



foto: foto spring

Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveze društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije



UVODNIK

Nagovor ob 12. maju

DELO ZBORNICE - ZVEZE

5. kongres zdravstvene in babiške nege

TEMA MESECA

Krvodajalstvo med dijaki in študenti v mariborski regiji



GLASILO

Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije

Cardura XL-zdravilo, ki zadene dva cilja

benigna hiperplazija prostate

in

visok krvni tlak

CARDURA XL

Original

CARDURA XL[®]
doksazosin 4 mg 8 mg

BISTVENE INFORMACIJE IZ POVZETKA GLAVNIH ZNAČILNOSTI ZDRAVILA

CARDURA XL[™] 4 mg in 8 mg tablete s podaljšanim sproščanjem

Sestava in oblika: tableta s podaljšanim sproščanjem vsebuje 4 mg in 8 mg doksazosina. **Indikacije:** hipertenzija; benigna hiperplazija prostate. **Odmerjanje in način uporabe:** odmerek 4 mg enkrat na dan se lahko zaužije s hrano ali brez. Tablete je treba pogoltniti cele z zadostno količino vode. Glede na odziv bolnika se odmerek po štirih tednih lahko poveča na 8 mg. Največji priporočen odmerek je 8 mg enkrat dnevno. **Kontraindikacije:** preobčutljivost za kinazoline, doksazosin ali katero od pomožnih snovi. **Posebna opozorila in previdnostni ukrepi:** posturalna hipotenzija/sinkopa: kot pri vseh zaviralcih alfa se predvsem v začetku zdravljenja lahko pojavi posturalna hipotenzija, ki se kaže kot vrtoглаvica in slabost, redko kot izguba zavesti (sinkopa). V času uvajanja terapije naj se bolnik izogiba situacijam, v katerih lahko pride do poškodb zaradi vrtoглаvice ali slabosti. **Okvara jetrne funkcije:** zdravilo naj se uporablja previdno. **Gastrointestinalne težave:** Izrazito zmanjšan čas gastrointestinalne retence lahko vpliva na klinično učinkovitost zdravila. Previdnost je potrebna tudi pri bolnikih z patološkim ali iatrogenim gastrointestinalnim zoženjem. **Navodila za bolnike:** Bolniki naj se ne vznemirjajo, če bodo občasno v blatu opazili nekaj, kar ima izgled tablet. Zdravilo se nahaja v ovojnici, ki se ne absorbira. **Medsebojno delovanje z drugimi zdravili in druge oblike interakcij:** ni dokazanih klinično pomembnih interakcij z drugimi zdravili. **Uporaba med nosečnostjo in dojenjem:** varnost še ni dokazana, zato je jemanje tablet v času nosečnosti in med dojenjem dopustno le, če po mnenju zdravnika možna korist odtehta potencialno tveganje. **Vpliv na sposobnost vožnje in upravljanja s stroji:** sposobnost vožnje in upravljanja s stroji je lahko okrnjena, zlasti ob uvažanju terapije. **Neželeni učinki:** hipertenzija: pogosti: suha usta; astenija, bolečina v križu, in prsnem košu; periferni edem in posturalna hipotenzija; omotica, glavobol in vrtoглаvica; bolečine v trebuhu in slabost; palpitacije in tahikardija; mialgija; bronhitis in kašelj; prurit; cistitis in urinska inkontinenca. Benigna hiperplazija prostate: pogosti: astenija, bolečina v križu in gripi podobni simptomi; hipotenzija, periferni edem in posturalna hipotenzija; omotica, glavobol in vrtoглаvica; bolečine v trebuhu, dispepsija in slabost; mialgija; somnolenca; bronhitis, dispnea, infekcije respiratornega trakta in rinitis; infekcije urinarnega trakta. Neželeni učinki pri starostnikih se ne razlikujejo od naštetih pri mladi populaciji. **Preveliko odmerjanje:** v primeru hipotenzije, je bolnika treba nemudoma položiti vznak z glavo v nižjem položaju in po presoji uporabiti druge podporne ukrepe. **Način izdajanja zdravila:** zdravilo se izdaja le na zdravniški recept. **Iznemik dovoljenja za promet:** Pfizer Luxembourg SARL, 283, route d'Arlon, L-8011 Strassen, Luksemburg. **Datum zadnje revizije besedila:** oktober 2004

Pred predpisovanjem se seznanite s celotnim povzetkom glavnih značilnosti zdravila.



Podrobnejše informacije o zdravilu so na voljo pri:
Pfizer, podružnica za svetovanje s področja farmacevtske dejavnosti, Ljubljana,
Letališka cesta 3c, 1000 Ljubljana
Tel.: +386 (0)1 5211 400, Fax: +386 (0)1 5211 401
www.pfizer.com

Vsebina

• UVODNIK	4
Ob 12. maju 2005 in ob otvoritvi 5. kongresa zdravstvene in babiške nege	
• DELO ZBORNICE	6
Kronika dogodkov v maju 2005	
• AKTUALNO	14
Raziskovanje v podporo skrbi za ljudi	
Položaj zdravstvene nege v Evropski uniji	18
Zmožnost formuliranja politike zdravstvene nege in lobi EU	20
• ICN	22
Preveč je novorojenčkov, ki se jih ne "šteje"	
Reševanje globalnega pomanjkanja medicinskih sester in drugih zdravstvenih delavcev	23
Volitve v Mednarodni svet medicinskih sester - ICN	26
• TEMA MESECA	27
Krvodajalstvo med dijaki in študenti v mariborski regiji	
Povzetki strokovnih priporočil za delo s krvnimi pripravki	29
Obposteljni test pred transfuzijo krvi	31
• PREDSTAVLJAMO VAM	34
Delovanje raziskovalne skupine društva medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov (DMSZT) Ljubljana	
• POROČILA-STROKOVNA SREČANJA	36
Poročilo z 10. jubilejnega izobraževanja zdravstvena nega in sladkorna bolezen	
Strokovno srečanje Društva za oskrbo ran Slovenije na Bledu	37
Raziskovanje v enterostomalni terapiji	39
II. Srečanje medicinskih sester v pediatriji v Mariboru z mednarodno udeležbo	45
Strokovno srečanje članov Društva medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Maribor ob 12. maju – Mednarodnem dnevu medicinskih sester	46
• IZOBRAŽEVANJE	41
• MEDNARODNA SREČANJA	48
Poročilo s sestanka Evropskega združenja pediatričnih medicinskih sester v Rotterdamu na Nizozemskem	
Strokovni sestanek EFCCNa v Sloveniji	49
• UDELEŽILI SMO SE	54
Letos že 10. tekmovanje srednjih zdravstvenih šol Slovenije	
Delavnice iz nujne medicinske pomoči za študente zdravstvene nege	55
Emocije v zdravstveni negi	56
• ZANIMIVO	57
Telesna aktivnost otrok z astmo	
Reševanje stresa na delovnem mestu	58
Poti in stranspoti do našega zdravja	60
Komunikacija po telefonu v dispanzerski zdravstveni negi	61
Svetovni dan možganske kapi, 25. maj	65
• MI MED SEBOJ	67
Sončnica, simbol, ki povezuje	
• S HUMORJEM JE LAŽJE IN LEPŠE	68
»Klic v sili«	
• IZLETI - STROKOVNE EKSKURZIJE	69
Poročilo s strokovne ekskurzije sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v endoskopiji	
Izlet v Pomurje	70
• PRAZNOVALI SMO	72
30 let sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti	
• MEDICINSKE SESTRE IN PROSTI ČAS	74
Včasih	
Likovna razstava v Kliničnem centru	75
• NOVO NA KNJIŽNIH POLICAH	76
Knjiga KDO LE SO ONI?	
• PREDLAGAJTE - POVEJTE	77
Odgovor kolegici	
O srečnosti in samopodobi	77
Kateri večji kos človeka	78
12. maj – moj dan – naš dan	79

Utrip - strokovno informativni bilten Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveze društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. ODGOVORNA UREDNICA: mag. Brigita Skela Savič UREDNIŠKI ODBOR: Petra Kersnič, Irena Keršič Ramšak, Veronika Pretnar

Kunstek, mag. Brigita Skela Savič LEKTORICA: prof. Cvetana Tavzes PREVAJALEC: Primož Trobešek NAKLADA: 13200 izvodov NASLOV UREDNIŠTVA: UTRIP, Vidovdanska 9, Ljubljana, T./F. 01/ 2316-055 - tajništvo Zbornice - Zveze, T. 01/ 4344-903, naročnine, računi, e-mail: zveza.med.sester@siol.net, TRR ZDMSZTS pri NLB, posl. Tavčarjeva 7, Ljubljana, številka: 02031-0016512314 TRŽENJE : ATELIER IM, d.o.o. Breg 22, Ljubljana, T. 01/2411-932/4, F. 01/2411-939, e-mail: atelier-im@siol.net PRIPRAVA ZA TISK: STARLING, d.o.o., Opekarska cesta 38, Vrhnika, T. 01/ 7557-850, F. 01/ 7557-855, e-mail: starling@starling.si TISK: Tiskarna POVŠE, Povšetova 36 a, Ljubljana, T./F. 01/ 2301-542, e-mail: tisk.povse@siol.net FOTOGRAFIJA NA NASLOVNICI: Foto Spring SPLETNA STRAN ZBORNICE-ZVEZE: www.zveza-dmszts.si Utrip (Online) ELEKTRONSKI NASLOVI: zveza.med.sester@siol.net, tajnistvo@zveza-dmszts.si, narocnina@zveza-dmszts.si ISSN 1581-3738

Revija izhaja 11-krat letno. Letna naročnina za nečlane je 4500 sit, člani plačujejo naročnino za Utrip s članarino, od katere se obračunava in plačuje 8,5-odstotni davek na dodano vrednost.



Nagovor predsednice Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveze društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, mag. Bojane Filej,

*ob 12. maju 2005 in ob otvoritvi
5. kongresa zdravstvene in babiške nege*

Spoštovane kolegice in kolegi, cenjene dobitnice Zlatih znakov, spoštovani gostje, gospe in gospodje!

V veliko veselje mi je, da vas lahko danes, ko praznujemo več dogodkov hkrati, pristrčno pozdravim in se vsem, ki ste se odzvali našemu vabilu, tudi zahvalim.

Danes je poseben dan, saj združujemo več dogodkov hkrati: praznujemo mednarodni dan medicinskih sester v spomin na rojstvo začetnice sestrinstva Florence Nightingale, ki letos poteka pod motom »Medicinske sestre za varnost pacientov: Boj proti ponarejenim zdravilom in nestandardnim zdravilom«; podelili bomo 10 Zlatih znakov – najvišjih priznanj Zbornice – Zveze vsem tistim, ki so bili prepoznani, da so s svojim dosedanjim delom pripomogli k razvoju in ugledu stroke ter poklica; hkrati pa odpiramo tudi 5. kongres zdravstvene in babiške nege, ki ga bomo posvetili skrbi za človeka.

Celotno delovanje medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov se usmerja k človeku kot osrednjemu in najpomembnejšemu subjektu njihove obravnave. Pacienti imajo zato vso pravico, saj je njihov svet življenja le njihov in samo njihov. Medicinske sestre, babice in zdravstveni tehniki se morajo tega zavedati in to tudi spoštovati. Veliko znanj in občutenj je zato potrebnih, pa tudi zavedanja, da sta zdravstvena in babiška nega le del celotnega zdravstvenega sistema, ki je le eden izmed vseh drugih družbenih sistemov, ki skrbijo za človeka.

Prvič, od kar vodim nacionalno združenje, bom izrazil zadovoljstvo z doseženimi prizadevanji po ustrezni

umestitvi zdravstvene in babiške nege v zdravstveni in družbeni sistem. Zadovoljstvo namreč izvira iz 13. julija lanskega leta, ko je Državni zbor R Slovenije sprejel spremembe in dopolnitve zakona o zdravstveni dejavnosti. S tem nam je bila dana možnost pridobitve javnih pooblastil. Konec leta smo kandidirali na razpis Ministrstva za zdravje, pri tem smo izpolnili vse zahteve iz razpisa, za kar je bilo potrebno sprejeti tudi spremembe Statuta zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveze društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov ter na osnovi tega izvesti registracijo. Trenutno pripravljamo vse potrebne akte za izvajanje javnih pooblastil, za katere moramo pridobiti soglasje Ministrstva za zdravje.

Smo v fazi zaključevanja revizije dokumenta »Razmejitev zdravstvene in babiške nege«, ki bo osnova za določitev kompetenc, brez katerih v prihodnosti ne moremo več.

Vstop v Evropsko unijo nam je prinesel nov evropski dodiplomski izobraževalni program, visokim strokovnim šolam pa nekaj težav z izvajanjem klinične prakse, saj morajo biti zavodi verificirani s strani Ministrstva za zdravje kot učni zavodi, mentorji študentom pa habilitirani ali imenovani. Država pa še vedno ni zagotovila zadostnih finančnih sredstev za izvajanje programa.

Kadrovska struktura zaposlenih v zdravstveni in babiški negi ter povečane in spremenjene potrebe ljudi ter globalizacijski procesi nam bodo v prihodnjih letih prinesli generacijsko premeno in s tem veliko pomanjkanje kadrov.



Problem bo tako zelo resen, da moramo že danes z vso resnostjo razmišljati o možnih ublažitvah, pri tem pa ne pozabiti dejstva, da že danes primanjkuje medicinskih sester.

Bolonjski procesi in Lisbonska strategija, evropske integracije in zahteve pacientov bodo zahtevali razvoj samozavestnih strokovnjakov zdravstvene in babiške nege, ki bodo znali zagovarjati svoj poklic v sistemu zdravstvenega varstva in v družbi. Nejasne domneve, učenje na napakah, tradicija, malo sreče in veliko intuicije – to danes ne zadostuje več. Profesionalizem zahteva konceptualno in sistematično pridobivanje specifičnih znanj. Postal je več kot očitno, da bo v prihodnosti pomembno, da bodo izvajalci zdravstvene in babiške nege sposobni opisati in natančno definirati poklice s pripadajočimi kompetencami. Zato bo potrebno bolj transparentno zbiranje podatkov, evidentiranje storitev, dokumentiranje in spremljanje finančnih sredstev za potrebe zdravstvene in babiške nege.

In vedno bolj postaja pomembna misel Mo Im Kim, ene izmed bivših predsednic Mednarodnega sveta medicinskih

sester – ICN-a, ki sem jo že večkrat zapisala in glasi »Nič ni okoli nas, kar bi nas oviralo pri razvoju in spremembah. Soočamo se le z vprašanjem, ali bomo gospodarji teh sprememb ali ne, vse pa je odvisno od naših sposobnosti«. In tega se slovenske medicinske sestre, babice in zdravstveni tehniki dobro zavedamo – sposobni in odgovorni smo za vse spremembe, ki so še potrebne na poti od strokovnosti k profesionalizmu.

Naj zaključim – skoraj vsak dan v letu ima že svoje posvetilo – dan miru, dan bolnikov, dan potrošnikov in tudi dan medicinskih sester. Ali se medicinske sestre sploh kdaj uspemo vprašati, kakšno je naše življenje, kako si ga krojimo same – to, kako nam ga drugi, vemo in občutimo. Morda je tak dan prava priložnost, da malo postanemo, se v tej naglici in časovnem maratonu posvetimo tudi sebi in svojim potrebam.

