KLB, v kasnejši fazi pa upočasnjuje napredovanje kronične ledvične odpovedi in prizadetost ostalih organov, predvsem srčnožilnega in centralnoživčnega

sistema, katerih prizadetost sta sicer glavna vzroka za večjo umrljivost bolnikov s končno ledvično odpovedjo. Najboljši učinek na potek KLB ima normalizacija krvnega tlaka in zmanjševanje proteinurije. V napredovani fazi ledvičnega odpovedovanja pa z zdravljenjem posledic odpovedovanja ledvične funkcije močno zmanjšamo kasnejše zaplete. Pravočasna priprava bolnikov na eno od nadomestnih oblik zdravljenja končne ledvične odpovedi tudi zmanjša kasnejše zaplete. (Malovrh, 2004)

V slabih dveh letih načrtovanega delovanja predializne edukacije v našem dializnem centru se je od 39 bolnikov povabilu na edukacijo odzvalo 36 bolnikov, kar kaže na motiviranost bolnikov za pridobivanje informacij, kljub morebitnemu zanikanju bolezni. Več kot polovica bolnikov pride v spremstvu svojcev.

Smiseln je zdravstvenovzgojni pristop k bolniku še pred konstrukcijo AV-fistule, ko se bolnik še odloča o načinu nadomestnega zdravljenja (HD ali PD), po predhodni oceni nefrologa v nefrološki ambulanti in če zdravstveno stanje bolniku dopušča izbiro nadomestnega zdravljenja.

Po zadnjih priporočilih evropskih algoritmov naj bi bila odločitev o obliki nadomestnega zdravljenja sprejeta pri znižanju glomerulne filtracije (GF) na 25-20 ml/min. Pri bolnikih, določenih za HD in GF manj kot 20 ml/min, mora biti napravljen načrt za konstrukcijo žilnega pristopa vsaj šest mesecev pred predvidenim začetkom HD. Pri bolnikih, ki se odločijo za CAPD ali za zgodnjo presaditev, konstrukcija žilnega pristopa ni smiselna. (Malovrh, 2004)

Literatura

Hoyer, S (2005). Pristopi in metode v zdravstveni vzgoji. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo, 7-97.

Malovrh, M (2004). Kronična ledvična odpoved. V: Ponikvar, R, Buturovič Ponikvar, J (ur.). Dializno zdravljenje. Ljubljana: Klinični oddelek za nefrologijo, Interna klinika, Klinični center, 23-29.

Malovrh, M (2004). Pristop k bolniku pred konstrukcijo arteriovenske fistule. V: Ponikvar R, Buturovič Ponikvar J (ur.). Dializno zdravljenje. Ljubljana: Klinični oddelek za nefrologijo, Interna klinika, Klinični center, 173-4.

Slike:

(<http://www.fresenius.se/internet/fag/com/faginpub.nsf/Content/Hemodialysis>)

Ponikvar, R, Buturovič Ponikvar, J (ur.). Dializno zdravljenje. Ljubljana: Klinični oddelek za nefrologijo, Interna klinika, Klinični center, 232.

http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/presentations/100087_1.htm

PREHRANSKO SVETOVANJE BOLNIKOM NA DIALIZI

Bernarda Bobič, Helena Kosar

Povzetek

Prehransko svetovanje in zdravstvena vzgoja sta izredno pomembna in neločljiva vidika zdravstvene oskrbe ledvičnih bolnikov. Vsakega bolnika moramo obravnavati individualno in ga naučiti, kako z dobro, načrtovano in zdravo prehrano preprečimo nastanek zapletov, kot so hiperkalijemija, hiperfosfatemija, prekomeren vnos tekočin med dvema dializama ter slaba prehranjenost. S svetovanjem pričnemo že v predializnem obdobju in ga nadaljujemo v čas dializnega zdravljenja. Pomembno je, da nam bolniki zaupajo, da izberemo pravi trenutek in miren prostor za edukacijo. Le tako bo bolnik prišel na pogovor s pozitivnimi pričakovanji in bo motiviran za pridobitev novega znanja. Najprej moramo opraviti prehransko anamnezo, kjer bolnika spoznamo. Izvedemo antropološke meritve, pregledamo krvne izvide in nato skupaj s pacientom postavimo prehranske cilje. Načrtovanje dietne prehrane mora biti čim bolj enostavno, razumljivo, navodila pa morajo biti jasna in nedvoumna. Bolniku zagotovimo zdravstveno-vzgojni material v obliki brošur, zloženk. Pomembna je tudi reedukacija, predvsem pri novo vključenih pacientih, kakor tudi pri vseh, kjer ugotavljamo visoke prinose teže in odstopanja od zaželenih vrednosti krvnih izvidov. Vsako prehransko edukacijo zaključimo z vrednotenjem in vsakega uspeha se veselimo skupaj z bolnikom.

Ključne besede

prehrana, zdravstvena vzgoja, individualna obravnava, metoda ledvičnih izbir, primerna hrana, prehranjenost

Pri načrtovanju in svetovanju prehrane ledvičnih bolnikov naletimo na številne probleme. Srečamo se z bolniki, ki imajo različne prehranske navade, različen socio-ekonomski položaj ter različna dodatna obolenja. Nujno je potrebno upoštevati starost bolnikov, vrsto nadomestnega zdravljenja ter morebitno prisotnost sladkorne bolezni.

Vsakega bolnika moramo obravnavati individualno. Že v predializnem obdobju izvajamo prehransko edukacijo, predvsem s predavanji, kamor vključimo manjše število bolnikov. Pomembno je, da v prehransko edukacijo pritegnemo tudi svojce, razen v primeru, ko bolnik tega ne želi. Edukacija se nadaljuje v čas dializnega zdravljenja (hemodializa, peritonealna

dializa) predvsem z individualnimi pogovori. Redno izvajamo reedukacijo v prvih mesecih dializnega zdravljenja in vedno, kadar opazamo spremembe zdravstvenega stanja in huda odstopanja od zastavljenih ciljev. Zdravstveno in vzgojno delujemo tudi pred prazniki, ko so mize obložene z dobro hrano ter pri vseh bolnikih, ki nas sami poiščejo in zaprosijo za pogovor.

Z bolnikom najprej opravimo prehransko anamnezo:

- spoznamo bolnika,
- ugotovimo, kakšno je njegovo zdravstveno stanje,
- ugotovimo prehranske navade,
- ugotovimo, koliko in ali sploh pozna ledvično dieto,
- ugotovimo, koliko se je zmožen in ali se želi naučiti o prehrani,
- ugotovimo, ali mu je družina v pomoč.

Izvedemo antropološke meritve. Izmerimo telesno višino ter predvideno (suho) težo pacienta. Izračunamo indeks telesne mase ter idealno telesno težo, glede na tip osteomuskularne gradnje. Pregledamo krvne izide, saj mu lahko le tako svetujemo, katera živila naj uživa in kako naj si jih razporedi. Zanima nas vrednost albuminov, ki so pokazatelji prehranjenosti bolnika, vrednost kalija, fosfata ter kalcija.

Skupaj z bolnikom zastavimo cilje, ki morajo biti realni in nam dosegljivi.

- bolniku bo zagotovljen priporočen vnos energije (35 kcal/kg ITM).

Potrebno je zagotoviti primerno doseganje energijskega vnosa, da preprečimo nedohranjenost. Zadosten energijski vnos bo zagotovil optimalno telesno težo in primerno odpornost;

- bolniku bo zagotovljen priporočen vnos beljakovin (1.2 g/kg ITM).

S tem bomo preprečili slabo prehranjenost. Dializne izgube beljakovin ocenjujejo na približno 10-12g na eno hemodializo, obstaja pa tudi precej podatkov, ki kažejo, da mnogo bolnikov zaužije premalo beljakovin < 1,0 g/kg ITM;

- bolnik bo sposoben vzdrževati sprejemljive vrednosti serumskih fosfatov (vnos < 1400 mg/dan).

To dosežemo s pravilno prehrano in z ustrezno uporabo fosfatnih vezalcev. Zdrave ledvice imajo ključno vlogo pri uravnavanju serumskih ravni fosfata in kalcija. Neustrezno nadzovanje koncentracije kalcija in fosfata lahko povzroči osteodistrofijo. Bolnika je potrebno poučiti o pravilnem jemanju fosfatnih vezalcev. Fosfatni vezalci vežejo nase fosfor, ki ga bolniki zaužijejo s hrano ter ga nato neprebavljenega izločijo z blatom. Poznamo različne fosfatne vezalce:

- aluminijev hidroksid, ki ga poznamo pod imenom Aludrox. Ob dolgotrajni uporabi lahko privede do odlaganja aluminija v različna tkiva (možgane, kosti, mišice, kostni mozeg) in jih okvari;

- kalcijev karbonat: nekoliko slabše veže fosfor kot Aludrox in lahko poveča koncentracijo kalcija v krvi;
- Renagel ne vsebuje aluminija in kalcija, vendar je tudi slabši vezalec, zato so potrebne visoke doze oziroma kombinacija z drugimi fosfatnimi vezalci. Zniža pa tudi koncentracijo holesterola, ki je pri bolnikih s kronično ledvično boleznijo pogost.

Fosfatne vezalce bolniki vedno uživajo skupaj s hrano, posebnost je Aludrox, ki ga morajo pacienti vzeti 20 min. pred obrokom.

V kolikor boleznj ne uspejo obvladati z dieto in fosfatnimi vezalci, se lahko odločijo za operativno odstranitev obščitniških žlez. To uporabijo v skrajnosti, in sicer ko je prisoten visok nivo PTH kljub zdravljenju, stalno visok nivo Ca in P, kalcifikacija mehkih tkiv, drobnih žil in podkožja, neobvladljiv srbež kože.

- Bolnik bo vzdrževal sprejemljive serumske ravni kalija (2000 mg/dan).

Zdrave ledvice imajo pri uravnavanju serumskih ravni kalija ključno nalogo. Za hemodializne bolnike je nadzor kalija v prehrani pomemben za preprečevanje hiperkaliemije, ki je lahko vzrok življenjsko ogrožujočih motenj ritma (bradikardija). Bolnika naučimo skrbeti za redno odvajanje blata, saj zaprtje pripomore h hiperkaliemiji. Diareja pa nasprotno povzroča izgubo kalija. Bolnike poučimo, katera živila vsebujejo visoko raven kalija. Naučimo jih tudi pravilne priprave hrane, saj vemo, da se kalij izplavlja v vodo. Zaželeno je kuhanje v veliki količini vode ter predhodno namakanje teh živil. Paciente poučimo, da pri pečenju beljakevine zakrknejo, napravi se skorjica, ki prepreči izgubo kalija. Med pečenjem nekaj vode izpari. Masa pečenega živila se zmanjša, količina kalija pa je enaka kot pred začetkom pečenja.

- Bolnik bo nadzoroval vnos natrija s hrano in vnos tekočin (2000 mg natrija/dan).

Zdrave ledvice pomagajo pri vzdrževanju normalne osmolarnosti in volumna telesnih tekočin. Hipertenzija je pri dializnih bolnikih povezana z velikim prinosom tekočin med dvema dializama in čezmernim zadrževanjem le-te. Ta poveča nevarnost za srčno-žilne zaplete in umrljivost. Primarni sredstvi za uravnavanje ravnovesja tekočin sta nadzor vnosa tekočin s prehrano in odstranjevanje tekočin z dializo. Seveda pa odstranjevanje velikih količin tekočine med hemodializo prispeva k hipotenziji, krčem. Bolnikom svetujemo največjo pridobitev telesne mase med dializama za 3-4% suhe telesne mase. Bolniku svetujemo, da si izmerijo dnevno diurezo. Izmerjeni količini lahko preštejejo 500 ml tekočine. Zavedati se morajo, da je tekočina vsa hrana, ki je pri sobni temperaturi tekoča. Naučiti jih moramo, kako lajšati žejo. Izmerjeno dovoljeno dnevno tekočino naj si razporedijo skozi ves dan. Pomagajo naj si z lizanjem kislih bonbonov, s sesanjem ledenih kock, z žvečenjem žvečilnih gumijev.

Potrebno pa je tudi omejiti natrij. Največ ga je v kuhinjski soli. Natrij nase veže vodo, zato pride do žeje, posledično do porasta teže, s tem pa do obremenitve srca in ožilja.

- Bolnik bo imel zadosten vnos vitaminov in mineralov ter bo prejemal dodatke, če jih potrebuje.

Pomanjkanje apetita, kombinirana stanja in terapevtske omejitve prehrane imajo za posledico manj okusno hrano. S tem lahko pride do nezadostnega vnosa vitaminov in mineralov. Vo-

dotopni vitamini se odstranjujejo med hemodializo. Temu učinku sicer nasprotuje zmanjšana izguba z urinom. Analoge vit. D po potrebi predpisujejo za zdravljenje ledvične osteodistrofije (Rocaltrol, Zemplar). Spremljanje in dodajanje železa ter folata sta potrebna pri nadzoru anemije. Ker je v vsakodnevni prehrani zelo omejena izbira živil, predvsem sadja in zelenjave, je velikokrat potrebno uživati pripravke z vitamini in minerali, ki jih vedno predpiše zdravnik (Carenal).

- Bolnik bo imel urejen nivo serumskih maščob (holesterol in trigliceridi).

Pri bolezni ledvic se pogosto pojavijo spremembe v serumskih maščobah, ki so povečane, kar ima za posledico aterosklerozo. Svetujemo vnos maščob približno 30 % celotne energije, pri čemer omejimo uporabo nasičenih maščob in holesterola. Za pripravo živil svetujemo uporabo maščob rastlinskega izvora (oljčno olje, repično olje, bučno olje, sončnično olje).

Za izvajanje prehranske edukacije potrebujemo miren prostor. Pomembno je, da izberemo pravi trenutek, kar nikakor ni čas izvajanja dialize. Raziskave kažejo, da je učna sposobnost pacientov takrat zmanjšana. Zaželeno je, da v prehransko edukacijo vključimo tudi svojce, saj so lahko bolnikom v veliko pomoč. Vsa navodila, ki jih posredujemo bolnikom, naj bodo razumljiva, jasna in enostavna, saj imamo večinoma opravka s starejšo populacijo. Vedno odgovarjamo na vsa zastavljena vprašanja, vse dileme poskušamo rešiti skupaj. Na voljo imamo veliko zdravstveno-vzgojnega materiala, ki ga vedno ponudimo bolnikom. To so različne brošure, zloženke. Vsak bolnik mora doma imeti preglednico živil, kjer izve podatek, koliko energije, beljakovin, maščob, kalija, fosfata in natrija se nahaja v njem. Bolnike naučimo načrtovanja vsakodnevne prehrane s pomočjo metode ledvičnih izbir. Vsa živila so razporejena v sedem osnovnih skupin, ki se medsebojno razlikujejo po energijski vrednosti, osebni beljakovin, kalija in fosforja. Za odmerjanje količine živil se uporabljajo priročne domače mere (lončki, velike/male žlice, velikost dlani, velikost škatlice vžigalic). Tehtanje je smiselno samo občasno, za pridobitev boljšega občutka za količino.

Vrednotimo vedno skupaj z bolnikom. Bolnik ki je vključen v proces prehranske edukacije, je dobro informiran in motiviran za doseganje ciljev, ki smo jih zastavili skupaj. Bolnik ima željo po znanju in se ob besedi dieta ne ustraši in pomisli, kje ga je polomil. Na pogovor pride vedoželjen in s pozitivnimi pričakovanji.

Pravilna prehrana ledvičnih pacientov je zelo pomemben del zdravljenja. Počutje bolnikov bo v veliki meri odvisno ne le od učinkovitosti dialize, temveč tudi od tega, kako natančni bodo pri upoštevanju napotkov pravilnega prehranjevanja.

Lepo se je izrazil Toni Gašperič, ki je dejal: »Kavelj je v tem, da lahko goljufaš vsakogar, da lahko naplahtaš kogar koli, kadarkoli in kjerkoli. Le sebe ne! Svojega duha in telesa ne. Nikoli!«

Literatura

Lavrinc, J. Načrtovanje prehrane za ledvične bolnike. Ljubljana, 2005.

Zbornica zdravstvene nege Slovenije. Sekcija medicinskih sester za področje nefrologije, dialize in transplantacije. Funkcionalno izobraževanje z učnimi delavnicami. Celje, 2004.

Evropska zveza za zdravstveno nego ledvičnih bolnikov. Evropske smernice za prehranjevanje odraslih bolnikov z ledvičnim obolenjem.

PACIENTOVE PRAVICE KOT ELEMENT KAKOVOSTI ZDRAVSTVENE OSKRBE

Vesna Prijatelj

Povzetek

Kakovost zdravstvene oskrbe z vidika uporabnika zdravstvenih storitev temelji na dobri komunikaciji, koordinaciji izvajanja zdravstvene oskrbe, nepretrganosti obravnave, spoštovanju pacientovih pravic in zagotavljanju varnosti. Izvajalci zdravstvenih storitev lahko z upoštevanjem pacientovih pravic in etike zdravstvene oskrbe pomembno vplivajo na izide zdravljenja.

Februarja leta 2008 je država Slovenija sprejela Zakon o pacientovih pravicah za celovito regulacijo tega področja. Zakon je prinesel vsebinsko dopolnitev in razširitev kataloga pacientovih pravic. Njegov temeljni cilj je preprečevanje kršitev oziroma sporov med pacienti in zdravstvenim osebjem ter urejen postopkovni način varstva pacientovih pravic, kar bo pripomoglo k učinkovitemu obravnavanju kršitev ali sporov. Pomembne novosti so zlasti na področju doslednega spoštovanja pacientove avtonomije: pravica do odločanja o sebi. Nadalje težnja za zagotavljanje kakovostne, primerne in varne zdravstvene oskrbe, prizadevanje za čim večjo stopnjo obveščenosti in sodelovanje pacientov, varstva enakopravnosti, varstva zasebnosti in osebnih podatkov. Na novo je oblikovan sistem razreševanja kršitev pacientovih pravic, ki jih bodo obravnavali pri izvajalcih zdravstvenih storitev in pred Komisijo RS za varstvo pacientovih pravic. V postopkih razreševanja sporov imajo pomembno vlogo zastopniki pacientovih pravic. Urejen sistem pritožbenih poti naj bi prinesel na eni strani zaščito pravic in interesov pacientov, na drugi pa tudi zaščito zdravnika in njegovih sodelavcev.

Ključne besede

pacientove pravice, kakovost, zdravstvena oskrba

1. UVOD

Temeljni pravici pacienta sta kakovostna in varna zdravstvena obravnava, ki zagotavlja samospoštovanje pacienta, njegovih kulturnih, psihosocialnih in duhovnih vrednot. Vse ostale pravice izhajajo iz teh dveh temeljnih pravic. Kakovostna zdravstvena obravnava pomeni dosledno uporabo postopkov, ki so primerljivi z dokazanamo najvišjimi strokovnimi standar-

di ali z najboljšimi praksami ob upoštevanju naslednjih načel kakovosti: uspešnost, varnost, pravočasnost, učinkovitost, enakost in osredotočenost na bolnika.

Kakovost zdravstvene oskrbe z vidika pacienta pa temelji na dobri komunikaciji, koordinaciji izvajanja zdravstvene oskrbe, nepretrganosti obravnave, spoštovanju pacientovih pravic in zagotavljanju varnosti. Izvajalci zdravstvenih storitev z upoštevanjem pacientovih pravic in etike zdravstvene oskrbe lahko pomembno vplivajo na izide zdravljenja.

2. LUKSEMBURŠKA DEKLARACIJA O VARNOSTI BOLNIKA

Deklaracija je bila sprejeta ob zaključku konference, ki je potekala v Luksemburgu aprila 2005 pod okriljem Evropske komisije in v sodelovanju s Stalnim odborom evropskih zdravnikov in drugih partnerjev v zdravstvenem varstvu. V deklaraciji je zapisano: Dostop do kakovostne zdravstvene oskrbe je osnovna človekova pravica, ki jo priznavajo in spoštujejo Evropska unija, vse njene institucije in državljani Evrope. Skladno s tem dejstvom imajo bolniki pravico pričakovati, da bo ves trud vložen v zagotovitev njihove varnosti kot uporabnika vseh zdravstvenih storitev. (Kalčina, L., Močnik Drnovšek, V., 2005)

Osredotočenje na bolnikovo varnost vodi k zmanjševanju stroškov obravnave bolnikov, izpostavljenih neželenim dogodkom, kar posledično vodi v ustrežnejšo izrabo finančnih virov. Dodatni prihranek je lahko tudi pri zmanjševanju stroškov, povezanih s pritožbami bolnikov in zahtevami po odškodnini. Najpomembnejše pa je, da varnost bolnikov pripomore k rasti kakovosti življenja.

3. ZAKON O PACIENTOVIH PRAVICAH V RS

Februarja 2008 je država Slovenija sprejela Zakon o pacientovih pravicah za celovito regulacijo tega področja. Zakon o pacientovih pravicah je pomembna novost v sistemu zdravstvenega varstva Republike Slovenije. Z njim se izpolnjuje večletno prizadevanje za izboljšanje razmer glede varovanja in uresničevanja temeljnih pravic pacientov. Z zakonom Slovenija sledi desetim državam članicam Evropske unije ter dvema državam nečlanicama, Norveški in Islandiji, ki so takšne ali podobne zakone že sprejele. Zakon uresničuje in razširja vrsto ustavno priznanih pravic, s čimer zagotavlja obstoječemu sistemu zdravstvenega varstva bistveno višjo kakovost, zlasti pa postavlja paciente v ugodnejši položaj nasproti izvajalcem zdravstvenih storitev v javnem in zasebnem sektorju. (Ministrstvo za zdravje, 2008)

Pravice, ki jih ureja Zakon o pacientovih pravicah, niso pravice, ki izvirajo iz obveznega ali prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, pač pa gre za t.i. univerzalne pravice, ki jih ima vsak uporabnik zdravstvenih storitev in se dotikajo zlasti spoštovanja samostojnosti pacienta pri odločanju o lastni zdravstveni oskrbi, zasebnosti, varstvu osebnih podatkov, enakopravnosti in varnosti, varstva največje zdravstvene koristi pacienta in zagotavljanja obveščenosti. (Ministrstvo za zdravje, 2008)

3.1 Pacientove pravice

Pacientove pravice, ki jih ureja ta zakon, so: (Zakon o pacientovih pravicah, 2008)

1. pravica do dostopa do zdravstvene oskrbe in zagotavljanja preventivnih storitev,
2. pravica do enakopravnega dostopa in obravnave pri zdravstveni oskrbi,
3. pravica do proste izbire zdravnika in izvajalca zdravstvenih storitev,
4. pravica do primerne, kakovostne in varne zdravstvene oskrbe,
5. pravica do spoštovanja pacientovega časa,
6. pravica do obveščenosti in sodelovanja,
7. pravica do samostojnega odločanja o zdravljenju,
8. pravica do upoštevanja vnaprej izražene volje,
9. pravica do preprečevanja in lajšanja trpljenja,
10. pravica do drugega mnenja,
11. pravica do seznanitve z zdravstveno dokumentacijo,
12. pravica do varstva zasebnosti in varstva osebnih podatkov,
13. pravica do obravnave kršitev pacientovih pravic ter
14. pravica do brezplačne pomoči pri uresničevanju pacientovih pravic.

Zakon je prinesel vsebinsko dopolnitev in razširitev kataloga pacientovih pravic. Temeljni cilj je preprečevanje kršitev oziroma sporov med pacienti in zdravstvenim osebjem, urejenost postopkov glede varstva pacientovih pravic, kar bo pripomoglo k učinkovitemu razreševanju kršitev oziroma sporov. Pomembne novosti so zlasti na področju doslednega spoštovanja pacientove avtonomije (pravice do odločanja o sebi), težnje po zagotavljanju kakovostne, primerne in varne zdravstvene oskrbe, prizadevanja za doseganje čim večje stopnje obveščenosti in sodelovanja pacientov, varstva enakopravnosti, varstva zasebnosti in osebnih podatkov. Na novo je oblikovan sistem reševanja kršitev pacientovih pravic, ki se bodo obravnavale pri izvajalcih zdravstvenih storitev in pred Komisijo RS za varstvo pacientovih pravic. V postopkih reševanja sporov imajo pomembno vlogo zastopniki pacientovih pravic. Urejen sistem pritožbenih poti naj bi prinesel na eni strani zaščito pravic in interesov pacientov, na drugi pa tudi zaščito zdravnika in njegovih sodelavcev, če so neupravičeno obtoženi.

3.2 Pacientove dolžnosti

Zakon o pacientovih pravicah opredeljuje tudi pacientove dolžnosti, ki so predvsem v tem, da aktivno sodeluje pri varovanju in krepitvi svojega zdravja ter v procesu zdravljenja, da posreduje vse potrebne in resnične informacije o svojem zdravstvenem stanju, da je njegov odnos do drugih pacientov in zdravstvenih delavcev obziren in spoštljiv ter da upošteva urnike.

4. VLOGA PACIENTOV PRI ODLOČANJU V ZDRAVSTVENEM SISTEMU

Vprašanje sodelovanja državljanov/pacientov je relativno novo. Terminologija in koncepti še niso jasno postavljeni. Glavne težave izhajajo iz dejstva, da so lahko posamezniki različno vključeni, odvisno od vloge, ki jo imajo v skupnosti: kot državljani, volivci, potrošniki, zavarovanci, uporabniki zdravstvenih storitev, pacienti. Sodelovanje se tako lahko kaže v različnih oblikah, odvisno od tipa vloge, polja intervencije ali nivoja zahtevane vključitve.

Koncept sodelovanja državljanov in pacientov pri odločanju se razvija na vseh ravneh družbe z namenom, da bi zdravstvene storitve bolj ustrezale potrebam uporabnikov in bile bolj demokratične. Pacienti in državljani so bolj zahtevni kar zadeva izpolnjevanje njihovih izbir in kakovost zdravstvene oskrbe. Vedno več ljudi se zaveda potrebe po boljši obveščenosti. Kriza v financiranju zdravstvenega sistema je prisilila vlade k uvajanju reform s

ciljem zmanjševanja stroškov in povečanja učinkovitosti sistema, vendar pa do pred kratkim pri tem niso ustrezno upoštevale pacientovih potreb. Čeprav je "na pacienta osredotočena oskrba" postala značilna fraza, se ni vedno izvajala.

Nedavne spremembe v konceptu pacientovih pravic so se pojavile v državah, kot so Švica, Nizozemska in Velika Britanija. Novost ni v dodatnih ukrepih, temveč v drugačnem videnju in razumevanju odnosov med pacienti in strukturami zdravstvenega varstva: prednost dajejo vzdrževanju dobrih osebnih odnosov med pacienti in zdravstvenim osebjem, izogibajo se paternalističnim pristopom zdravstvenih delavcev (paternalizem: nadzorovanje, vladanje ljudem, pri katerem je poskrbljeno za potrebe ljudi, od njih pa se ne pričakuje nobene odgovornosti), kakor tudi proceduralnim in prekomerno pravniškim pogledom pacientov, ki dopuščajo ekonomske pritiske na pacientove pravice, poudarjajo potrebo po večjemu obsegu javne razprave o političnih in etičnih vprašanjih, kot je na primer pravica do dostojanstvene smrti.