Vsem vam želim, da v teh dneh druženja beseda ne teče le o stroki, temveč tudi o tistih stvareh, ki delajo življenje lepo in prijazno. Ob mednarodnem prazniku vam vsem iskreno čestitam, prav tako pa tudi vsem nagrajencem.

Kronika dogodkov v maju 2005

Petra Kersnič

Kaj smo delali in kje smo bili:

4. maj

2. seja Upravnega odbora

Dnevni red:

1. Pregled in sprejem predloga zapisnika 1. seje Upravnega odbora z dne 30. 3. 2004
2. Potrditev sklepov 1. korespondenčne seje
3. Načrt realizacije programa dela Zbornice – Zveze za leto 2005

4. Pregled aktivnosti

- a) Strategija razvoja zdravstvene nege na področju primarnega zdravstvenega varstva
- b) 5. kongres zdravstvene nege – zadolžitve
- c) Obravnava in sprejem Poslovnika o delu Upravnega odbora

Upravni odbor je sprejel Poslovnik o delu in je objavljen na spletni strani Zbornice – zveze v predalu Pravilniki in poslovniki.

5. Načrt dela

Pripravištvo

Ministrstvo za zdravje je Zbornico – Zvezo pozval, da v skladu s Pravilnikom o pripravištvu in strokovnih izpitih zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev na področju zdravstvene dejavnosti (Uradni list št. 33/2004) pripravi predloge posodobitve programov. Upravni odbor je za to nalogo zadolžil Komisijo za izobraževanje in določil, da v njej sodelujeta še Irena Buček Hajdarevič in Monika Ažman.

Obravnava vloge Regijskega študijskega središča Celje

6. Vloge

- Novo imenovanje članice DS za nenasilje v zdravstveni negi

Upravni odbor je na predlog delovne skupine namesto Zdenke Seničar v delovno skupino imenoval Natašo Majcan

- Imenovanje DS za terminologijo v zdravstveni in babetni negi

Upravni odbor je imenoval Delovno skupino za terminologijo v zdravstveni in babetni negi v sestavi:

Aleksandra Horvat, mag. Milica Lahe, Nevenka Mredia in Sandra Naka.

7. Pobude

- Soglasje

5. maj

- seja Komisije za zasebno delo v zdravstveni negi
- seja Uredniškega odbora Obzornika zdravstvene nege

11. maj

- novinarska konferenca ob 12. maju

Ljubljana, 12. 5. 2005

- izjava za medije ob 12. maju – mednarodnem dnevu medicinskih sester

Slovenske medicinske sestre bomo mednarodni dan medicinskih sester obeležile v sklopu 5. kongresa zdravstvene in babetne nege, ki bo potekal pod motom SKRB ZA ČLOVEKA. Pojma skrb in oskrba se v zadnjih letih vse bolj pojavljata tudi na področju zdravstvene in babetne nege, zlasti v okviru celostne obravnave človeka. Celotno delovanje medicinskih sester, babet in zdravstvenih tehnikov se usmerja k človeku, ki postaja osrednji in najpomembnejši subjekt v zdravstveni obravnavi. Pacienti so danes vse bolj ozaveščeni in zahtevajo spoštovanje svojih pravic ter kakovostno in strokovno obravnavo. Ker se izvajalci zdravstvene in babetne nege teh zahtev zavedajo, se usmerjajo k razvoju stroke, ki temelji na načelih sodobne zdravstvene in babetne nege. Stroka tudi poudarja, da sta zdravstvena in babetna nega del celotnega družbenega in zdravstvenega sistema, ki skrbi za človeka.

Zbornica – Zveza se v skladu z lani sprejetim Zakonom o dopolnitvah zakona o zdravstveni dejavnosti, ki je omogočil dodelitev javnih pooblastil strokovnemu združenju, aktivno pripravlja na prevzem le teh na področju vodenja registra izvajalcev zdravstvene nege, podeljevanja licenc in strokovnega nadzora. V skladu z razpisom je Zbornica – Zveza kandidirala za dodelitev teh javnih pooblastil, hkrati pa organi Zbornice – Zveze oblikujejo ustrezne pravilnike in poslovnike, ki morajo s prevzemom teh pooblastil biti potrjeni od ministra za zdravje.

Na 5. kongresu zdravstvene in babetne nege bodo prejeli najvišje priznanje Zbornice – Zveze, Zlati znak, naši člani in Delovna skupina Zbornice – Zveze za nenasilje v zdravstveni negi, ki so s svojim delom prispevali k razvoju in ugledu poklica.

25. maj

- 44. seja Komisije za izobraževanje



5. kongres zdravstvene in babiške nege – Ljubljana, kongresni center MONS – 12.–14. maj 2005



Udeleženci otvoritvene slovesnosti 5. kongresa

Nekajmesečne priprave na 5. kongres zdravstvene in babiške nege smo 12. maja popoldne pričeli uresničevati v prijetnem okolju Kongresnega centra Mons, kjer je bilo dovolj prostora za vse, ki so na srečanje prišli s svojim konjičkom. Prireditelj, povezana s pričetkom kongresa, je omogočala udeležbo do 420 ljudi – in toliko jih je tudi prišlo – nekateri celo z avtobusi. Veselje je bilo pozdraviti nagrajence, njihove sorce in vse, ki so prišli. Na kongres smo povabili kar nekaj gostov, a so se tudi taki, ki smo si jih zelo želeli, opravičili. Pisne pozdrave kongresu so poslali mag. Andreja Čufar, predsednica Lekarniške

zbornice Slovenije, Cilka Potokar, predsednica Sekcije upokojenih medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov pri Ljubljanskem društvu, Dora Lešnik Mugnaoni, predsednica Društva SOS telefon, doc. dr. Andrej Marušič, direktor Inštituta za varovanje zdravja, in Majda Šlajmer Japelj iz Kolaborativnega centra SZO iz Maribora.

Po uvodnem nagovoru predsednice, ki je objavljen v uvodniku, so zbrane pozdravili gosti, ki so se našemu vabilu odzvali s svojo prisotnostjo.



Ljubo Grmič – predsednik Odbora za zdravstvo v Državnem zboru



Jelka Černivec – predsednica Sindikata delavcev zdravstvene nege Slovenije



Prof. dr. David B. Vodušek – v imenu Slovenskega zdravniškega društva



Prof. dr. Dušanka Mičetič Turk – dekanja Visoke zdravstvene šole Maribor



Prof. dr. Božo Kralj – dekan Visoke šole za zdravstvo Ljubljana



Mag. Friderika Kresal – predsednica Zbornice fizioterapevtov Slovenije



Prof. dr. Borut Božič – predsednik Laboratorijske zbornice Slovenije

Uvodno predavanje z naslovom Sodobne entitete identitet v skrbi za (so)človeka je imela prof. dr. Jana Bezenšek s Pedagoške fakultete iz Maribora.



Prof. dr. Jana Bezenšek



Zlate znake in plakete za leto 2005 sta podelili mag. Bojana Filej, predsednica Zbornice – Zveze, in Milka Kavaš, predsednica komisije za priznanja.

Zlati znaki in plakete 2005

Od leve proti desni: Jožica Trstenjak, Janez Kramar, Majda Medved, mag. Bojana Filej, Stanislava Majerle, Erika Žilavec, Đurđa Sima; Milka Kavaš, Mirjana Čalić, Irena Špela Cvetežar v imenu Delovne skupine za nenasilje, Ana Polona Skočir



Dobitnice in dobitnik Zlatega znaka 2005



Delovna skupina Zbornice – Zveze za nenasilje v zdravstveni negi

od leve proti desni: Veronika Pretnar Kunstek, Vesna Šlajpah, Magda Brložnik, Monika Ažman, Irena Špela Cvetežar, Flory Banovac, Stanka Košir, Darinka Klemenc, manjka Nataša Majcan

V imenu dobitnikov Zlatega znaka 2005 se je zahvalila Mirjana Čalič z besedami:

»Drage kolegice in kolegi, spoštovani gostje!

V imenu vseh nagrajenk in nagrajenca se zahvaljujem za podeljena nam priznanja.

Ob tem bi povedala, da smo lahko ponosni, da je zastopanost odlikovanih posameznic, posameznika in delovnih skupin z vseh področij osnovnega zdravstva, socialnih zavodov in bolnišnic, lahko spodbuda vsem nam in predlagateljem, da smo na dobri poti in imamo dobre rezultate na področju zdravstvene nege, kjerkoli delujemo.

Rezultati dela v zdravstvenem timu so vedno skupni, lahko pa rečem, da ima v mozaiku obravnave bolnikov kamenček zdravstvene nege danes dober in trden temelj ter pestro paleto odseviv. Gradimo ga še naprej.

Še enkrat hvala vsem skupaj, ki ste tu, in vsem posamezno, ki na delovnih mestih skrbimo, da je zdravstvena nega v Sloveniji, namenjena zdravemu in bolnemu človeku, učinkovita.«

Program smo dopolnili tudi z nekaj utrinki kulture.



Pia Zemljič je skrbela za tekočo besedo in povezovanje programa.



Nataša Vidnar je s flavto popestrila kulturni program



Darja Thaler je recitirala svojo pesem



Jerca Mrzel je z pesmijo in besedo popestrila program

Za zaključek programa je Monika Ažman, predsednica Društva medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Gorenjske, povabila na slavlje v letu 2006, ko društvo praznuje 50 let in bo gostilo osrednjo republiško proslavo 12. maja. Poskrbela je tudi za presenečenje, ko sta dva mlada pevca s pesmijo »Ko boš prišla na svet, boš moja punčka spet« povabila na to slavlje in s spremljavo s ploskanjem pritegnila vso dvorano.



vsa dvorana poje in ploska



13. maja – čeprav je bil petek in smo čakali na zaplete, jih nismo doživeli. Že svečano odprtje kongresa je dajalo vtis dobre tehnične organiziranosti, kar se je vse do konca izkazalo kot odlično. V ranem jutru so se avtorji posterjev potrudili in do 8.30 postavili na ogled svoje predstavitev, izdelke in tudi kopico dobrot, značilnih za kraj, od koder so prihajali. Gorenjki – Jožica Trstenjak in Oti Mertelj sta ob svojem posterju postavili ne le mizo,

temveč sta oblekli narodno nošo. Avtorji so postavili 24 posterjev, ki so poleg veliko vsebine in plakatov nudili tudi suho sadje, domačo potico, kruh, orehe in tudi rože – skratka, zelo je bilo domiselno. Razstavo posterjev je s priložnostnim govorom odprla predsednica Zbornice – Zveze, mag. Bojana Filej.

Predavanji vabljenih gostov iz tujine sta objavljeni v rubriki aktualno.



Plenarna predavanja 13. maj dopoldne

Od desne proti levi: Darinka Klemenc, Sonja Robnik, dr. Majda Pahor, prof. dr. Marjan Premik (zadaj), Paul de Raeve in Peter Požun



Elizabeth Lindahl

Popoldanski kongresni program je potekal v treh dvoranah, prav tako tudi v soboto, 14. maja.

Moto naslednjega kongresa 2007 bomo izbrali, ko bodo udeleženci vrnili anketne liste – do sedaj smo jih prejeli okoli 40 – zato prosimo vse, ki imate anketne liste, vrnite nam jih – vaše pohvale, predlogi, sugestije in pripombe nam bodo pomagali, da bomo naslednjič boljši.

Plemenitost je dostopna vsem.

Seneka

SPOMNIMO SE IN PLANIRAJMO ZDRAVSTVENOVZGOJNE AKTIVNOSTI

MAJ

- 3. maj – Svetovni dan boja proti astmi
- 5. maj – Svetovni dan medicinskih sester – babic
- 10. maj – Svetovni dan gibanja
- 8.–15. maj – Mednarodni dan Rdečega križa
- 12. maj – Mednarodni dan medicinskih sester,
- 15. maj – Svetovni dan družine
- 31. maj – Svetovni dan brez tobaka

JUNIJ

- 4. junij – Dan slovenskega krvodajalstva
- 4. junij – Mednarodni dan otrok, žrtev agresije
- 5. junij – Svetovni dan ekologije
- 16. junij – Mednarodni dan beguncev
- 24. junij – Svetovni dan osteoporoze
- 25. junij – Svetovni dan multiple skleroze
- 26. junij – Mednarodni dan proti zlorabi drog

JULIJ

- 11. julij – Svetovni dan populacije

ČLANARINA 2005

Spoštovani člani/ce,

obveščamo Vas, da smo članom/icam, od katerih v letošnjem letu nismo dobili priliva članarine, oziroma od delodajalcev nismo prejeli višine individualne vsote vplačane članarine, ki je bila nakazana na TR Zbornice - Zveze ali pa so se v preteklosti odločili za plačilo po položnicah, poslali dopis z zaprosilom, da prvi poravnajo zaostalo članarino oziroma sporočijo vsoto, ki jo imajo zapisano v izpisku osebnega dohodka in tisti, ki plačujejo po položnicah, poravnajo članarino glede na osebni dohodek in možnosti - za tromesečje ali polletno. Zaradi spremembe višine članarine rednih članov, razen pri upokojencih in študentih, ne bomo več pošiljali položnic.

Hkrati naprošamo vse člane/ice, ki so redni plačniki, vendar nam delodajalci ne javljajo vsote plačila članarine, da v zavodu podajo soglasje o sprotne javljanju te vsote. Na Zbornici - Zvezi se zavedamo odgovornosti varovanja podatkov, saj nas k temu obvezujejo zakonska določila, zato s temi podatki ravnamo skladno z Zakonom o varstvu podatkov.

Zavedajoč se, da je članarina edini sistemski vir financiranja organizacije, se trudimo, da bi le to redno pridobili in z njo izvedli program dela, ki je bil zastavljen na 16. redni skupščini Zbornice - Zveze 17. 2. 2005.

Zahvaljujemo se za razumevanje in prosimo vse, da se v primeru nejasnosti ali sporočila oglašijo gospe Beti Kotar na telefon 01 43 44 903 vsak dan od ponedeljka do petka med 7. in 15. uro ali nam želene podatke posredujejo z e-pošto narocnina@zveza-dmszts.si.

Naj vas zajame val ugodnosti!

20%
popusta

HAPPY HOURS

od 9. do 12. ure in od 20. do 23. ure
(velja za 2-urno vstopnico med delavniki)



10-15%
popusta

DRUŽINA ATLANTIS

za družine (najmanj 3 osebe)



10-30%
popusta

ZA VEČJE SKUPINE IN ŠOLE



Najboljša vodna zabava v mestu

že od **1.015 SIT** dalje



Ujemite val zabave!

Vse dni v letu,
od 9. do 23. ure!

Vodno mesto Atlantis
BTC City Ljubljana
www.atlantis-vodnomesto.si
tel.: 01 585 21 00

Raziskovanje v podporo skrbi za ljudi

Elisabeth Lindahl, medicinska sestra prve ravni, Oddelek za zdravstveno nego, Univerza Umeå, Švedska

Ta naslov je izzivalen ter ponuja različne možnosti ter predloge za številne predstavitve.

RAZISKOVANJE, PODPORA, SKRB in LJUDJE niso zgolj besede, ampak gre za koncepte in problematiko, o kateri moramo kot medicinske sestre in babice razmisliti. O tej problematiki bi se lahko veliko govorilo, vendar se lahko v svoji predstavitvi lotim le nekaterih vidikov.