Priporočilo Odbora ministrov Sveta Evrope Rec (2000)5 o oblikovanju struktur za sodelovanje državljanov in pacientov v postopku odločanja v zdravstvu navaja pomen ozaveščanja državljanov o njihovi vlogi pri izboljšanju delovanja sistema zdravstvenega varstva in hkrati predlaga metode, ki bi omogočile vključevanje državljanov in pacientov v procese odločanja. Poziva vlade, naj spodbujajo sodelovanje državljanov in pacientov pri vseh vprašanjih in na vseh ravneh delovanja sistema zdravstvenega varstva, tako da vzpostavijo strukture in politiko, ki podpirajo sodelovanje državljanov in udejanjanje pacientovih pravic v praksi (Kalčina, L., Močnik Drnovšek, V., 2005).

5. SKLEP

Pacientove pravice predstavljajo poseben sklop človekovih pravic in svoboščin, kjer je zdravje posebna vrednota. So tema, ki se dotakne mnogih področij države, politike, zdravstvene blagajne, nevladnih in stanovskih organizacij, drugih interesnih skupin in seveda pacientov samih. Vsi državljani smo lahko v vlogi pacienta. Pomembno je, da smo informirani o možnosti izbiranja in odločanja ter o pravicah in dolžnostih. Spoštovanje pacientovih pravic,

zagotavljanje varnosti, informiranost in dobra komunikacija pomembno vplivajo na izide zdravstvene oskrbe v smislu kakovosti in učinkovitosti.

Literatura in viri

Pacientove pravice (ur. Kalčina, L., Močnik Drnovšek, V.) Ljubljana: Informacijsko dokumentacijski center Sveta Evrope, 2005.

Ministrstvo za zdravje. Kaj vam prinaša Zakon o pacientovih pravicah? http://www.mz.gov.si/si/zakonodaja_in_dokumenti/veljavni_predpisi/pacientove_pravice/ (10.09.2008)

Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP). Ur.l. RS, št. 15/2008.

POJASNILNA DOLŽNOST

Zdenka Kralj

UVOD

Pojasnilna dolžnost je zdravnikova etična in zakonska obveza. Pojasnilna dolžnost obvezuje zdravnika, da bolnika pred katerimkoli zdravstvenim posegom seznaniti z diagnozo, potekom zdravljenja in različnimi možnimi načini zdravljenja ter posledicami, do katerih lahko pride med zdravljenjem. Pojasnilo zahteva individualen pristop do bolnika, saj mora zdravnik upoštevati, da bolnik nima posebnega znanja o svoji bolezni in poteku zdravljenja, hkrati pa mora upoštevati njegovo psihofizično stanje, izobrazbo.

PREGLED PRAVNIH PREDPISOV

Ustava Republike Slovenije (URS) (Uradni list RS/1, št. 33/91 in Uradni list RS, št. 42/97, 66/00, 24/03, 69/04 in 68/06) v 51. členu ureja pravico do zdravstvenega varstva, v skladu s katero ima vsakdo pravico do zdravstvenega varstva pod pogoji, ki jih določa zakon. 3. odstavek istega člena določa, da ni nikogar mogoče prisiliti k zdravljenju, razen v primerih, ki jih določa zakon.

Pojasnilno dolžnost so pred sprejetjem Zakona o pacientovih pravicah (ZPacP) (Uradni list RS, št. 15/08) urejali naslednji predpisi:

Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej) (Uradni list RS, št. 23/05 – uradno prečiščeno besedilo, 23/08, 58/08, 15/08-ZPacP in 77/08-ZDZdr) je v 47. členu med drugim določal, da je imel vsakdo pod enakimi pogoji in skladno z zakonom pravico izvedeti za diagnozo svoje bolezni in za obseg, način, kakovost ter predvideno trajanje zdravljenja; dati soglasje za kakršenkoli medicinski poseg in biti pred tem obveščen o vseh možnih metodah diagnostičiranja in zdravljenja ter njihovih posledicah in učinkih; odkloniti predlagane posege; brez pisnega soglasja bolnika se je lahko skladno z 48. členom opravil le nujni medicinski poseg, če bolnik zaradi svojega zdravstvenega stanja o tem ni mogel odločati.

Skladno s 47. členom Zakona o zdravniški službi (ZZdrS) (Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 58/08 in 15/08-ZPacP) je moral zdravnik seznaniti bolnika s predvidenimi diagnostičnimi postopki in s predlaganim zdravljenjem, pri čemer pa zdravnik ni smel ukrepati brez bolnikove privolitve oziroma privolitve staršev za osebe mlajše od 15 let, oziroma skrbnika, kadar je šlo za osebe pod skrbništvom. Ukrepi brez privolitve bolnika, staršev ali skrbnika so bili dopustni le, če bi opustitev zdravljenja povzročila bolniku zdravstveno škodo in bolnik ni bil sposoben odločanja o sebi zaradi motenj zavesti ali hude oslabitve

umskih sposobnosti ali umske manjrazvitosti ali duševne motnje, zaradi katere je bila hudo motena bolnikova presoja.

Z uveljavitvijo Zakona o pacientovih pravicah, ki je začel veljati 26. avgusta 2008, je bil razveljavljen 47. člen Zakona o zdravstveni dejavnosti in Zakona o zdravniški službi.

Zdravnikovo pojasnjevanje in obveščanje pacienta (pojasnilna dolžnost) je po Zakonu o pacientovih pravicah temeljna predpostavka veljavnosti pacientove privolitve oziroma zavrnitve.

Pacient ima pravico, da je zaradi uresničevanja pravice do samostojnega odločanja o zdravljenju in pravice do sodelovanja v procesu zdravljenja obveščen o:

- svojem zdravstvenem stanju in verjetnem razvoju ter posledicah bolezni ali poškodbe;
- cilju, vrsti, načinu izvedbe, verjetnosti uspeha ter pričakovanih koristih in izidu predlaganega medicinskega posega oziroma predlaganega zdravljenja;
- možnih tveganjih, stranskih učinkih, negativnih posledicah in drugih neprijetnostih predlaganega medicinskega posega oziroma predlaganega zdravljenja, vključno s posledicami njegove opustitve, morebitnih drugih možnosti zdravljenja;
- postopkih in načinih zdravljenja, ki v Republiki Sloveniji niso dosegljivi ali niso pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Pojasnila mora zdravnik, odgovoren za zdravljenje, pojasniti pacientu v neposrednem stiku, obzirno, na pacientu razumljiv način oziroma skladno z individualnimi sposobnostmi sprejemanja informacij, v celoti in pravočasno. Za operativni ali drug medicinski poseg, povezan z večjim tveganjem ali večjo obremenitvijo, pacientu da razumljiva ustna in pisna pojasnila zdravnik, ki bo opravil medicinski poseg, če to ni možno, pa drug zdravnik, ki je usposobljen za tak medicinski poseg.

Pacient ima pravico do sprotnega in podrobnega obveščanja o poteku zdravljenja ter po koncu medicinskega posega oziroma zdravljenja pravico do obveščenosti o rezultatu zdravljenja oziroma morebitnih zapletih. Pacient, ki ni sposoben odločanja o sebi, uresničuje pravice po tem členu skladno z zmožnostmi, ki jih dopušča njegova sposobnost razumevanja.

Pacientova avtonomija je zagotovljena s 26. členom ZPacP, ki v drugem odstavku določa, da pacientu, ki je sposoben odločanja o sebi, brez njegove poprejšnje svobodne in zavestne privolitve, ki jo oblikuje na podlagi dobljenih pojasnil, ni dovoljeno opraviti medicinskega posega oziroma zdravstvene oskrbe. Privolitev se ne nanaša samo na posamezen medicinski poseg ampak tudi na katerokoli dejanje v zvezi z zdravstveno oskrbo (npr. RTG slikanje). Privolitev pacienta je potrebna tudi v primeru:

- sodelovanja v učnem procesu, zlasti ob prisotnosti drugih oseb med izvajanjem zdravstvene oskrbe zaradi zdravstvenega izobraževanja;
- uporabe zdravstvenih podatkov za namene, ki ne predstavljajo zdravljenja;
- seznanjanja tretjih oseb z zdravstveno dokumentacijo;
- sporočanja informacij o zdravstvenem stanju tretjim osebam;

- sodelovanja v medicinskih raziskavah;
- preiskav na njemu odvzetem biološkem materialu, pri čemer se te lahko opravijo samo za potrebe njegovega zdravljenja, razen če morebitno drugo rabo biološkega materiala ureja poseben zakon;
- razpolaganja s telesom ali deli telesa po njegovi smrti za potrebe medicinskega izobraževanja in znanstvenih raziskav, za katerega se smiselno uporabljajo določbe zakona, ki ureja odvzem in presaditev delov človeškega telesa zaradi zdravljenja;
- darovanja organov, tkiv ali celic v času življenja in po smrti, ki ga ureja poseben zakon.

Poleg temeljne predpostavke za veljavno privolitev – obveščенost pacienta oziroma izpolnjena pojasnilna dolžnost zdravnika – morajo biti za veljavno privolitev oziroma zavrnitev izpolnjene še naslednje predpostavke:

- pacient mora biti sposoben odločanja o sebi,
- privolitev mora biti zavestna,
- privolitev mora biti svobodna (brez vpliva sile, grožnje ali zvijače tretjih oseb),
- privolitev mora biti dana pred posegom (vnaprejšnja privolitev),
- privolitev mora biti dana osebno ali po osebi, ki je po zakonu upravičena do privolitve namesto pacienta,
- v določenih primerih mora biti privolitev pisna.

Privolitev se da ustno ali z ravnanjem, na podlagi katerega je mogoče zanesljivo sklepati, da pomeni privolitev (konkludentno ravnanje). V določenih primerih zakon predvideva pisno privolitev.

Obvezna pisna privolitev je v zakonu določena za operativni ali drug medicinski poseg, povezan z večjim tveganjem ali večjo obremenitvijo. Posebnost te privolitve je predpisani privolitveni obrazec. Pri privolitvenem obrazcu gre za vnaprej natisnjen formular z določenimi rubrikami, ki vsebujejo deloma že natisnjeno besedilo in prazna polja za vnos ustreznih podatkov.

Zakon je uredil še ravnanje v dveh posebnih življenjskih situacijah: ko pacient v medicinski poseg sicer privoli (na primer ustno ali s konkludentnim ravnanjem), vendar iz objektivnih razlogov ne more dati pisne privolitve, ker je v zdravstvenem stanju, ki tega ne omogoča: v drugem primeru pa noče dati pisne privolitve iz subjektivnih razlogov. V obeh primerih se privolitev potrdi s podpisom dveh polnoletnih prič in se hkrati navede dejstvo in morebitne razloge za odsotnost podpisa pacienta. Edini pogoj, ki ga morajo priče izpolnjevati, je polnoletnost. Primer, ko pacient sicer jasno izraža privolitev, privolitvenega obrazca pa ne želi podpisati, zakon šteje za privolitev, pod pogojem, da se to dejstvo in morebitni razlog zanj evidentirajo na obrazcu in potrdijo s podpisom dveh polnoletnih prič. V takšnem primeru je medicinski poseg dopustno izvesti.

Če pacient ni sposoben odločanja o sebi ali ni zmožen izraziti svoje volje, se lahko opravi nujna medicinska pomoč brez njegove privolitve.

Medicinski poseg oziroma zdravstvena oskrba, ki ni poseg oziroma nujna medicinska pomoč in hkrati ni operativni ali drug medicinski poseg, povezan z večjim tveganjem ali večjo obremenitvijo, se pacientu lahko opravi brez njegove privolitve pod naslednjimi pogoji:

- pacient ni sposoben odločanja o sebi;
- zdravnik ni vedel in ni mogel vedeti, da je pacient, pacientov zdravstveni pooblaščenec oziroma pooblaščenka, pacientov zakoniti zastopnik oziroma zastopnica ali druga oseba, ki po zakonu lahko da privolitev, posegu nasprotoval;
- privolitve oseb iz prejšnje alineje v razumnem času ni bilo mogoče pridobiti in
- bo medicinski poseg oziroma zdravstvena oskrba pacientu v največjo zdravstveno korist.

Pacient, ki je sposoben odločanja o sebi, ima pravico zavrniti predlagani medicinski poseg oziroma zdravstveno oskrbo, razen kadar bi to ogrozilo življenje ali huje ogrozilo zdravje drugih. Če zdravnik, ki pacienta zdravi, oceni, da je pacientova odločitev v nasprotju z njegovo najboljšo zdravstveno koristjo in bi zavrnitev lahko ogrozila njegovo življenje ali povzročila nepopravljive posledice in hudo poslabšanje njegovega zdravstvenega stanja, mora poskusiti pacienta o tem prepričati, po potrebi pa za pomoč zaprositi pacientove ožje družinske člane oziroma predlagati pacientu pridobitev drugega mnenja. Zavrnitev medicinskega posega oziroma zdravstvene oskrbe ne sme vplivati na odnos zdravstvenih delavcev do pacienta. Za operativne ali druge medicinske posege, povezane z večjim tveganjem ali večjo obremenitvijo, se zavrnitev dokumentira na posebnem obrazcu.

Pacient ima pravico kadar koli preklicati privolitev oziroma zavrnitev v medicinski poseg oziroma zdravstveno oskrbo pod pogoji, ki jih določa zakon.

Zakon za izvedbo zdravstvene oskrbe brez privolitve pacienta predvideva sankcije za prekršek tako za pravno osebo kot tudi za odgovorno osebo pravne osebe.

Na podlagi Zakona o pacientovih pravicah je bil sprejet podzakonski predpis - Pravilnik o obrazcih o pisnih izjavah volje pacienta – v nadaljevanju: pravilnik (Uradni list RS, št. 82/08), ki je določil minimalne zahteve glede vsebine obrazcev in obliko obrazcev o pisnih izjavah volje pacienta, in sicer:

- Obrazec o privolitvi v zdravstveno oskrbo po pojasnilu (obrazec PP)
- Obrazec o zavrnitvi zdravstvene oskrbe (obrazec ZP)
- Obrazec o privolitvi v sodelovanje v medicinskih raziskavah (obrazec SMR)
- Obrazec pooblastila za določitev pacientovega zdravstvenega pooblaščenca (obrazec PZP)
- Obrazec o izjavi o izključitvi oseb, ki so po zakonu upravičene odločati o zdravstveni oskrbi pacienta (obrazec IOS)
- Obrazec o izjavi vnaprej izjavljene volje (obrazec VZZ)
- Obrazec o izjavi o določitvi in privolitvi v prisotnost drugih oseb (obrazec PDO)
- Obrazec o privolitvi oziroma prepovedi obdelave osebnih podatkov oziroma sporočanja informacij o zdravstvenem stanju (obrazec VOP)

Med najpomembnejša in najpogosteje uporabljena obrazca v okviru izvajanja pojasnilne dolžnosti sodita zlasti Obrazec o privolitvi v zdravstveno oskrbo po pojasnilu in Obrazec o zavrnitvi zdravstvene oskrbe. Sestavljena sta iz štirih delov:

- Podatkovni del (podatki o pacientu in podatki o izvajalcu zdravstvene storitve).
- Pojasnilni del (izpolni zdravnik ali drug zdravstveni strokovnjak, ki ima primerno znanje o predlaganem posegu oziroma zdravstveni oskrbi), ki vsebuje:
 - razlog obravnave,
 - predlagani poseg oziroma zdravstvena oskrba,
 - resna ali pogosta tveganja in možni zapleti,
 - posledice opustitve predlagane zdravstvene oskrbe.
- Privolitveni del.
- Dopolnilni del.

ZPačP v 3. odstavku 27. člena predvideva, da se fotokopija izpolnjenega in podpisanega privolitvenega obrazca izroči tudi pacientu.

POJASNILNA DOLŽNOST

Pri izvajanju pojasnilne dolžnosti je pomembno, da zdravnik poda bolniku pojasnilo na razumljiv in preprost način, ustrezno njegovim kognitivnim sposobnostim, saj se le dovolj obveščen in osveščen bolnik lahko samostojno odloči o načinu zdravljenja. Ključni pomen pojasnilne dolžnosti je torej v popolni seznanitvi z boleznijo in pomenom zdravljenja, predstavitvi vseh alternativnih možnosti, zapletih. Šele po tako izvedeni pojasnilni dolžnosti je od bolnika utemeljeno pričakovati tudi njegovo privolitev ali odklonitev zdravljenja. Privolitev bolnika v proces zdravljenja zagotavlja bolniku položaj subjekta in je temeljna zahteva razmerja med zdravnikom in bolnikom.

Dolžnost zdravnika je, da temeljito pojasni postopek zdravljenja in njegove nevarnosti, pri čemer se mora prilagoditi bolnikovi izobraženosti, prizadetosti, čustvenosti in drugim osebnostnim lastnostim. Bolniku je potrebno dati toliko informacij, da lahko izoblikuje svojo odločitev. Naša sodna praksa določa, da je potrebna količina informacij v obratnem sorazmerju z nujnostjo posega. Opustitev pojasnila pomeni zanemarjanje strokovnosti v splošnem smislu, posledica česar je kazenska in ne le odškodninska odgovornost zdravnika. Za preprečitev odškodninske odgovornosti iz naslova pojasnilne dolžnosti je zelo pomembno, v kakšnem obsegu in na kakšen način bolnik pridobi informacije o konkretnem posegu.

Za bolnikovo privolitev so s podzakonskim predpisom predvideni obrazci o privolitvi v zdravstveno oskrbo, pri čemer pa še tako izčrpen obrazec z bolnikovim podpisom ne pomeni, da je pojasnilna obveznost izpolnjena oziroma izvršena, niti ne dokazuje, da je bolnik pravilno razumel in objektivno presodil o posegu. Bolnikov podpis ne odrešuje zdravnika morebitne odškodninske odgovornosti. Vnaprej pripravljene obrazce je potrebno bolniku razložiti na njemu razumljiv način. S pravilno izvedeno pojasnilno dolžnostjo se velik del odgovornosti za

bolnikovo zdravljenje tako prevali nanj. Vsebinsko zelo obsežni in izčrpni obrazci v nobenem primeru ne morejo nadomestiti verbalnega odnosa med bolnikom in zdravnikom. Le dobra usklajenost med izvajanjem pojasnilne dolžnosti in posledično izpolnitvijo obrazca o njeni izvršbi lahko bistveno pripomoreta k izboljšanju odnosa med zdravnikom in bolnikom in s tem zmanjšata verjetnost kasnejšega spora v primeru nastanka zapletov med posegom.

Pomanjkljiva ali neprimerna komunikacija med zdravnikom in bolnikom je lahko pogost razlog za bolnikovo nezadovoljstvo in posledično formalno pritoževanje na različnih ravneh (uprava, zavarovalnica, sodišče) ter grožnjami z mediji. Pogovor med zdravnikom in bolnikom naj bi bil sproščen, temeljil naj bi na povečevanju bolnikove pozornosti in izražanju njegovega mnenja, prepoznavanju zmožnosti njegovega razumevanja in vplivanju poguma. Vsakršno izogibanje pogovoru o možnih zapletih pri posegu spada med največje tveganje za kasnejše pritožbe bolnika. Pri pogovoru se je potrebno osredotočiti na dejstva ter se izogniti pomilovanju ali pretiranemu obsojanju kateregakoli subjektivnega ali objektivnega sestavnega dela samega posega (osebje, naprava, prostor, neprimeren čas, naslednji bolnik oziroma čakalna vrsta). Strokovni medicinski jezik je v pogovoru med zdravnikom in bolnikom močna ovira za razumljivost. Bolniku so tehnični izrazi in tujke neznani, seveda pa večinoma nima ustreznega znanja, da bi lahko razumel bolezen in naravo zdravljenja. To oviro se lahko premosti s slikovnim gradivom, skiciranjem, predstavitvijo naprav itd. Pomemben del komunikacije je izpeljava pojasnilne dolžnosti in ob koncu predstavitev obrazca, na katerem bolnik s podpisom potrdi, da je pojasnilna dolžnost izvršena in s tem pristane na predviden poseg.

Večjo varnost v odnosu med zdravnikom in bolnikom zagotavlja čitljiva, logična, razumljiva in skrbno sestavljena zdravstvena dokumentacija, ki mora vsebovati osnovne podatke o bolniku, anamnezo in klinični pregled, napotitve in druga naročila, potrdila o izpolnjeni pojasnilni dolžnosti, klinična opažanja, izsledke že opravljenih preiskav in zaključek ob odpustitvi. Dokumentacija o zdravljenju mora vsebovati izčrpno poročilo o delovanju vsega udeleženega zdravstvenega osebja, zato mora vsebovati čim več časovno zaporednih dejstev in osnovnih podatkov (matična številka bolnika, podatki o aktualni bolezni, pretekla in družinska anamneza, indikacija, predvidena zdravila, rezultati pregledov, metoda zdravljenja, zapleti, uspešnost zdravljenja, evidentiranje odvzetega tkiva, razloga za odvzem tkiva, slikovni ali filmski material, končno mnenje, priporočila in nazadnje še način spremljanja bolnika (kontrolne). Posebne pozornosti je v zdravstveni dokumentaciji nedvomno vredna navedba zapletov, ki so v določenem odstotku statistično neizogibni in jih ni mogoče vnaprej predvideti pri načrtovanju konkretnega posega. V primeru zapleta med posegom, je potrebno jasno navesti, kaj, zakaj in kako se je zgodil, kako se je odzvalo bolnikovo telo in še posebej, kateri ukrepi so bili opravljeni za preprečitev posledic zapleta. Odpustno pismo bi moralo biti pripravljeno v najkrajšem možnem času od posega, v najboljšem primeru pa bi ga moral bolnik dobiti v roke že ob odhodu iz bolnišnice. Strokovno in dosledno vodena dokumentacija sama po sebi kaže na potek vseh dejavnosti zdravljenja, hkrati pa varuje zdravstveno osebje pred kasnejšimi neutemeljenimi obtožbami nezadovoljnih pacientov.

Za uspešno obvladovanje kritičnih primerov, ki se pojavijo zaradi neželenega oz. neustreznega učinka zdravljenja, je potrebno:

- poznavanje zakonodaje na področju zdravstvene dejavnosti;
- iskrenost in odprtost v komunikaciji z bolnikom;
- pozitivnost v pričakovanju izida zdravljenja;
- razumevanje svoje vloge in obveznosti;
- doslednost izvedbe pojasnilne dolžnosti in njenega dokumentiranja;
- dosledno vodenje dokumentacije;
- poudarjanje možnosti zapletov v procesu zdravljenja;
- zavarovanje zdravnikov za morebitno povzročitev škode zaradi zdravljenja ter ustrezna podpora vodstva.

VRSTE ODGOVORNOSTI ZDRAVNIKA

Odgovornost za protipravna dejanja je mogoče opredeliti oziroma razvrstiti in jih deliti po različnih merilih. Glede na naravo kršitve, ločimo odgovornost na deliktno odgovornost (odgovornost za kršitev pravice - v ožjem smislu) in odgovornost v primeru zlorabe pravice. Odgovornost za delikt je odgovornost za neposredno kršitev predpisov (kazniva dejanja in prekrški, neposredna kršitev predpisov civilnega prava). Zloraba pravice pa pomeni, da nekdo izvršuje neko pravico, vendar pri tem preseže njen družbeno priznani namen in s tem neupravičeno poseže v pravico drugega subjekta. Z vidika osebe, ki stori protipravno dejanje, ločimo subjektivno (krivdno) in objektivno odgovornost. Posameznikova subjektivna odgovornost temelji na njegovi krivdi in zato lahko za kaznivo dejanje praviloma odgovarja le oseba, ki je to dejanje storila naklepno ali iz malomarnosti. Objektivna odgovornost je odgovornost neke osebe (fizične ali pravne) za nastalo protipravno posledico (npr. premoženjska ali nepremoženjska škoda) ne glede na subjektivno krivdo.

Kazenskoppravna odgovornost

Kazensko pravo je v bistvu skrajno sredstvo, ki ga družba in njen pravni ustroj uporabita za to, da zavarujeta družbene vrednote, ki so za varstvo upravičene. Ko gre za odgovornost zdravnikov in drugih zdravstvenih delavcev, je treba imeti pred očmi razlikovanje med ravnanji, ki so povzročila škodo, in ravnanji, na katera je mogoče poleg povzročene škode nasloviti tudi očitek moralno-etične ali družbene nevarnosti. Oba primera načeloma opravičujeta kazenskoppravni ukrep. Na področju medicine (in tudi ponekod drugod), kjer se upravlja z nevarnimi stvarmi, sredstvi in postopki, bi lahko preširoka uporaba kazenskega prava zavrta razvoj stroke, njena preozka uporaba pa bi utegnila vplivati na znižanje poklicnih meril. Problemi, ki so v zadnjem času dobili nov pomen in opredeljujejo medicinsko odgovornost, so npr. na meji med življenjem in smrtjo - evtanazija, nove tehnologije oploditve, genetika, zdravnikova dolžnost zdravljenja in prisilno zdravljenje, pravice bolnika, zlasti pravica do informiranja in pojasnilna dolžnost zdravnika, varstvo poklicne skrivnosti, prijavnost dolžnost.

Načelo subjektivne ali krivdne odgovornosti pri ugotavljanju kaznivega dejanja pomeni, da povzročitev prepovedane in škodljive posledice sama po sebi še ne zadostuje za uporabo kazni

zoper storilca. Kazen se sme uporabiti, če je dokazano, da je obtoženec res storilec kaznivega dejanja in da je obtoženec kazensko odgovoren.

Kazenska odgovornost storilca se ugotovi v primeru, ko je nedvoumno, da se je storilec v trenutku storitve kaznivega dejanja zavedal, da dela nekaj, česar ne bi smel, nekaj, kar je v nasprotju z njegovimi človeškimi, moralnimi, družbenimi ali pravnimi obveznostmi, oziroma bi se bil tega vsaj moral in mogel zavedati. Kazensko odgovoren je storilec, ki je prišteven in kriv. Za kaznivo dejanje, storjeno iz malomarnosti, je storilec odgovoren samo, če zakon tako določa. Razlogi za izključitev kazenske odgovornosti so različni, med njimi je najbolj poznan neprištevnost storilca. Tudi zmotno prepričanje je lahko razlog morebitne izključitve kazenske odgovornosti.

Kazensko pravo je zgrajeno na treh temeljnih abstraktnih pravnih pojmi:

1. kaznivo dejanje,
2. kazenska odgovornost in
3. kazenska sankcija.

Pogoji za obstoj kaznivega dejanja so:

- voljnost ravnanja: storilec mora imeti v svoji oblasti gibe, ravnanje, delovanje, vedenje;
- storitev ali opustitev: aktivno ali pasivno;
- posledica: za kaznivo dejanje gre le, če je iz kakšne storitve ali opustitve nastala posledica;
- vzročna zveza: med ravnanjem storilca in posledico mora biti razmerje vzroka in posledice;
- kraj in čas storitve: biti mora določen ali določljiv.

Malomarnost

Kaznivo dejanje je storjeno iz malomarnosti, če storilec ne ravna s potrebno pazljivostjo, s katero po okoliščinah in posebnih lastnostih mora in je zmožen kaj storiti ali opustiti.

Bolnikova privolitev in pojasnilna dolžnost

Privolitev je izjava volje, ki pomeni uresničevanje pravice do svobodnega odločanja vsakega posameznika o posegih v njegove osebne pravice. Pravno veljavna privolitev je podana le v primerih, če je zdravnik bolnika prej na primeren in razumljiv način poučil o bolezni oziroma stanju, pojasnil možnost zdravljenja, morebitne nevarnosti in predvidljivost uspeha. Ta zdravnikova dolžnost se imenuje pojasnilna dolžnost. Njen obseg, vsebina, omejitve so odvisne od okoliščin posameznih primerov.

Bolnikova privolitev mora biti zavestna, kar pomeni, da je bolnik celovito in vsestransko ter natančno poučen o posegu. Le takšna informacija je lahko podlaga za zavestno, svobodno in poučeno privolitev. Pravo in medicina razumeta pojasnilno dolžnost široko. Nanaša se na

diagnozo, zdravljenje, na možne zaplete in na možne alternative ter na napoved. Informiranje mora biti konkretno, jasno opredeljeno in podano tako, da je bolniku dostopno.

Kazniva dejanja na področju zdravstvene dejavnosti

Kazenski zakonik (KZ-1) (Uradni list RS, št. 55/08 in 66/08 - popravek), ki je stopil v veljavo 1.11.2008, določa naslednja kazniva dejanja, pomembna za področje izvajanja zdravstvene dejavnosti:

- kazniva dejanja zoper življenje in telo:
 - 118. člen - povzročitev smrti iz malomarnosti;
 - 120. člen - napeljevanje k samomoru in pomoč pri samomoru;
 - 121. člen – nedovoljen poseg v nosečnost;
 - 122. člen – lahka telesna poškodba;
 - 123. člen – huda telesna poškodba;
 - 124. člen – posebno huda telesna poškodba;
 - 125. člen – izključitev kaznivega dejanja pri telesnem poškodovanju s soglasjem poškodovanca: (1) Povzročitev lahke telesne poškodbe (122. člen) ni protipravna, če je poškodovanec privolil vanjo. V tem primeru se pri mladoletni ali slabotni osebi upošteva privolitev, če jo v skladu z zakonom v skrbi za njuno zdravje da tisti, ki zastopa take osebe. (2) Naklepna povzročitev hude (123. člen) ali posebno hude (124. člen) telesne poškodbe ni protipravna, če je poškodovanec privolil vanjo in pri tem niso bile prizadete koristi koga drugega ali ogrožena kakšna skupna pravna vrednota. (3) Ne glede na prejšnji odstavek naklepna povzročitev hude ali posebno hude telesne poškodbe pri zdravljenju ali zdravilski dejavnosti ni protipravna, če je bila privolitev dana v obliki in ob pogojih, ki jih določa zakon. (4) Če je poškodovanec med storitvijo kaznivega dejanja hude ali posebno hude telesne poškodbe prej danu privolitev preklical, to na izključitev protipravnosti dejanj po prejšnjem odstavku ne vpliva, v drugih primerih po drugem odstavku tega člena pa se storilec, ki začetega dejanja po preklicu ni dokončal, ne kaznuje za njegov poskus oziroma se ne kaznuje za dokončano lažje dejanje, zajeto v poskusu hujšega kaznivega dejanja.

Skladno s 125. členom je vsak kirurški poseg ali kakšen drugi instrumentalni poseg (npr. vbrizgavanje zdravila prek venske kanile) ocenjen za telesno poškodovanje in mora za to imeti privolitev pacienta. Spremembe kazenske zakonodaje na področju privolitve razglašajo privolitev pacienta nedvoumno kot razlog izključene protipravnosti telesnih poškodb, povzročenih z medicinskimi posegi.

- kazniva dejanja zoper človekovo zdravje:

- 178. člen - opustitev zdravstvene pomoči: Zdravnik ali drug zdravstveni delavec, ki v nasprotju s svojo poklicno dolžnostjo ne pomaga bolniku ali komu drugemu, ki je v nevarnosti za življenje, se kaznuje z zaporom do enega leta.
- 179. člen – malomarno zdravljenje in opravljanje zdravilske dejavnosti: (1) Zdravnik, ki pri opravljanju zdravniške dejavnosti iz malomarnosti ravna v nasprotju s pravili zdravniške znanosti in stroke in tako povzroči, da se komu občutno poslabša zdravje, se kaznuje z zaporom do treh let. (2) Enako se kaznuje: (a) zdravstveni delavec, ki pri svoji zdravstveni dejavnosti ravna v nasprotju s pravili stroke, pa pri tem povzroči, da se komu občutno poslabša zdravje ali (b) zdravilec, ki pri opravljanju dovoljene zdravilske dejavnosti iz malomarnosti neustrezno izbere in uporabi zdravilski sistem ali zdravilsko metodo, pa pri tem povzroči, da se komu občutno poslabša zdravje. (3) če zaradi dejanja iz prvega in drugega odstavka kdo umre, se storilec kaznuje z zaporom od enega do osmih let.
- 180. člen - mazaštvo;
- 181. člen - nedovoljena presaditev delov človeškega telesa in sprememba človeškega genoma;
- 182. člen – malomarno opravljanje lekarniške dejavnosti.
- kazniva dejanja zoper človekove pravice in svoboščine:
 - 142. člen - neupravičena izdaja poklicne skrivnosti.
- kazniva dejanja zoper človekovo zdravje:
 - 255. člen - izdaja in uporaba lažnega zdravniškega ali veterinarskega spričevala.

Civilnopravna odgovornost

Civilnopravna odgovornost zdravnika izhaja iz obligacijskega (obveznostnega) vidika razmerja med bolnikom in zdravnikom. Za razliko od kazenske odgovornosti, kjer v kazenskem postopku odloča sodišče o tem, ali je bilo storjeno kaznivo dejanje, ki je opredeljeno v kazenskem zakoniku (in ob pritrdilnem odgovoru izreče kazensko sankcijo), pa v civilnem postopku odloča sodišče o odškodnini, ki naj bi jo poškodovalec povrnil tistemu, ki mu jo je povzročil. Pogoj za obstoj civilnega delikta in z njim povezane odškodninske obveznosti je izpolnitev elementov, ki jih ugotavlja sodišče v civilnem, pravnem postopku, ki se začne na zahtevo upravičenca oziroma oškodovanca.

Odškodninska obveznost je obveznost stranke, da poravnava škodo, za katero je odgovorna. Za odškodninsko odgovornost morajo biti izpolnjene naslednje temeljne predpostavke, in sicer škodni dogodek, škoda, vzročna zveza in objektivna odgovornost oškodovalca.

V obligacijskem pravu sta opredeljeni dve temeljni načeli, ki sta pomembni za odgovornost v zdravstvu (zdravnikov). To sta načelo prepovedi povzročanja škode (kršitev obveznosti iz pravnih poslov in pravica do povračila škode) in načelo skrbnosti (vsebuje različne pravne standarde, s katerimi se v konkretnih obligacijskih razmerjih presojajo ravnanja udeležencev). Omenjeni standardi se uporabljajo tudi pri presoji krivdnega ravnanja povzročitelja škode oziroma se z njim ugotavlja krivdna oblika malomarnosti. Krivdna oziroma subjektivna odgovornost (milejša oblika odgovornosti) je postavljena kot pravilo in je podana, kadar oškodovalec povzroči škodo namenoma ali iz malomarnosti (135. člen Obligacijskega zakonika; OZ-1, Uradni list RS, št. 97/07 - uradno prečiščeno besedilo); objektivna odgovornost (strožja oblika odgovornosti) pa je vzpostavljena v primerih, če škoda nastane od stvari ali dejavnosti, iz katerih izvira večja škodna nevarnost za okolico ali če kakšen zakon to odgovornost izrecno predpisuje.

Zdravstveni delavci, ki so zaposleni v zdravstvenih ustanovah ali pri zasebnih zdravnikih, praviloma neposredno ne odgovarjajo za nastalo škodo. Za njihova ravnanja odgovarja njihov delodajalec. Odgovornost delodajalca je podana tako zaradi varstva oškodovanca kot tudi zaradi varstva delavca, saj bi stalna grožnja odškodninske odgovornosti preveč obremenjevala delavce. Delavec je lahko neposredno odgovoren za nastalo škodo le v primerih, če jo je povzročil namenoma. Če je škodo povzročil že z milejšo stopnjo krivde, hudo malomarnostjo (ali namenom), je dolžan povrniti škodo tistemu, ki je izplačal odškodnino oškodovancu (regresni zahtevek). Odgovornost delodajalca za škodo, ki jo povzroči delavec pri delu ali v zvezi z delom tretji osebi, je določena v 147. členu OZ-1, pri čemer pa je delodajalec prost obveznosti, če dokaže, da je delavec v danih okoliščinah ravnal tako, kot je treba. Kot osrednje pravno vprašanje je tako vprašanje kršitve dolžne skrbnosti, kar je potrebno presojati od primera do primera. Odškodninska odgovornost delodajalca tako ne more biti podana, če je po svojem zdravniku ravnal v skladu s skrbnostjo dobrega strokovnjaka, torej po pravilih stroke in skladno s potrebno profesionalno skrbnostjo.

ZAKLJUČEK

Zdravniški poseg je nedopusten, kadar je poslabšanje zdravja posledica nepravilnega in nestrokovnega zdravnikovega ravnanja ali kadar je zdravnikovo ravnanje sicer strokovno, pa kljub temu protipravno, ker ni bilo bolnikovega soglasja. Bolnikovo soglasje ima v primeru spora moč pravne veljave le v primeru dosledno izvedene pojasnilne dolžnosti oziroma pojasnil in odgovorov, ki jih mora zdravnik bolniku pojasniti v neposrednem stiku, pravočasno, obzirno in na bolniku razumljiv način.

Dosledno izvedena pojasnilna dolžnost, dokumentiranje pojasnilne dolžnosti, vodenje celotne zdravstvene dokumentacije, prepoznavanje možnosti za tveganja na posameznem področju delovanja, upoštevanje smernic in pravil stroke, zdravniku omogoča boljšo oskrbo bolnika, zmanjšanje zapletov in posledično manj sporov.

Literatura

Ustava Republike Slovenije (URS) (Uradni list RS/1, št. 33/91 in Uradni list RS, št. 42/97, 66/00, 24/03, 69/04 in 68/06).

Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej) (Uradni list RS, št. 23/05 – uradno prečiščeno besedilo, 23/08, 58/08, 15/08-ZPacP in 77/08-ZDZdr)

Zakon o zdravniški službi (ZZdrS) (Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 58/08 in 15/08-ZPacP).

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

Kazenski zakonik (KZ-1) (Uradni list RS, št. 55/08 in 66/08-popravek).

Obligacijski zakonik (OZ-1) (Uradni list RS, št. 97/07).

Dajčman, D: Vrednotenje tveganja za nastanek zapleta in sprožitev spora v gastrointestinalni endoskopiji.

Živčec-Kalan, G., Kersnik, J., Švab, I. Dobnikar, B: Kakovost v zdravstvu: Predpisi in praksa. ZDRAV VESTN 2002; 71:743-9.

KAKO ZAGOTAVLJAMO VAROVANJE BOLNIKOVIH PODATKOV V SPLOŠNI BOLNIŠNICI NOVO MESTO

Simona Baznik

Povzetek

Ustava RS, zakon o pacientovih pravicah in drugi zakoni ter pravila jasno opredeljujejo, kaj obsega varovanje bolnikovih podatkov in varovanje bolnikove zasebnosti.

Pogosto so pravice bolnikov v zvezi z varovanjem bolnikovih podatkov kršene zaradi organizacije dela. Zdravstveni delavci včasih kršijo načela zakona o pacientovih pravicah zaradi nevednosti in nepoučenosti, kar pa ne opravičuje njihovih postopkov.

Od leta 2004 se s problemom bolnikove dokumentacije uspešno ukvarjajo na travmatološkem odseku Splošne bolnišnice Novo mesto, ki je kot prvi začel s pilotnim projektom umika dokumentacije iz bolniške sobe. Čeprav so se soočali z različnimi težavami, so danes dober primer, kako se lahko zagotovi večja varnost glede varovanja bolnikovih podatkov.

Bolnikovo dokumentacijo so umaknili iz bolniških sob. Shranjeno imajo v vozičku, ki je prirejen za shranjevanje vse bolnikove dokumentacije, razen RTG slik. Voziček je v času, ko zaposleni ne potrebujejo dokumentacije, shranjen v sestriški sobi na odseku. Tja smejo praviloma vstopati samo zaposleni.

Ključne besede

zakoni, pravila, identifikacija bolnika, dokumentacija

Ustava RS v 35. členu jasno govori o tem, da mora biti zagotovljena nedotakljivost človekove telesne in duševne celovitosti, njegove zasebnosti ter osebnostnih pravic. Dopolnjuje ga 38. člen ustave RS, ki govori o tem, da mora biti zagotovljeno varstvo osebnih podatkov in prepoveduje uporabo osebnih podatkov, ki je v nasprotju z namenom njihovega zbiranja. Zbiranje, obdelovanje, namen uporabe, nadzor in varstvo tajnosti osebnih podatkov določa zakon. Vsakdo ima pravico seznaniti se z zbranimi osebnimi podatki, ki se nanašajo nanj, in pravico do sodnega varstva ob njihovi zlorabi.

KAKO POTEKA VAROVANJE BOLNIKOVIH PODATKOV V SPLOŠNI BOLNIŠNICI NOVO MESTO

Vsakega bolnika od leta 2006 dalje ob sprejemu (načrtovanem ali urgentnem) opremimo z zapestnico, ki vsebuje pacientovo ime, priimek, leto rojstva in matični indeks. Omogoča nam, da bolnika identificiramo tudi, kadar je pod vplivom anestezije, nezavesten, neodziven ali se zaradi drugih vzrokov ni sposoben sam identificirati.

Zakon o zdravstveni dejavnosti v 47. členu med drugim določa, da ima vsakdo pravico zahtevati, da zdravstveni delavci in njihovi sodelavci brez njegove izrecne privolitve nikomur ne posredujejo podatkov o njegovem zdravstvenem stanju, zato bolnika zaprosimo za izpolnitev obrazca Izjava o posredovanju podatkov o zdravstvenem stanju (priloga 1) ter ga seznanimo z razlogom izpolnitve obrazca in s posledicami njegove odločitve. Bolnik mora vedeti, da sam odloča o tem, kdo in koliko bo informiran o njegovem sprejemu v bolnišnico, o njegovem zdravstvenem stanju, o morebitnem poslabšanju ter v primeru smrti: to velja tudi za posredovanje podatkov iz zdravstvene dokumentacije. Podatke o zdravstvenem stanju bolnika ter podatke o vzrokih, okoliščinah in posledicah tega stanja lahko brez bolnikovega soglasja bolnikovim ožjim sorodnikom ali skrbnikom, oziroma izvenzakonskemu partnerju posreduje le zdravnik, ki bolnika zdravi, če oceni, da je to v bolnikovo korist (53. člen Zakona o zdravniški službi).

Splošna bolnišnica Novo mesto je v decembru 2005 pripravila Pravilnik o varovanju osebnih in drugih zaupnih podatkih ter dokumentarnega gradiva, ki v 9. členu določa, da se za poklicno skrivnost štejejo vsi medicinski oz. zdravstveni in administrativni osebni podatki ter podatki njihovih osebnih in družinskih zadev, do katerih pridejo zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci ter drugi delavci pri opravljanju svojega dela, na podlagi katerih je mogoče identificirati osebo, oziroma diagnozo ali prognozo njene bolezni, pri čemer lahko skladno z 10. členom pravilnika podatke, ki predstavljajo poklicno skrivnost, sporočajo drugim samo s pravilnikom določene osebe skladno z določbami zakonov.

Poleg zgoraj naštetih zakonov in pravil vsakega zdravstvenega delavca k molčečnosti zavezuje še kodeks etike in lastna zavest.

Od leta 2006 dalje uporabljamo na kirurškem oddelku Splošne bolnišnice Novo mesto temperaturne liste formata A3, ki so jih vzorčno pripravile in grafično postavile diplomirane medicinske sestre (DMS) kirurškega oddelka. Prva stran je namenjena medicinskemu delu bolnikove obravnave, druga stran pa zdravstveni negi. Temperaturni listi so na temperaturnih tablicah na bolniških posteljah. Tam so ves čas hospitalizacije bolnika in so zato na ogled drugemu nezdravstvenemu osebju in obiskovalcem. S tem so kršene bolnikove pravice o varovanju osebnih podatkov.

Težavo so uspešno razrešili na travmatološkem odseku kirurškega oddelka s pilotnim projektom umika dokumentacije iz bolniške sobe februarja leta 2004.

Na začetku je bila dokumentacija pacientov shranjena v mapah v dokumentacijskem vozičku za rtg slike. Temperaturni listi so sprva dopoldne še hranili v posebni mapi na mizi v bol-

niških sobah, popoldne pa so jih po razdelitvi zdravil medicinke sestre/zdravstveni tehniki (MS/ZT) shranili v vozičku v sestrski sobi. Z marcem 2004 so poiskali vzorce map za shranjevanje bolnikove dokumentacije. Izbrali so sivo nosilno mapo z vložnimi PVC mapami za posamezne dokumente in prostorom za temperaturni list in jih tudi nabavili maja 2004.

Ureditev dokumentacije: ob odprtju mape je prostor za temperaturni list, sledi mapa za sprejemno anamnezo in ambulantne izvide, nato pa posamezne PVC mape za ostalo bolnikovo dokumentacijo (izvidi iz specialističnih ambulant, laboratorijski izvidi, izvidi rtg in ekg, operacijska dokumentacija, mikrobiološki izvidi, izvidi konzilijarnih pregledov, transfuzijski karton, dokumentacija zdravstvene nege in fizioterapije), na zadnjem ovitku pa je prostor za popis bolezni in nalepke z bolnikovimi podatki. RTG slike shranjujejo posebej.

Do konca leta 2004 testirajo nov način dela, dodeluje in spreminja se temperaturni list. Konec leta 2004 splošna bolnišnica nabavi voziček za dokumentacijo, ki pa ni namenski in je za vse mape premajhen, zato spomladi 2008 dobijo v testiranje Optiplanov voziček za dokumentacijo, ohranijo pa stare mape.

V času dežurstva morajo DMS za vsako preverjanje bolnikovih podatkov v sestrsko sobo, opravljeno delo se ne dokumentira sproti, težja pa je tudi identifikacija bolnika, zato nov način dela na začetku naleti na nasprotovanja dežurnih DMS, oddelčnih zdravnikov pa tudi ostalega osebja.

Zato bolnikova dokumentacija ni več v bolniških sobah, ampak je v sestrski sobi. Za identifikacijo bolnikovih postelj v začetku ob sprejemu na travmatološkem odseku tiskajo list za temperaturno tablico velikosti A4 formata z imenom in priimkom pacienta ter letnico rojstva. Ker zavarovanje osebnih podatkov obsega organizacijske in ustrezne logično-tehnične postopke in ukrepe, s katerimi se varujejo osebni podatki (24. člen ZVOP-1), v začetku letošnjega leta ukinejo tiskanje listov A4 formata za identifikacijo postelj in začnejo uporabljati široke identifikacijske zapestnice, ki jih pripnejo na vzožje postelje. Te vsebujejo ime in priimek pacienta ter letnico rojstva. Podatki na zapestnicah so ustrezno majhni, da jih ne morajo prebrati ostali pacienti, obiskovalci in drugi prisotni v bolnišnici, hkrati pa omogočajo zdravstvenemu osebju identifikacijo postelj.

Spomladi 2008 začnejo na travmatološkem odseku (poleg dveh intenzivnih enot) s pilotnim projektom računalniškega vnosa porabe sanitetnega materiala in zdravil na pacienta. Najprej na stacionarnem računalniku, kasneje pa na prenosnem računalniku, ki je nameščen na voziček z dokumentacijo bolnikov, kar omogoča bolj praktičen in hitrejši vnos teh podatkov. Vnos porabe materiala in zdravil na pacienta je za MS/ZT dodatno delo, vendar sovпада z vizijo Splošne bolnišnice Novo mesto, da bo v prihodnjih letih potekala vsa obravnava (medicinska, negovalna, diagnostično terapevtska) izključno prek računalnika, kar že uspešno poteka v nekaterih bolnišnicah v sosednji Avstriji (Bolnišnica usmiljenih bratov Sv. Vida pri Celovcu).

Kljub temu da travmatološki oddelek uspešno orje ledino pri zagotavljanju boljšega varovanja bolnikovih podatkov, so še vedno prisotne določene pomanjkljivosti. Za dostop do podatkov o bolnikovem zdravstvenem stanju obstajajo skupna gesla (navadno napisana kar na vidnem

mestu ob računalniku), kar omogoča enostaven dostop do podatkov o vsakem bolniku ne glede na oddelek, na katerem je nameščen. Smiselna bi bila individualna osebna gesla, ki bi določala obseg in področje dela v programu.

ZAKLJUČEK

V Splošni bolnišnici Novo mesto se vsi zaposleni zavedamo, kako pomembno je varovanje bolnikovih podatkov. Vsaka sprememba v organizaciji dela povzroči nasprotovanja in negodovanja med zaposlenimi toliko časa, dokler se ne spremeni miselnost. Sodoben čas od nas terja, da se hitreje prilagajamo na spremembe. K varovanju bolnikovih podatkov in zasebnosti nas zavezuje zakon, ki pa je le črka na papirju, če ne poskušamo razumeti pomena varovanja podatkov. Kljub večji količini dela oziroma časa, ki ga moramo nameniti pravilnemu shranjevanju bolnikove dokumentacije, je potrebno nadaljevati s projektom in v bodočnosti zagotoviti popolno elektronsko dokumentacijo in računalnik ob bolnikovi postelji. Ker pa želimo biti bolniku prijazna bolnišnica, bo moralo vodstvo bolnišnice zagotoviti večje število medicinskih sester. Le na ta način se bomo lahko zopet varno in prijazno posvetili bolniku.

Literatura

Pravilnik Splošne bolnišnice Novo mesto o varovanju osebnih in drugih zaupnih podatkov ter dokumentarnega gradiva

Ustava RS. Dostopno na internetu: <http://www.dz-rs.si/?id=150> , 19.11.2008

Varstvo osebnih podatkov. Dostopno na internetu: www.zbornica-zveza.si/text/Sekcije/files/Bogataj.ppt, 17.11.2008



ODDELEK/ODSEK

prostor za nalepko

Spoštovani!

Splošna bolnišnica Novo mesto v času vašega zdravljenja obdeluje (zlasti zbira, shranjuje, sporoča, posreduje itd.) osebne podatke oz. podatke o vašem zdravstvenem stanju, ki se po zakonu, ki ureja varstvo osebnih podatkov, štejejo za občutljive osebne podatke. Občutljivi osebni podatki se lahko obdelujejo le, če je pacient, na katerega se osebni podatki nanašajo, za to dal izrecno osebno privolitev, ki je praviloma pisna, v javnem sektorju pa tudi določena z zakonom.

O posredovanju podatkov o vašem zdravstvenem stanju svojcem oz. drugim osebam tako **odločate sami**. Prosimo vas, da zaradi spoštovanja vaše volje v času vašega zdravljenja pri nas izpolnite naslednjo izjavo:

IZJAVA

o posredovanju podatkov o zdravstvenem stanju

ime in priimek

datum rojstva

i z j a v l j a m,

da dovoljujem posredovanje podatkov:

iz moje zdravstvene dokumentacije oz. o moji zdravstveni obravnavi (ustrezno obkrožite):
nikomur
naslednjim osebam (navedite ime in priimek osebe):

vsem

v primeru poslabšanja zdravstvenega stanja oz. morebitni smrti (ustrezno obkrožite):
nikomur
naslednjim osebam (navedite ime in priimek osebe):

III. ne želim izpolniti izjave

Datum: _____

Podpis pacienta

Zahvaljujemo se vam za vaše sodelovanje.

Izjave ni mogoče pridobiti zaradi pacientovega zdravstvenega stanja.

Datum: _____

Podpis zdravnika

TIMSKI NAČIN DELA V ŠOLI ZA STARŠE V ZDRAVSTVENEM DOMU TREBNJE

Majda Gačnik

Povzetek

Timski pristop se uveljavlja tudi v zdravstveno-vzgojnem delu z bodočimi starši, ki je organizirano v šoli za starše. Avtorica raziskave je ugotavljala, kako so udeleženci šole za starše v Trebnjem zadovoljni z organiziranjem in izvedbo šole. Rezultate je zbrala z anketiranjem udeležencev zadnjega predavanja v šoli za starše, ki so bila organizirana v Zdravstvenem domu Trebnje v letu 2007. V timu izvajalcev opravita diplomirani medicinski sestri 59 %, ginekolog 13 %, pediater 13 %, zobozdravnik 10 % in fizioterapevt 5 % dela. Bodoči starši so ocenili predavatelje – njihovo strokovnost, izčrpnost in podajanje teme. Povprečne ocene so bile na petstopenjski lestvici med 4,5 in 4,9. Teme, ki so anketirancem ostale najbolj v spominu, so: nega dojenčka, potek poroda, okrogla miza z družino in dojenje. Udeleženci so bili mnenja, da so bile premalo obdelane vsebine: odnos v družini, psihologija med nosečnostjo in po porodu ter praktične vaje o negi otroka. V zaključku je prikazano, da so udeleženci zadovoljni s timskim pristopom v šoli za starše. Potrebno pa je nenehno spremljati kakovost dela in se prilagajati željam in potrebam bodočih staršev ter aktualnim vsebinam.

Ključne besede

šola za starše, timsko delo, kakovost dela

UVOD

Smo v obdobju hitrega razvoja znanosti, disciplin in poddisciplin na različnih področjih, tudi zdravstvene nege in medicine. Na zdravstvo vpliva tudi znanje drugih strok, saj vemo, da je zdravje fizično, psihično, socialno in duhovno dobro počutje. Kot strokovnjaki posameznih disciplin bi težko oziroma nemogoče osvojili vsa potrebna znanja za celostno, kakovostno vsakdanje delo, zato je nujno potrebno delovni proces organizirati kot multidisciplinarni tim.

Zgodovina nas uči, da je bil človek najprej skupinsko in šele pozneje posamezno bitje. K slednjemu sta botrovala vzgoja v šoli in doma ter naravnost družbe k individualnemu napredovanju in uveljavljanju. Cilji boljše, hitreje, močnejše in kvalitetnejše so spodbujali individualizem.

Zdravstvena vzgoja, ki so jo dolžni izvajati vsi zdravstveni delavci na vseh ravneh zdravstvene dejavnosti, pomeni tudi vzgoja za zdrav način življenja. Vzgoja temelji na informiranju, svetovanju, učenju in vzgajanju; je proces oblikovanja človekove miselnosti, stališč, navad in vedenja v zvezi z zdravjem. Ženske so v času nosečnosti zelo motivirane, čutijo veliko potrebo po znanju o zdravju, saj želijo biti in ostati zdrave ter imeti zdrave otroke. To njihovo pripravljenost, zavzetost in potrebo želimo zdravstveni delavci nadgraditi s kvalitetno zdravstveno vzgojo. Bodoči starši se želijo na novo vlogo pripraviti, saj se pogosto slišijo izjave, kako dolgo so se izobraževali za poklic, ki ga opravljajo, o tako pomembnem poslanstvu, kot je starševstvo, pa so bili do sedaj premalo poučeni.

Od leta 1993 se je šola za starše v Zdravstvenem domu (v nadaljevanju ZD) v Trebnjem imenovala materinska šola. Obiskovale so jo le nosečnice. Organizirana je bila v okviru dispanzerja za žene. V materinsko šolo je hodilo le nekaj deset nosečnic letno, predavanja pa so izvajali višja in srednja medicinska sestra ter ginekolog (Arhiv šole za starše v ZD Trebnje).

V Evropsko gibanje zdravih mest se je v letu 1992 vključilo tudi mesto Trebnje. Po nekaj letih je bila v ta projekt vključena tudi materinska šola. Jeseni leta 1999 je bila materinska šola preimenovana v šolo za starše. Uveden je bil nov menedžment s poudarkom na timskem načinu dela.