Rada bi poudarila, da sem s severne Evrope, s Švedske. Odraščala sem in se izobraževala v kulturi, ki se zelo razlikuje od vaše, južnoevropske. Zato bo ta predstavitev odsevala prevladujoče vrednote, cilje in problematiko v zdravstveni negi in babištvu v našem delu sveta.

Kot medicinske sestre in babice skrbimo za ljudi. To je pomembno! Ne skrbimo za bolezni ali stanja, niti za maternice, možgane ali kolke. Skrbimo za ljudi. Kot medicinske sestre smo blizu ljudem, za katere skrbimo, z njimi preživimo več časa kot katerikoli drugega poklica. Medicinske sestre so ob postelji in pripravljene nuditi pomoč. Izzivi, s katerimi se zdaj sooča zdravstveno varstvo v našem delu sveta, so ogromni, zahteve pa se nenehno povečujejo, ker medicinske raziskave zagotavljajo nove možnosti za diagnoze in zdravljenje. Medicinska nega je čedalje bolj specializirana, zato se povečuje tveganje v zvezi z drobitvijo in razčlovečenjem pri negi ljudi. Medicinske sestre to lahko preprečijo! Medicinske sestre so blizu bolnikom in imajo možnost, da skrbijo za celotno osebo ter jo zaščitijo. Za opravljanje te kompleksne naloge so potrebna različna znanja in veščine.

'Raziskovanje v podporo skrbi za ljudi'. Kakšno raziskovanje se lahko uporabi kot podpora skrbi za ljudi? In kako ga je treba uporabiti? Na Švedskem imamo zakon, ki določa, da morajo vsi zaposleni v zdravstvenem varstvu delati v skladu z raziskavami in potrjenimi izkušnjami. Od zdravnikov to vsi pričakujemo. Prepričani hočemo biti, da je zdravlilo, ki nam ga predpiše zdravnik, učinkovito in varno. Od kirurga pričakujemo, da ve, kaj počne, da uporabi metodo, ki je potrjena in varna. Od njih pričakujemo, da bodo opravili svoje delo v skladu z najnovejšimi dognanji in rezultati znanosti. Zase lahko rečem, da jim drugače ne bi zaupala. Kot medicinske sestre smo dolžne storiti isto. Po mojem prepričanju smo to dolžne ne le zaradi zakona, ampak tudi zato, ker etika postane pomembno vprašanje, takoj ko pride do stika med ljudmi.

Zdravstvena nega pomeni pomagati ljudem, da se soočijo z vsakodnevnim življenjem in so pri tem kar najbolj zdravi in srečni, včasih kljub bolezni. Za uspeh so potrebni znanje in veščine na različnih področjih. Pacienti lahko doživljajo utrujenost, bolečine, zaskrbljenost in sla-

bost. Lahko izgubijo apetit in upanje, da bodo sploh kdaj okrevali. Lahko trpijo zaradi disfazije in imajo težave pri prehranjevanju po kapi. Lahko se bojijo vstati na noge, ker so prej padli, ali pa ne zaupajo zdravilu in ga nočejo vzeti. Nosečnice je lahko strah poroda in tako naprej, seznam je neskončen. Od medicinskih sester se tudi pričakuje, da opazujejo in poročajo o učinkih in zapletih pri zdravljenju in v zvezi z zdravlili, da skrbijo za čire, da preoblačijo, da skrbijo za svoje in druge ljudi, ki so blizu pacientu. Lahko bi porabili ves dan in napisali zelo dolg seznam okoliščin in težav, s katerimi se srečujejo medicinske sestre in babice pri svojem vsakodnevnem delu.

Skrb za ljudi v veliki meri pomeni skrb za telesa. Medicinske sestre in babice imajo s pacienti in njihovimi telesi poseben odnos, ki ne bi bil primeren v nobenem drugem okviru. Jocalyn Lawler (1997) iz Avstralije je opravila nekaj zelo zanimivega dela v zdravstveni negi glede odnosa medicinskih sester do teles pacientov in glede 'umazanega' dela, ki je povezano z okvarjenimi telesi. Pravi, da se morajo medicinske sestre zanašati na številne različne načine vedenja in znanja. Avtorica razlaga, kako je razumevanje fiziologije telesa nujno, vendar pa tudi poudarja, da je takšno znanje treba dopolniti. Medicinske sestre potrebujemo tudi dognanja družboslovja, ker skrbimo za "živa, dihajoča, govoreča človeška bitja". Seveda Jocalyn Lawler ni edina, ki bi to trdila, vendar pa je način, na katerega to počne, zasnovan na raziskovanju vsakodnevnega dela z bolniki – zato nudi navdih in izzive. Z njo se strinjam, strinjam se tudi z mislijo, da je delo medicinskih sester zelo kompleksno in zahtevno, tako da potrebujemo različne vrste znanj. Ko oskrbujemo in negujemo telo, nujno potrebujemo znanje iz fiziologije, farmakologije in druga znanja. Potrebujemo dognanja za to, kar je načrtovano za telo in storjeno z njim, pa naj gre za zdravlilo, oskrbo rane, preoblačenje ali zdravstveno nego človeka z vročino.

Ko je Nicky Cullum leta 1998 ustanovil novo revijo, Evidence-Based Nursing, je rekel, da bo revija "pomagala medicinskim sestram s prepoznavanjem in ocenjevanjem kakovostnega in klinično relevantnega raziskovanja ter z objavljanjem jedrnatih, informativnih in kritičnih povzetkov vsakega članka skupaj s komentarji medicinskih sester praktikov, ki novo raziskovanje lahko umestijo v okvir". Uspeh lahko presodi vsakdo, rada pa bi poudarila, da je s tem opozoril na pomembno stvar. Medicinske sestre morajo vedeti, kako najti, oceniti in uporabiti klinično relevantno raziskovanje, tako da zagotovijo dobro nego. Iskati dognanja pomeni iskati najboljše dognanja, ki se lahko najdejo v svetu raziskovanja, da jih lahko uporabimo v konkretnih okoliščinah. Ljudje, za katere skrbimo, so popolnoma odvisni od nas,

nimajo druge izbire, kot da svoja življenja zaupajo v naše roke, me pa smo dolžne delati 'dobro' in zagotavljati najboljše.

Tu pride do etičnega vprašanja. Danski filozof K. E. Løgstrup (1971) nam lahko pomaga razumeti, zakaj. Poudarja, da smo kot človeška bitja medsebojno odvisni. Posameznik nima nikoli nič opraviti z drugo osebo, če ne 'drži dela življenja te osebe v svojih rokah'. Løgstrup govori o etični zahtevi, s katero se vedno srečamo, ko druga oseba prekriža našo pot, Zahteva ni izrečena, tako da moramo zato sami opaziti in razumeti, kaj drug človek hoče od nas, to pa moramo storiti v vsaki posamezni situaciji in v vsakem odnosu. Norveški filozof Anders Lindseth (1992) je interpretiral in razpravljal o Løgstrupovi filozofiji v odnosu do etičnih dejanj in prakse zdravstvene nege. Lindsethsovo pisanje je zelo zanimivo in izzivalno, navajam zaključne vrstice: 'Če hočemo delovati etično, si moramo drzniti, da za avtoriteto sprejmemo sebe. Zato je zelo pomembno, da ne dovolimo specialističnemu znanju prevladati nad nego. Biti mora ravno obratno: nega mora biti temelj, na katerem se lahko oblikuje specialistična veščina. Če hočemo to doseči, potrebujemo tako odnosno etično mobilizacijo kot specialistično zagotovilo v konkretnih okoliščinah, ki zahtevajo ukrepanje'.

Vsi smo različni in enkratni. Na različne načine doživljamo sebe, svoja telesa in vse, kar se nam zgodi – na primer bolezen. Ozadja, prejšnje izkušnje z boleznijo, znanje, telesna in duševna stanja so različna in edinstvena pri vsakem bolniku. Isto seveda drži tudi za medi-

cinske sestre. Ozadja, prejšnje izkušnje z boleznijo, prejšnje izkušnje z negovanjem ljudi, znanje, telesna in duševna stanja so različna in edinstvena pri vsaki medicinski sestri. Stvar lahko povemo tudi drugače, s fenomenološkim jezikom, in rečemo, da gre za svet življenja. Moj svet življenja je moj in samo moj. Tudi to je treba upoštevati v zdravstveni negi, je izziv pri vsakodnevnem delu. Navedla bom primer, s katerim bom pojasnila, kaj mislim: nekoč sem opravila intervju z očarljivo staro damo. Stara je bila devetdeset let, zelo elegantna, še vedno pri močeh in sposobna skrbeti zase. Živela je sama v stanovanju in bila zadovoljna s svojim življenjem. Šest mesecev prej je dobila diagnozo krčnih žil na nogah, zato sem se z njo tudi srečala. Hotela sem, da mi pove o svoji izkušnji življenja s to tegobo. Pripovedovala mi je o krčnih žilah, povedala pa mi je tudi, da je bila medicinska sestra in da je mnogo let delala v bolnišnici. Spominjala se je pacientov s krčnimi žilami in mi pripovedovala o groznih žilah, resnih okužbah in amputacijah. Razumela sem, da se najbolj boji okužbe. Povedala mi je, kako pomembno je, da je krčna žila čista in da ne pride do okužbe, tega se je naučila kot mlada medicinska sestra. Zato je vsak dan previjala in čistila noge. Rekla je, da s previjanjem nima težav, ker ga obvlada. Dovolila mi je pogled v njen svet življenja in prepričana sem, da ste opazili izziv. Če delate s krčnimi žilami, veste, da je edini način zdravljenja ta, da se uporabi pritisk. Vrsta povoja in mazila ni pomembna, edino zdravljenje, ki pomaga, je pritisk, ki omogoča pretok krvi. Bistveno je tudi, da je povoj na nogi več dni, tako da se ohrani pritisk. O tem poznamo dobro dokumentirana

Zdrav in dober tek

Prema

100%

rastlinsko, seveda!

Uli: majarja Lavriča 12, 1000 Ljubljana 01 510 11 35 www.prema.si

granoVita

Bio Reis DRINK

Organic Rice Drink
Boisson au Riz Biologique

Rein pflanzlicher
Eiweißträger
cholesterinfrei
ungesüßt

bio neulorm

dognanja. Tu pa je šlo za drugačno znanje in izkušnje, tako da so se jih medicinske sestre morale lotiti, če so hotele ublažiti trpljenje te ženske ter poskrbeti za optimalne pogoje zdravljenja.

Max van Manen (1990), profesor izobraževanja na Univerzi v Alberti, Kanada, je napisal odlično knjigo, v kateri uvaja pristop h kvalitativni raziskovalni metodologiji, ki se loči od tradicionalnih pristopov, razvitih v naravoslovju in behaviorističnih znanostih. Obravnava družboslovje, pri tem navaja številne filozofe in ponuja razlage ter praktične primere hermenevitičnega – fenomenološkega raziskovanja. Ta pristop vsebuje opis, razlago in premislek ali kritično analizo. Namen je pojasniti pomen človeškega pojava in razumeti doživete strukture pomenov. Van Manen navaja Diltheya (1976), ko pravi, da "pojasnjujemo naravo, človeško življenje pa moramo razumeti". 'Raziskovanje kot podpora negi za ljudi'. Ker skrbimo za ljudi in ne samo za telesa, potrebujemo obe vrsti znanja – razlage, kakršne najdemo v behaviorističnih in naravoslovnih znanostih, ter razumevanje, ki je v znanostih, ki jih van Manen imenuje človeške znanosti.

Ne moremo izkusiti svetov življenja drugih ljudi, vendar pa nam lahko pripovedujejo o izkušnjah, ki so jih doživeli. Tako dobimo dostop do njihovih svetov življenja, z opisovanjem, razlaganjem in premišljanjem o teh pripovedih lahko začnemo razumeti edinstveno. Z raziskovanjem doživete izkušnje se lahko učimo o pojavih v človeškem življenju. Ko negujemo na primer ljudi z različnimi vrstami raka, je bistveno, da imamo znanje o bolezni, fiziologiji, diagnostiki, zdravljenju in možnih stranskih učinkih ter zapletih. Če pa hočemo zagotoviti dobro nego, je prav tako nujno, da pridemo do globljega razumevanja življenja z rakom in do globljega razumevanja nege ljudi z rakom. Skušati moramo razumeti drugo osebo z vidika njenega sveta življenja in ne z vidika našega sveta življenja. Isto drži za sladkorno bolezen; nujno je, da vemo kar največ o bolezni, vendar je prav tako nujno, da začnemo razumevati življenje s sladkorno boleznijo in nego ljudi s to boleznijo.

Delo pri tovrstnem raziskovanju je zanimivo, potrebuje veliko časa in prinaša izzive. Obstajajo različni pristopi in metode, vendar gre le za različne načine raziskovanja določenih vrst vprašanj. Van Manen (1990) poudarja, da so 'vprašanja sama in način, kako jih razumemo, pomembna izhodišča, ne pa metode kot take.' Raziskovalno vprašanje nas bo pripeljalo do metode, ki jo bomo uporabili. Rada bi opozorila na dva članka, ki sta zanimiva in uporabna za raziskovanje v zdravstveni negi in raziskovanje doživetih izkušenj. Uporabna sta tudi, kadar hočemo razumeti in oceniti predstavljeno in objavljeno raziskovanje. Graneheimova in Lundmanova (2004), dve moji kolegici, obravnavata težave v zvezi z doseganjem zanesljivosti pri analizi kvalitativnih vsebin v raziskovanju v zdravstveni negi. Zanesljivost je pri kvalitativnem raziskovanju vedno resno vprašanje in ta članek mi je veliko pomagal. Opazila sem, da se ti dve avtorici pogosto navajata pri raziskovanju v zdravstveni negi. Drugi članek obravnava raziskovanje doživetih izkušenj. Profesor Anders Lindseth in profesorica Astrid Norberg (2004) sta opisala

fenomenološko-hermenevitično metodo interpretacije besedil, ki jo je navdahnila teorija interpretacije francoskega filozofa Paula Ricoeura. Ta metoda se razvija na Univerzi Umeå na Švedskem in na Univerzi Tromsø na Norveškem, v Skandinaviji se pogosto uporablja pri raziskovanju v zdravstveni negi. Ko iščete dognanja pri tej vrsti raziskovanja, je koristno, če poznate proces raziskovanja in imate vpogled vanj, težave in izzive v zvezi s formuliranjem raziskovalnih vprašanj ter ciljev, zbiranje ter analizo podatkov. To vam zagotovi orodje za ocenjevanje zanesljivosti in relevantnosti za prakso zdravstvene nege.

'Raziskovanje v podporo negi za ljudi'. Za zagotavljanje dobre nege, in takšno nego moramo zagotoviti, niso nujna samo različna znanja in veščine, ampak tudi razumevanje. Prepričana sem, da je raziskovanje, ki ga opravljajo drugi poklicni strokovnjaki in ne zdravniki, nujno, da se dopolni vidik naravoslovnih znanosti. Ni možno niti zaželeno, da bi ena oseba skušala vedeti vse ali pokriti vse pomembne vidike. Tisti, ki to poskusijo, bodo na koncu imeli dokaj plitko znanje. Če hočemo globlje znanje in razumevanje, se moramo osredotočiti. To predstavitev bom zaključila z nekaj primeri raziskovanja, ki so ga opravile medicinske sestre na Švedskem. Gre za štiri projekte z različnimi vidiki, ki pa so jih opravile medicinske sestre z namenom, da zagotovijo raziskovanje v podporo skrbi za ljudi.

'Izkušnje pacientov s sladkorno boleznijo' in 'Pogled medicinskih sester je doktorska disertacija, ki jo je Åsa Hörnsten (2004) zagovarjala lansko pomlad na Oddelku za zdravstveno nego Umeå. Po opravljenih pogovorih z bolniki in medicinskimi sestrami v zvezi z njihovim osebnim razumevanjem in izkušnjo nege je izvedla poseg, ki je bil osredotočen na bolnikovo razumevanje življenja s sladkorno boleznijo in je bil usmerjen v bolnike ter njihove medicinske sestre. Rezultati, vključno z laboratorijskimi spremenljivkami, indeksom telesne mase, ugodjem, zadovoljstvom z zdravljenjem in simptomi sladkorne bolezni, so se primerjali z rezultati v kontrolni skupini. Rezultati so pokazali, da se je razumevanje bolezni in nege v tej študiji razlikovalo med bolniki in medicinskimi sestrami, ki so jih negovale. Poseg, ki je vključeval bolnike in medicinske sestre ter je bil zasnovan na bolnikovem osebnem razumevanju bolezni, je bil učinkovit pri metaboličnem nadzoru in zadovoljstvu z zdravljenjem.

Ulla Hällgren Graneheim (2004) je za svojo doktorsko disertacijo izvedla pripovedne intervjuje in opazovala dom za ljudi z demenco in tako imenovanim motečim vedenjem. Cilj je bil pojasniti pomen interakcije med osebami z demenco in motečim vedenjem ter osebami, ki so zagotavljale nego. Za analizo podatkov je uporabila kvalitativno analizo vsebin ter fenomenološko hermenevitično. Pomen interakcije med osebami z demenco in motečim vedenjem ter osebami, ki zagotavljajo nego, se nanaša na stanje kaosa in omahovanja med protislovji: med občutjem brezdomstva in občutjem domačnosti ter med občutkom, da je nekdo 'gospodar' oziroma 'suženj'. Dobavitelji nege so doživljali konflikte, ki so se pojavili med tem, da storijo, kar je dobro za posameznika in/ali za kolektiv, in bolnikovo odvisnostjo ter željo, da bi sami

sprejemali odločitve. Ko se dobavitelji nege in osebe z demenco počutijo doma, se vzajemno potrdijo, boj med gospodarjem in sužnjem pa se spremeni v enakovreden odnos. Boj med posameznikom in kolektivom preneha, boj med odvisnostjo in avtonomijo pa se spremeni v vzajemno odvisnost. Moteče vedenje je tisto, ki ne potrjuje drugega človeka. Če dobavitelji nege čutijo, da niso potrjeni, doživljajo osebo z demenco kot motečo, ko pa oseba z demenco čuti, da ni potrjena, občuti dobavitelja nege kot motečega. Do potrditve pride v interakciji, ki jo zaznamuje občutje domačnosti, do motečega vedenja pa pride v interakciji, ki jo zaznamuje občutje brezdomstva.

Pia Olssons (2000) je napisala doktorsko disertacijo z naslovom 'Prednatalno svetovalno babišstvo – kvalitativna študija.' Splošni cilj je bil globlje razumevanje prednatalne nege z razkrivanjem vidikov posameznih tem, pomenov in načinov, na katere so vzpostavljali odnose udeleženci svetovanja babic v okolju švedskega primarnega varstva. Narejeni so bili videoposnetki petih zaporednih prednatalnih svetovanj babic z eno nosečnico/mlado mamo/očetom v času nosečnosti in po rojstvu. Podatke se je analiziralo tako s kvantitativno kot kvalitativno analizo vsebine ter s fenomenološkim hermenevitičnim pristopom. Študija je pokazala, da se prehod od prednatalne nege v starševstvo lahko razume kot projekt, v katerem je ogroženo žensko telo. Prehod se lahko razume tudi kot zanesljiv telesni, čustveni, eksistencialni in socialni proces, ki vključuje celotno družino. Za babice se je izkazalo, da do bodočih/mladih staršev vzpostavljajo tako distancirane kot skrbne odnose.

Berit Lindahl (2005) je pravkar zagovarjala svojo doktorsko disertacijo, s katero osvetljuje pomene odnosa med človeškimi bitji, tehnologijo in nego, kot jih doživljajo medicinske sestre za kritično nego in ljudje, ki doma potrebujejo mehanske dihalne naprave. Zbiranje podatkov in analize se je opravilo s pripovednim pristopom. Za analizo besedila se je uporabila fenomenološka hermenevtika. Celostno razumevanje je odkrilo pomene odnosa kot vzajemnega polnjenja in ustvarjanja fizične ter duhovne energije med ljudmi in med ljudmi ter tehnologijo. Lahko gre za doživljanje živega telesa, ki se polni z energijo ali pa prazni. Ta interpretacija kaže na to, da mora biti negovalno osebje pozorno in prisluhniti glasovom živega telesa, najsi bo to zdravo ali bolno, in da

mora sprejeti vlogo priče trpečih. Tehnologija deluje med osebo in svetom, da bo del telesa, mora biti 'prozorna' – lepa in funkcionalno oblikovana.

Medicinska razlaga bolezni se osredotoča na telo in ga ločuje od jaza. Medicinska razlaga moti življenje bolnih ljudi in jim ne pomaga vzpostaviti povezav z njihovim vsakdanjim življenjem. Bolni ljudje trpijo zaradi izgube smisla in nadzora nad svojim življenjem, tako da jih okoliščine lahko strejo. Pripovedovanje doživetih izkušenj ponuja priložnost, da se osmisli doživljanje bolezni, da se ustvari nov okvir in vključi bolezenski razdor v življenjske dogodke, ki ga obdajajo, s tem pa se ponovno vzpostavi medsebojna povezanost (Frank, 1995). Z besedami istega avtorja zaključujem svoj prispevek: "Glas bolne osebe je šibek, omahljiv in pogosto prenaša mešana sporočila. Poslušanje teh glasov je moralno dejanje".

VIRI

- Dilthey W. (1976) (H.P. Rickman, ed.) *Dilthey: selected writings*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Frank A. (1995) *The wounded storyteller. Body, illness and ethics*. The University of Chicago Press, Chicago.
- Graneheim UH. (2004) *Disturbing behaviour in interaction between persons with dementia and their care providers*. Umeå University Medical Dissertations, New Series No 906. (www.umu.se)
- Graneheim UH., & Lundman B. (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, Feb, 24(2), 105-112.
- Hörmsten Å. (2004) *Experiences of Diabetes Care – Patients' and Nurses' Perspectives*. Umeå University Medical Dissertations, New Series No 882. (www.umu.se)
- Lawler J. (1997) *The body in nursing*. Churchill Livingstone, Edinburgh.
- Lindahl B. (2005) *The meeting between people and technology: interpretation of the narratives of ICU nurses and people using ventilators in their homes*. Umeå University Medical Dissertations, New Series No 950. (www.umu.se)
- Lindseth A. (1992) The role of caring in nursing ethics. In Udén G ed. *Quality development in nursing care. From practice to science*. WHO. Linköping Collaborating Centre LCC, Health Service Studies 7. Linköping.
- Lindset A., & Norberg A. (2004) A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18, 145-153.
- Lögstrup KE. (1971) *The ethical demand*. (Danish original 1956). Fortness Press, Philadelphia.
- Olsson P. (2000) *Antenatal midwifery consultations. A qualitative study*. Umeå University Medical Dissertations, New Series No 643. (www.umu.se) van Manen M. (1990) *Researching lived experience. Human science for an action sensitive pedagogy*. State University of New York Press, New York.





IZBERITE UDOBJE KAKOVOST IN MODNOST

Prevent Mislinja d.o.o., Gozdarska cesta 38, 2382 Mislinja, tel: 02 88 57 800, e-mail: prevent.mislinja@prevent.si POOBLASČENI ZASTOPNIKI:

VITAL d.o.o. Senčiči 12/A 1362 Oj pri Ljubljani tel: 041 935 237, fax: 01 59 40 258	HLADNIK d.o.o. Stara cesta 17, 4220 Škofja Loka tel: 04 513 83 83, 041 827 627 hladnik.doo@tel.net	STOMA CENTER MARIBOR Ljubljanska cesta 3-6 2000 Maribor tel: 02 33 01 600	ORTOREL SILVA ZVAR s.p. Bianca 22, 8283 Bianca tel: 07 81 43 315, 041 390 062	DREVENŠEK & DREVENŠEK Grče 53, 3502 Grče tel: 03 710 30 47, 041 688 719 drevenssek.drevenssek@siol.net	MEGA d.o.o. Industrijska cesta 6, 6310 Izola tel: 05 64 01 460, fax: 05 64 01 462 mega@sid.net
---	---	---	---	--	--

PREVENT MISLINJA d.o.o.
 Trgovina JEZEK, Glavni trg 38
 2380 Slovenj Gradec
 tel: 02 88 42 009

VARNOŠT d.o.o.
 Gradnikove brg. 9, 5000 Nova Gorica
 tel: 05 3306705, 051 325 163
varnosht.trgovina@gmail.si

Položaj zdravstvene nege v Evropski uniji

Paul De Raeve, RN, MSCN, MQA, MPHIL – generalni sekretar Evropske federacije medicinskih sester – PCN

Gospa predsednica, kolegi in kolegice, dame in gospodje,

najprej bi rad izkoristil to priložnost, da se zahvalim Zbornici zdravstvene nege Slovenije, ker je povabila Evropsko federacijo zvez medicinskih sester (EFN), da predstavi svoje stališče in z vami izmenja praktične ter politične izkušnje. Evropska federacija zvez medicinskih sester, ki se je ravnokar preimenovala iz Stalne komisije medicinskih sester EU (PCN) v Evropsko federacijo zvez medicinskih sester (EFN), je bila ustanovljena leta 1971, da zastopa poklic zdravstvene nege in njegove interese v evropskih institucijah na temelju direktiv o izobraževanju medicinskih sester in prostem gibanju, ki jih je takrat oblikovala Evropska komisija.

Če Evropska federacija zvez medicinskih sester vpliva na zakonodajo EU, bo to vplivalo na šest milijonov medicinskih sester po vsej Evropi. Evropska federacija zvez medicinskih sester je neodvisen glas poklica medicinske sestre in jo sestavljajo nacionalne organizacije medicinskih sester iz devetindvajsetih držav članic EU. Pridružene članice so tri predstavnice evropskih organizacij medicinskih sester specialistk. Mednarodni svet medicinskih sester, Svetovna zdravstvena organizacija in Evropska organizacija študentk zdravstvene nege imajo v skupščini status opazovalk.

Poslanstvo Evropske federacije zvez medicinskih sester je promovirati in ščititi medicinske sestre in poklic medicinske sestre s posebnim poudarkom na EU, prek lobiranja v institucijah EU, v Evropski komisiji, Evropskem parlamentu in Svetu Evrope v Strasbourgu. Evropska federacija zvez medicinskih sester zagotavlja široko platformo za razvijanje zdravstvenih in socialnih politik EU, ker podpira proces odločanja v Evropski uniji na vseh področjih, ki se tičejo poklica medicinske sestre. Evropska federacija zvez medicinskih sester si odločno prizadeva za združitev glasov zdravstvene nege v EU, za promoviranje pomena zdravstvene nege in za krepitev odnosov med organizacijami medicinskih sester v posameznih državah, medicinskimi sestrami specialisti in drugimi strokovnjaki zdravstvenega varstva.

Ob nedavni širitvi Evropske unije so se na vrhu političnega dnevnega reda Evropske federacije zvez medicinskih sester znašla vprašanja, kot so vzajemno priznavanje poklicnih kvalifikacij, javno zdravstvo, zagotavljanje storitev zdravstvenega varstva, mobilnost zdravstvenih poklicev, varnost bolnikov ter njihovo izobraževanje. Evropska federacija zvez medicinskih sester je aktivno vključena v politične razprave o novi direktivi v zvezi z vzajemnim priznavanjem poklicnih kvalifikacij, o Bolonjskem procesu, o direktivi v zvezi z delovnim časom, o direktivi o službah in o pobudah v zvezi s politiko varnosti bolnikov ter njihovi poučenosti.

Učinek razvoja socialne in zdravstvene politike ter reforma zdravstvenega varstva v državah članicah EU je odvisen od razlik med članicami glede stanja zdravstva, virov, ki so na voljo, infrastrukture javnega zdravstva,

kakovosti in pravičnosti v izobraževanju ter storitev, ki so jih deležni državljani EU. Zato bomo sposobni podpreti in omogočiti kakovostne in pravične zdravstvene storitve v EU le tako, da bomo strateško prispevali k razvoju zadostne, učinkovite, kompetentne in motivirane delovne sile medicinskih sester. V ta namen nujno potrebujemo evropski sistem za spremljanje zaposlenih. Zdravstvena nega zagotavlja bistvene zdravstvene storitve, vendar je pogosto nevidna, ko gre za prispevanje k načrtovanju in organiziranju služb zdravstvenega varstva. Na medicinske sestre so zdravstvene reforme v bistvu pogosto vplivale negativno, posebej če je bil glavni poudarek reform zmanjševanje stroškov in če so reforme uporabljale medicinske in ekonomske modele. To se kaže v povečevanju proračunov za zdravstveno nego in medicino, v povečevanju delovnih obremenitev v zdravstveni negi, v problemih v zvezi z delovnimi razmerami medicinskih sester in v tem, da je ogroženo zagotavljanje varnosti pacientov ter kakovosti nege. To bo vplivalo na naše zadovoljstvo z delom in na našo motiviranost, s povedanim pa se že znajdemo v razpravi o novačenju in obdržanju v poklicu, ki sta dva glavna globalna problema zdravstvene nege.

Evropska federacija zvez medicinskih sester bi rada imela transparenten sistem za samodejno priznavanje, ki bi učinkovito urejal migracijo poklicnih strokovnjakov in zagotavljal, da se vzdržuje visoka raven zdravstvene zaščite pacientov in uporabnikov zdravstvenega varstva v EU. Pomembno je, da se jasno ločuje med splošnim sistemom in sektorskim sistemom ter da se poskrbi, da se v direktivi jamči za poklicni vnos prek Evropske federacije zvez medicinskih sester kot vseevropske organizacije. V naslednjih letih nam bo priložnost ponudil osnovni učni načrt, ki bo vključeval kompetence, skupne vsem članicam EU. Nacionalne vlade/komisije se bodo odzvale, vendar ne bodo mogle izpolniti svojih obveznosti v zvezi z javnim zdravstvom in varnostjo pacientov (še posebej takrat, ko se kakovost nege lahko izboljša), če okviri politik ne bodo v stiku s tem, kar je dejavnost tega poklica oziroma medicinske sestre. Proces odločanja v zdravstveni negi ne moremo prepustiti zakonodajalcem in birokratom. V procesu oblikovanja politik se bo moral slišati tudi glas poklicne strokovnjakinje, ki je dan za dnem ob bolniku.