V program so bili vključeni ginekologinja, pediaterinja, fizioterapevtka, zobozdravnica in višji medicinski sestri. Prek projekta Trebnje, zdrava občina pa še psihologinja, dipl. socialna delavka in družina z majhnimi otroki.

Timski način dela

V zdravstveni negi se je timski način dela razvil v petdesetih letih iz spoznanja, da potrebuje stroka za učinkovitejše delovanje drugačen način organiziranja, kot je delitev del in nalog, in da posameznik zaradi napredka stroke ne more obvladati celotnega znanja. To nalogo lahko prevzame le skupina, tim enakovrednih strokovnjakov, v katerega vsak prispeva glede na svoje znanje, izkušnje in sposobnosti in je za svoj prispevek tudi odgovoren. (Hajdinjak in Meglič, 2006)

Delo v timu je smiselno, kadar delovna naloga presega meje ene same stroke. Je skupinsko delo samostojnih članov. Vsakdo ima specifično znanje in odgovornost za svoje odločitve, ki pa so podrejene skupnemu cilju v okviru določene delovne naloge. Nihče ni nikomur podrejen ali nadrejen, vsakogar in vse skupaj pa obvezuje delovna naloga. (Praper in sod., 2001)

Za pravi tim je značilno vzpostavljanje horizontalnih odnosov, ki temeljijo na jasni osebni in strokovni identiteti vsakega člana, a hkrati tudi na zmožnosti razumevanja drugačnosti vseh ostalih. (Praper in sod., 2001)

Delo v timu združuje težko združljive sestavine: zahtevo, da prevladujejo povezovalne sile, in nujnost, da se ohrani ter uporablja specifična različnost članov. Relativna samostojnost in odgovornost članov terja od tima, da doseže raven, ko tudi različnost povezuje in ne razdvaja, saj le-ta širi obzorje spoznavanja in povečuje verjetnost učinkovite akcije. (Praper in sod., 2001)

V timski način dela pa je potrebno vključiti dobro komunikacijo, dialog in strokovnost.

Organizacijske oblike timskega dela

Organizacijska oblika timskega dela še ne zagotavlja racionalno-funkcionalne ravni delovanja. Prej obratno: organizacija je odsev stopnje zrelosti skupinskih odnosov.

O multidisciplinarnem timu govorimo, ko več ljudi z različnimi poklicnimi profili izvaja bolj obširno in zapleteno delovno nalogo. Pri tem ima vsakdo jasno opredeljeno vlogo in dolžnost, vendar med člani ni pravega sodelovanja. To je delovna skupina, ki je z navodili krmiljena od zgoraj in se od članov pričakuje samo to, da izpeljejo vsak svojo nalogo. Taka delovna skupina je konzervativna, ker ne daje možnosti ustvarjalnosti in prostora za razvojne spremembe. Člani skupine prepoznajo le svoj odnos do delovne naloge, ne pa tudi odnosov med seboj. Morebitne konflikte vsebine tako ostajajo neopažene in neizgovorjene.

Za interdisciplinarni tim pa je značilno sodelovanje med člani. Omogoča neposredno povezovanje več strok na novi ravni spoznavanja in ravnanja. Komunikacijo označuje nov, timski jezik, ki presega strokovni jezik posamezne discipline in omogoča dogovarjanje. V tem timu vsakdo opravi svojo nalogo, ocene in mnenja pa prediskutira v timu, ki oblikuje skupno oceno in se odloči za nadaljnja dejanja. Medosebno učinkovanje prinaša v ospredje vprašanje odnosov v skupini. Komunikacija poteka v vodoravni smeri in hkrati podpira posameznika in tim. Na eni strani tim ohranja delovno disciplino, na drugi strani pa vzpodbuja svoj razvoj in ustvarjalnost. Tim je odprt organizem, ki se uči in razvija.

Transdisciplinarni tim je v življenju redek. Dosega raven, na kateri se ob ohranjanju specifičnih razlik članov ustvari visoka stopnja njihove notranje povezanosti; razvijanje medosebne povezanosti s sodelovanjem pripelje do stopnje, ko je vsak član sposoben celostnega reševanje problemov in ne več le na osnovi svoje stroke. Lep primer za to je direktorjev kolegij. Vsi člani so hkrati strokovnjaki in menedžerji. Svojo poklicno stroko so nadgradili v nove profile, ki dajejo kolegiju večbarvnost in pluralizem mnenj in pogledov. (Praper in sod., 2001)

Vodenje tima

Avtokratsko vodenje izniči možnosti timskega dela in tim postane le fasada za odločitev tistega, ki je skoncentriral moč v svojih rokah. Pri tem ne gre le za neprimerno potrebo po moči in nadzoru vodje, ampak se ta potreba ujema s težnjo večine članov, da bi se izognili odgovornosti. Te značilnosti se potem samo še krepijo v začaranem krogu: bolj ko vodja uporablja moč, bolj se člani izogibajo odgovornosti; manj so člani iniciativni, bolj je vodja prisiljen stvari jemati v svoje roke.

Tudi demokratičen način vodenja pušča strokovnemu timu preozek prostor in pogosto vodi v pretirano formalizacijo dela in odločanja. Zrel strokovni tim deluje po principu osebne svobode in odgovornosti. To ne pomeni, da dela vsak po svoje. Vsak član v okviru delovne naloge izpelje svoj del delovnega procesa, na kar na timskem sestanku skupaj zlagajo sestavljenko do celovite rešitve. Vodja tima je le organizator, moderator komunikacije. Je služabnik tima, ki izpelje dodatno delo, da tim nemoteno dela. (Praper in sod., 2001)

Za liberalni tim je značilno, da je položaj voditelja zelo oslavljen, je skoraj neopazen, po mnenju nekaterih nepotreben. V teh oblikah tima nista razvita skupnost in dinamika tima. Vsak posameznik ima svojo nalogo in svojo metodologijo dela. Povezuje jih samo formalna organizacija tima, vsak razmišlja zase, medsebojne komunikacije je malo. (Brajša, 1995)

Komunikacija

Komunikacija je krožni proces oddajanja in sprejemanja sporočil med osebami. Uspešna komunikacija je odvisna od pošiljatelja pa tudi od prejemnika sporočil. Za vzpostavitev pozitivnega medsebojnega odnosa je zelo pomembno besedno komuniciranje. Kako je sporočilo izraženo, je odvisno od osebnosti tistega, ki sporoča, njegovega odnosa do teme in vsebine pogovora ter njegovega odnosa do poslušalca. Obenem pa isti dejavniki vplivajo tudi na poslušalca, zato v pogovoru ne more biti delitve na aktivne in pasivne udeležence. Oba partnerja sta zmeraj aktivna, vendar udeležena v stalno se spreminjajočih vlogah v komuniciranju. (Hajdinjak in Meglič, 2006)

Oblike komuniciranja

Besedno komuniciranje je oddajanje sporočil z govorom ali pisanjem. Govorno komuniciranje je podajanje sporočil z govorno besedo. Pisno komuniciranje pa je podajanje sporočil z zapisano besedo, simboli, risbami. (Hajdinjak in Meglič, 2006)

Nebesedno komuniciranje je oddajanje sporočil z govoro telesa, modulacijo in intonacijo glasu. Govorica telesa zajema mimiko (izraz obraza, oči), kretnje (izražanje z gibi rok, glavo), držo in položaj telesa ter hojo. (Hajdinjak in Meglič, 2006)

Sestavljeno komuniciranje je oddajanje sporočil sočasno z besednim in nebesednim komuniciranjem (sočasno z besedami in kretnjami).

Na potek komuniciranja torej vplivajo številni dejavniki, tako na strani pošiljatelja kot na strani prejemnika. V trajni izmenjavi med pošiljateljem in prejemnikom, akcijo in reakcijo, sporočilom in povratnim sporočilom, se komuniciranje dinamično razvija. V svoji zunanji obliki sta komuniciranje in sodelovanje podrejena spremembam, ki nastanejo zaradi sprememb v situaciji enega udeleženca, kar vpliva na medoseben odnos. Sporočilo je lahko skladno s prejemnikovimi pričakovanji, stališči, vrednotami, lahko pa je nekaj svojskega, tujega, njemu nerazumljivega, nesprejemljivega. Kadar drugačnosti sporočila prejemnik ne more sprejeti, se nanj odziva neustrezno. Posledica je občutek strahu, odpora, občutek nezmožnosti uveljavljanja svoje volje in želja ali zanikanje lastne vrednosti. (Hajdinjak in Meglič, 2006)

V pogovoru oziroma sporočanju je potrebno upoštevati naslednje kriterije:

- izbor besed, ki je pomemben pri opisovanju nekega pojava (vendar ta ni zadosten za pravilno razumevanje sporočila),
- kontekst oziroma vsebinsko zvezo, v kateri je nekaj povedano (na kaj se sporočilo nanaša),
- držo telesa, mimiko in kretnje, s katerimi se izjave poudarijo oziroma podkrepijo, lahko pa naredijo izjave neverjetne ali pa dokažejo celo ravno nasprotno od povedanega,

- modulacijo glasu (spreminjanje glasu iz visokofrekvenčnega na nižjo frekvenco), ki lahko pokaže navdušenje, ravnodušnost, sproščenost ali vznemirjenost. (Hajdinjak in Meglič, 2006)

Pri nastopu pred skupino imajo delež posameznih sestavin komunikacije različni vplivi, naređijo različni vtisi. V literaturi najdemo naslednje razmerje:

- pomen (vsebina) besed – 7 odstotkov,
- glas, intonacija govora (paralingvika) – 38 odstotkov,
- govorica telesa, neverbalna komunikacija – 55 odstotkov.

Iz tega se vidi, da je poleg vsebine in pomena besed zelo pomembno, na kakšen način pristopimo k sogovorniku, tudi k bolnikom in osebam v zdravstveni vzgoji. (Hoyer, 2005).

Komunikacija je pomemben dejavnik uspešne zdravstvene vzgoje. Pri tem je potrebno upoštevati naslednje:

- pri podajanju snovi uporabljamo simbole in jezik, ki jih razumejo vsi udeleženci (izogibamo se latinskemu izrazu in medicinskemu žargonu),
- udeleženci naj dejavno sodelujejo, da bo zagotovljeno večje razumevanje; da bodo zapiski pravilni, naj vzgojitelj navodila ali druge vsebine posreduje tudi pisno,
- povzetek naredi vzgojitelj in z vprašanji, testom ali drugimi oblikami preveri, če so sprejete informacije pravilne. (Hoyer, 2005)

Od kakovosti k odličnosti

Kakovost izdelka ali storitve lahko opredelimo kot relativno popolnost vseh sestavin in lastnosti izdelka ali storitve glede na izpolnitev potreb in opravičenih pričakovanj kupcev oziroma uporabnikov, ki jim izdelki služijo, v času življenjske dobe izdelka. Iz definicije sledi, da tisti, ki nudi izdelke ali storitve, nima končne besede o kakovosti, temveč je kupec oziroma uporabnik izdelka ali storitve končni razsodnik o kakovosti izdelka ali storitve. (Marolt, 1987)

Sestavina kakovostne zdravstvene oskrbe so visoka stopnja strokovnosti, učinkovita izraba (človeških, finančnih in materialnih) virov, čim manjše tveganje za pacienta, zadovoljstvo pacienta in pozitiven vpliv na njegovo zdravstveno stanje.

Med zagotavljanje kakovosti izdelkov materialne proizvodnje in kakovostjo storitvenih dejavnosti, kamor sodi tudi zdravstvo, pa veljajo določene zakonitosti:

- storitvena dejavnost ne izdeluje opredmetenih izdelkov,
- storitev ni mogoče delati na zalogo,
- uporabnik storitev je prisoten v procesu izvrševanja storitev, kar pomeni dodaten, nepoznan in nepredvidljiv vidik s stališča kakovosti,
- pri izvrševanju storitev je pomembna pravočasnost, hitrost in pravilen potek procesa,
- želje naročnika in njegova merila kakovosti je težje določiti kot v materialni proizvodnji. (Marolt, 1987)

- Uporabnik zdravstvenih storitev ocenjuje kakovost glede na to:
- kako so izvajalci ravnali z njim,
- kakšen odnos so imeli do njega,
- kako so se mu izpolnila pričakovanja,
- ali so izvajalci vredni zaupanja,
- ali je lahko prišel do oskrbe in informacij, ki jih je potreboval.

Kakovost je pomemben element sodobne zdravstvene nege. Sodba o kakovosti je odvisna od posameznikove osveščenosti, izkušenj, pričakovanj in prepoznanih meril kakovosti.

Zagotavljanje kakovosti je novejše področje tako v zdravstveni negi kot v zdravstvu nasploh. V Sloveniji smo v prizadevanju za boljšo kakovost dela še precej na začetku dolge poti. Medicinska sestra nastopa na vseh ravneh zdravstvenega varstva. Možnosti, da se njeno delo kritično oceni, je zelo veliko. Pogosto je od njenih postopkov odvisna stopnja zadovoljstva uporabnikov zdravstvenega varstva. Delo, ki ga opravljajo za ljudi, zahteva popolno predanost in visoko profesionalno usposobljenost. Zdravstvena nega bo kakovostna, če bo orientirana k bolniku, v razreševanje njegovih problemov in usmerjena v nenehno izboljševanje kakovosti. (Kadivec, 1998)

Medicinske sestre in drugi zdravstveni delavci bi si pri svojem delu morali pogosto zastavljati vprašanje, ali naredijo dovolj za svoje paciente, ali izvajajo kakovostno zdravstveno varstvo.

Nekateri od teh kaj hitro dobijo pozitiven odgovor. Vendar pa taka pavšalna, subjektivna ocena ni dovolj. Če hočejo medicinske sestre svoje delo opravljati res profesionalno, si morajo takšno vprašanje postavljati vedno znova v prizadevanju, da bi kakovost svojega dela nenehno izboljševale in tako prispevale po najboljših močeh k ohranjanju in izboljševanju zdravja ljudi. Potreben je profesionalen in organiziran pristop.

Odličen je torej tisti, ki zna stopnjevat kakovost izdelkov in storitev. (Gabrijelčič, 1995)

Projekt SZO Zdrava mesta

Svetovna zdravstvena organizacija (v nadaljevanju SZO) v svojih strokovnih priporočilih svetuje, da bi moralo vsako mesto oziroma lokalna skupnost voditi zdravo razvojno politiko svojega kraja z zavestjo o ohranjanju in varovanju zdravja.

Zdravje pa ni le odsotnost bolezni. Zdravje je celovito stanje fizičnega, duševnega in socialnega dobrega počutja. Domuje tam, kjer ljudje živijo, delajo in se ljubijo. Zdravje je dobro mnenje o sebi, o svojem okolju in o svojem mestu. (Dokumentacija projektnega sveta projekta Trebnje zdrava občina in občina dobrih medčloveških odnosov)

Zdravo mesto:

- je čisto in varno,
- skrbi za zanesljive in trajne zaloge hrane, vode in energije ter za odlaganje odpadkov,
- ima uspešno in inovativno gospodarstvo,

- temelji na usklajenem razvoju gospodarstva in okolja,
- zadovoljuje osnovne potrebe vseh prebivalcev glede varnosti, dela in dohodka za življenje,
- je močna, medsebojno povezana skupnost, v kateri različne organizacije delujejo kot partnerji pri varovanju zdravja,
- svojim prebivalcem omogoča različne možnosti delovanja, medsebojnega sodelovanja in komuniciranja,
- ceni preteklost ter spoštuje različno kulturno dediščino in posebnost svojih prebivalcev,
- zdravje vključuje v tekočo in razvojno politiko mesta,
- se nenehno trudi, da izboljša dostopnost in kakovost zdravstvene oskrbe,
- je tisto mesto, v katerem ljudje živijo daljše in plodnejše življenje.

(http://www.euro.who.int/healthy-cities/introducing/20050202_4?language=German).

Trebnje – zdrava občina in občina dobrih medčloveških odnosov

V projekt Svetovne zdravstvene organizacije Zdrava mesta se je novembra 1992 poleg Ljubljane, Maribora in Celja vključila tudi občina Trebnje. Projekt Trebnje – zdrava občina in občina dobrih medčloveških odnosov je v partnersko sodelovanje povezala strokovnjake s področja zdravstva, šolstva, kulture, sociale, gospodarstva, varstva okolja, občinsko politiko in vso civilno sfero (društva, strokovna združenja, organizacije). Program za izboljšanje življenjskih razmer prebivalstva je pripravljen tako, da vsa ta strokovna področja povezuje med seboj, da bi skupaj dosegli uspehe pri reševanju aktualnih problemov: pri krepitvi zdravja, dobrih medčloveških odnosov, zagotavljanju zdravega okolja, kulturne rasti.

Da bi bilo delo na projektu Trebnje – zdrava občina in občina dobrih medčloveških odnosov učinkovito in da bi bila zagotovljena podpora vseh političnih subjektov in drugih organizacij v občini, je bil imenovan projektni svet. Predsednik projektnega sveta je župan občine Trebnje, vanj pa so vključeni ugledni ljudje iz občine in vseh pomembnih področij življenja. Članstvo v projektne svetu je vezano na funkcijo, ki jo posameznik opravlja in ne na osebo. V projekt je vključena tudi vsa civilna sfera društev, strokovnih združenj, organizacij in drugih s področja civilne iniciative v krajevnih skupnostih in vaseh, ki lahko s svojim delovanjem prispevajo k zastavljenim ciljem.

Projektne svete si je postavil spodaj naštetih cilje.

- Strokovno delovati tako, da okrepiamo sožitje v družinah. Samo v družinah z urejenimi medsebojnimi odnosi se oblikujejo klene osebnosti otrok, ki so usposobljeni kljubovati vsem pastem sodobnega časa.
- Dobro uveljavljene preventivne programe, ki se že izvajajo v okviru posameznih institucij, smiselno nadgraditi še z drugimi strokovnimi podlagami.
- Dosledno upoštevati načela projektov Zdrava mesta, da v vseh programih sodelujejo vsi razpoložljivi strokovni potenciali v občini.

- V izvajanje programov se gre z jasnim vedenjem, da so programi naravnani v dolgoročno izvajanje in se bodo učinki pokazali šele v naslednjih generacijah.
- Stalna skrb za ozaveščanje prebivalstva o smislu projekta, da bi začutili, da je to namenjeno njim in za njihovo kakovostnejše življenje.
- Projektni svet je organ občinskega sveta. Zaradi izvajanja programov se ustanovi Društvo za zdravje in sožitje v družinah.

V nadaljevanju bodo predstavljene predstavitve projektov, ki jih je zasnoval in oblikoval projektni svet in se redno izvajajo.

- Družinski dan je namenjen vsem učencem zadnjih razredov osnovnih šol. Program je posvečen družini in vzgoji za družino. Mladostnik naj prek vsebin, ki so mu prek dneva posredovane in pri katerih aktivno sodeluje, doživi pomen, vlogo in smisel družine. Program je zastavljen multidisciplinarno, saj v njem sodelujejo strokovni delavci različnih področij (socialne delavke, psihologinje, zdravniki, duhovniki ter izbrane družine). Program je sestavljen iz štirih sklopov (psihološkosocialni vidik, zdravstveni vidik, antropološko logoterapevtski vidik ter okrogla miza z družino).
- Raziskovalni tabor za nadarjene učence – program je namenjen učencem zadnjih razredov osnovnih šol občine Trebnje, ki jih predlagajo šolske svetovalne delavke v dogovoru z njihovimi starši. Tabor poteka tri dni, mladi pa se v različnih delovnih dejavnostih (kemijska, likovna, gledališka, novinarska delavnica, ekskurzije) učijo drugače. Cilji programa so predvsem v spoznavanju geografskih, zgodovinskih, arhitekturnih in naravnih značilnosti v občini Trebnje ter širjenje socialne mreže udeležencev.
- Priprava na zakon in družino – cilj tega programa je seznaniti in predstaviti bodočim zakoncem pomembna življenjska področja, ki jih čakajo na poti partnerstva in starševstva. Tudi ta program je zastavljen multidisciplinarno, saj je sestavljen iz petih sklopov, kjer sodelujejo v psihološkopedagoškem delu psiholog, v socialnoantropološkem delu socialna delavka, v zdravstvenem delu zdravnik – ginekolog, v antropološkoteološkem delu teolog ter okrogla miza z družino.
- Šola za starše je prav tako zastavljena multidisciplinarno in zajema medicinski ter psihosocialni del. V medicinskem delu programa se bodoči starši seznanijo z naslednjimi temami: oploditev, potek nosečnosti, komplikacije v nosečnosti, zdrav način življenja, dihanje med porodom, aktivne vaje med nosečnostjo, potek poroda, dojenje, prehrana in nega dojenčka, skrb za zdravje zob. Izvajalci programa so ginekolog, pediater, zobozdravnik, višji medicinski sestri in fizioterapevt. V psihosocialnem delu se bodoči starši seznanijo s temami, kot so razvojni cikel družine, sprememba odnosov, pomen osebnega imena, pomen dobrega sporazumevanja za srečno življenje družine. Izvajalci so socialna delavka, psihologinja in družina. Program se zaključi z okroglo mizo z družino, kjer zakonski par predstavi izkušnjo priprave na porod, vlogo očeta pri porodu in po prihodu družine iz porodnišnice ter življenje in prilagajanje na spremembe tako v partnerskem kot tudi starševskem odnosu.

- Terapevtska skupina za boljše sožitje v družinah – program je namenjen urejanju družinskih odnosov zaradi alkoholne zasvojenosti. Cilj tega programa je učenje ponovne vzpostavitve družine kot skupine ter oblikovanje zdravih in osrečujočih družinskih odnosov.
- Učenje uspešnega partnerskega sporazumevanja – program se izvaja kot seminar, ki je namenjen posameznikom in parom, ki si želijo obogatiti znanje na področju kvalitetnejšega sporazumevanja v medsebojnih odnosih. Udeleženci pridobijo teoretične osnove, poudarek pa je na praktičnih vajah: kako se pogovarjati, da bo partner tudi razumljen; kako si povedati tudi neprijetne in težke stvari; kako predelati prepir, da ne ostane dolgo med njima; kako aktivno poslušati drugega; kako si partnerja lahko povesta svoje želje in potrebe na področju nežnosti in spolnosti; kakšna so pričakovanja glede partnerstva; kaj v njunem odnosu pogašata ...
- Sto domačih zdravil za lepše družinsko življenje – seminar je namenjen usposabljanju družin za zdravo in uspešno družinsko in medsebojno življenje. Izvaja se na temo dejavnosti, ki krepijo človeka na vseh nivojih človekovega življenja.
- Ustvarjalne delavnice za otroke in starše – namenjene so otrokom in staršem iz odročnih krajev, ki se manj vključujejo v vzgojne in ustvarjalne programe vrtcev.
- Problemske konference – vsako leto se organizira po nekaj predavanj. Tako sta se v letu 2006 organizirali dve predavanji, in sicer je bilo prvo z naslovom Skrita moč družine namenjeno vsem strokovnim in drugim delavcem, ki kakorkoli pripomorejo k izboljšanju stanja na področju obravnave družinske problematike. Drugo predavanje z naslovom Otrok med domom in šolo pa je bilo namenjeno vsej zainteresirani javnosti, posebno staršem in strokovnim delavcem, ki se pri svojem delu srečujejo z mladimi (Dokumentacija projektnega sveta projekta Trebnje - zdrava občina in občina dobrih medčloveških odnosov).

Šola za starše

Šola za starše je pomembna za promocijo zdravja in aktivno skrb za lastno zdravje in zdravje svojih potomcev, za prvič in ponovno noseče ženske in njihove partnerje ter za posebej ogrožene skupine nosečnic (mladostnice, socialnoekonomsko ogrožene nosečnice, nosečnice z zdravstvenimi tveganji ipd.). (Navodilo o spremembah in dopolnitvah navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, 2002)

To je zdravstvenovzgojna oblika dela, ki nosečnice in njihove partnerje »pouči o vseh vprašanih fizične in psihične higijene med nosečnostjo, o kompleksnem dogajanju med nosečnostjo in porodom in o negi novorojenčka«. (Klun, 1985)

Priprava nosečnice na porod poteka na Univerzitetni ginekološki kliniki že od leta 1955 naprej. Prvotno se je imenovala psihoprofilaktična priprava na porod. Tečaj za bodoče očete obsega teme nosečnost, porod in poporodno obdobje. Seznanijo jih tudi z nego dojenčka. Tečaj traja dve do tri ure. (Skoberne, 1984)

Zdravstvena vzgoja je metoda dela v zdravstvenem varstvu žensk v zvezi z nosečnostjo, porodom in materinstvom. Nosečnost je obdobje, ko so ženske izredno motivirane in dovzetne za nasvete in učenje. Prizadevajo si, da bi bile čim bolj poučene o tem, kako ohraniti svoje zdravje in roditi zdravega otroka. Zdravstveni delavci moramo ta čas motiviranosti izkoristiti in ženskam in njihovim partnerjem posredovati čim več znanja. (Donko in Hoyer, 2003)

Vzgoja je stalen proces oblikovanja in sooblikovanja človekove osebnosti. Temelji na učenju, saj je znanje temelj za oblikovanje vzgojnih kategorij; če na primer veliko vemo o dojenju, je to vedenje osnova za oblikovanje vrednote dojenja. Glavne kategorije ali posledice vzgoje so stališča, vrednote, idejni pogled na svet. Te kategorije odločilno vplivajo na vedenje posameznika, na njegove interese, motivacijo, torej ne na tisto, kar se naučimo, ampak tisto znanje, ki ga ponotranjimo.

Stališča so povezana s specifičnimi objekti in pojavi. Primer stališča do dojenja bi bil v spoznavni komponenti znanje o vseh vidikih dojenja. Glede na čustveno komponento pa je le-to lahko v razponu od pozitivnega do negativnega stališča. Akcijska komponenta se kaže v pripravljenosti posameznice za dojenje.

Vrednote, kot posledica vzgoje, imajo bolj centralen položaj kot stališča. Z njimi poimenujemo vse tisto, kar visoko cenimo, k čemur si prizadevamo. Če so vrednote otroci, ljubezen, družinska sreča, zdravje ... prisotne in pri posamezniku razvite, se okoli njih razvijejo pozitivna stališča v zvezi z zdravjem, dojenjem ipd. (Hoyer, 2005)

Program, vsebina in cilji izvajanja šole za starše v ZD Trebnje

Organizirana skupinska oblika vzgoje nosečnic in njihovih partnerjev poteka v šoli za starše v ZD v Trebnjem. To je eden od desetih programov v okviru projekta Trebnje zdrava občina in občina dobrih medčloveških odnosov.

Šola poteka v ZD v Trebnjem v popoldanskih urah. Ob uvedbi timske oblike dela (od leta 1999) je iz tradicionalne oblike prešla na sodobno zdravstveno vzgojo.

Predavanje večine predavateljev poteka izven rednega delovnega časa. Oblika dela je skupinska, poteka kot tečaj. Metode dela so predavanja, razgovor, demonstracija in aktivne vaje. Vsi predavatelji uporabljajo avdiovizualno tehnologijo. Zdravstveno vzgojno gradivo se udeležencem razdeli v pisni obliki. O delu šole se občasno pripravijo prispevki za lokalne medije.

I. srečanje: predavanje diplomirane medicinske sestre

Vsebina: oploditev in rast ter razvoj ploda; zdrav način življenja nosečnice (prehrana, obleka in obutev, osebna higiena, delo, rekreacija, potovanje); bolezni v nosečnosti (nosečnostne toksikoze, neskladnost krvnih faktorjev, krvavitve, nosečnostna sladkorna bolezen); telesna in duševna priprava na porod – dihanje med porodom.