Izobraževanje je eno najboljših sredstev za uvajanje sprememb. To nas nujno pripelje do Bolonjskega procesa. Ta proces mora nedvomno voditi v priznavanje rezultatov in določanje evropskih standardov za zdravstveno nego, ki se bodo nanašali tako na izobraževalne ustanove zdravstvene nege kot tudi na same medicinske sestre ter njihove storitve. Pomembno je, da določimo, kakšno vrsto produkta zdravstvenih služb potrebuje evropski državljani (stran povpraševanja) in kdo bo ta produkt zagotovil na najbolj ekonomičen način.

Čeprav gre pri teh dejanjih za dolgoročne pobude, ki bodo nedvomno zahtevale vlaganja in inovacije, moramo pri formuliranju politik na evropski ravni ostati praktični. Evropski državljani se morajo počutiti varne v svojem sistemu zdravstvenega varstva, ki je zasnovan na stebrih evropskega socialnega modela. Zato je Evropska federacija zvez medicinskih sester razvila etične smernice, ki določajo ključne postavke za zagotavljanje tako etičnega novačenja kot etičnega zaposlovanja medicinskih sester, ki se zaposlujejo v drugi državi. Te smernice so oblikovane kot vir informacij in nasvetov za delodajalce, ki premišlujejo o novačenju znotraj in zunaj EU, ter kot podpora za medicinske sestre, ki premišlujejo, da bi odšle delat v katero od držav članic EU. Namen smernic je podpirati oblikovalce politik pri razvijanju politik za načrtovanje delovne sile. Evropska federacija zvez medicinskih sester podpira oblikovalce politik tako, da je članica delovne skupine za zdravstvene sisteme pri Evropski komisiji, Generalnem direktoratu SANCO, kjer se razpravlja o mobilnosti medicinskih sester in zdravnikov. Evropska federacija zvez medicinskih sester s Svetom Evrope sodeluje pri razvijanju priporočil glede mobilnosti medicinskih sester in zdravnikov, ki jih bo podpisalo 45 ministrov. Evropska federacija zvez medicinskih sester podpira različne projekte EU, ki se nanašajo na pregledovanje standardiziranih podatkov in spremljanje delovne sile. Statistični urad Evropske unije (EUROSTAT) je razvil novo definicijo poklica medicinske sestre, ki je zelo pomembna za članice Evropske federacije zvez medicinskih sester. Če definicija ni pravilna, tudi podatki, ki se zbirajo zato, da naša delovna sila postane vidna, ne bodo pravilni. Formuliranje politik na podlagi teh podatkov bo zavajajoče in bo ogrozilo varnost pacientov. Zato morajo biti standardizirani kakovostni podatki primerljivi po celotni EU. Pomembno je, da se v nacionalna zdravstvena poročila vključijo kazalci kakovosti zdravstvene nege in da se jasno vidi razmerje med številom medicinskih sester in številom pacientov, ki omogoča vrednotenje rezultatov ter izmenjavo informacij o plačah ter nagrajevanju. Pomembno je spremljati in dokumentirati koristi ter rezultate, ki vključujejo ekonomičnost posegov zdravstvene nege. Te informacije voditeljice zdravstvene nege in poklicne organizacije lahko uporabijo, ko se zavzemajo za spremembo politik, ki bi koristila zdravju ter varnosti evropskega državljana. Poskrbeti moramo, da se vzdržuje prosto gibanje, ki omogoča zaposlovanje ter enake možnosti, vendar pa moramo tudi zaščititi kakovost nege, standarde izobraževanja ter razvoj zdravstva po vsej EU, da se odpravijo razlike med državami članicami.

Evropska federacija zvez medicinskih sester spričo tekmovalne ekonomske politike v EU verjame, da morajo politiki doumeti, da vlaganje v zdravstvo podpira gospodarsko rast, ker se tako zmanjšujejo stroški zdravstvenega varstva ter socialni izdatki in povečuje produktivnost zaradi zmanjšane zbolewnosti. Zdrava družba je bolj samozavestna in bolj produktivna družba. 'Zdravje je bogastvo!' Pristop, ki bi izhajal iz zdravja in imel jasno koordinirano zdravstveno strategijo, bi skupaj z ustreznimi ukrepi ter kazalci zagotovil, da gredo ves razvoj in reforme v pravo smer. Razviti moramo sinergi-

je med civilno družbo, Komisijo, Svetovno zdravstveno organizacijo ter Svetom Evrope. Ne govorim o trojni delitvi, ampak o četverni, o štirih stebrih razvijanja politik. S tem pridemo do vodenja v zdravstveni negi. Medicinske sestre morajo sodelovati na vseh področjih oblikovanja socialnih in zdravstvenih politik na lokalni, regionalni, nacionalni in evropski ravni z določanjem prioritetenih problematik, z izobraževanjem na področju političnega pogajanja in z vzpostavljanjem močnih zaveznikov znotraj skupnosti zdravstvene nege na nacionalni in evropski ravni ter med nacionalnimi vladami in nevladnimi organizacijami. Če imate na svojem ministrstvu za zdravstvo direktorat zdravstvene nege, je to pomembna prednost pri razvijanju politik na nacionalni in evropski ravni.

Zaključek

Povsod v Evropi so medicinske sestre največja poklicna skupina v zdravstvu in zagotavljajo večino neposredne nege pacientov. Medicinske sestre vzdržujejo močne vezi med posamezniki, družino, skupnostjo in celotnim sistemom zdravstvenega varstva. Medicinske sestre raziskujejo nove in boljše načine vzdrževanja dobrobiti državljanov, izboljševanja zdravja ter preprečevanja bolezni in invalidnosti. Medicinske sestre so pomemben partner pri doseganju evropskih zdravstvenih ciljev in pri reformi zdravstva. Medicinske sestre so razvile poučena stališča o bistveni problematiki v zvezi s politikami in bi morale imeti pomembne položaje v nacionalnih vladah.

Dve glavni sestavini reforme zdravstvenega varstva in reforme sistema predstavljajo spremembe politike in spremembe strukture ter procesov zdravstvenih sistemov in organizacij. Razširjene vloge in pobude, ki jih vodijo medicinske sestre, so potrebne kot dolgoročna vlaganja za razvoj socialne in zdravstvene politike na nacionalni in evropski ravni. Pozitivni prispevek ter zasluge medicinskih sester je treba kar najbolj poudariti ter priznati in konkretno nagraditi.

Viri:

- Aiken, L. & Havens, D. (1999) Shaping Systems to Achieve Desired Outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 29 (2), 14-20.
- Buchan, J. & O'May, F. (1999) Globalisation and Health care Labour Markets: a Case Study from the United Kingdom. *Human Resources for Health Development Journal*, 3 (3), 199-209.
- De Raeye P. (1998) Approche méthodologique de la mesure de la production infirmière en Belgique - La mesure de la production hospitalière. ULB, MISS - Maîtrise en Management des Institutions de Soins et de Santé, 87-100.
- De Raeye P. (2001) The added value of joining process indicators within hospitals. *Transparenz und Klarheit auf dem Weg zum neuen Entgeltsystem in Deutschland. Deutsche Casemix-Konferenz*, Konferenzdocumentation, 58-64.
- De Raeye P. (2003) The Interaction between Politics, Doctors and Nurses. *European Journal for Hospital Managers*.
- De Raeye P. (2003) Nursing and Health Developments in Central and Eastern Europe. *Nursing Standard*.
- De Raeye P. (2003) Nursing Powers in the EU: The Role and Outcomes of the Standing Committee of Nurses of the EU. *European Journal for Hospital Managers*.
- De Raeye P. (2003) The Nursing Shortage: A European Perspective. *Journal of Advanced Nursing*.
- De Raeye P. (2004) The Free Movement of Nurses: A win-win situation if based on ethical recruitment guidelines. *EuroHealth*.



Zmožnost formuliranja politike zdravstvene nege in lobi EU

Paul De Raeve, Generalni sekretar, Stalne komisije medicinskih sester EU (PCN)

Stalna komisija medicinskih sester EU je bila ustanovljena leta 1971 in njeno ustanovitev so povezali z direktivama o izobraževanju medicinskih sester in prostem gibanju, ki ju je komisija takrat oblikovala.

Rezultati lobiranja Stalne komisije medicinskih sester EU bodo vplivali na več kot šest milijonov medicinskih sester in Evropska federacija zvez medicinskih sester/ Stalna komisija medicinskih sester EU je **neodvisen glas** poklica medicinske sestre.

Članice so nacionalne organizacije medicinskih sester iz vseh držav članic EU ter nekaterih članic Sveta Evrope (32 od 45).

POSŁANSTVO STALNE KOMISIJE MEDICINSKIH SESTER EU

Stalna komisija medicinskih sester EU bo utrjevala status in prakso poklica medicinske sestre ter zastopala interes medicinskih sester v EU in Evropi.

SPŁOŠNI SMOTRI

Zagotoviti, da imajo medicinske sestre in zdravstvena nega osrednje mesto pri razvijanju socialne, zdravstvene in okoljske politike ter njenega izvajanja v EU in Evropi.

Podpirati in omogočati kvalitativno in pravično zdravstveno službo v EU in Evropi s pomočjo strateškega prispevka k razvoju zadostne, učinkovite, kompetentne in motivirane delovne sile medicinskih sester.

Povečevati prisotnost zastopnic Evropske federacije zvez medicinskih sester v EU in Evropi ter razvijati glavno vlogo federacije kot posrednika med nacionalnimi organizacijami medicinskih sester ter tistimi, ki sprejemajo odločitve, in institucijami EU.

DEJANJA

OSNOVNA DEJAVNOST – TEKOČE LOBIRANJE

- Vzajemno priznavanje poklicnih kvalifikacij
- Skrb za ostarele
- Varnost pacientov in poučen pacient
- Ponovna uporaba zdravniških naprav in poškodbe z ostrimi predmeti
- Bolonjski proces
- Pravni red EU – misija TAIEX
- Mobilnost medicinskih sester – Načrtovanje delovne sile
- Direktiva o službah in delovnem času
- Pokojnina

- Poročila posameznih držav
- Vodenje/upravljanje zdravstvene nege
- Statut in interne uredbe Evropske federacije zvez medicinskih sester

REZULTATI

- Sistem vzajemnega priznavanja kvalifikacij za medicinske sestre v EU in Evropski federaciji zvez medicinskih sester je vključen v strukturo uradnega svetovanja.
- Standardi izobraževanja
- Etične smernice na ravni EU o sporazumnih strategijah novačenja in obdržanja v poklicu
- Evropsko sodelovanje pri reševanju problemov z delovno silo, vključno z izboljšanimi informacijami o načrtovanju delovne sile
- Evropska federacija zvez medicinskih sester skrbi, da zdravstvena politika EU v skladu z varnimi standardi za blago in storitve promovira varno okolje za medicinske sestre in paciente.
- Združen glas zdravstvene nege v Evropi

PRVI SPŁOŠNI SMOTER EVROPSKE FEDERACIJE ZVEZ MEDICINSKIH SESTER

POSŁOVNI NAČRT EVROPSKE FEDERACIJE ZVEZ MEDICINSKIH SESTER –

PRVI SPŁOŠNI SMOTER

SPŁOŠNI SMOTRI

Podpirati in omogočati kvalitativno in pravično zdravstveno službo v EU in Evropi s strateškim prispevkom k razvoju zadostne, učinkovite, kompetentne in motivirane delovne sile medicinskih sester.

DEJANJA**OSNOVNA DEJAVNOST – TEKOČE LOBIRANJE**

- Vzajemno priznavanje poklicnih kvalifikacij
- Skrb za ostarele
- Varnost pacientov in poučen pacient
- Ponovna uporaba zdravniških naprav in poškodbe z ostrimi predmeti
- Bolonjski proces
- Pravni red EU – misija TAIEX

REZULTATI

- Sistem vzajemnega priznavanja kvalifikacij za medicinske sestre v EU in Evropski federaciji zvez medicinskih sester je vključen v strukturo uradnega svetovanja.
- Standardi izobraževanja
- Evropska federacija zvez medicinskih sester skrbi, da zdravstvena politika EU v skladu z varnimi standardi za blago in storitve promovira varno okolje za medicinske sestre in paciente.

DRUGI SPLOŠNI SMOTER EVROPSKE FEDERACIJE ZVEZ MEDICINSKIH SESTER**POSLOVNI NAČRT EVROPSKE FEDERACIJE ZVEZ MEDICINSKIH SESTER –****DRUGI SPLOŠNI SMOTER****SPLOŠNI SMOTRI**

Zagotoviti, da imajo medicinske sestre in zdravstvena nega osrednje mesto pri razvijanju socialne, zdravstvene in okoljske politike ter njenega izvajanja v EU in Evropi.

DEJANJA**OSNOVNA DEJAVNOST – TEKOČE LOBIRANJE**

- Mobilnost medicinskih sester – Načrtovanje delovne sile
- Direktiva o službah in delovnem času
- Pokojnina
- Poročila posameznih držav

REZULTATI

- Etične smernice na ravni EU o sporazumnih strategijah novačenja in obdržanja v poklicu
- Evropsko sodelovanje pri reševanju problemov z delovno silo, vključno z izboljšanimi informacijami o načrtovanju delovne sile
- Evropska federacija zvez medicinskih sester skrbi, da zdravstvena politika EU v skladu z varnimi standardi za blago in storitve promovira varno okolje za medicinske sestre in paciente.

DRUGI SPLOŠNI SMOTER EVROPSKE FEDERACIJE ZVEZ MEDICINSKIH SESTER**POSLOVNI NAČRT EVROPSKE FEDERACIJE ZVEZ MEDICINSKIH SESTER – TRETJI SPLOŠNI SMOTER****SPLOŠNI SMOTRI**

Povečevati prisotnost zastopnic Evropske federacije zvez medicinskih sester v EU in Evropi ter razvijati pomembno vlogo federacije kot posrednika med nacionalnimi organizacijami medicinskih sester ter tistimi, ki sprejemajo odločitve, in institucijami EU.

DEJANJA**OSNOVNA DEJAVNOST – TEKOČE LOBIRANJE**

- Vodenje/upravljanje zdravstvene nege
- Statut in interne uredbe Evropske federacije zvez medicinskih sester
- Uprava v Bruslju

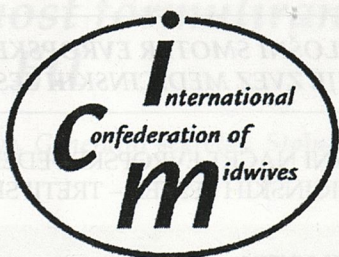
REZULTATI

- Sistem vzajemnega priznavanja kvalifikacij za medicinske sestre v EU in Evropski federaciji zvez medicinskih sester je vključen v strukturo uradnega svetovanja.
- Standardi izobraževanja
- Etične smernice na ravni EU o sporazumnih strategijah novačenja in obdržanja v poklicu
- Evropsko sodelovanje pri reševanju problemov z delovno silo, vključno z izboljšanimi informacijami o načrtovanju delovne sile
- Evropska federacija zvez medicinskih sester skrbi, da zdravstvena politika EU v skladu z varnimi standardi za blago in storitve promovira varno okolje za medicinske sestre in paciente.
- Združen glas zdravstvene nege v Evropi

Smoter Lizbonske strategije

Do leta 2010 poskrbeti, da bo EU najbolj konkurenčna in dinamična, na znanju zasnovana družba na svetu.