Cilj prvega srečanja je bodoče starše seznaniti in jih motivirati za zdrav način življenja nosečnice ter jih telesno in duševno pripraviti na porod.

II. srečanje: predavanje zdravnika – specialista ginekologije in porodništva

Vsebina: seznanitev bodočih staršev o znakih začetka poroda; o tem, kdaj je pravi čas za odhod v porodnišnico. Udeleženci dobijo informacijo o poteku poroda, o dogajanju v porodnišnici in porodni sobi. Podane so informacije o možnih zapletih in ukrepih, če bi porod potekal brez strokovne pomoči. Očedom, ki bodo prisostvovali porodu, so posredovane informacije o njihovi vlogi v času poroda. Seznanjeni so tudi o dogajanju pri ženski v zgodnjem poporodnem obdobju.

Cilj tega srečanja je bodoče starše seznaniti o poteku poroda in dogajanju v porodni sobi.

III. srečanje: predavanje diplomirane medicinske sestre

Vsebina: priprava sobe, posteljice, garderobe in ostalih pripomočkov za novorojenčka. Praktično (na lutki) se prikaže umivanje in kopanje otroka. Bodoči starši se seznanijo s posebnostmi novorojenčka, te so: videz (teža, dolžina), koža (barva), oči (vnetje, škiljenje), usta (bele obloge, soor), prsi, trebuh (nega popka), spolovilo, odvajanje blata, urina, bruhanje (polivanje), otrokovo spanje, refleksi (iskalni, sesalni, požiralni), čutila (vid, sluh, vonj), sprehodi, sončenje, pestovanje.

Cilj je bodoče starše naučiti ravnanja z novorojenčkom.

IV. srečanje: predavanje zobozdravnice

Vsebina: pravilno čiščenje zob; ustna higiena; pomen žvečenja hrane; pomen pravilne prehrane; seznanitev s preprečevanjem ortodontskih anomalij; odpravljanje razvad (sesanje prsta, dude in stekleničke); pomen dojenja za razvoj otrokovih čeljusti.

Cilj je povečati skrb bodočih staršev za nego svojih in otrokovih zob.

V. srečanje: predavanje zdravnika – specialista pediatra

Vsebina: prehrana dojenčka. Tema je predstavljena v dveh delih. V predavanju se bodoči starši seznanijo z najprimernejšo prehrano v prvem letu otrokove starosti. Poudarek je na dojenju kot najboljšem načinu hranjenja otrok v prvih šestih mesecih življenja. Beseda teče tudi o uvajanju mešane hrane v otrokov jedilnik po šestem mesecu starosti. Po predavanju sledi ogled videokasete o dojenju in nato razgovor.

Cilj in namen predavanja je promocija dojenja, da bi se bodoče mamice v čim večjem številu odločale za ta naraven in najboljši način hranjenja otroka in da bi se v primeru težav obračale na strokovne delavce za nasvete.

VI. srečanje: predavanje diplomirane medicinske sestre

Vsebina: spremembe na telesu otročnice; higiena in prehrana otročnice; delo in počitek otročnice (vloga očeta); kontracepcija po porodu; poporodna telovadba.

Cilj je bodoče starše pripraviti na kvalitetno življenje po porodu.

V okviru šole za starše se izvaja tudi telovadba za nosečnice in vaje za dihanje med porodom.

Namen raziskave

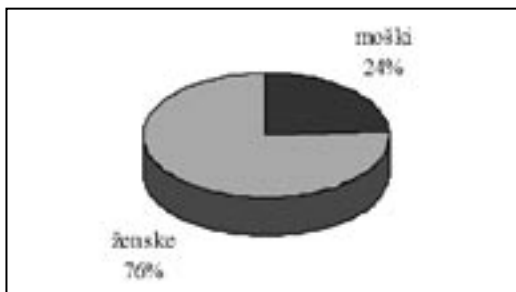
Hoteli smo ugotoviti, kako so udeleženci šole za starše v Trebnjem zadovoljni z organiziranjem in izvedbo šole. Pripravili smo vprašalnik, pri čemer smo upoštevali pravila načrtovanja vprašalnika. Po obliki so bila vprašanja odprta, dihonomna, pa tudi vprašanja zaprtega, izbirnega tipa.

Zanimalo nas je:

- kje so udeleženci dobili informacijo o poteku šole,
- ali sta bila kraj in čas izvedbe šole primerna,
- ali so bila posamezna srečanja predolga in katera,
- ali so bili slušatelji zadovoljni s tem, da je predavalo več predavateljev in da so bile teme obdelane z različnih zornih kotov,
- ocene posameznih predavateljev glede na strokovnost, izčrpnost in podajanje teme ter skupna ocena predavanja,
- kaj je udeležencem ostalo v spominu, kaj jim ni bilo všeč in katere vsebine so bile po njihovem premalo obdelane,
- ocena telovadbe,
- zanimal nas je spol anketirancev, starost in pri ženskah število nosečnosti.

Preiskovanci in metode

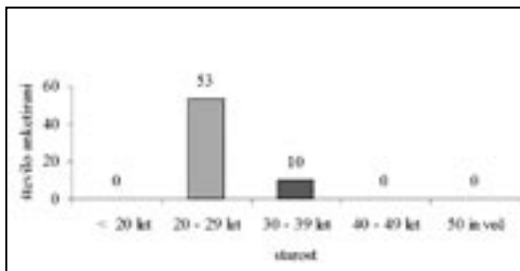
V empiričnem delu so uporabljeni rezultati ankete, ki smo jih pridobili od nosečnic in bodočih očetov. Anketiranci so bili udeleženci zadnjega predavanja posamezne skupine v šoli za starše, ki so bila organizirana v ZD Trebnje v letu 2007. Na anketna vprašanja je odgovorilo 63 bodočih staršev. V anketi je sodelovalo, jo izpolnilo in oddalo vprašalnik 15 moških (24%) in 48 žensk (76%).



Slika 1: Struktura anketirancev po spolu

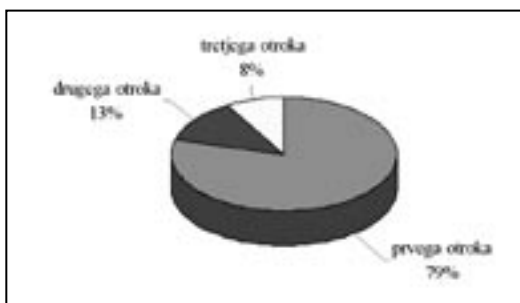
Rezultati

Po starostni strukturi (moški in ženske) je bilo 84% oz. 53 udeležencev starih od 20 do 29 let.



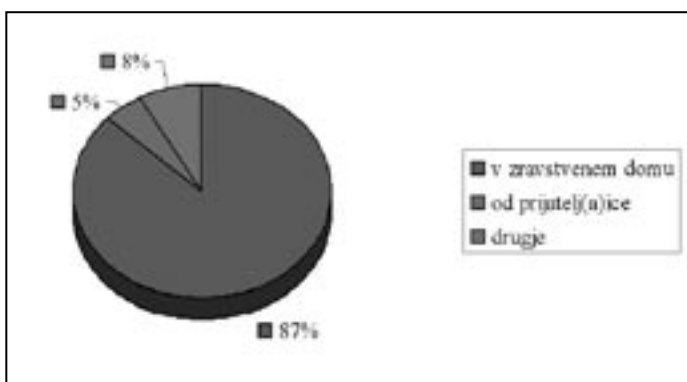
Slika 2: Razvrstitev anketiranih udeležencev (moški in ženske skupaj) po starostnih kategorijah

Od skupno 48 udeleženk prvega otroka pričakuje 38 žensk (79%).



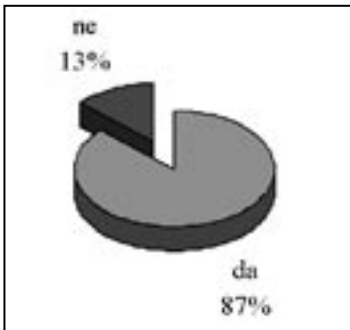
Slika 3: Katerega otroka pričakuje anketiranka?

Informacijo o poteku, času in kraju šole za starše je večina udeležencev dobila v ZD Trebnje.



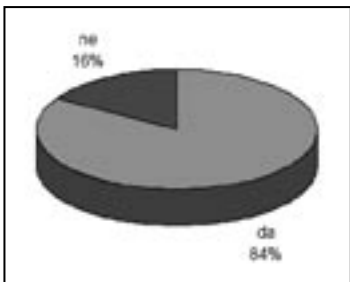
Slika 4: Kje ste dobili informacijo o šoli za starše?

Šola za starše poteka v poznih popoldanskih urah, kar večini ustreza.



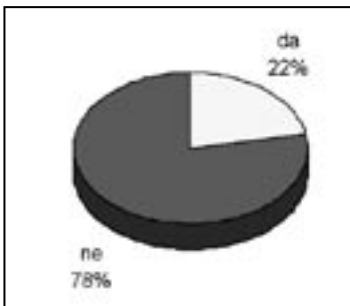
Slika 5: Ali vam je čas, ko je potekala šola za starše, ustrezal?

Da šola poteka v ZD, se strinja 84% udeležencev.



Slika 6: Ali se vam zdi kraj izvajanja šole za starše primeren?

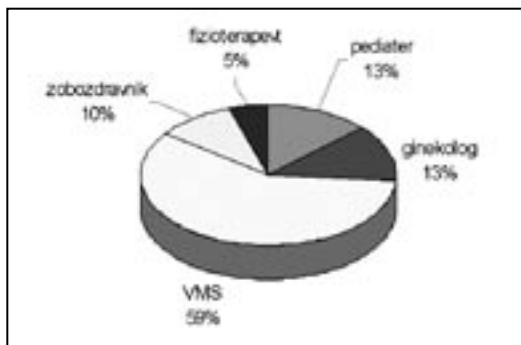
78% anketiranih je na vprašanje, ali so bila posamezna srečanja predolga, odgovorilo negativno, 22% pa je mnenja, da so nekatera predavanja predolga.



Slika 7: So bila posamezna srečanja predolga?

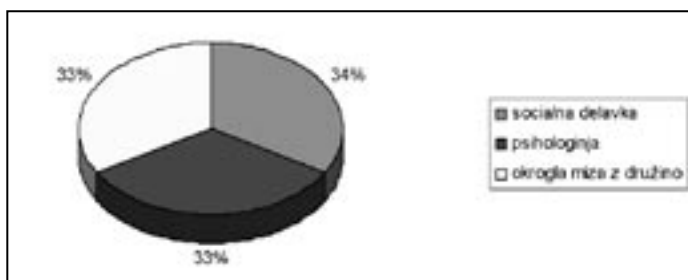
Na vprašanje, ali vam je bilo všeč, da je bilo več predavateljev, da so bile teme obdelane z več strokovnih zornih pogledov, so vsi odgovorili pritrdilno.

Zdravstveni del tima šole za starše v ZD Trebnje tvorijo naslednji predavatelji: ginekolog, fizioterapevt, pediater, dve višji medicinski sestri in zobozdravnik. Obseg predavanj, ki pokrivajo posamezna področja, je razviden iz grafikona na sliki 8:



Slika 8: Struktura predavanj zdravstvenega dela šole za starše v ZD Trebnje po predavateljih

Prek projekta Trebnje - zdrava občina in občina dobrih medčloveških odnosov pa so vključeni še naslednji predavatelji oz. vsebine:



Slika 9: Struktura predavanj in vsebin prek projekta Trebnje - zdrava občina in občina dobrih medčloveških odnosov

Z anketo smo zaprosili, da slušatelji z oceno od 1 do 5 (5 je bila najvišja ocena) ocenijo strokovnost, izčrpnost, podajanje teme in dajo skupno oceno posameznim predavateljem. Rezultati s povprečnimi ocenami so prikazani v spodnji tabeli.

Tabela 1: Ocena predavateljev

predavanja kriterij	št.	1.	2.	3.	4.	5.	6.	povprečje
strokovnost		4,7	4,6	4,6	4,7	4,8	4,9	4,71
izčrpnost teme		4,6	4,6	4,4	4,5	4,6	4,9	4,61
podajanje teme		4,7	4,6	4,5	4,5	4,6	4,9	4,64
skupna ocena		4,7	4,6	4,6	4,6	4,6	4,9	4,67

Razlaga tabele in rezultatov

Pod št. 1 je predavanje diplomirane medicinske sestre (dms):

- o poteku nosečnosti
- komplikacije med nosečnostjo
- zdrav način življenja
- dihanje med porodom

Pod št. 2 je predavanje pediatrijine : dojenje in prehrana dojenčka

Pod št. 3 je predavanje ginekologinje: potek poroda

Pod št. 4 je predavanje zobozdravnice: skrb za zdravje zob

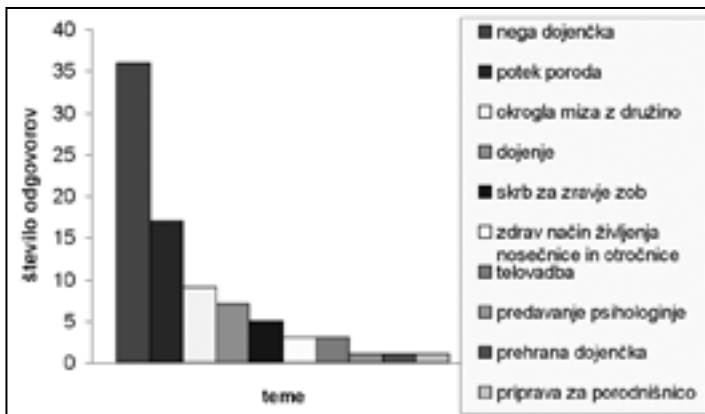
Pod št. 5 je predavanje dms:

- nega otročnice
- kontracepcija po porodu

Pod št. 6 je predavanje dms:

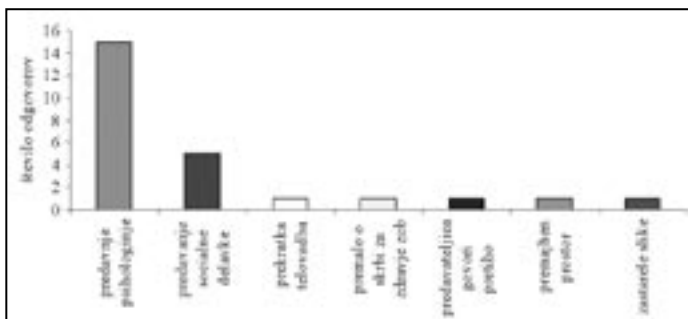
- dihanje med porodom
- nega dojenčka

Na anketno vprašanje, kaj vam je od vseh vsebin ostalo najbolj v spominu, so odgovarjali: nega dojenčka (36 odgovorov), potek poroda (17), dojenje (7), skrb za zdravje zob (5), okrogla miza z družino (9), nega otročnice (3), telovadba (3), priprava za porodnišnico (1), prehrana dojenčka (1), predavanje psihologinje (1).



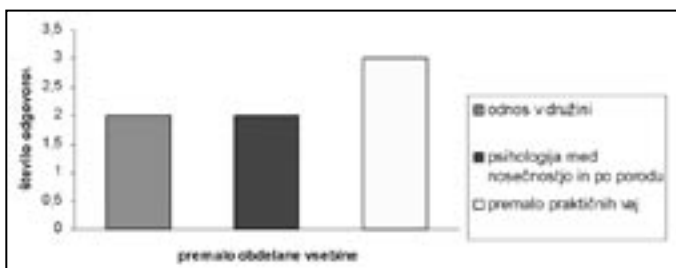
Slika 10: Katere teme so anketirancem najbolj ostale v spominu?

Na vprašanje, kaj vam ni bilo všeč, so odgovarjali: predavanje psihologinje (15 odgovorov), predavanje soc. delavke (5), po en odgovor pa: telovadba je bila prekratka, skrb za zdravje zob, predavateljica govori potih, premalo dinamično, dolgočasno, premajhen prostor in slike porodne sobe so zastarele.



Slika 11: Kaj anketirancem na srečanjih ni bilo všeč?

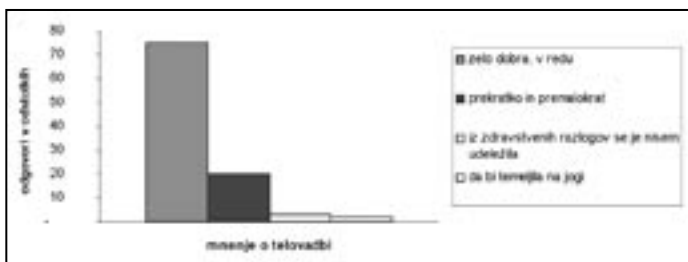
Na vprašanje, katere vsebine so bile po vašem mnenju premalo obdelane, so odgovarjali: odnos v družini, psihologija med nosečnostjo in po porodu, več praktičnih vaj o negi otroka.



Slika 12: Po mnenju slušateljev premalo obdelane vsebine

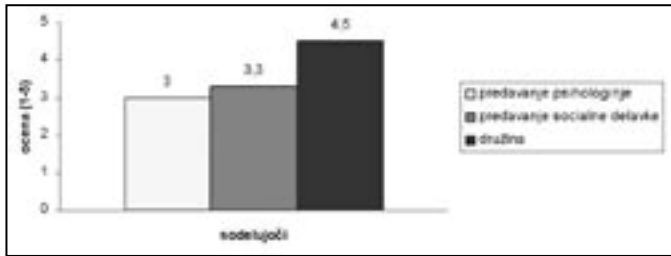
Prva skupina je izrazila željo, naj bi organizirali ogled porodnišnice v Novem mestu.

Telovadbo je z oceno zelo dobro oziroma v redu ocenilo 75% anketirank. 20% jih je bilo mnenja, da je bila prekratka in izvedena premalokrat. 3% se zaradi zdravstvenih težav telovadbe ni udeležilo, 2% jih je izrazilo mnenje, naj bi telovadba temeljila na jogi.



Slika 13: Kako so bile anketiranke zadovoljne s telovadbo?

Posebej smo s pričujočo anketo želeli pridobiti oceno o vtisu udeleženk in udeležencev na izvajanje zunanjih sodelavcev, in sicer psihologinje, socialne delavke in ob obisku družine. Ocenjevani so bili z oceno 1–5 (5 je bila najvišja ocena). Rezultati so prikazani v naslednjem grafu:



Slika 14: Ocena sodelavcev projekta Trebnje- zdrava občina in občina dobrih medčloveških odnosov

Razprava

Učenje in vzgoja ljudi o krepitvi, ohranjanju in uveljavljanju zdravja je zdravstvena vzgoja (ZV). ZV je samostojna disciplina, saj ima vse elemente, ki jo kot tako opredeljujejo (strokovnjake, vsebine, oblike in metode dela, svojo organizacijo in raziskovanje). V dnevni praksi se pogosto srečujemo s poenostavljenjem in banaliziranjem tega področja. Mimogrede dana informacija še ni ZV. Celovitost ZV lahko zagotavljajo le strokovnjaki, ki so se za to posebej šolali ter imajo kombinacijo zdravstvenih in pedagoških znanj. Oni zagotavljajo celovit proces ZV – od iskanja in ugotavljanja potreb (raziskovanje) do programiranja, planiranja, izvajanja in vrednotenja. V posamezne faze se vključujejo posamezni strokovnjaki, predvsem v fazi izvajanja so dobrodošli zelo različni profili. Vsi ti bogatijo ZV in jo naredijo še bolj verodostojno. (Hoyer, 2003)

Kljub velikemu številu različnih informacij iz knjig, časopisov, številnih revij, interneta, radia in televizije bodoči starši radi prihajajo po informacije v šolo za starše. Od okoli šestdeset šol za starše, kot jih sedaj deluje v Sloveniji, jih 86% izvajajo zdravstveni domovi, 12% bolnišnice in 2% drugi. (Njenjič, 2007) V Trebnjem se program šole za starše izvaja od leta 1999 v ZD Trebnje. Pred tem pa je program zdravstvene vzgoje za nosečnice potekal kot materinska šola ravno tako v ZD Trebnje. (Arhivska dokumentacija šole za starše v ZD Trebnje)

V timsko obliko dela je vključenih več strokovnjakov, kar poveča kvaliteto dela ter da boljši izkoristek delovnega časa. V šoli za starše v ZD Trebnje je bil uveden demokratičen tim, kjer strokovnjaki ustvarjalno sodelujejo. Vsak prispeva glede na svoje znanje, izkušnje in sposobnosti. Za dobro delovanje tima je potrebna dobra komunikacija med njegovimi člani ter njihova strokovnost.

Občina Trebnje je vključena v projekt SZO Zdrava mesta s projektom Trebnje – zdrava občina in občina dobrih medčloveških odnosov. V okviru tega projekta se izvaja deset programov in eden izmed njih je tudi šola za starše. S predavanjema diplomirane psihologinje in diplomirane socialne delavke so se vsebine šole še razširile na pripravo za življenje z novim družinskim članom, saj ob vsakem porodu moški in ženska postaneta starša. Za udeležence je zelo zanimiv obisk družine, ki s svojimi izkušnjami obogati program.

Projekt Trebnje – zdrava občina in občina dobrih medčloveških odnosov je dobro zaživel. Razloga za uspešnost projekta sta dva: prvi je, da ni zaprtosti projekta v eno samo področje

(na primer zdravstvo), drugi pa, da ni birokratsko voden. Projekt je medresorski in interdisciplinaren. V njem partnersko sodelujejo zdravstvo, sociala, šolstvo, varstvo okolja, kultura, kmetijstvo in druge stroke ter pomembni dejavniki, ki delajo z ljudmi in za ljudi v občini. Vodilni in ostali sodelavci projekta delajo v zavesti, da je njihov strokovni prispevek k napredku občine ne samo redna služba na delovnem mestu, ampak tudi civilna in javna, strokovna in laična samoiniciativa ter pomoč za samoorganizacijo in samopomoč ljudi v kraju.

Danes, po petnajstih letih delovanja projekta ugotavljamo, da so v projekt vključeni strokovnjaki z različnih področij, ki opravljajo humano poslanstvo za družine, zdrave ljudi, varovanje okolja, napredek gospodarstva in dobre medčloveške odnose v občini. Tudi v prihodnost lahko gledamo z optimizmom in zaupanjem, čeprav je petnajst let za preventivni projekt na področju krepitve zdravja in socialne klenosti prebivalstva res šele začetek. Preventivni projekti take vrste pokažejo svoj prispevek k zdravju in medčloveškim odnosom šele, ko kontinuirano potekajo vsaj eno generacijo, to je najmanj četrto stoletja. Pravi rezultati projekta Trebnje – zdrava občina in občina dobrih medčloveških odnosov se bodo torej lahko pokazali šele v naslednjih desetletjih.

Pomembno je, da se bodoči starši zavedajo svoje vloge. Za to odgovornost jih moramo začeti vzgajati že v mladosti, ne šele v času nosečnosti in poroda. Tudi zdravstveni delavci se moramo zavedati, da je porod nekaj posebnega, veliko doživetje za bodoče starše. Pri doživljanju tega dogodka jih ne smemo utesnjevati bolj, kot je to potrebno za izboljšanje zdravja otroka in matere. V šoli za starše dobijo bodoče matere in očetje osnovno znanje o nosečnosti, porodu, novorojenčku. (Pajntar in sod., 1994)

Največ je slušateljic, ki pričakuje prvega otroka (79 %), po nova znanja pa prihajajo tudi ob pričakovanju drugega (13 %) in tretjega otroka (8 %).

Ob pregledu starostne strukture v šoli za starše v ZD Trebnje je največ udeležencev (moški in ženske skupaj) starih med 20 in 29 let (84 %), v obdobju med 30. in 39. letom pa jih je bilo 16 %. Mlajših in starejših ni bilo.

Največ informacij o poteku šole za starše so dobili v ZD (87 %) v dispanzerju za žene in na oglasni deski, 5 % jih je dobilo od prijateljic in 8 % drugje.

Veliko ljudi iz občine Trebnje se vozi na delo v Ljubljano, Novo mesto in v druge kraje po Sloveniji, zato so v prejšnjih letih bodoči starši v večjem številu obiskovali šole za starše po drugih krajih. Ob nenehnem spremljanju kvalitete šole, prilagajanju vsebin slušateljem in na podlagi dokumentacijske evidence v šoli za starše v ZD v Trebnjem ugotavljamo, da se povečuje število udeležencev iz naše občine. Vedno več udeležencev pa je tudi iz sosednjih občin (Arhivska dokumentacija šole za starše v ZD Trebnje).

Šola za starše v ZD Trebnje poteka v popoldanskem času, da se tudi časovno čim bolj prilagodimo uporabnikom. Ker smo s pričujočo anketo ugotovili, da 13 % udeležencev ni bilo zadovoljnih s pričetkom srečanj, je bil urnik na novo prilagojen željam udeležencev in se sedaj pričinja ob 16. uri.

Predavanja in predstavitve potekajo v sejni sobi zdravstvenega doma, telovadba za udeleženke pa v prostorih telovadnice fizioterapije. Kljub temu, da se tudi v ZD zavedajo problematike, ki jo nakazujejo rezultati ankete, da prostori v ZD v marsičem ne ustrezajo populaciji slušateljev, zaenkrat glede tega nimajo boljše rešitve, saj se program izvaja v za ta namen najbolj prilagojenih prostorih. Že Njenjić (2007) ugotavlja probleme v zvezi s prostorsko stisko pri izvajanju šole za starše v zdravstvenih domovih v Sloveniji.

Ker so vsebine, ki jih je potrebno obdelati, zelo obširne, so posamezna srečanja kljub večkratnim odmorom dolga. Iz rezultatov ankete, tako je odgovorilo 22 % anketirancev, smo dobili signal, da je predavanje o negi dojenčka predolgo in da si udeleženci želijo tudi praktičnega dela, zato predlagamo, da se v prihodnje vsebina razdeli na dva dela. V prvem delu bi ostalo predavanje o pripravi doma na prihod novega družinskega člana, značilnosti novorojenčka in s prikazom nege dojenčka, v drugem delu pa bi bodoči starši praktično izvajali nego dojenčka – lutke. Donko (2002) ugotavlja, da skoraj polovico udeleženk, od tega vse prvorodke, želijo poskusiti previti in obleči lutko dojenčka.

V Sloveniji je povprečno število zaposlenih v šoli za starše do 5 strokovnjakov. (Njenjić, 2007) V ZD Trebnje predavatelji to delo opravljajo ob svojem rednem delu in v šoli za starše ni stalno zaposlenih.

V raziskavi smo veliko pozornosti posvetili oceni kakovosti dela predavateljev. Ocenili so jih udeleženci v letu 2007. Vsem anketiranim slušateljem je bilo všeč, da v šoli za starše predava več strokovnjakov. Iz analiz podatkov o zdravstveno-vzgojni dejavnosti v Sloveniji je razvidno, da več kot 60 % te dejavnosti opravijo medicinske sestre (Žalar in Pucelj, 2001). Tudi v šoli za starše v Trebnjem opravijo 59 % dela diplomirani medicinski sestri, 13 % ginekolog, 13 % pediater, 10 % zobozdravnik in 5 % fizioterapevt. Anketiranci so ocenili njihovo strokovnost s povprečno oceno 4,71 (5 je bila najvišja ocena).

Kljub temu da zdravstveni delavci nimajo dovolj andragoških znanj, se trudijo, da bi bilo zdravstveno vzgojno delo podano razumljivo. Andragogika je obvezna in nujna učna vsebina v programih izobraževanja zdravstvenih delavcev kot bodočih zdravstvenih vzgojiteljev, učiteljev za zdravje. (Hoyer, 2005)

Izobraževanje staršev naj bi izvajalo osebje iz zdravstvenega varstva žensk in otrok, ki bi poleg dobrega strokovnega znanja imelo tudi željo in veselje do tovrstnega dela. Zavod (ZD) bi jim moral omogočiti dodatna strokovna izpopolnjevanja, ne le na strokovnem področju, ampak tudi na področju vzgoje in izobraževanja. Na dejstvo, da tečaji potekajo v popoldanskem času, ne moremo vplivati, saj je večina nosečnic in njihovih partnerjev v dopoldanskem času na delovnem mestu. Glede na to bi morali biti zdravstveni delavci za svoje delo dodatno nagrajeni. (Dren, 2002)

Anketiranci v šoli za starše ZD Trebnje so z oceno od 1 do 5 (5 je bila najvišja ocena) ocenjevali strokovnost, izčrpnost in podajanje teme posameznih predavateljev. Najvišje, s povprečno oceno 4,71, je bila ocenjena strokovnost predavateljev. Skupna, povprečna ocena vseh predavateljev po vseh kriterijih je bila 4,67. Ocene nam kažejo veliko prizadevnost predavateljev, da bi ZV slušateljem, ki pričakujejo novorojenca, izvajali kar se da kvalitetno.

Mnogo raziskovalcev se zaveda, da merjenje zadovoljstva ni samo instrument kakovosti; je tudi cilj zdravstvenega varstva (Linder-Pelz, 1982, cit. po Bohinc, 1999). Kontinuirano moramo preverjati svoje rezultate, da jih bomo lahko izboljševali.

Zanimiva je ugotovitev, da ima veliko šol za starše v Sloveniji določena predavanja z istim naslovom, kar kaže da so si programi dokaj podobni. (Njenjić, 2007) Nikšjer v literaturi pa nismo zasledili, da bi v šoli za starše sodelovala družina z majhnimi otroki.

Vsebine, ki so udeležence v šoli za starše v ZD v Trebnjem najbolj zanimale, so bile: nega dojenčka (36 odgovorov), potek poroda (17 odgovorov), okrogla miza z družino (9 odgovorov) in dojenje (7 odgovorov). Po nekaj udeležencev je za zanimive vsebine štelo še skrb za zdravje zob, zdrav način življenje nosečnice in otročnice, telovadba, prehrana dojenčka, priprava za odhod v porodnišnico in predavanje psihologinje. Bodoče starše najbolj zanima, ali bodo znali pravilno ravnati s svojim otrokom, da bo zdrav in bo zdrav tudi ostal.

Od tem, ki jim niso bile všeč, so izpostavili predavanje psihologinje (15 odgovorov) in predavanje socialne delavke (5 odgovorov). Po en anketiranec je imel pripombo, da je telovadba prekratka, da je premalo govora o skrbi za zdravje zob, da predavateljica govori pretiho, da je za predavanja izbran premajhen prostor ter da so slike porodne sobe zastarele.

Najprej so se v šoli za starše v ZD v Trebnjem odzvali na najočitnejšo pripombo slušateljev – na predavanje psihologinje. Vsebina, ki jo je podajala, zanje ni bila aktualna (poudarek na psihologiji otroka v šolskem obdobju), zato smo s timskim posvetom povabili drugo predavateljico, ki je prilagodila predavanje s temami, zanimivimi za bodoče starše. Ob nadaljnjem spremljanju dela smo takoj zaznali boljše ocenjeno predavanje psihologinje.

Sledili bomo odpravi ostalih pripomb. Problem premajhnega prostora bo rešen šele z nadzidavo ZD, ki se bo predvidoma začela v naslednjem letu. Predavanja ginekologinje bo popestrjeno z novejšimi slikami porodne sobe iz porodnišnice.

Anketiranke so bile mnenja, da je telovadba prekratka in se izvaja premalokrat. Letos je že bila ponujena možnost telovadbe v zgodnji nosečnosti, pa takrat zanimanja ni bilo. Če nosečnice niso imele zdravstvenih težav in so lahko telovadile, so telovadbo ocenile zelo pozitivno.

Odprto mora ostati sodelovanje med vodstvom ZD, dispanzerjem za žene, predšolskim dispanzerjem, fizioterapijo in predavatelji ter predstavniki projekta Trebnje – zdrava občina in občina dobrih medčloveških odnosov, da se želje, potrebe ter pripombe slušateljev sproti rešujejo.

SKLEP

Namen raziskave je bil ugotoviti, kako so udeleženci zadovoljni z organizacijo in izvedbo šole za starše v ZD v Trebnjem. Na podlagi dobljenih rezultatov ankete, ki smo jo izvedli med udeleženci šole za starše v ZD v Trebnjem v prvem tričetrtletju 2007, ocenjujemo, da je šola organizirana in se izvaja kvalitetno. Bodoče starše najbolj zanimajo za njih aktualne teme, kot so porod, nega dojenčka, dojenje in zdrav način življenja nosečnice in otročnice. Rezultati te

ankete so nam pokazali, da smo morali narediti več na obogatitvi predavanj iz psihologije. Šolo bomo dopolnili s praktičnimi vajami o negi dojenčka.

Ugotavljamo, da bo potrebno nenehno spremljati kvaliteto dela in se prilagajati željam in potrebam bodočih staršev in aktualnim vsebinam.

Ker so udeleženci šole za starše izrazili željo, da bi organizirali obisk v novomeško porodnišnico, smo program dopolnili z ogledom le-te.

Namen raziskave je dosežen, saj smo dobili odgovore na zastavljena vprašanja, Prepričani smo, da se tu delo ne konča, ampak se pot, ki bo temeljila na timskem delu, šele začinja.

Literatura

Brajša, P (1995). Sedem skrivnosti uspešne šole. Maribor: Doba, 91.

Bohinc, M (1999). Zadovoljstvo bolnikov kot element menedžmenta v zdravstveni negi. Obzor Zdr N 33 (3-4): 159-63.

Donko, J (2002). Evalvacija zdravstvenovzgojnega programa šole za starše – tečaja priprave na porod. Diplomsko delo. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo.

Donko, J, Hoyer S (2003). Evalvacija zdravstvenovzgojnega programa šole za starše. Obzor Zdr N 37 (2): 151-7.

Dren, M (2002). Dejavniki, ki vplivajo na uspešnost izvajanja programa šole za starše v Novi Gorici – vidik zdravstvenega osebja. Diplomsko delo. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo.

Gabrijelčič, J (1995). Od kakovosti k odličnosti. Novo mesto: Tiskarna Novo mesto, 14.

Hajdinjak, G, Meglič, R (2006). Sodobna zdravstvena nega. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo, 43-4, 81-2.

Hoyer, S (2003). Učenje in vzgoja bolnikov v psihiatrični zdravstveni negi. Obzor Zdr N 37 (4): 267.

Hoyer, S (2005). Zdravstvena vzgoja in dojenje. Zdrav Var 44 (1): 37.

Hoyer, S (2005). Pristopi in metode v zdravstveni vzgoji. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo, 83, 116, 125, 130.

Kadivec, S (1998). Zagotavljanje kakovosti v zdravstveni negi. Obzor Zdr N 32 (5-6): 213.

Klun, H (1985). Zdravstvena vzgoja nosečnic. Ljubljana: Univerzum, 10.

Marolt, J (1987). Zagotavljanje kvalitete. Kranj: Moderna organizacija, 1, 87-8.

Možina, S, Florjančič, J (1990). Ustvarjalno komuniciranje in informiranje v organizaciji združenega dela. Kranj: Moderna organizacija, 37-40.

Njenjič, G (2007). Šole za starše v Sloveniji. Diplomsko delo. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo.

Navodilo o spremembah in dopolnitvah navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (2002). Ur List RS 33: 3122-29.

Pajntar, M, Novak-Antolič in sod. (1994). Nosečnost in vodenje poroda. Ljubljana: Cankarjeva založba, 30.

Praper, P in sod. (2001). Skrivnost ustvarjalnega tima. Ljubljana: Dedalus, 28-37.

Skoberne, M (1984). Zdravstvena nega nosečnice, porodnice in otročnice. Ljubljana: Univerza Edvarda Kardelja v Ljubljani Višja šola za zdravstvene delavce, 21-24.

Žalar, A, Pucelj, V (2001). Zdravstvena vzgojna dejavnost zdravstvenih organizacij in vloga medicinskih sester pri izvajanju in beleženju le-te. Obzor Zdr N 35 (3-4): 101.

http://www.euro.who.int/healthy-cities/introducing/20050202_4?language=German <2.11.2007>

Dokumentacijski viri

Arhivska dokumentacija šole za starše v ZD Trebnje.

Dokumentacija projektnega sveta projekta Trebnje - zdrava občina in občina dobrih medčloveških odnosov.

ZDRAV VRTEC

Alja Klobčaver

Ključne besede

zdrav vrtec, predšolski otrok

Zdrav vrtec je projekt promocije zdravja v vrtcih, je uresničevanje strategije zdravja za vse otroke in mladino v državi Sloveniji v v praksi. Projekt Zdrav vrtec je projekt nacionalnega programa in politike pospeševanja zdravja v državi Sloveniji.

Ideja sega v leto 1984, ko so evropske države sprejele strategijo in dokument Zdravje za vse do leta 2008.

Temelji so v strategiji Svetovne zdravstvene organizacije. V strategiji so opredeljeni: cilji, načela in sistem kazalcev do boljšega zdravja posameznika, regije, naroda in celine.

Spremembe, ki vodijo k uresničitvi temeljnih ciljev, so: zdrav stil življenja, zdravo okolje, ustrezno zdravstveno varstvo.

Priprava je potekala v okviru Zdravstvenega doma Ljubljana, Oddelka za promocijo zdravja CINDI, v sodelovanju z viškimi vrtci.

Nosilci projekta so: vrtec, družina in država.

Literatura

Mramor, M.: (1993) Zdrav vrtec, Ljubljana: CINDI – Slovenija

Činč Gruntar, M., Mramor, M.: (1995) Promocija zdravja otrok

Pavlič, E.: (1998) Za otroke kuhajmo zdravo. Koper

Klobčaver, A.: (2005) Zdrav vrtec. Diplomsko delo, Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo

RAZŠIRJENOST KAJENJA MED ZAPOSLENIMI V ZDRAVSTVENEM DOMU NOVO MESTO

Darja Magnik

Povzetek

Predstavljeno je kajenje in njegov škodljiv vpliv na zdravje ter razširjenost in odnos do kajenja med zaposlenimi v Zdravstvenem domu Novo mesto. Opisan je način rabe tobaka, sestava tobačnega dima ter škodljivi vplivi kajenja na zdravje. Predstavljeno je tudi pasivno kajenje in zdravstvena vzgoja ter primarna, sekundarna in terciarna preventiva. Obdelani in predstavljeni so rezultati ankete devetdesetih naključno in anonimno izbranih zaposlenih v Zdravstvenem domu Novo mesto. Z anketo se ugotavlja odnos in razširjenost kajenja.

Ključne besede

kajenje, škodljivi vplivi kajenja na zdravje, zdravstvena vzgoja

UVOD

Človeštvo ima že več kot pol stoletja na voljo dokaze, da tobak ubija. Tudi vsi znanstveni dokazi potrjujejo, da je nikotin v tobaku droga, ki povzroča odvisnost. Že ta je sama po sebi bolezen, iz česar izhaja, da uporaba tobaka ni zgolj razvada, kot meni večina ljudi, saj kajenje sodeluje pri nastanku in razvoju cele vrste bolezni.

Obolevnost in umrljivost zaradi bolezni, ki so posledica kajenja tobaka, sta precej večji med rednimi kadilci kot med nekadilci. Skoraj večina rednih kadilcev začne kaditi pred svojim dvajsetim letom, kar pomeni, da so dolgotrajno izpostavljeni zdravju škodljivim sestavinam tobaka in da so zasvojeni v vsej odrasli dobi. (Čakš, 2004b)

ŠKODLJIVI UČINKI KAJENJA NA ZDRAVJE

Raba tobaka je dejavnik tveganja za nastanek in razvoj vrste kroničnih nenalezljivih bolezni, ki so pogosto neposredni vzrok smrti kadilcev. Vpliv kajenja je nesporno dokazan pri raznih vrstah raka, pri boleznih srca in ožilja, boleznih dihal, prispeva k razvoju ateroskleroze, vpliv ima tudi na nastanek impotence in na motnje za zanositev. Zelo nevaren pa je tudi vpliv na še nerojenega otroka. (Čakš, 2004b)

Dolgotrajni učinki kajenja so trije: na zdravje kadilca, njegov proračun in okolje. Kajenje je v razvitih deželah najpogostejši dokazani vzrok prezgodnjih smrti in s tem tudi skrajšane pričakovane življenjske dobe.

Učinki kajenja so odvisni od:

- genske zasnove kadilca (prirojene občutljivosti ali odpornosti organizma),
- števila na dan pokajenih cigaret,
- tehnike kajenja (intenzivnost inhaliranja, izkoriščanje samo prve polovice cigarete, uporaba cigaret s filtrom, lahko z ustnikom),
- farmakološke sestave cigarete (različne koncentracije nikotina in katrana). (Latković, 2000)

Načini uporabe tobaka

Tobak lahko uporabljamo na tri načine:

- ga žvečimo
- njuhamo
- kadimo

SESTAVA TOBAČNEGA DIMA

Tobačni dim je sestavljen aerosol, ki nastane z nepopolnim izgorevanjem tobačnega lista. Sestavljajo ga plini in pare. Na sestavo dima vplivajo številni dejavniki: tip tobaka, temperatura izgorevanja, dolžina cigarete, poroznost tankega cigaretne papirja, dodatki in filtri.

Tobačni dim ima dva dela:

- trdni del (5-7% cigaretne dima)
- plinski del (92-95% teže tobačnega dima)

V trdnem delu je okoli 10.000 snovi. Ta mešanica se imenuje plinski kondezat ali ar, kar pomeni katran. Cigareti daje okus. Trdni del cigaretne dima povzroča dolgotrajne, zdravju škodljive učinke.

Plinski del večino sestavljajo dušik, kisik in ogljikov dioksid, manjši del pa ogljikov monoksid. Preostanek plinskega dela predstavljajo številne kemične snovi, ki delujejo kot dražljivci, toksini migetalk, karcinogeni in kokarcinogeni. Zelo pomemben del plinske faze tobačnega dima je nikotin. Nikotin je alkaloid, ki se uporablja tudi kot antihelmintik in insekticid. Njegova vsebnost v tobaku in s tem v dimu je različna glede na vrsto tobaka. Ta podatek je zapisan na vsaki škatli cigaret.

PASIVNO KAJENJE

Tudi nekadilci so izpostavljeni tobačnemu dimu, ki ga morajo neprostovoljno vdihavati. Pravimo, da so pasivni kadilci. Tobačni dim jim povzroča ščemenje v očeh in vnete veznice. Dolgotrajna izpostavljenost tobačnemu dimu pri otocih kadilcev vodi v pogosta prehladna

obolenja. Odrasli pasivni kadilci pa naj bi obolevali, prav tako kot kadilci, v večji meri zaradi raka, bolezn srca in ožilja.

ZDRAVSTVENA VZGOJA

Zdravstveni delavci poznamo nevarnosti kajenja za zdravje ljudi. Ker je želja in dolžnost nas vseh, da povečamo kvaliteto življenja, moramo tudi izkoristiti moč odnosa med zdravstvenimi delavci in kadilcem ter aktivno poseči v zmanjšanje kajenja. (Latković, 2000)

Tobak je razširjen po vsem svetu in njegova uporaba se, kljub vedenju o škodljivosti za zdravje, še nenehno povečuje. Vsak posameznik se sam odloči za to razvado in ima o tem svoje mnenje. Kot zdravstveni delavci moramo delovati na vseh področjih preventive, ljudi osveščati o škodljivem vplivu kajenja ter delovati zdravstvenovzgojno.

PRIMARNA PREVENTIVA

Primarna preventiva je namenjena zdravi populaciji, zdravemu posamezniku in njegovi družini. Tukaj govorimo o promociji zdravja in zdravstveni vzgoji za zdrav način življenja. Primarni vidik je bolj posredovanje informacij.

Doseči želi čim višjo stopnjo zdravstvene prosvetljenosti, zainteresiranost oz. motivacijo in odgovornost do ohranjanja lastnega zdravja.

Pri kajenju je cilj primarne preventive doseči zavestno odločanje ljudi za zdrav življenjski slog, torej da ostanejo nekadilci, ter da bi gradili na sprejemanju odločitev za krepitev in odgovornost do zdravja. (Čakš, 2004a)

UKREPI ZA PREPREČEVANJE KAJENJA

Kajenje je treba obravnavati celovito in delovati na populacijo kot celoto. Ukrepi za obvladovanje tobaka se delijo na take, ki so usmerjeni na populacijo, in na tiste, ki se posvečajo posamezniku. Ti ukrepi so posledica naslednjih ugotovitev:

- zagotavljanje nekadilskega okolja,
- zdravstveno-vzgojna izobraževanja mladih,
- svetovanje o opuščanju kajenja na vseh ravneh zdravstvene službe, individualno svetovanje in skupinsko odvajanje od kajenja,
- vpliv na kadilsko politiko in oglaševanje
- uzakoniti morajo zagotovila za zaščito pred tobačnim dimom na delovnih in javnih mestih in prav tako voditi organizirane dejavnosti, ki bodo spodbudile ljudi, da bodo imeli domove brez tobačnega dima
- opustitev kajenja je eden izmed najbolj stroškovno učinkovitih načinov zdravstvene terapije. (Čakš, 2004a)

SEKUNDARNA PREVENTIVA

Oriše bolezenske znake, bolezen in zdravljenje. Namenjena je ogroženim skupinam in posameznikom. Tukaj je zelo pomembno poučevanje in svetovanje skupini ljudi, ki so izpostavljeni

dejavniku tveganja. Udeležence želimo že usposabljanje, samoopazovanje, samopomoč, pa tudi za pomoč sočloveku z nasvetom ali drugo akcijo. Ogrožene skupine ali posamezniki so tako pripravljeni ustrezno delovati, odkrivati zgodnje znake nepravilnosti in s tem pripomoči k zgodnji diagnozi, kar ima za posledico hitrejšo in uspešnejšo zdravljenje, da se čimprej povrne prvotno stanje.

Da prepričamo kadilca, da preneha kaditi, moramo:

- najti vzpodbuden in razumljiv način, ki naj bo obenem avtoritativen in prepričljiv;
- na prepričljiv odločen način jim je potrebno reči, naj prenehajo kaditi;
- na kratko jim opišemo najpogostejše in najtežje posledice kajenja za zdravje;
- poudarjamo pozitivne učinke opustitve kajenja, poudarimo prednosti opustitve kajenja. Intervencija mora biti individualna in zelo osebna;
- ohrabrimo paciente, da nam povedo, kaj mislijo o kajenju in se prepričamo, ali so dobro razumeli, kako pomembno je zaradi lastnega zdravja opustiti kajenje;
- pokažimo lastni interes in obljubimo pomoč.

Ta osnovni zdravstveno-vzgojni ukrep ni zahteven in terja malo časa, če ga redno izvajamo, je lahko zelo učinkovit. Svetovanje kadilcem, naj prenehajo kaditi, je najpomembnejša posamična spodbuda, ki jim jo lahko damo za njihovo zdravje. (Čakš, 2004a).

TERCIALNA PREVENTIVA

Je povezana s preprečevanjem povrnitve bolezni in z zmanjševanjem morebitnih posledic kajenja. Je namenjena bolnikom in njihovim svojcem. Gre za ukrepe za zmanjševanje ali odpravljanje dolgotrajnih okvar ali nesposobnosti, za izboljšanje bolnikove prilagodljivosti na zanj nezadovoljiva stanja. Z zdravstveno vzgojo želimo posameznika usposobiti za polno, bogato življenje z obstoječim osnovnim obolenjem.

Odvisnost od tobaka spada med bolezni odvisnosti in jo je potrebno zdraviti.

Kadilec mora prenehati kaditi, ker s tem upočasni napredovanje bolezni. Bolniku moramo svetovati, ga opazovati, pomagati pri premagovanju težav pri odvijanju od kajenja, ga opogumljati in podpirati. Ponudimo mu tudi poučno gradivo, kot so npr. brošure, letaki ter druga literatura. (Čakš, 2000)

ANALIZA ANKETE

Anketa med zaposlenimi v Zdravstvenem domu Novo mesto o razširjenosti kajenja ter odnosu do kajenja cigaret je potekala od 1. julija do 20. julija 2006. Namen ankete je bil prikazati odnos do kajenja cigaret ter razširjenost kajenja med zaposlenimi zdravstvenimi delavci. Želela sem dobiti podatke o številu kadilcev ter o njihovih kadilskih navadah, od ostalih anketirancev pa njihov odnos do kajenja.

Vseh anketirancev je bilo 90. Od tega je bilo 80 žensk, kar predstavlja 89%, in 10 moških, kar predstavlja 11 % anketirancev.

Starostna struktura je od 20 do 60 in več let. Največ jih je v starostni skupini od 40 do 49 let, in sicer 31, kar predstavlja 35%. Starih od 20 do 29 je 14%, od 30 do 39 jih predstavlja 26%, med 50 in 59 let predstavlja 23%. Starejša od 60 let sta bila 2 anketiranca, kar predstavlja 2%.

Po izobrazbeni strukturi jih je največ s srednjo šolo ali gimnazijo, 44%, univerzitetno izobrazbo ima 26%, ravno tako višjo in visoko šolo 26%, poklicno šolo imajo trije anketiranci, kar predstavlja 3%, z osnovnošolsko izobrazbo pa jih je 1%.

Na vprašanje, kako bi se opredelili, kot kadilec ali nekadilec, jih je 57% odgovorilo, da ne kadijo in nikoli niso kadili. 25% je odgovorilo, da so kadili, vendar ne kadijo več; 18% pa jih je povedalo, da kadijo. Po raziskavi CINDI je bilo med anketiranimi odraslimi prebivalci Ljubljane v letih 1990/91 kar 42% kadilcev, štiri leta kasneje pa 37,8%. Statistično pomembno je delež upadel v letih 1997/98, in sicer na 28,5%. Ni gotovo, ali je ta upad kadilcev prinesel sam Zakon o omejevanju kajenja iz leta 1996, nedvomno pa je vse, kar se je ob sprejemanju tega zakona dogajalo, imelo svoj vpliv. Podoben trend upadanja je zaznati tudi v raziskavah slovenskega javnega mnenja: leta 1994 je odgovorilo, da kadi, 28,2% vprašanih, v letu 1996 še 26,5%, v letu 1999 pa le še 24,5% (Čakš, 2004a).

V letu 2001 je bila opravljena raziskava Dejavniki tveganja za nenalezljive bolezni pri odraslih prebivalcih Slovenije, v kateri so ugotavljali deleže kadilcev. Eno izmed zastavljenih vprašanj je bilo, ali so nekadilci, bivši kadilci ali kadilci. 52,2% jih je odgovorilo, da ne kadijo in nikoli niso kadili, 24%, da ne kadijo, a so prej kadili, 23,7% pa se je opredelilo med kadilce. Delež vseh kadilcev v prebivalstvu je bil 23,7%, kar nas uvršča v majhno skupino evropskih držav (Belgija, Finska, Islandija, Malta, Švedska) z manj kot 25% deležem kadilcev. (Zaletel-Kragelj in sod., 2004)

Na vprašanje, ali kadite, je 82% vprašanih odgovorilo, da ne kadi, 18% pa je pritrdilo. Te odgovore sem primerjala z odgovori na prejšnje vprašanje, da bi odkrila morebitno neskladnost med obema podatkom. Podatka ozirama rezultata sta identična, kar dokazuje, da so anketiranci odgovarjali po resnici.

Med anketirance s tveganim kadilskim vedenjem sem uvrstila tiste, ki so se opredelili, da v času anketiranja kadijo. Kadilcev je bilo 16.

75% kadilcev se šteje med redne kadilce, 25% pa med občasne. Moje predvidevanje o številu kadilcev je bilo višje, kot je dejansko stanje. Res pa je tudi, da je bil vzorec anketirancev izbran naključno.

88% kadilcev je odgovorilo, da kadijo že več kot 10 let. 6% jih kadi šest do deset let, ravno tako 6% kadi eno do pet let, manj kot leto dni ne kadi nihče. Kajenju bi se anketiranci težko odpovedali, saj jih večina kadi že več kot deset let.

Na vprašanje, koliko cigaret na dan pokadijo, jih je 62,5% odgovorilo, da od 11- 20, 25% jih je odgovorilo da 6-10, 12,5% pa od 1-5 cigaret na dan. Tudi ta podatek me je presenetil, kajti več kot polovica kadilcev pokadi od pol do celega zavojca cigaret na dan, kar pa ni malo.

Največ jih je pričelo kaditi v starostnem obdobju 20 do 30 let, in sicer 63%, 31% jih je pričelo kaditi med 14 in 19 letom, 6% pa v starosti nad 30 let. Ta podatek nam sporoča, da bo potrebno še bolj delati na primarni preventivi ter z zdravstvenovzgojnimi programi pri mladih. Ta ciljna skupina je najbolj dovzetna za pričetek kajenja, zato je potrebno mlade osveščati, da sploh ne poskusijo s kajenjem. Kajenje mladostnikov je tudi v Sloveniji velik problem. Iz raziskave Health Behaviour in School-aged Children: a WHO cross-national study izvemo, da je bilo v letih 2001 in 2002 med 13-letniki 5,1% kadilcev, med 15-letniki pa že kar 29,6% kadilcev. (Čakš, 2004a)

Največ cigaret pokadijo kadilci doma, in sicer 50%, 37,5% jih je odgovorilo, da kadijo samo zunaj (v lokalu ali na prostem), v službi pa 12,5 %. V avtu ne kadi nihče.

Najtežje bi se kadilci odpovedali cigareti ob kavi. Tako jih je odgovorilo 50%. 25% kadilcev je odgovorilo, da prvi jutranji cigareti, 25% pa katerikoli cigareti.

Ob vprašanju, kaj vam prinaša pokajena cigareta, je 44% kadilcev odgovorilo sprostitev, 19% užitek, 12% kadilcev pa, da jih pokajena cigareta pomiri. 25% se jih ni moglo opredeliti, oziroma so odgovorili ne vem.

13% kadilcev se težko vzdrži, da ne kadijo, kjer je to prepovedano, 81% s tem nima problemov. Ta podatek nam pove, da je med anketiranci kar nekaj strastnih kadilcev, ki se kljub prepovedi ne morejo upreti cigareti. Ta rezultat oziroma podatek se ujema z odgovorom na 10. zastavljeno vprašanje, ko sem dobila odgovor, da 12,5 % kadilcev kadi v službi, čeprav vemo, da je to prepovedano.

Kar 75% kadilcev je že prenehalo kaditi, 25% tega še ni poskusilo.

Na vprašanje, ali želijo prenehati kaditi, jih je 56% odgovorilo da, 44% kadilcev te želje nima.

98% anketirancev se je opredelilo, da kajenje škoduje zdravju. 2% anketirancev pa je mnenja, da kajenje ne škoduje.

Na vprašanje, ali jih moti, če kadilec kadi v bližini ali v istem prostoru, jih je 71% odgovorilo pritrdilno, 29% jih ne moti.