Mednarodna konfederacija babic



Mednarodni svet medicinskih sester

Izjava za tisk

Preveč je novorojenčkov, ki se jih ne "šteje"

Medicinske sestre in babice združujejo sile, da bi »vsaka mama in otrok štela«

ŽENEVA, 7. april 2005 – Vsako leto se 48 milijonov novorojenčkov pridruži tistim, ki bodo preživeli svoja življenja brez uradne identitete ali državljanstva, ker se njihovih rojstev ne registrira v mnogih deželah po vsem svetu. Otrok, ki ni registriran, je v nevarnosti, da se mu odreče osnovne pravice do izobraževanja in zdravja, morda ne bo nikoli cepljen, morda nikoli ne bo dobil zakonite pravice do dela ali potnega lista. Svetovni dan zdravja so Mednarodni svet medicinskih sester (ICN), Mednarodna federacija babic (ICM) in PLAN – mednarodna organizacija za pravice otrok, izkoristili, da združijo moči in nastopijo v zvezi z registracijo rojstev, povečajo osveščenost med svojim članstvom ter pozovejo vlade, naj spodbujajo ter povsod izboljšajo proces registracije rojstev.

»Otroci, ki niso registrirani, so izjemno ranljivi zaradi vsakovrstnega izkoriščanja. Od rojstva naprej so odrinjeni na obrobje, ker se njihov obstoj uradno ne priznava«, je pojasnila Christine Hancock, predsednica Mednarodnega sveta medicinskih sester. »Do večine neregistriranih rojstev pride v južni Aziji (63 % rojstev) in podsaharski Afriki (55 % vseh rojstev), vendar pa to vprašanje obstaja v vseh državah. V industrializiranih državah se ne registrirata 2 % novorojenčkov. Osveščenost glede pomena registracije rojstev in politika, ki skrbi za registracijo, morata postati prednostni nalogi«.

Predsednica Mednarodne konfederacije babic, Caroline Weaver, je poudarila, da »so babice in medicinske sestre svetovalke, ki jim ljudje zaupajo, ko gre za svetovanje o takojšnji in dolgoročni negi novorojenčkov, in so v edinstvenem odnosu z družino novorojenčka. Informacije o registraciji rojstva lahko predstavljajo bistveno sestavino kontinuuma nege, ki jo zagotavljajo te zdravstvene strokovnjakinje ženskam v času nosečnosti in rojstva. Ob letošnjem mednarodnem dnevu zdravja odločno podpiramo temo »Naj vsaka ženska in otrok štejeta« in pozivamo posameznike ter vlade, da si prizadevajo zaščititi pravice otrok z registracijo rojstev.«

»Otrokom, ki niso registrirani, se lahko odreče cepljenje in druge vrste pomoči, vendar pa nujna zahteva

za to vrsto preprečevanja umrljivosti otrok ni prišla na dnevni red mednarodne skupnosti. Je manjkajoči člen v Milenijskih razvojnih ciljih«, pravi Stuart Singleton-White, vodja globalne kampanje za univerzalno registracijo rojstev pri organizaciji PILAN.

Pomen registracije rojstev ne zadeva samo posameznega otroka. Podatki o registraciji rojstev so lahko, če so zbrani na ustrezen način, pomembni pri načrtovanju ekonomskega in socialnega razvoja države. Izboljšujejo zmožnost države za načrtovanje, izvajanje, spremljanje, vrednotenje in poročanje o učinku njenih socialnih in ekonomskih politik. Univerzalno registracijo rojstev je možno doseči. Otroci so prihodnost in družba mora poskrbeti, da se jim zagotovi bolj zdrav začetek življenja.

Mednarodni svet medicinskih sester je federacija 125 zbornic zdravstvene nege posameznih držav, ki predstavlja milijone medicinskih sester z vsega sveta. Ker ga vodijo medicinske sestre za medicinske sestre, je Mednarodni svet medicinskih sester mednarodni glas zdravstvene nege in s svojim delovanjem zagotavlja kakovostno nego za vse ter trdne globalne zdravstvene politike.

Mednarodna konfederacija babic je konfederacija 83 zvez babic iz 70 držav, ki je bila ustanovljena leta 1919. Prizadeva si po vsem svetu uveljaviti cilje in prizadevanja babic pri doseganju izboljšanih razmer za ženske v plodnih letih, njihove novorojenčke in družine, ne glede na to, kje prebivajo.

Plan je mednarodna humanitarna organizacija, ki se posveča razvoju otroka brez verskih, političnih ali vladnih afiliacij. Sponzoriranje otrok je temelj organizacije. Deluje v 60 državah po vsem svetu.

Za dodatne informacije se obrnite na Lindo Carrier-Walker.

Tel: + 41 22 908 0100 - Faks: + 41 22 908 0101;

elektronska pošta: carrwalk@icn.ch

Spletna stran: www.icn.ch

Opomba urednika

Razsežnost problema: Letni delež neregistriranih rojstev po regijah¹

Regionalni povzetki	Rojstva 2003 (v tisočih)	% neregistriranih	Število neregistriranih otrok
Otrok (v tisočih)			
Južna saharska Afrika	26 879	55	14 751
Bližnji vzhod in severna Afrika	9790	16	1543
Južna Azija	37 099	63	23 395
Vzhodna Azija in Pacifik	31 616	19	5901
Latinska Amerika in Karibi	11 567	15	1787
Države srednje in vzhodne Evrope/ Skupnosti neodvisnih držav in baltske države	5250	23	1218
Industrializirane države	10 827	2	218
Dežele v razvoju	119 937	40	48 147
Najmanj razvite države	27 819	71	19 682
Svet	133 028	36	48 276

¹ UNICEF, Urad za upravljanje s strateškimi informacijami. »The 'Rights' Start to Life: A Statistical analysis of birth registration«, 2005

Reševanje globalnega pomanjkanja medicinskih sester in drugih zdravstvenih delavcev

Glavne točke posveta na visoki ravni o globalni delovni sili medicinskih sester

Ženeva, Švica – 14.–16. marec 2005

Potrebna je takojšnja akcija za reševanje globalne krize človeških virov v zdravstvu. Če se takoj ne posveti pozornosti kritični problematiki globalnega pomanjkanja medicinskih sester in zdravstvenih delavcev, ne bodo doseženi Milenijski cilji Združenih narodov v zvezi z izboljšanjem zdravja in dobrobiti svetovnega prebivalstva.

Približno petdeset predstavnikov vlad, delodajalcev, donatorjev, sindikatov, analitikov politik, načrtovalcev, raziskovalcev in poklicnih organizacij zdravstvene nege iz vseh regij sveta se je na povabilo Mednarodnega sveta medicinskih sester srečalo v Ženevi 14., 15. in 16. marca, da ugotovijo prioritete in dejanja, ki bodo rešila kritično neravnovesje ter pomanjkanje delovne sile medicinskih sester po vsem svetu.

Udeleženke in udeleženci pozivajo svetovne in partnerje v posameznih državah, da takoj ukrepajo. V kratkem bo na voljo celoten akcijski načrt in poročilo.

DEJSTVA

Pomanjkanje medicinskih sester je problem vsega sveta. Podsaharska Afrika potrebuje dodatnih 600 000 medicinskih sester, da okrepi zdravstvene službe do takšne stopnje, da bodo kos minimalnim potrebam; Latinska

Amerika ima več zdravnikov kot medicinskih sester, številne države Organizacije za ekonomski razvoj in sodelovanje poročajo o čedalje večjih primanjkljajih medicinskih sester.

Na svetu obstaja 12 milijonov medicinskih sester. Brez njihove popolne vključitve in učinkovite uporabe njihovih veščin se zdajšnje krize ne bo dalo rešiti. Pomanjkanje medicinskih sester ni »problem«, ampak so medicinske sestre del rešitve problema.

Medtem ko je izboljšanje zdravja kritičen smoter sam po sebi, boljše zdravje prispeva tudi k ekonomskemu razvoju in je pogoj zanj. Povezavo med vlaganjem v zdravje in ekonomsko rastjo ter trajnostjo je treba bolje razumeti in na njej konstruktivno graditi.

AKCIJA NA GLOBALNI RAVNI

Mednarodne agencije in partnerji morajo povečati svojo podporo državam, da te okrepijo svoje zdravstvene sisteme, rešijo probleme pomanjkanja zdravstvenih delavcev ter izboljšajo razmere, ki delavcem omogočijo večjo uspešnost. Podpiranje celostnih strategij za človeške vire zahteva več virov.

Raziskati je treba uporabo globalnih zdravstvenih finančnih sredstev za krepitev infrastruktur, ki zagotavlja-



jo človeške vire, vključno z izobraževanjem. Razpoložljivost teh finančnih sredstev in metod za njihovo pridobivanje je treba bolje promovirati.

Nobena organizacija, zveza ali vlada ne more rešiti globalnega pomanjkanja niti pomanjkanja v lastni državi. Strateška zaveznitva vlad, donatorjev, agencij, izobraževalcev, zakonodajalcev, sindikatov in zvez bodo zelo pomembna za uspeh posegov, katerih namen bo odpravljanje pomanjkanja. Pacienti morajo obdržati osrednje mesto v negi, medicinske sestre pa morajo imeti osrednjo vlogo v timu, ki zagotavlja nego.

Primanjkljaji so globalna odgovornost. Migracija medicinskih sester ni vzrok primanjkljajev ampak simptom problemov, ki obstajajo v zdravstvenih sistemih. Pomen doseganja nacionalne samozadostnosti pri obvladovanju domačih problemov v zvezi s ponudbo in povpraševanjem je najbolj pomemben tako v revnih kot v bogatih državah.

Eden od načinov napredka je mednarodni kodeks etičnega novačenja, ki ga spremlja bolj učinkovito spremljanje mednarodnih tokov medicinskih sester. Obstaja tudi potreba po boljši regulaciji in neodvisnem spremljanju dejavnosti mednarodnih služb za novačenje, s čimer se bo zagotovilo, da slednje spoštujejo kodeks. Spoštovati je treba tudi mednarodne sporazume o delovni sili.

Države morajo imeti dostop do tehnične pomoči visoke kakovosti. Nujno potrebujemo klirinško hišo in zbirke podatkov o orodju, strategijah in posegih v zvezi s človeškimi viri zdravstvene nege.

Potrebno je povečati kapacitete na področju načrtovanja, upravljanja in razvoja človeških virov; kadar je

potrebno, je te kapacitete treba omogočiti z zunanjim financiranjem.

AKCIJA NA RAVNI DRŽAVE

Oblikovalci politik in načrtovalci morajo upoštevati obseg osebja zdravstvene nege, ki je potreben, da se zagotovi zadovoljevanje zdravstvenih potreb prebivalstva, s poudarkom na maksimiranju potenciala poklicne medicinske sestre in drugih kategorij delavcev. To vključuje sprejemanje novih modelov nege, s poudarkom na primarni negi, in novih tehnologij ter reševanje problemov mešanice večšin in prenosa določenih nalog na druge delavce.

Izboljšanje delovnega bremena, delovnega okolja in razmer za delo so temeljni vidiki trajnih rešitev, ki morajo biti obenem specifične glede na okvir, v katerem se uvajajo. Izboljševanje razmer za delo ne pomaga samo pri novačenju in obdržanju osebja zdravstvene nege, ampak, kar je bolj pomembno, prispeva k boljšemu zdravstvenemu varstvu prebivalstva.

Brez učinkovitih in trajnih posegov z navedenimi ukrepi bo globalno pomanjkanje medicinskih sester še naprej spodkopavalo prizadevanja, da se izboljšajo rezultati nege in zdravje narodov. Mednarodni svet medicinskih sester si bo prizadeval skupaj z drugimi deležniki rešiti krizo zaradi pomanjkanja.

Če želite več informacij, se obrnite na voditeljico projekta:

Patricia Caldwell, International Council of Nurses
3 Place Jean Marteau, 1201 Geneva, Švica
tel.: (+41 22) 908 0100, faks: (+41 22) 908 0101
elektronska pošta: caldwell@icn.ch

Informacije za tisk

Zbirka podatkov o inovacijah v zdravstveni negi bo hranila in posredovala inovativno delo medicinskih sester v zdravstvenem varstvu

Tajpej, Tajvan; Ženeva, Švica, 25. maj, 2005 – Z uvažanjem svoje zbirke podatkov o inovacijah, ki je dostopna po vsem svetu, Mednarodni svet medicinskih sester (ICN) opozarja na bogastvo inovacij v zdravstveni negi, ki je pomemben vir napredka za sisteme zdravstvenega varstva v globalnem merilu. Do objave je prišlo v glavnem nagovoru o inovacijah v zdravstveni negi med štiriletnim kongresom Mednarodnega sveta medicinskih sester v Tajpeju na Tajvanu.

„Potreba po inovativnih rešitvah še nikoli ni bila večja, ker se okolja zdravstvenega varstva po vsem svetu bojujejo za to, da bi zagotovila pravične, varne in učinkovite zdravstvene storitve, obenem pa tudi obvladala stroške“, je izjavila Eleanor Ross, prva podpredsednica Mednarodnega sveta medicinskih sester.

Mednarodni svet medicinskih sester začne več pobud za pospeševanje inovacij v zdravstveni negi ter za promoviranje okolja, ki bi omogočalo izmenjavo znanja – ena od teh je uvajanje zbirke podatkov o inovacijah v okviru Mednarodnega sveta medicinskih sester – spletna vira, ki je namenjen temu, da se globalno olajša širjenje inovacij v zdravstveni negi. Podatkovna zbirka je na voljo na naslovu www.icn.ch/innovations/ <<http://www.icn.ch/innovations/>>.

Medicinske sestre se vsak dan ukvarjajo z inovativnimi dejavnostmi; te dejavnosti motivira želja, da se izboljšajo rezultati nege pacientov, ter potreba po zmanjševanju stroškov sistema zdravstva. Številne od teh pobud so prinesle precejšnje izboljšanje zdravja pacientov, prebivalstva in v zdravstvenih sistemih.

Zbirka podatkov o inovacijah v okviru Mednarodnega sveta medicinskih sester je zanimiva za vse, ki hočejo spoznati ali izmenjevati inovativne dosežke ter koncepte v zdravstveni negi z vsega sveta. Sem spadajo klinične medicinske sestre, raziskovalke, izobraževalke, upraviteljice, voditeljice, študentke, drugi zdravstveni poklici, industrija, delodajalci, vlade in javnost. Gre za dolgoročno pobudo, ki naj bi:

- pospeševala inovacije v zdravstveni negi,
- promovirala širjenje inovacij v zdravstveni negi med prebivalstvom,
- prispevala k prepoznavanju prispevka medicinskih sester v zdravstvenem sistemu,
- zagotovila pregleden popis,
- zagotovila okolje za izmenjavo informacij.

Če hočete izvedeti več o tej zanimivi novi pobudi ali če hočete vključiti kakšno inovacijo v zbirko podatkov z inovacijami Mednarodnega sveta medicinskih sester,

obiščite naše spletno mesto na naslovu www.icn.ch. Zbirka podatkov je trenutno na voljo v angleščini.