33% anketirancev je mnenja, da kajenje najbolj škoduje nastanku in razvoju pljučnih bolezni, 25% jih meni, da boleznim srca in ožilja. 11% se jih je opredelilo, da povzročajo odvisnost in zasvojitve, ravno tak odstotek anketirancev meni, da pospeši nastanek in razvoj raka. 10% anketirancev je mnenja, da kajenje najbolj škoduje plodu v nosečnosti. 8% anketirancev se je opredelilo za odgovor drugo, kjer so imeli možnost napisati svoje utemeljitve. Večina jih je napisalo, da vsi naštetni možni odgovori škodujejo in se ne morejo opredeliti.

80% anketirancev kajenju nasprotuje, 20% pa ne.

Pri vprašanju, kdo lahko pomaga kadilcu pri odvijanju od kajenja, se je 80% anketirancev opredelilo za odgovor sam, 10% jih je mnenja, da lahko pomagata partner ali družina. 7% anketirancev je mnenja, da lahko kadilci dobijo pomoč z zdravstveno-vzgojnimi programi,

1% jih je mnenja, da lahko pomaga zdravnik, 2% pa se je opredelilo za odgovor drugo, kjer so imeli možnost dopisati mnenje.

87% anketirancev je mnenja, da so kot zdravstveni delavci s svojim nekadilskim vedenjem vzor ostalim ljudem, 13% jih ni tega mnenja.

Na zadnje zastavljeno vprašanje, kje dobijo največ informacij o škodljivem vplivu kajenja, jih je 57% odgovorilo, da v občilih, 15% po televiziji in pri zdravniku 14 %. Možen odgovor je bil tudi drugo, za kar se jih je opredelilo 13 %. Večina jih je pod drugo napisala internetni viri, razne brošure, strokovno literaturo.

Zaključek

Dejstvo je, da je kajenje velik problem, ki ga bo potrebno še bolj poglobljeno in vztrajno spremljati, iskati nove rešitve v prid ljudi in njihovega zdravja. Vsi zdravstveni delavci, ki tako ali drugače prihajamo v stik z ljudmi, moramo promovirati zdrav način življenja, vzpodbujati življenje brez cigarete na vsakem koraku, dajati navodila, pojasnjevati posledice kajenja, podoba nekadilca pa pozitivno obravnavati in dajati za vzgled.

Literatura

Čakš, T. Obvladanje kajenja tobaka. ISIS 2000; 9(4):42-4.

Čakš, T. Pasivno kajenje v bivalnem in delovnem okolju. Zdrav Varstvo 2001; 40 (37): 271-6.

Čakš, T. Opustite kajenje in zmagajte: oris pomoči pri odvajanju od kajenja. Ljubljana: CINDI Slovenija, 2004a: 60.

Čakš, T. Problem kajenja v svetu in pri nas. XII. seminar In memoriam dr. Dušana Reje: Kajenje in rak. Zveza slovenskih društev za boj proti raku, 2004b; 22-6.

Čakš, T. Pasivno kajenje: Vplivi na zdravje in vloga zdravstvenega delavca. Strokovni posvet Pasivno kajenje 2006; IVZ RS

Latković, B. Kako pomagati kadilcem, da prenehajo kaditi: Priročnik metodičnih napotkov za ambulantno delo. Ljubljana: Društvo pljučnih bolnikov Slovenije, 2000: 8-79. Pregeljc, M; Curk A; Lemut, B. Kajenje ubija.

Magnik, D. (2006) Kajenje kot dejavnik tveganja ter razširjenost in odnos do kajenja cigaret v Zdravstvenem domu Novo mesto. Diplomsko delo, Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo.

Dostopno na internetu: http://library.thikquest.org/17369/tb_s_zac.html, 30.08.2006.

Stergar, E. Razširjenost kajenja v Sloveniji. Zdrav Var 1990; 29: 295-7.

Zakon o omejevanju uporabe tobačnih izdelkov. Uradni list Republike Slovenije, 1996.

http://www.dz-rs.si/si/aktualno/spremljanje_zakonodaje/sprejeti_zakoni.htm, 25.08.2006.

Zannoni, F. Opusti-zmagaj, Ljubljana. Zdravstveni dom Ljubljana: CINDI Slovenija, 1996.

Zaletel-Kragelj L, Čakš T, Novak Mlakar D. Kajenje. In: Zaletel-Kragelj L. Fras Z, Maučec- Zaketnik, J, Editors. Tvegana vedenja, povezana z zdravjem in nekatera zdravstvena stanja pri odraslih

prebivalcih Slovenije. Rezultati raziskave Dejavniki tveganja za nenalezljive bolezni pri odraslih prebivalcih Slovenije (z zdravjem povezan vedenjski slog). 2. Tvegana vedenja. Ljubljana: CINDI Slovenija, 2004; 149-90.

Dostopno na internetu:[http: www.zd-nm.si/si/zgodovina/aurora.htm](http://www.zd-nm.si/si/zgodovina/aurora.htm),13.07.2006

SPREMLJANJE KAKOVOSTI PRI PRAKTIČNEM POUKU V PROGRAMU TEHNIK ZDRAVSTVENE NEGE

Vida Novinec

Povzetek

Ko mladostnik sprejme odločitev za nadaljevanje šolanja, nima jasnih predstav o poklicu. Na odločitev za poklic tehnika zdravstvene nege vplivajo različni dejavniki. Izobraževanje na srednji zdravstveni šoli traja štiri leta. V tretjem in četrtem letniku imajo dijaki praktični pouk na bolniških oddelkih, kjer se neposredno vključujejo v proces zdravstvene nege. Dijake na praktičnem pouku vodi mentor, ki je učitelj praktičnega pouka na šoli. S spremljanjem kakovosti praktičnega pouka želimo zagotoviti dobro znanje zdravstvene nege in dobro počutje dijakov pri praktičnem pouku. Rezultati kažejo, da se je uspeh dijakov pri praktičnem pouku izboljšal. S praktičnim poukom so zadovoljni, imajo pa tudi nekaj predlogov za spremembe. Nekatere spremembe prinaša tudi prenova izobraževalnega programa.

Ključne besede

izobraževanje, zdravstvena nega, praktični pouk, kakovost

UVOD

Dijaki srednjih zdravstvenih šol v okviru vzgojno izobraževalnega procesa v tretjem in četrtem letniku opravljajo praktični pouk v zdravstvenih ustanovah. Praktični pouk izvajajo dijaki na različnih oddelkih bolnišnice in doma starejših občanov, kjer se vključujejo v proces zdravstvene nege. Dijaki so pri praktičnem pouku razdeljeni v skupine. V skupini je po normativih Ministrstva za šolstvo in šport enajst dijakov. Skupino dijakov vodi učitelj-mentor.

Pri praktičnem pouku prihajajo dijaki neposredno v stik z ljudmi, ki so prizadeti zaradi bolezni in bivanja v bolnišnici. Večina dijakov še nima lastnih izkušenj z bolnišničnim zdravljenjem in se prvič srečuje z bolniki v bolnišnici. Pri tem se srečujejo z boleznijo, invalidnostjo, trpljenjem, smrtjo. Ob tem, da se dijaki neposredno vključujejo v proces zdravstvene nege, poteka tudi učni proces. Dijaki pridobivajo novo znanje, pridobljeno teoretično znanje pa skušajo uporabiti v praksi, pri čemer razvijajo spretnosti in veščine. Pri praktičnem pouku se izvaja tudi ocenjevanje znanja. Šola že sama po sebi deluje na dijake stresno, soočanje z bolnimi,

prizadetimi in umirajočimi pa stres še poveča. S kvalitetnim izvajanjem praktičnega pouka, lahko dijakom težave olajšamo.

NAMEN PRISPEVKA

Namen prispevka je prikazati praktični pouk v programu tehnik zdravstvene nege ter izpostaviti dejavnike kakovosti, ki jih lahko spremljamo, in dejavnike, ki vplivajo na izboljšanje praktičnega pouka.

V prvem delu so prikazane značilnosti mladih, ki so povezane z izobraževanjem za poklic tehnika zdravstvene nege. Podane so bistvene značilnosti in organizacija praktičnega pouka na Srednji zdravstveni in kemijski šoli v Novem mestu. V drugem delu so prikazani poskusi spremljanja kakovosti praktičnega pouka.

ODLOČITEV IN IZOBRAŽEVANJE ZA POKLIC TEHNIK ZDRAVSTVENE NEGE

Družbena skupnost želi svojim članom omogočiti, da pridobijo čim višjo stopnjo izobrazbe. V zgodovini je bila šola vedno odvisna od razmer v družbi in se ni ozirala na interese mladih, ki so se šolali. Na organizacijo mreže šol imajo vpliv politika, ideologija družbe in njena gospodarska moč. Izobraževanje poteka prek vzgojno-izobraževalnih procesov v šolah. Mladi se v šoli izobražujejo, vzgajajo in pripravljajo na poklic. Za uspešno delo v poklicu je potrebno razvijanje spretnosti in sposobnosti, pomembno je tudi razvijanje pravilnega odnosa do dela, ki ne dopušča malomarnosti, delovne nedisciplin in površnosti. Pri tem je pomembno razvijanje veselja do dela in pripadnosti poklicu, saj postane to vir stalne notranje motivacije.

Obvezno osnovno raven izobraževanja določi družbena skupnost, toda odločitev za nadaljevanje šolanja je prostovoljna. Izbira šole in odločitev za poklic je težka, še posebej zato, ker jo morajo mladostniki sprejeti v času, ko še nimajo jasnih predstav o bodočem poklicu in nimajo še izoblikovanih vrednostnih norm. Pomemben dejavnik, ki vpliva na izbiro srednje šole, je uspeh. Na izbiro srednje šole pa vplivajo še sposobnosti, posameznikova samopodoba in cilji, starši, prijatelji, socialno ekonomski položaj družine, oddaljenost srednje šole od stalnega bivališča, trajanje šolanja, zaposlitvene možnosti, simbolni položaj v družbi in drugi.

Poklic tehnik zdravstvene nege je vezan na delo z ljudmi. Dijaki pridobijo poklic po končanem štiriletnem šolanju, ki ga zaključijo s poklicno matura. Po opravljeni poklicni maturi so dijaki usposobljeni za opravljanje del v zdravstveni negi.

V učbeniku Zdravstvena nega je poklic tehnika zdravstvene nege opredeljen takole: «Tehnik zdravstvene nege je zdravstveni delavec, ki je usposobljen za vrsto strokovnih nalog v okviru ZN. Strokovna dela izvaja pri zdravih in bolnih ljudeh v vseh življenjskih obdobjih in okoljih. Tehnik zdravstvene nege je član negovalnega tima in po navodilih medicinske sestre izvaja negovalne intervencije v procesu zdravstvene nege.

Delo, ki ga opravlja tehnik zdravstvene nege, je odgovorno in povezano z moralno etičnimi načeli. Tehnik zdravstvene nege mora imeti ustrezne psihofizične sposobnosti in osebnostne lastnosti, ki omogočajo odgovoren in human odnos do bolnikov in varovancev. Strokovno

znanje, etična odgovornost, zavedanje o strokovnih pristojnostih, delovanje v negovalnem in zdravstvenem timu so pogoji za uspešno opravljanje dela.«

PRAKTIČNI POUK IN VLOGA MENTORJA

Prvi dve leti šolanja se dijaki pripravljajo na praktični pouk pri teoretičnih urah v šoli in na vajah v kabinetih. V tem času se usposabljaajo predvsem v pridobivanju spretnosti za izvajanje praktičnega pouka na bolniških oddelkih.

V tretjem in četrtem letniku se praktični pouk izvaja na bolniških oddelkih. Pri praktičnem pouku morajo dijaki znanje, ki so ga pridobili pri teoretičnem pouku, uporabiti v praksi. Dijaki se vključujejo v proces zdravstvene nege, spoznavajo prakso zdravstvene nege in pridobivajo izkušnje in novo znanje, razvijajo spretnosti, navajajo se na samostojnost in delo v skupini. Dijaki so pri praktičnem pouku razdeljeni v skupine. Skupino vodi mentor, ki je učitelj praktičnega pouka. Mentorji so višje ali diplomirane medicinske sestre, ki so zaposlene na šoli in niso člani negovalnega tima na bolniškem oddelku. Vloga mentorjev je, da dijake naučijo, kako lahko teoretično znanje uporabijo v praksi zdravstvene nege. Dobri mentorji bi morali biti dobri učitelji in dobri zdravstveni delavci. Mentorji morajo dijake poznati, jih razumeti, spodbujati, navajati k razmišljanju in reševanju problemov, da bodo znali prislusniti potrebam bolnikov in jih skušali zadovoljiti, načrtujejo razporeditev dijakov, povezovanje dijakov s člani negovalnega tima, spremljajo delo dijakov, jih spodbujajo in usmerjajo. Pri dijakih morajo mentorji razvijati občutek poklicne pripadnosti in poklicne odgovornosti v skladu z etičnimi načeli. Poleg z zakonom predpisane izobrazbe in izkušenj, ki jo morajo imeti učitelji praktičnega pouka, so učitelji dolžni spremljati razvoj stroke, tako zdravstvene nege kot vzgoje in izobraževanja. Učitelji praktičnega pouka zdravstvene nege so vključeni v dva sočasno poteka procesa: v vzgojno izobraževalni proces in v proces zdravstvene nege in zdravljenja, ki poteka v učni bazi. Mentor se v odnosu do dijakov pojavlja v vlogi učitelja veččin, ocenjevalca, supervizorja in osebnega voditelja.

Glavna naloga mentorja pri praktičnem pouku je omogočiti dijakom prenos teoretičnega znanja v prakso in jim pomagati pri vživljanju v realno klinično okolje. Pozitivno vzdušje v vzgojno-izobraževalnem procesu je odvisno od vrste in oblike razmerja, ki ga mentorji vzpostavijo z dijaki. Za uspešen pouk je najugodnejše razmerje, ki temelji na vzajemnem spoštovanju in zaupanju med mentorji in dijaki.

Dijaki pri sedemnajstih letih pričnejo opravljati praktični pouk na bolniških oddelkih. Doživljanje v tem obdobju se razlikuje od doživljanja odraslih, ki že imajo določene življenjske izkušnje. Na doživljanje dijakov pri praktičnem pouku poleg pomanjkanja izkušenj vplivajo številni dejavniki. To so člani tima zdravstvene nege in drugi zaposleni, mentor, študenti in dijaki na praktičnem pouku, organizacija in sistem delitve dela, bolniki in njihovi svojci, materialni viri in drugo. Dijaki se pri praktičnem pouku srečujejo z bolniki, ki so različno prizadeti. Za mnoge primere, s katerimi se srečujejo, imajo premalo ali nič izkušenj. Ker so skupine pri praktičnem pouku velike, mentor ne more spremljati dijakov ves čas. Dijaki nekatere naloge opravijo samostojno ali skupaj z medicinskimi sestrami in zdravstvenimi tehnikami, ki so člani negovalnega tima na oddelku. Slednji zaradi obilice svojega dela nimajo časa za vodenje dija-

kov. Mentor mora pri svojem delu med praktičnim poukom upoštevati spreminjajoče se okoliščine, od katerih so mnoge nepričakovane. Velikokrat se je potrebno prilagajati bolnikom, zaposlenim, organizacijskim shemam in novonastalim situacijam. Srečanje s težko bolnimi, umirajočimi bolniki vsak dijak doživlja na sebi lasten način. Taka doživetja lahko delujejo na dijake stresno. Marsikdaj, ko bi dijaki potrebovali pomoč, ni nikogar, na katerega bi se dijak lahko obrnil in vprašal za nasvet.

Kako jim pri premagovanju stresa lahko pomaga mentor?

Nekateri strokovnjaki priporočajo štiri faze, po katerih bi morali dijaki opravljati praktični pouk:

- faza priprave, ko naj bi se dijaki že pred prvim obiskom oddelka seznanili s posebnostmi oddelka;
- ustvarjalna faza, med katero so dijaki izpostavljeni resničnemu kliničnemu okolju;
- reflektivna faza, ki je namenjena razmišljanju;
- faza obnove, ko dijaki skupaj z učitelji ovrednotijo pridobljene izkušnje.

Ker praktični pouk ne poteka vedno po navedenih fazah, dijaki ne morejo povedati svojih mnenj in izmenjati medsebojnih izkušenj. Marsikdaj jih je zaradi pomanjkanja izkušenj strah, ki bi ga s pomočjo mentorja in skupine lahko zmanjšali.

Pri učenju s pomočjo refleksije poteka pridobivanje novega znanja na podlagi izkušenj.

Pri tem načinu dela se dijaki že pred začetkom praktičnega usposabljanja pripravljajo, tako, da imajo srečanja z mentorjem, ki jih bo vodil pri praktičnem pouku. Ves čas pišejo dnevnik, kamor zabeležijo svoje delo in izkušnje ob tem. Na srečanjih dijaki analizirajo svoje delo in si med seboj izmenjujejo izkušnje. Z deležem raznovrstnih praktičnih izkušenj lahko dijaki učijo drug drugega in si pomagajo pri razširjanju znanja in jasnejšemu razumevanju lastnih izkušenj. Na ta način vsi aktivno sodelujejo. Reševanje težav prek refleksije je lahko sprotno, že med delom ali pozneje po opravljenem delu.

S pomočjo srečanj in medsebojne izmenjave izkušenj z drugimi se lažje soočijo s težavami pri praktičnem pouku.

PRAKTIČNI POUK NA SREDNJI ZDRAVSTVENI IN KEMIJSKI ŠOLI

Na Srednji zdravstveni in kemijski šoli se dijaki lahko izobražujejo za naslednje usmeritve: zdravstvena nega, kemijski tehnik, farmacevtski tehnik, kozmetični tehnik, bolničar negovalec. Program bolničar negovalec dijaki lahko nadaljujejo v programu poklicno tehniškega izobraževanja, smer zdravstvena nega.

V programu zdravstvena nega imajo dijaki v prvem in drugem letniku praktični pouk v kabinetih, v tretjem in četrtem letniku pa na bolniških oddelkih. Praktični pouk poteka na različnih oddelkih Splošne bolnišnice Novo mesto in Doma starejših občanov Novo mesto. Dijaki tretjih letnikov imajo praktični pouk enkrat tedensko po osem šolskih ur, vmes imajo polurni odmor za malico. V četrtem letniku imajo dijaki praktični pouk dvakrat tedensko

po pet šolskih ur. Pri praktičnem pouku so dijaki razdeljeni v skupine, v katerih je po enajst dijakov. Skupino vodi učitelj mentor. Večina dijakov dela v skupini z mentorjem, posamezni dijaki pa so zaradi preobremenitve bolniških oddelkov prerazporejeni izven skupine. Ti dijaki izvajajo zdravstveno nego pod nadzorom medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, ki so zaposleni na bolniškem oddelku. Skupine so na posameznem oddelku v povprečju dvanajst tednov.

V programu bolničar-negovalc imajo dijaki prvega letnika praktični pouk v kabinetih na šoli, dijaki drugega in tretjega letnika pa v domu starejših občanov. V drugem letniku imajo osem ur praktičnega pouka na teden, v tretjem letniku pa dvanajst ur. Dijaki tretjega letnika se vključujejo tudi v nego na domu.

SPREMLJANJE KAKOVOSTI PRI PRAKTIČNEM POUKU

Kakovost proizvoda oziroma storitve se izmeri tako, da izmerimo dejavnike, ki vplivajo nanjo. Ti so odvisni drug od drugega. Marsikateri je izredno težko merljiv. Pri izbiri proizvoda oziroma storitve smo se prisiljeni odpovedati nekaterim dejavnikom na račun drugih. Tako imenovanim kritičnim dejavnikom se ne moremo odpovedati. Oceno kakovosti sestavimo iz ocen dejavnikov. (Piskar, Dolinšek, 2006)

Učitelji pri svojem delu ne vidimo rezultatov neposredno, ker nimamo proizvoda, ki bi ga lahko ocenili. Pri praktičnem pouku ne moremo ocenjevati samo znanja, kot to lahko naredijo učitelji teoretičnih predmetov. Znanje se pri praktičnem pouku ocenjuje praktično. Dijak izvaja posamezne postopke in posege. Pri izvajanju posegov je pomembno teoretično znanje in ročne spretnosti. Poleg znanja – izvajanja posameznih posegov, se pri praktičnem pouku ocenjuje tudi upoštevanje pravil varstva pri delu in delovna disciplina, odnos do bolnikov in oskrbovancev, sodelovanje v skupini in z ostalimi, s katerimi pride dijak pri praktičnem pouku v stik. Dijak vodi dnevnik praktičnega pouka, kamor beleži negovalne intervencije in postopke, ki jih je izvajal. Mentor pregleduje dnevnik sproti ali ob koncu praktičnega pouka. Vse navedeno kaže, da je praktični pouk težko merljiv.

V šolskem letu 2002/2003 smo se učitelji praktičnega pouka in učitelji strokovnoteoretičnih predmetov odločili, da bomo spremljali praktični pouk in ga skušali izboljšati. Spremljamo naslednje dejavnike:

- uspeh četrtega predmeta na poklicni maturi
- počutje dijakov pri praktičnem pouku
- spremljanje incidentov pri praktičnem pouku

Za izboljšanje kakovosti smo vpeljali medsebojne hospitacije, določili natančne kriterije ocenjevanja in minimalne standarde znanja. Učitelji se redno sestajamo na sestankih, izmenjujemo izkušnje in skušamo razrešiti dileme.

Rezultati in razprava

1. Uspeh četrtega predmeta na poklicni maturi

Dijaki programa tehnik zdravstvene nege kot četrti predmet pri poklicni maturi opravljajo storitev in zagovor. Storitev dijak opravlja na bolniškem oddelku, kamor je razporejen. Pri določenem bolniku ali oskrbovancu opravlja zdravstveno nego po procesni metodi in izpolnjuje dokumentacijo. Dokumentacijo in zdravstveno nego, ki jo je izvajal predstavi na zagovoru. Uspeh četrtega predmetu se je izboljšal, ko smo podoben način dela uvedli pri posameznem ocenjevanju znanja pri praktičnem pouku.

2. Počutje dijakov pri praktičnem pouku

Za ugotavljanje počutja smo oblikovali vprašalnik. Vsebuje 25 vprašanj, ki se nanašajo na naslednje sklope: odločitev za poklic, priprava na praktični pouk, doživljanje ob srečanju s težko bolnimi, vloga mentorja, medsebojno sodelovanje dijakov, ocenjevanje znanja pri praktičnem pouku in predlogi za izboljšanje praktičnega pouka. Vprašanje, ki se je nanašalo na predloge za spremembo, je bilo odprtega tipa, ostala vprašanja so bila zaprtega tipa s ponujenimi odgovori.

Rezultati kažejo, da so bili dijaki v šolskem letu 2007/2008 bolje pripravljene na praktični pouk in bolj zadovoljni kot v šolskem letu 2002/2003. Večina predlogov za izboljšanje praktičnega pouka se je nanašala na organizacijo praktičnega pouka, od tega največ na malico. V letošnjem šolskem letu je ta problem odpravljen z odredbo Ministrstva za šolstvo in šport o uvedbi malice v srednjih šolah.

3. Spremljanje incidentov pri praktičnem pouku

Učitelji praktičnega pouka smo se odločili, da spremljamo naslednje incidente: vbode dijakov z injekcijskimi iglami, druge poškodbe dijakov, delo dijakov, ki je vzrok za poškodbe drugih, konflikti.

Incidente sistematično spremljamo šele v tem šolskem letu, zato nimamo rezultatov, ki bi jih lahko primerjali. Pred tem smo beležili le poškodbe dijakov v evidenco poškodb pri delu.

Učitelji praktičnega pouka smo rezultate pod prvo in drugo točko analizirali na sestankih. Ker z rezultati nismo bili zadovoljni, smo vpeljali nekatere spremembe pri delu. Uvedli smo medsebojne hospitacije. Vsak učitelj je najmanj dvakrat v šolskem letu prisoten pri uri pouka pri drugem učitelju. Tako si lahko izmenjamo izkušnje ter se drug od drugega učimo. Na sestankih učiteljev praktičnega pouka se pogovarjamo o kakovosti praktičnega pouka in dajemo predloge za spremljanje in izboljšavo. V delo smo vključili nekatere spremembe, ki so jih predlagali dijaki. Sodelujemo z učitelji strokovno teoretičnih predmetov, da uskladimo morebitne razlike v poučevanju ter olajšamo dijakom prehod s teoretičnega na praktični pouk. Skupaj z učitelji strokovnoteoretičnih predmetov se trudimo, da dijake dobro pripravimo na praktični pouk. Na začetku praktičnega pouka mentor seznanja dijake s posebnostmi posameznega bolniškega oddelka in zdravstvene nege na oddelku. Z dijaki ponovimo osnove varnega dela, seznanimo jih z minimalnimi standardi in s kriteriji ocenjevanja. Trudimo se, da bi poučevali po metodi reflektivnega učenja. Pri prizadevanjih za izboljšanje se srečujemo tudi s težavami, kot so: kadrovska problematika in posledična preobremenitev učiteljev, upoštevanje

urnika, ker imajo dijaki po končanem praktičnem pouku še pouk v šoli. Kot problem se lahko pojavlja tudi pomanjkanje motivacije pri posameznih dijakih.

Zaključek

Dijaki programa tehnik zdravstvene nege se pri praktičnem pouku vključujejo v proces zdravstvene nege. S kvalitetnim vodenjem praktičnega pouka mentorji lahko pomagajo dija-ku pri vključevanju v proces zdravstvene nege in premoščanju razlike med teorijo in prakso zdravstvene nege, zmanjšajo stres pri dijakih ter prispevajo k oblikovanju pozitivne samopodobe dijakov in izoblikovanju poklicne identitete. Merjenje kakovosti pri praktičnem pouku z vidika tržne vrednosti ni mogoče, lahko se spremlja posamezne dejavnike, ki so odraz kakovosti dela. Na osnovi spremljanja in analize dejavnikov kakovosti se lahko oceni kakovost praktičnega pouka in se predlaga spremembe. V današnjih tržnih razmerah se je potrebno še posebej truditi za kakovost tudi na področju vzgoje in izobraževanja, kjer je spremljanje kakovosti še relativna novost. V prenovljenih izobraževalnih programih bo večji poudarek na stroki in praktičnem pouku. Novost, ki jo prinašajo novi programi, je tudi praktično usposabljanje pri delodajalcu.

Viri in literatura

Center Republike Slovenije za poklicno izobraževanje: izobraževalni program tehnik zdravstvene nege (www.cpi.si)

Dolinšek, S; Piskar F:Učinki standarda ISO. Fakulteta za management Koper, 2006

Kisner, N in sod. Zdravstvena nega 1. Maribor. Založba Pivec, 2006.

Laval, C. Šola ni podjetje. Ljubljana. Krtina, 2005

Musek, J, Pečjak V. Psihologija. Ljubljana. Educy, 2001.

Novinec, V. Spodbujanje dijakov programa tehnik zdravstvene pri praktičnem pouku, Seminar Sekcija medicinskih sester v vzgoji in izobraževanju, Ljubljana, 2008.

Ramšak, Pajk J. Pomen mentorstva v izobraževanju in kariernem razvoju medicinskih sester. Seminar z mednarodno udeležbo, Bled, 2008.

Srednja zdravstvena in kemijska šola Novo mesto: Dokumentacija strokovnega aktiva praktičnega pouka in aktiva zdravstvene nege, šolsko leto 2002/2003 do 2008/2009.

Valentinčič, J. Usposabljanje za delo. Ljubljana. Zavod republike Slovenije za šolstvo, 1995.