Opomba urednika:

Mednarodni svet medicinskih sester je federacija 126 organizacij zdravstvene nege posameznih držav, ki predstavlja milijone medicinskih sester z vsega sveta. Ker ga od leta 1899 vodijo medicinske sestre za medicinske sestre, je Mednarodni svet medicinskih sester mednarodni glas zdravstvene nege in s svojim delovanjem zagotavlja kakovostno zdravstveno nego za vse ter trdne globalne zdravstvene politike.

Za dodatne informacije se obrnite na
Lindo Carrier-Walker

Tel.: +41 22 908 0100 – Faks: +41 22 908 0101

Elektronska pošta:

carrwalk@icn.ch <mailto:caldwell@icn.ch>

Spletno mesto: www.icn.ch <<http://www.icn.ch>>

Prva in edina zasebna šola kozmetike! verificiran program za poklic

KOZMETIČNI TEHNIK

Poklic, ki lahko kroji vašo prihodnost!

prekvalifikacija (1 leto) ali dokvalifikacija (2 leti)

Poteka vpis za šolsko leto 2005/06.

Izkoristite promocijske cene!

Šolanje na najvišji kakovostni ravni zagotavljajo:

- elitni in izkušeni predavatelji
- prenovljeni prostori in najsodobnejša oprema
- sodobne metode učenja
- omejen vpis, majhne skupine
- po želji uporaba spletne oglasne deske

INFORMATIVNI DAN: četrtek, 16. junija 2005 oh 17h

v prostorih Zavoda AI, Gerbičeva 51 a, Ljubljana

Vabimo vas tudi na tečaje klasične masaže, refleksne masaže stopal, manualne limfne drenaže, zen shiatsu, ayurvedske masaže, pedikure, manikure,...

@inovativnost

Zavod AI, Ljubljana - tel.: 01 252 81 61
e-mail: info@zai.si, URL: www.zai.si

usposabljam tudi priprave za pridobitev nacionalnih poklicnih kvalifikacij

VIZAŽIST, MASER, PEDIKER, MANIKER



Volitve v Mednarodni svet medicinskih sester - ICN

Na Taiwanu je v maju potekal 23. kongres Svetovnega združenja medicinskih sester, v okviru katerega so bile izvedene tudi volitve novega vodstva ICN, to je predsednice in boarda direktorjev ICN. Za predsednico ICN je bila izvoljena gospa **Hiroko Minami** predsednica japonskega združenja medicinskih sester. Za članico boarda direktorjev ICN pa že drugi mandat **Veronika Pretnar Kunstek** iz Slovenije.



Na sprejemu pri novi predsednici g. Hiroko Minami



Slovenska delegacija z novo izvoljeno članico boarda na zasedanju CNR - kongresa nacionalnih predstavnikov

Krvodajalstvo med dijaki in študenti v mariborski regiji

David Felser, David Pučko

Izvleček

Prispevek opisuje seznanjenost in krvodajalski potencial med dijaki in študenti v mariborski regiji. Za natančnejši vpogled krvodajalstva med mladimi smo naredili raziskavi, ki sta temeljili na anketnem vprašalniku. Pri dijakih smo se osredotočili predvsem na možnost kasnejšega darovanja krvi, pri študentih pa smo obravnavali tudi njihove izkušnje z krvodajalstvom. Raziskavi sta nam dali spodbudne rezultate, na katerih lahko gradimo v prihodnosti in lahko pomagajo organizatorjem krvodajalskih akcij med mladimi.

Uvod

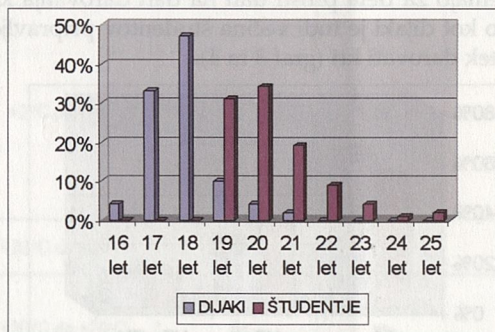
Krvodajalstvo je gotovo eno najplemenitejših dejanj, ki jih stori človek in predstavlja pomembno družbeno vrednoto. V Sloveniji se krvodajalstvo ponaša z lepo tradicijo, hkrati pa sodi Slovenija med tiste države, ki so na področju krvodajalstva samozadostne. Dajanje krvi je prostovoljno, anonimno, brezplačno in temelji na solidarnosti. Za pokritje potreb slovenskega zdravja potrebujemo letno 45 000 litrov krvi, to pomeni, da jo mora kri darovati kar 100 000 krvodajalcev.

Pridobivanje novega krvodajalca se začne že z vzgojo otrok. Osveščati jih je potrebno, da je dajanje krvi dolžnost vsakega zdravega človeka, da ni transfuzije, če ni prej krvodajalstva in da le kri lahko nadomesti kri. To je naloga, ki se lahko začne že v vrtcu, nadaljuje v osnovni in srednji šoli ter zaključi z vzgojo odraslih. Predvsem mladi ljudje kot so dijaki in študentje se premalo zavedajo pomena krvodajalstva in drugih humanitarnih akcij. Sodobni tokovi, ki vplivajo na našo družbo vse pogosteje pozabljajo na solidarnost in na pomoč človeku v stiski, na katerem temelji sistem krvodajalstva, zato so pred organizatorji krvodajalskih akcij novi, zahtevni izzivi.

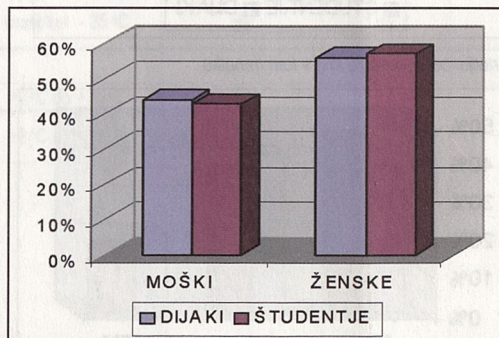
Kljub temu, da dijaki in študentje ne spadajo v aktivnejše skupine krvodajalcev, so pomemben člen v sistemu krvodajalstva. Velika pripravljenost dijakov in študentov, da darujejo kri predstavlja pomemben krvodajalski potencial, hkrati pa pozitiven odnos do krvodajalstva vpliva tudi na odraz družbe saj imajo močan zdravstveno vzgojni vpliv na celotno družbo. Predvsem mladim je potrebno predstaviti pomen anonimnosti, prostovoljnosti in brezplačnosti v krvodajalstvu. Seznanimo jih tudi z možnostjo prenosa bolezni s krvjo, transfuzijo kot transplantacijo, z omejitvami pri dajanju krvi in jim približamo temelje transfuzijske medicine, kot so komponentna terapija in določevanje krvnih skupin. Glede na to, da gre za populacijo, ki bo lahko kmalu ali pa že lahko daruje kri opazamo velik interes na predavanjih, ki se odvijajo v transfuzijskih ustanovah.

Raziskava

letu 2002 in 2003 sta bili izvedeni dve ločeni raziskavi za podrobnejši prikaz stanja krvodajalstva med dijaki in študenti v mariborski regiji. V raziskavi je bil uporabljen anketni vprašalnik, ki se je razlikoval glede na populacijo. Anketirano je bilo 514 dijakov na 11-ih Mariborskih srednjih šolah in 900 študentov šestih fakultet Univerze v Mariboru. Demografske podatke anketirancev prikazujeta grafa 1 in 2. Pri dijakih smo se osredotočili predvsem na potencialno krvodajalstvo, medtem ko smo pri študentih lahko obravnavali tudi njihove izkušnje z darovanjem krvi. Zanimala nas je predvsem pripravljenost dijakov in študentov za darovanje krvi, poznavanje krvodajalstva, pri študentih pa smo izpostavili tudi dejavnike, ki ne sodijo v prostovoljno in neplačano krvodajalstvo.



Graf 1. Starostna struktura anketirancev



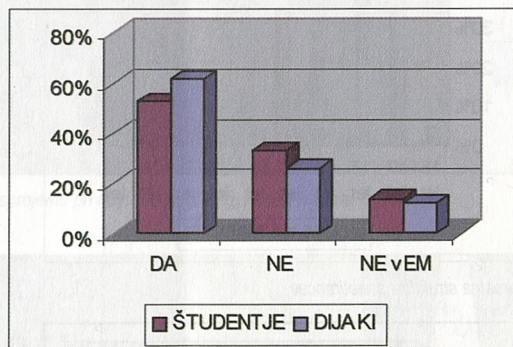
Graf 2. Razmerje med spoloma anketirancev

Posamezne srednje šole se bistveno ne razlikujejo med seboj po pripravljenosti dijakov za kasnejše darovanje krvi. Med dijaki se je večina seznanila s krvodajalstvom že v osnovni šoli ali preko medijev. Nepričakovano majhen je bil delež dijakov, ki so bili seznanjeni s krvodajalstvom v srednji šoli. Z ustreznim seznanjanjem dijakov v tem starostnem obdobju lahko pridobimo največ novih krvodajalcev. Skoraj polovica anketiranih dijakov je pripravljena darovati kri, ko bodo dopolnili 18 let, istočasno pa je

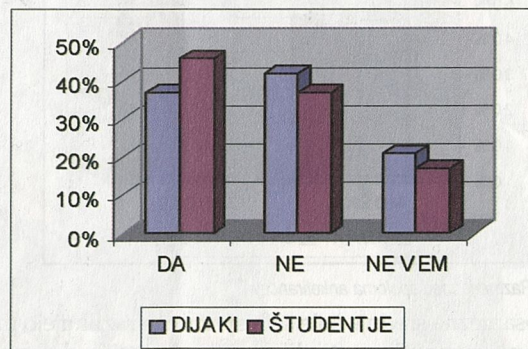
bil velik delež tistih, ki se še niso odločili ali bodo darovali kri. Med dijaki prevladuje mnenje, da večina ljudi daruje kri iz človekoljubnih razlogov. Informiranost anketirancev glede števila oziroma količine krvi, ki se letno potrebuje za potrebe slovenskega zdravstva je slaba, razveselilo pa je dejstvo, da večina anketiranih dijakov pozna, katere bolezni se prenašajo s krvjo. Kljub slabemu poznavanju pomena krvodajalstva med dijaki je pozitivno, da jih je kar dve tretjini ta trenutek pripravljenih darovati kri (graf3).

Delež krvodajalcev med študenti je nizek. Večina anketirancev krvodajalcev je kri darovala enkrat. Med študenti obstajajo različni razlogi, zaradi katerih se ne odločajo za darovanje krvi.

Najbolj izstopa pomanjkanje priložnosti. Skoraj polovica študentov je kri darovala iz človekoljubnih razlogov. Četrtnina študentov je smatrala kot možno vzpodbudo h krvodajalstvu prav plačano krvodajalstvo. Informiranost študentov o krvodajalstvu ni vzpodbudna, saj skoraj polovica anketirancev ne ve kdaj in kje lahko daruje kri. Študentje se zavedajo lastne neaktivnosti v krvodajalstvu, saj jih večina smatra, da bi morali biti bolj aktivni krvodajalci. Zelo slabo je tudi poznavanje krvodajalskih akcij v okviru Študentske humanitarne organizacije. V raziskavi naju je presenetil velik delež anketirancev, ki se zavzemajo za dela prosti dan na dan darovanja krvi. Podobno kot dijaki je tudi večina študentov pripravljena ta trenutek darovati kri (graf 3 in 4).



Graf 3. Pripravljenost darovanja krvi v tem trenutku



Graf 4. Osveščenost glede pomena krvodajalstva

Zaključek

Raziskava je pokazala velik krvodajalski potencial in pripravljenost dijakov za darovanje krvi v mariborski regiji. Ugotovljeno je bilo, da je večina dijakov pripravljena darovati kri iz altruističnih razlogov, ne da bi za to pričakovali plačilo, prosti dan ali druge ugodnosti.

Zaskrbljujoče je dejstvo, da se nekateri študentje zavzemajo za plačano krvodajalstvo in dela prost dan ob odvzemu krvi. To so načela, ki se ne ujemajo s sodobnimi evropskimi priporočili in kažejo na nezadostno osveščenost mlajšega dela slovenske družbe. Ob teh dejstvih so na hudi preizkušnji vrednote človekoljubnosti in solidarnosti, na katerem temelji krvodajalstvo.

Rdeči križ kot organizator krvodajalstva bi moral podpirati zdravstveno vzgojo med mladimi in z vključevanjem medijev izboljšati propagando in informiranost o sodobnih načelih, o pomenu in problematiki krvodajalstva.

Velik krvodajalski potencial, ki ga predstavljajo dijaki in študentje, ne sme ostati neizkoriščen. Študentje so že od nekdaj predstavljali naprednejši in razvijajoči se del družbe. V kolikor bodo pristojni uspeli razviti pozitiven, lahko rečemo tudi evropski odnos študentov do krvodajalstva, bo to pomembna naložba, ki bo dajala dolgotrajne rezultate. Pripravljenost študentov je vsekakor prisotna.



Slika 1. Odvzem krvi pri krvodajalcu na Oddelku za transfuziologijo in imunohematologijo v Splošni bolnišnici Maribor

Literatura

- AMERICAN ASSOCIATION OF BLOOD BANKS. Donor selection and blood collection. Technical manual, 1996:73-102.
- ANDRILOVIČ V., MATIJEVIČ M., PAUSTOVIČ N., PONGRAC S., ŠPAN M. Andragogija. Zagreb: Školska knjiga, 1985.
- BOHINC M., CIBIC D. Teorije zdravstvene nege – pregled. Zdr Var 1994; 33: 271-3.
- BOHINC M. in SODELAVKE LEMON. Proces zdravstvene nege z dokumentiranjem. Serija LEMON, Kolaborativni center za primarno zdravstveno nego. Maribor, 1995.
- COUNCIL OF EUROPE. Recommendation no. R(95) 15 on the preparation, use and quality assurance of blood components. Adopted by a Committee of ministers of the Council of Europe on 12 October 1995 at the 545th meeting the Ministers Deputies. Strasbourg, Council of Europe, 1995.
- DOMANOVIČ D., ROŽMAN P., LUKIČ I. Načrt organiziranosti preskrbe s krvjo in krvnimi pripravki v Sloveniji. Projektna naloga. Ljubljana: Zavod RS za transfuzijo krvi, 1997.
- NACIONALNE SMERNICE ZA ZAGOTAVLJANJE KAKOVOSTI V ZDRAVSTVENI NEGI. Zbornica zdravstvene nege Slovenije. Ljubljana, 2000.
- PROGRAMSKE SMERNICE ZA DELO MESTNE ORGANIZACIJE RDEČEGA KRIŽA MARIBOR. Rdeči križ Slovenije Mestne organizacije Maribor. Maribor, 1994.
- RODE N. Kdo so krvodajalci: analiza podatkov iz registra krvodajalcev v Republiškem informacijskem sistemu v transfuziologiji. Ljubljana: Zavod R Slovenije za transfuzijo krvi, 1992.
- URLEP – ŠALINOVIČ V., JELATANCEV B. Izbira krvodajalca in varnejša transfuzija krvi. Zdrav Vest 2000; 69: 275-9.
- ZAKON O RDEČEM KRIŽU SLOVENIJE. Uradni list R Slovenije št 7/93.
- ZAKON O ZDRAVSTVENI DEJAVNOSTI. Uradni list R Slovenije št 9/92.
- ZBORNIK ZA KRVODAJALCE IN ORGANIZATORJE KRVODAJALSKIH AKCIJ. Zavod R Slovenije za transfuzijo krvi, Ministrstvo za zdravstvo RS, Rdeči križ Slovenije. Ljubljana, 2000.