PROSTOVOLJNO DELO DIJAKOV SREDNJE ZDRAVSTVENE IN KEMIJSKE ŠOLE NOVO MESTO V SPLOŠNI BOLNIŠNICI NOVO MESTO

Gloria Murn

Povzetek

Namen članka je prikazati začetke prostovoljnega dela dijakov Srednje zdravstvene in kemijske šole Novo mesto v Splošni bolnišnici Novo mesto in kronološki pregled dela do sedaj. Prostovoljno delo pomeni pridobivati nove izkušnje, stikati nova prijateljstva, aktivno preživljati prosti čas in nenazadnje delati v dobro drugega – bolnika. Dijaki prinašajo s svojo mladostjo smeh in mnoge lepe trenutke med bolne in osamljene bolnike. Pozitivni učinki prostovoljnega dela se kažejo iz leta v leto, saj število dijakov prostovoljcev ne pojenja, temveč se iz leta v leto povečuje. Hkrati pa mentorice iz šole iščejo nove dejavnosti na področju prostovoljnega dela in s tem širijo vizijo in poslanstvo prostovoljstva, ki je: Širjenje in razvijanje filozofije ter prakse prostovoljstva.

Ključne besede

prostovoljno delo; dijaki; srednja šola; bolniki

1. UVOD

Prostovoljno delo je v Sloveniji organizirano v okviru društev in javnih zavodov. Organizirano je kot dejavnost, ki prispeva k razreševanju socialnih problemov in izboljševanju kakovosti življenja. Prostovoljno delo na socialnem področju in v zdravstvu lahko označimo kot dejavnost, v kateri oseba uporablja svoj čas za neplačano delo v dobrobit posameznikov, ki niso bližnji sorodniki prostovoljca. Namen spodbujanja prostovoljnega dela v naši šoli je pokazati mladim ljudem še kaj več v primerjavi z negativno naravnanimi družbenimi gibanji in nezdravim načinom življenja. Ponudili smo jim dejavnost, ki v človeku vzpodbuja dobro in nas vodi v dobrobit človeštva.

2. KAJ JE PROSTOVOLJNO DELO?

Osnovni moto prostovoljstva je človekoljubje, ki deluje pod vplivom empatije do drugih in z drugimi ljudmi. Prostovoljno delo ni poplačano z denarjem, temveč s krepitvijo lastne osebnosti in socialne podobe. Namenjeno je predvsem pozitivnim učinkom na ljudi, ki prejemajo pomoč od dijaka – prostovoljca. Učinki na dijaka – prostovoljca pa se lahko opišejo predvsem kot osebna rast, dejavno sodelovanje v socialnem okolju, pridobivanje komunikacijskih sposobnosti, širjenje obzorja in pridobivanje dovednosti za socialne vrednote. Mlad človek potrebuje povezanost s srednjo generacijo, da se od nje uči in se s pomočjo nje osebno razvija v zrelega samostojnega človeka. Prav tako pa nič manj ne potrebuje osebni odnos z pozitivno naravnanim starim človekom, kajti prav stari ljudje pomenijo mlademu človeku izredno dragocen vir izkušenj o celovitosti življenja – vse tisto, kar je v osebnem in družbenem življenju res vredno, to so osebne in socialne človeške vrednote. Torej lahko rečemo, da se lahko s prostovoljnim delom tkejo iskrene vezi vseh treh življenjskih obdobij človeka. In z njim lahko zapolnimo tisti del potrebnih osebnih odnosov, ki bi človeku sicer manjkali.

3. CILJI NAŠEGA PROSTOVOLJNEGA DELA

- Dijaki razvijajo čut za medsebojne odnose,
- odkrivanje novih kvalitativnih odnosov med mladimi in starejšimi generacijami,
- spodbujanje oziroma razvijanje samozavesti in samostojnosti pri dijaku,
- pridobijo občutek, da opravljajo koristno delo,
- pridobijo občutek za dobro skupnosti, v kateri živijo,
- pridobivajo občutek plemenitega dejanja,
- pridobijo nova znanja, izkušnje, osebno rastejo in se bogatijo,
- kvalitetna izraba prostega časa,
- spodbujanje, vzpostavljanje odnosov s skupinami ljudi, odrinjenimi na rob družbenega življenja.

Pomembno je, da mentorice pri mladih ljudeh spodbujamo izražanje tistih čustev, ki lahko vodijo k večji notranji harmoniji in harmoniji z okoljem. Za doživljanje te harmonije niso dovolj le besede, ampak sta zanjo potrebna predvsem lastna dejavnost in pristen človeški odnos. Samo na tak način lahko mladim pomagamo spoznati smisel življenja, ki ga bodo lahko dojemali in doživljali.

4. POTREBNI DOKUMENTI ZA IZVEDBO PROJEKTA

- Pogodba med bolnišnico in dijakom – prostovoljcem,
- pravila vedenja prostovoljcev,
- etični kodeks organiziranega prostovoljstva,
- ustna navodila in medsebojni dogovori,
- zapisane pravice in dolžnosti prostovoljca.

5. ORGANIZACIJA PROSTOVOLJNEGA DELA NA NAŠI ŠOLI

Z delom smo pričeli na pobudo Splošne bolnišnice v Novem mestu, zdaj za nas že daljnega leta 2004. Takrat je bilo prvo izobraževanje za prostovoljce – dijake naše šole, čeprav je koordinatorica prostovoljnega dela v Splošni bolnišnici Novo mesto Jožica Rešetič začela orati ledino prostovoljnega dela v bolnišnični dejavnosti že nekaj let pred tem. Ideja o organizaciji prostovoljnega dela se je porodila na seminarju o spodbujanju prostovoljne dejavnosti v bolnišnicah in socialnih zavodih v Medijskih toplicah. Po izvedbi in formuliranju vseh potrebnih obrazcev smo pričeli z delom.

Kljub temu da prostovoljno delo opravlja predvsem v povezavi naše šole in Splošne bolnišnice Novo mesto, predstavlja velik mejnik naše skupne dejavnosti Slovenska filantropija, ki je krovna organizacija organiziranega prostovoljnega dela v Sloveniji.

Vsako šolsko leto začnemo s pomočjo šolskega radia, oglasne deske, predstavitvene stojnice in razgovorov promovirani našo dejavnost. Prav vsako leto pa se nam pokaže, da so naši največji animatorji »stari prostovoljci«, ki spodbujajo svoje sovrstnike k prostovoljnemu delu. Po uvodnem naboru prostovoljcev naredimo izobraževanje novih prostovoljcev skupaj s Slovensko filantropijo in Splošno bolnišnico Novo mesto, kjer izobraževanje poteka. Izobraževanje, ki je do letošnjega leta potekalo oktobra, je usmerjeno predvsem k dvema ciljema: da se pri novem dijaku prostovoljcu, spodbudi občutek za medsebojno komunikacijo in skupno motivacijo ter predstavitvi bolnišnice in vseh pravic in dolžnosti, ki jih imamo vsi udeleženci v tej dejavnosti. Letošnjega novembra je potekalo že peto izobraževanje, ki se ga je udeležilo deset novih dijakov. Število novih dijakov se vsako leto giblje med deset in petindvajset. Letošnja številka ja malo manjša. Po mnenju dijakov ima veliko vlogo pri tem sprememba urnika pouka, zaradi novega z zakonom predpisanega sistema prehranjevanja v srednjih šolah in posledično tudi do spremenjenega urnika voznih redov. Kljub temu je skupno število vseh dijakov – prostovoljcev, v letošnjem šolskem letu šestindvajset.

Prikaz izobraževanj:

- oktober 2004 – 19 novih dijakov
- oktober 2005 – 19 novih dijakov
- oktober 2006 - 23 novih dijakov
- oktober 2007 – 22 novih dijakov
- november 2008 – 10 novih dijakov.

V Splošni bolnišnici Novo mesto poteka prostovoljno delo na naslednjih oddelkih:

ODDELEK	MENTOR
Pljučni in infekcijski	Barbara Špilak
Interni	Antonija Gazvoda
Nevrološki	Irma Kumer
Kirurški	Jožica Hudoklin
Otroški	Gordana Rožman

Dijake na začetku vsakega leta peljemo na ogled bolnišnice in jim predstavimo kontaktne osebe – mentorice. Vsak oddelek ima svojo mentorico, ki jo izbere bolnišnica. Iz šole sodelujeva dve mentorici, ki koordinirava delo za vsak mesec posebej in predstavlja vez med dijaki in mentoricami v bolnišnici. Prostovoljno delo vpliva tudi na organizacijo dela na oddelku. Sprememba delovanja sistema terjaja, da so s prostovoljnim delom seznanjeni tudi zaposleni v bolnišnici: vratar, varnostnik, strežnice, medicinske sestre, zdravniki, direktorica in strokovni direktor, glavna medicinska sestra in seveda bolniki. Delo je strokovno organizirano in vodeno. Naloga mentorice na oddelku je, da glede na mesečni raspored izbere bolnika, ki bi mu veliko pomenila pozornost in druženje prostovoljca ter da pospremi in seznanji prostovoljca in bolnika. Bolnik mora vedno soglašati z medsebojnim druženjem. Dijak prostovoljec mora za svojo prepoznavnost in identifikacijo nositi priponko z osnovnimi osebnimi podatki.

Mentorici vse nove in tudi stare prostovoljce temeljito pripraviva na delo. To pomeni, da jih pred prvim obiskom seznaniva z možnimi problemi, ki se lahko med posameznimi obiski pokažejo. Mesečno se v šoli srečujemo in analiziramo posamezne obiske ter spodbujamo medsebojno motivacijo. V primeru težav sva mentorici dosegljivi na osebni mobilni številki oz. prek elektronske pošte.

Leta 2007 sva se obe mentorici udeležili posebnega izobraževanja za mentorje prostovoljnega dela pod okriljem Slovenske filantropije. Mentorice se vsak prvi ponedeljek srečujemo s koordinatorico prostovoljnega dela.

Mentorice z naše šole:

- Mojca Gajič Bojanc (leta 2004/2005, 2005/2006)
- Mojca Simončič (leta 2006/2007, 2007/2008, 2008/2009)
- Gloria Murn (leta 2007/2008, 2008/2009).

V lanskem šolskem letu se je izmed vseh prostovoljcev izoblikovala skupinica 7 prostovoljk, ki so se poimenovala Pikapolonice. Pikapolonice so se odločile, da bodo opravljale prostovoljno delo samo na otroškem oddelku z namenom, da krajšajo čas našim malim bolnikom. Pikapolonice so v bolnišnici razpoznavne po rdeči majčki, ki jo nosijo na sebi ob vsakem obisku na otroškem oddelku. Svoje poslanstvo opravljajo tudi letošnje šolsko leto.

6. PRAVILNIK DELOVANJA PROSTOVOLJCEV

VODSTVO: Delo prostovoljca ureja mentorica na oddelku, ki si ga je dijak izbral za izvajanje prostovoljnega dela. Celotno delo ureja koordinatorica prostovoljnega dela skupaj z mentoricami iz bolnišnice in šole. Za delovanje prostovoljca na oddelku je odgovorna mentorica oddelka, v času njene odsotnosti njena namestnica.

DELO: Zavezuje ga načelo varovanja podatkov, za katere je izvedel pri svojem delu, kar velja tudi za čas, ko ne opravlja več dela kot prostovoljec. Pogovarja se z bolniki, opravlja zanje drobne usluge, poskuša vnesti v njihovo življenje pestrost. Ne opravlja del, ki so povezana z zdravstveno nego.

OBVEZNOST: Svoje delo naj bi opravljal po svojih zmožnostih, vendar najmanj dvakrat mesečno po eno uro. Na delo prihaja pravočasno ob dogovorjenem času. Obvezni so tudi mesečni sestanki na šoli, kjer si dijaki po svoji lastni presoji izberejo oddelek, datum in uro, namenjeno prostovoljnemu delu.

KOMUNIKACIJA: Sporoča mentorici oddelka ali njeni namestnici morebitna opažanja, ki so pomembna za bolnika. Svojo odsotnost sporoča šolski mentorici, ta pa potem obvesti mentorico na oddelku, kjer bi prostovoljec moral opravljati prostovoljno delo.

IZOBRAŽEVANJE: Vključi se v programe izobraževanja za potrebe prostovoljcev in tudi druga neformalna srečanja, namenjena prostovoljnemu delu: novoletno srečanje, skupna druženja, Festival mladih prostovoljcev, zaključek ob koncu šolskega leta.

PODPORA: Prostovoljci prejemajo podporo v individualnih stikih z medicinskimi sestrami in mentoricami v bolnišnici in šoli. O različnih problemih se pogovorimo na rednih mesečnih sestankih v šoli, hkrati pa imajo prostovoljci tudi mobilni številko obeh mentoric za nujne primere.

OCENJEVANJA DELOVANJA PROSTOVOLJCEV IN SODELOVANJA Z NJIMI
Prav tako potekajo redni mesečni sestanki vseh mentoric pri koordinatrici prostovoljnega dela v Splošni bolnišnici Novo mesto. Sestanki preprečujejo nesporazume ter različne možne napetosti, hkrati pa omogočajo ugotavljanje potreb prostovoljcev in njihovo stimulacijo za prostovoljno delo.

7. DEJAVNOSTI, KI JIH DIJAKI OPRAVLJAJO

Prinašanje časopisov iz trafike, urejanje rož v bolnišnični sobi, pisanje pisem in telefoniranje namesto bolnikov, opravljanje drugih drobnih praktičnih uslug, pogovarjanja z bolnikom, izvajanje razvedrilne dejavnosti, branje bolnikom, novoletno okraševanje oddelkov, skrb za oglasno desko, namenjeno prostovoljnemu delu itd.

Prostovoljci pri svojem delu sprejemajo vlogo družabnika, sogovornika, spremljevalca, skratka človeka, ki z bolnikom vzpostavlja vzajemni človeški odnos in vsaj malo prispeva k boljšemu počutju takega človeka.

8. KAJ PROSTOVOLJNO DELO PRINAŠA DIJAKU?

Prostovoljno delo je pomemben del pedagoškega dela z mladimi, saj omogoča vsestransko dozorevanje in s tem priprave na življenje in za konstruktivno razreševanje lastnih življenjskih problemov. Mladi v pristnem človeškem odnosu spoznavajo, dojemajo in tudi doživljajo smisel življenja. S prostovoljnim delom uresničujejo osnovne človeške vrednote, kot so ljubezen do sočloveka, samospoštovanje in spoštovanje drugih, zaupanje vase in v druge, zanesljivost, sprejemanje samega sebe in drugih. Prostovoljno delo ima velik pomen in pozitivne učinke na mlade prostovoljce in na pomoči potrebne.

Vsako leto se prijavimo na natečaj Naj prostovoljka, naj prostovoljski projekt. Dijakom, ki so izbrani za ta naslov, posvetimo posebno pozornost, saj pridobijo priznanje za svoje delo pri

predsedniku države Slovenije v Ljubljani. Prav vsi dijaki prostovoljci na koncu šolskega leta od šole dobijo potrdilo o delovanju v interesni dejavnosti ter priznanje mentorice za izredno delo pri navezovanju medgeneracijskih odnosov.

9. Z DELOM SEZNANJAMO JAVNOST

Aktivno sodelujemo pri vseh projektih, ki so povezani s Slovensko filantropijo: Študentska arena, Festival mladih prostovoljcev, natečaj Naj prostovoljec, naj prostovoljski projekt.

Redna letna druženja z našo aktivno udeležbo v okviru društva za razvijanje prostovoljnega dela Novo mesto.

V okviru bolnišnice poskrbimo za razpoznavnost z izdelavo lastnih izdelkov, kot so voščilnice in različni izdelki iz papirja in das mase. Ti izdelki so namenjeni predvsem našim bolnikom in vsem, ki nam v bolnišnici priskočijo na pomoč pri naši dejavnosti. Vsak dogodek, povezan s prostovoljnim delom, s plakati obeležimo na razstavnem panoju med kirurškim in ginekološkim delom novomeške bolnišnice. Vsako novo leto poskrbimo za okrašenost nekaterih oddelkov v bolnišnici. Mentorici piševa poročila za internetno stran naše šole, interno glasilo bolnišnice - Vizita in glasilo Slovenske filantropije - Odprta cona. Oglašujemo se v medijih na območju Dolenjske: časopis Dolenjski list in lokalna televizija Vaš kanal.

Koordinatorica Jožica Rešetič s pomočjo donatorskih sredstev vsako leto ob pomoči mentorice organizira letoletno in zaključno srečanje, ki sta namenjeni predvsem sproščenemu druženju in izmenjavi izkušenj. Srečanja skoraj ne minejo brez idej za prihodnost.

10. ZAKLJUČEK

Uvajanje prostovoljnega dela v zdravstvene zavode je zaradi svoje narave dela občutljiv proces, ki zahteva dobro organiziranost na vseh področjih. V sodobnem času je prostovoljstvo dejavnost, ki vodi k izboljšanju kakovosti delovanja zdravstvenih in socialnih zavodov in h kakovosti življenja njihovih porabnikov. Ugotovili smo, da lahko prostovoljno delo izboljša psihosocialno kakovost življenja bolnikov v bolnišnici, kar nam je izredno pozitivna spodbuda in vodilo za delo v prihodnosti. Vsi skupaj bomo stremeli k temu, da prostovoljno delo postane zvezda stalnica v bolnišnici in da se bodo prostovoljci zares zavzeli za svoje delo. Pomembno je, da vzpostavimo dobre partnerske odnose med Srednjo zdravstveno in kemijsko šolo Novo mesto, Splošno bolnišnico Novo mesto in prostovoljci. Čeprav je bolnišnica inštitucija s pravili, ki jih narekuje njena dejavnost, je možnost znotraj teh pravil omogočiti drobne spremembe, ki lajšajo življenje bolnikom. Za prostovoljce je pomembno, da imajo možnost izražati svoje predloge in da pridobivajo izkušnjo, da so njihovi predlogi upoštevani in cenjeni, če so sprejemljivi za bolnišnico. Vsi mentorji, koordinatorica in vodstvo bolnišnice se moramo zavedati, da je prostovoljno delo dejanje dobre volje in da mora biti dijak prostovoljec motiviran med drugim tudi z enakopravno obravnavo in spoštovanjem. Celotno osebje v ustanovi mora poskrbeti in se zavedati, da delo prostovoljcev vnaša med štiri stene bolniške sobe svežino in bogati medčloveške odnose. Od mladih prostovoljcev se lahko prav vsi marsičesa naučimo.

Ker se v prostovoljno delo vključujejo dijaki od prvega do četrtega letnika, je potrebno še več uvajalnega dela prav z dijaki prvih dveh letnikov, ki še ne opravljajo praktičnega pouka v bolnišnici. Zato je pomembno, da jim predstavimo značilnosti, potrebe, želje, omejitve in druge za delo in odnos pomembne lastnosti bolnikov. Pomembno je predstaviti značilnosti in jasna pravila bolnišnice. Prostovoljcem, ki kažejo poseben interes za določena strokovna vprašanja, moramo omogočiti dostop do ustrezne literature. Še več bomo delovale pri usposabljanju prostovoljcev, saj jih kakovost dela varuje pred napakami in škodo, ki bi jo lahko utrpel bolnik, obenem pa je to tudi varovalo prostovoljca pred morebitno čustveno ali stvarno prizadetostjo.

S člankom sem želela opisati vse, kar nam je prostovoljno delo v tem kratkem času prineslo. Vendar se včasih pojavijo tudi težave, ki so predvsem organizacijske narave, včasih zaradi pomanjkanja časa tako dijakov – prostovoljcev, kot mentoric. Za podporo se zahvaljujem vodstvu šole, ki naše delo že od začetka zelo podpira. Na naši šoli si je prostovoljno delo pridobilo zelo pomembno vlogo pri razvoju. Kot interesna dejavnost vsako leto vzbuja največje zanimanje dijakov.

Poleg prostovoljnega dela v Splošni bolnišnici Novo mesto poteka prostovoljno delo tudi v Domu starejših občanov Novo mesto. Dijakom smo želele približati prostovoljno delo v domači kraj. Zato se je ena izmed mentoric odločila za prav poseben projekt: Prostovoljno delo v domačem kraju. Povezala se je nekaterimi domovi starejših občanov na področju Posavja, Bele krajine in Dolenjske. Dijaki bodo lahko poslej našli možnost za svoje prostovoljno delovanje čim bližje kraju bivanja.

Že dve leti zapored se dan našega uvodnega izobraževanja za nove prostovoljce začne z dežjem, ob odhodu domov pa nas pričaka čudovito sonce. Zato smo se v letošnjem šolskem letu preimenovali v ončke. Pravzaprav že od začetka nosimo našim bolnikom med štiri stene bolnišnice sonce.

Hvala vsem dijakom – prostovoljcem, za nesebično opravljeno delo, ki so ga namenili prostovoljni dejavnosti!

Literatura

- Mikuš Kos, A. Prostovoljno delo pri varovanju zdravja in v zdravstvu. Ljubljana: Slovenska filantropija, 1997.
- Novak, T., Kalčina, L. Etični kodeks organiziranega prostovoljstva. Ljubljana: CNVOS, 2006.
- Martelanc, T., Samec, T. Prostovoljno delo včeraj, danes in jutri. Ljubljana: Slovenska filantropija, 2000.
- Mesec, B., Kos, A., Kunič L., Stritih B., Vojnovič M. Prostovoljno delo na področju socialnih dejavnosti. Ljubljana: Višja šola za socialne delavce. Univerza v Ljubljani, 1984.
- Gril, A. Prostovoljstvo je proizvodnja smisla. Ljubljana: Pedagoški inštitut, 2007.
- Gornik, J., Oblak, A. ABC prostovoljstva: priručnik za mentorje. Ljubljana: CNVOS, 2007.

Ramovš, J. Prostovoljski dnevnik. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje, 2007.

Žorga, S. Uvajanje prostovoljnih sodelavcev v šole in druge ustanove. Ljubljana: Pedagoška akademija. Univerza v Ljubljani, 1991.

20
let na RAAS zasnovanega zdravljenja

PRENESSA®

perindopril
tablete po 4 mg in 8 mg

PRENEWEL® 2 mg/0,625 mg
4 mg/1,25 mg

perindopril in indapamid
tablete

Tandem zaupanja!

Prelessa® perindopril

Sestava Ena tableta vsebuje 4 mg oziroma 8 mg perindopriljevega etbuminata. **Indikacije** Prelessa 4 mg hipertenzija, strogo popuščanje in preprečevanje ponovne možganske kapi v kombinaciji z indapamidom pri bolnikih z možganskožilnimi boleznimi v anamnezi. **Prelessa 8 mg** hipertenzija in strogo popuščanje. **Odmerjanje in način uporabe** Perindopril je perindoprilno jemanj, zjutraj, pred obroki. **Hipertenzija** 4 do 8 mg enkrat na dan. Za bolnike, ki pred začetkom zdravljenja niso prejemali snovi, ki sprostijo dušik, za starije bolnike in za bolnike z nezavodljivo hipertenzijo je priporočeni začetni odmerek 2 mg. Pozneje jim lahko odmerek po potrebi prilagodimo. **Strogo popuščanje** 2 do 4 mg enkrat na dan. **Preprečevanje ponovne možganske kapi** Začetni odmerek perindoprija je 2 mg na dan. Po dveh tednih odmerek povečamo na 4 mg na dan še za dva tedna, potem uvedemo indapamid. Bolnikom z ledvično okvaro je treba odmerek perindoprija prilagoditi glede na stopnjo okvare. Priporočen odmerek za bolnike s kreatininskim očistkom, ki je enak ali večji od 60 ml/min (1 ml/s) ali večji, je 4 mg na dan. Priporočen odmerek za bolnike s kreatininskim očistkom med 30 in 60 ml/min (med 0,5 in 1 ml/s) je 2 mg na dan. Bolnikom s kreatininskim očistkom med 15 in 30 ml/min (med 0,25 in 0,5 ml/s) naj jemljejo 2 mg vsak drugi dan. Priporočen odmerek za bolnike na hemodializi s kreatininskim očistkom, ki je manjši od 15 ml/min (manj kot 0,25 ml/s), je 2 mg na dan dvakrat, po dializi. Bolnikom z jetrno okvaro ni treba prilagajati odmerka. **Imetnik dovoljenja za promet** SALUS, Ljubljana, d. d., Matere-Spasiceva ulica 10, 1000 Ljubljana, Slovenija.

Prenewel® perindopril in indapamid

Sestava Prenewel 2 mg/0,625 mg tablete Ena tableta vsebuje 2 mg terc-butilaminijevoga perindoprilata in 0,625 mg indapamida. **Prenewel 4 mg/1,25 mg tablete** Ena tableta vsebuje 4 mg terc-butilaminijevoga perindoprilata in 1,25 mg indapamida. **Indikacije** Zdravljenje bolnikov z esencialno hipertenzijo. **Prenewel 4 mg/1,25 mg** je indiciran pri bolnikih, pri katerih klinični blok (monitoriranje s perindoprilom in indapamidom) ni ustrezno nadzovan. **Odmerjanje in način uporabe** Zdravlje je namenjeno za peroralno zdravljenje. Kombinacije perindoprija in indapamida je priporočljivo jemati zjutraj pred zajtrkom. Običajni odmerek je ena tableta Prenewel 2 mg/0,625 mg enkrat na dan. Če se klinični blok po enem mesecu zdravljenja ne uredi, lahko odmerek podvojimo, tako da bolnik jemlje dve tableti Prenewel 2 mg/0,625 mg ali eno tableto Prenewel 4 mg/1,25 mg enkrat na dan. Če je mogoče, je priporočljiva individualna titracija odmerkov učinkovin. **Odmerjanje pri okvarjenem ledvičnem dovoljenju** Pri bolnikih s kreatininskim očistkom med 30 in 60 ml/min je zdravljenje priporočljivo začeti z ustreznim odmerkom posameznih učinkovin. Če je kreatininski očistek večji od 60 ml/min, odmerka ni treba prilagajati. Bolnikom starejše običajno spremljamo s pogostim merjenjem kalijne kalija in kreatinina v serumu. **Odmerjanje pri starejših bolnikih** Zdravljenje začnite z eno tableto Prenewel 2 mg/0,625 mg enkrat na dan. **Imetnik dovoljenja za promet** SALUS, Ljubljana, d. d., Matere-Spasiceva ulica 10, 1000 Ljubljana, Slovenija.

Vse informacije so navedene v priloženih temeljnih značilnostih zdravil Prelessa in Prenewel. Povzete v obliki knjižic dobite pri Krikih strokovnih sodelavcih ali pa jih preberete na spletni strani www.krika.si/kz/ledu/medp.

Podrobnejše informacije:

Krika, d. d., Novo mesto, Šmarješka cesta 6, 8501 Novo mesto, www.krika.si

KRKA

Svojo inovativnost in znanje posvečamo zdravju.
Zato odločnost, vztrajnost in izkušnje usmerjamo k enemu samemu cilju – razvoju učinkovitih in varnih izdelkov vrhunske kakovosti.

SREČANJE SO OMOGOČILI

Generalni sponzor:



Ostali sponzorji:







Coloplast

Ostali sponzorji:

Vinogradništvo JAKŠE, Studenec

Vinska klet Gadova peč - Podbočje, Jarkovič Andrej

Jarkovič Stane, Brod, Podbočje

Kmetija HUMLJAN, Suhor

KZ Metlika

Vinogradništvo in vinarstvo PRUS

Vinogradništvo DOLC, Anton Kostelec

Občina Dolenjske Toplice

Občina Metlika

B E L E Ž K E

A series of horizontal dotted lines for writing.

B E L E Ž K E

A series of horizontal dotted lines for writing, consisting of 25 lines.

B E L E Ž K E

A series of horizontal dotted lines for writing.