Povzetki strokovnih priporočil za delo s krvnimi pripravki

Zdravljene s pomočjo transfuzije je v preteklosti temeljilo v največji meri na uporabi polne krvi. Čeprav polno kri v določenih primerih še vedno lahko uporabljamo, temelji sodobno zdravljenje na uporabi specifičnih, klinično indiciranih pripravkov iz polne krvi. To pomeni, da bolnik dobi le tisto sestavino krvi, ki jo potrebuje, v takšni količini, koncentraciji in obliki, da dosežemo najboljši možni učinek. S tem se izognemo nepotrebemu in morda škodljivemu vnosu odvečnih sestavin (1,2).

Krvni pripravki so zdravilne sestavine krvi in zajemajo (3,4):

1. KRVNE KOMPONENTE: eritrociti, levkociti, trombociti in plazma. Krvne komponente so pridobljene iz polne krvi s fizikalnimi metodami (centrifugiranje, filtriranje, zmrzovanje).

2. ZDRAVILA IZ KRVI: albumini, imunoglobulini in faktorji strjevanja krvi. Zdravila iz krvi so pripravljena iz plazme s kemijskimi in s farmacevtskimi postopki (frakcionacija).

Za posamezne krvne pripravke veljajo različni optimalni pogoji priprave, hranjenja, transporta in uporabe. Rok uporabe krvnih pripravkov mora biti označen na vrečki oz. embalaži in je različen glede na vrsto pripravka, vrsto priprave in vrsto dodatkov (tabela 1).

Krvni pripravek	Uporaba , hranjenje, transport		Testi skladnosti krvi med dajalcem in prejemnikom pred transfuzijo		
	rok uporabe	hranjenje in transport	krvna skupina ABO in RhD	Navzkrižni preizkus	Obposteljni test
Sveža polna kri – CPDA 1	do 24 ur	+2 °C do +6°C	da	da	da
Polna kri – CPDA 1	do 35 dni				
KRVNE KOMPONENTE					
Koncentrirani eritrociti – CPDA 1	do 35 dni	+2 °C do +6°C	da	da	da
Koncentrirani eritrociti – CPDA 1 + SAGM	do 42 dni				
Koncentrirani eritrociti z odstranjenimi levkociti (zaprt sistem)	do 42 dni				
Koncentrirani eritrociti z odstranjenimi levkociti (odprt sistem)	do 24 ur				
Oprani eritrociti (odprt sistem)	do 24 ur				
Eritrociti resuspendirani v AB plazmi	do 24 ur				
Koncentrirani eritrociti obsevani z 25 –50 Gy	do 28 dni				
Koncentrirani eritrociti obsevani z 25 –50 Gy (novorojenčki)	do 48 ur	+20 °C do +24°C	da	da	da
Koncentrirani levkociti (Buffy coat)	do 24 ur				
Koncentrirani levkociti (levkofereza)	do 24 ur				
Koncentrirani trombociti	3 – 5 dni	+20 °C do +24°C	da	ne	ne
Koncentrirani trombociti (trombofereza)	3 – 5 dni				
Koncentrirani trombociti filtrirani (odprt sistem)	do 6 ur				
Koncentrirani trombociti obsevani z 25 –50 Gy	do 6 ur				
Sveža zmrznjena plazma	do 2 leti	manj kot - 25 °C	da	ne	ne
Sveža smrzjena plazma z odstranjenim krioprecipitatom					
ZDRAVILA IZ KRVI					
Humani albumini (20%, 5%)	do 3 leta	+2 °C do +25 °C	ne	ne	ne
Polispecifični humani imunoglobulin (OCTAGAM)	do 2 leti	+2 °C do +25 °C			
Specifični humani imunoglobulini:					
• Hepatitis B imunoglobulin (HEPATEC®) • Imunoglobulin proti variceli zoster (VARITEC®) • RhD humani imunoglobulin - o Rh₀GAM (300µg) - o MICRh₀GAM (50µg)					
Faktorji strjevanja krvi:					
Faktor VIII:					
• HEMOFIL®M • OCTANETE • RECOMBINANTE ANTIHAEMOPHILIC FACTOR					
Faktor VIII in faktor Von Willebrand: HEMATE®P					
Faktor IX:					
• OCTANINE F • NANOTIV					
Več faktorjev strejevanja krvi:					
• FEIBA TIM4 IMMUNO (II, VII, VII,IX, X), • Factor IX COMPLEX – PROPLEX®T (II, VII,IX,X)					

TABELA 1: Krvni pripravki (rok uporabe, hranjenje, transport, testi skladnosti)

S filtriranjem skozi posebne adsorpcijske filtre odstranimo 99,9% levkocitov in se izognemo veliki večini klinično zaznavnih febrilnih nehemolitičnih reakcij. Obenem močno zmanjšamo ali celo odpravimo prenos citomegalovirusnih (CMV) okužb (1, 5).

Z obsevanjem z gama žarki po filtriranju, dodatno zmanjšamo možnost bolezeni presadka proti gostitelju (graft-versus-host disease- GVHD) (1, 5).

S pranjem koncentriranih eritrocitov s fiziološko raztopino, razredčimo plazemske sestavine krvi v razmerju 1: 100 000. Indikacije so omejene le na redke posebne primere hujših anafilaktičnih reakcij na beljakovine v krvi (1, 5).

Resuspendiramo koncentrirane eritrocite krvne skupine "O RhD-neg" v plazmi krvne skupine AB. S tem zmanjšamo titer protiteles. Pripravek se uporablja za izmenjalno transfuzijo pri krvno skupinski neskladnosti med materjo in otrokom (1, 5).

Odprt sistem vrečk za krvne komponente moramo uporabiti pri filtriranju, pranju in resuspendiranju krvnih komponent.

Hemafereza je postopek odvzema posameznih sestavin krvi: plazme (plazmafereza), trombocitov (trombofereza), granulocitov (granulofereza), eritrocitov (eritrofereza) (1, 3).

Seznanjanje bolnika in naročanje krvni pripravkov

Lečeči zdravnik seznani bolnika s prednostmi in s teganji pri zdravljenju s krvjo in pridobi pisno privolitve bolnika za zdravljenje. Vsakega potencialnega prejemnika krvi je potrebno seznani z možnostjo avtotransfuzije.

Po pozitivni identifikaciji, bolniku odvezamemo vzorec krvi in zagotovimo istovetnost bolnika, vzorca in naročila. Bolniku ob postelji določimo orientacijsko krvno skupino, ki jo zabeležimo na transfuzijskem listu in na naročilnici. Naročilnico za kri pošljemo skupaj z vzorcem bolnika transfuzijski ustanovi (5, 6).

Testi skladnosti pred transfuzijo

Pred transfuzijo je potrebno s testiranjem zagotoviti skladnost krvi med prejemnikom in dajalcem. Praviloma mora prejemnik dobiti kri in krvne komponente iste krvne skupine kot jo ima sam, ob pomanjkanju pa lahko dobi skladne krvne komponente druge krvne skupine, ki jo določi transfuziolog v dogovoru z lečečim zdravnikom. Pred transfuzijo krvnih komponent, ki vsebujejo več kot 1 ml eritrocitov (eritrociti vidni s prostim očesom) je potreben navzkrižni preizkus, s katerim in vitro ponazorimo dogajanje ob transfuziji. Z dodatnim obpostelnim preverjanjem krvne skupine bolnika pred transfuzijo lahko preprečimo ABO neskladno transfuzijo, zaradi zamenjave bolnika ali njegovega vzorca krvi (tabela 1).

Če transfuzija ni nujna, so krvne komponente z izvidom krvne skupine in navzkrižnega preizkusa pripravljene v dveh urah. Za primere, ko je transfuzija zelo nujna in bolnik ne more čakati na končne izvide, se krvne komponente lahko izdajo glede na stopnjo nujnosti transfuzije:

1. **Brez izvida krvne skupine in navzkrižnega preizkusa** (reanimacija): bolnik dobi koncentrirane eritrocite krvne skupine "O RhD-neg".

2. **Samo izvid krvne skupine:** Določanje krvne skupine traja 5 minut od prejema vzorca krvi. Bolnik dobi krvne komponente skladne krvne skupine. Navzkrižni preizkus se dela nakandno.

3. **Prava faza po telefonu:** Na osnovi izvida krvne skupine se izdajo skladne krvne komponente (5 min), navzkrižni preizkus je v delu v hitri tehniki. Pred transfuzijo se po telefonu preveri skladnost ABO in RhD med prejemnikom in dajalcem (po 20-ih minutah od prejema vzorca krvi). Navzkrižni preizkus se dela naprej do končnega izvida.

4. **Prva faza:** Krvna skupina in navzkrižni preizkus se naredita s tehniko v gelu. Krvne komponente z izvidi so pripravljene v 45-ih minutah (7).

Transport krvnih pripravkov

Med transpotrom iz transfuzijske ustanove do prejemnika je potrebno zagotoviti temperaturo, ki je čim bolj podobna priporočeni temperaturi hranjenja. Pri transportu polne krvi in eritrocitov na koncu maksimalno 24-urnega transporta temperatura ne sme presegati +10°C. Plazma mora ostati v zmrznjenem stanju do uporabe.

Za prenos so primerne manjše izolirane hladilne torbe. Imeti morajo predelne stene, ki omogočijo ločitev hladilnih vložkov od krvnih pripravkov ter ločitev različnih krvnih pripravkov. Biti morajo enostavne za vzdrževanje in čiščenje. Torbe za transport trombocitov ne smejo biti hlajene. Odprte in hranjene naj bodo na sobni temperaturi vsaj 30 minut pred transportom (1).

Priprava krvnih komponent pred transfuzijo

Za transfuzijo lahko uporabimo le pravilno hranjeno krvno komponento, v roku uporabnosti, ki vidno ne kaže spremembe vsebine ali ovojnine (5).

Za transfuzijo krvnih komponent je potrebno uporabiti transfuzijski sistem, ki ima mikroagregatni filter 170 - 200 µm. Sistem lahko predhodno ovlažimo in preverimo s fiziološko raztopino (1,5).

S transfuzijo krvnih komponent je potrebno pričeti najkasneje v 30-ih minutah po hranjenju na sobni temperaturi (6).

Trombocite pred transfuzijo dodatno premešamo, transfuzijski sistem pa ovlažimo s fiziološko raztopino (5).

Zmrznjeno plazmo odtajamo neposredno pred transfuzijo. Z zmrznjenimi vrečkami plazme rokujemo previdno, saj so krhke zaradi globokega zamrzovanja. Vrečke pred in po toplenju pregledamo, da izključimo poškodbe in puščanje. Vrečke, ki so poškodovane in puščajo zavrzemo. Zmrznjeno plazmo odtajamo v kontroliranem okolju na temperaturi 37 °C. Najprimernejše je odtaljevanje zmrznjene plazme v posebnih komorah z mikrovalovi ali z suhimi grelci. Odtaljevanje v vodni kopeli s termostatom ni priporočljivo, zaradi možnosti bakterijskega onesnaženja plazme. Plazma ni uporabna, če so po toplenju v plazmi vidni neraztopljeni delci krioprecipitata. Zaradi termolabilnih faktorjev strjevanja krvi uporabi-

mo plazmo takoj po topljenju ali najkasneje znotaj 6-ih ur. Odtaljene plazme ponovno ne zamrzujemo (1).

V primeru masovne in hitre transfuzije ali prisotnosti hladnih protiteles pri prejemniku, lahko polno kri in eritocite segrevamo do 37°C tako, da sistem po katerem transfundiramo kri napeljemo skozi ustrezne grelce (6).

Transfuzijo krvi in krvnih pripravkov dajemo počasi, z namenom pravočasne zaznave in vrednotenja neželenih stranskih učinkov. Hitrost transfuzije naj bo na začetku počasna in naj ne presega 1ml priprava na minuto ali 1 kapljico na 3 sekunde. Število kapljic se lahko nato poveča do curka. Prvih petnajst minut mora nadzirati transfuzijo usposobljena oseba, ki zna prepoznati neželene stranske učinke. Transfuzijo opravljamo v prostorih in ob opremi, ki omogoča preprečevanje razvoja neželenih stranskih učinkov - tudi reanimacijo. Transfuzijo ene enote zaključimo v dveh do štirih urah. Praviloma ne dajemo več krvnih pripravkov istočasno (5).

Neželene stranske učinke zdravljenja s krvnimi komponentami lečeči zdravnik prijavi na predpisanem obrazcu transfuzijski službi v bolnišnici oz. Zavodu RS za transfuzijsko medicino - službi za hemovigilanco.

Zdravila iz krvi so farmacevtski proizvod in imajo priložena navodila za hranjenje, pripravo in uporabo. Vsak sum stranskega učinka je potrebno sporočiti službi za farmakovigilanco (5).

Neuporabljene krvne pripravke, ki so bili po izdaji iz transfuzijske ustanove hranjeni pod nadzorovanimi pogoji, lahko v roku 24 ur vrnete nazaj v transfuzijsko ustanovo, kjer jih pripravimo za ponovno uporabo. Če pogoji hranjenja niso nenadzorovani, lahko krvne pripravke pripravimo za ponovno uporabo, če so vrnjeni na ustransfuzijsko ustanovo v roku dveh ur po izdaji (6).

Literatura:

- Priporočila o pripravi, uporabi in zagotavljanju kakovosti komponent krvi. 10. izdaja. Prevod. Ljubljana: Zavod RS za transfuzijo krvi: Informacijski center Sveta Evrope pri Narodni in univerzitetni knjižnici, 2004.
- Lukić L. Zdravljenje s krvnimi komponentami. V: Smrkolj V. (ur.): Kirurgija. Ljubljana: Sledi, 1995: 97-100.
- Zakon o preskrbi s krovjo. Uradni list RS št. 52/00.
- Lukić L. Krvni pripravki. V: Smrkolj V. (ur.): Kirurgija. Ljubljana: Sledi, 1995: 91-94.
- Lukić L. Transfuzija krvi in krvnih pripravkov. Zbornik predavanj: Podiplomska šola iz transfuzijske medicine za zdravnike. ZTM. Ljubljana, 2005.
- Cukjati M. Naročanje, izdaja, transport, hranjenje in transfuzija krvi. Zbornik predavanj: Podiplomska šola iz transfuzijske medicine za zdravnike. ZTM. Ljubljana, 2005.
- Potočnik M. Testiranje krvi. V: Smrkolj V. (ur.): Kirurgija. Ljubljana: Sledi, 1995: 94-97.

Obposteljni test pred transfuzijo krvi

Prispevek je skrajšan povzetek članka:

Cvetka Gregorc. Obposteljni test pred transfuzijo kri. V: 39. strokovni seminar. Racionalizacija in sistem kakovosti v transfuzijski medicini. Sekcija medicinskih sester za anesteziologijo, intenzivno nego in terapijo ter transfuziologijo. Rogla, 16. in 17. maj 2003.

Cvetka Gregorc. Izkušnje iz prakse zdravstvene nege pri izvajanju obpostelnega testa pred transfuzijo kri. V: 2. kongres medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v hemato-onkologiji. Portorož, 23. in 24. april 2004.

Transfuzija krvnih pripravkov je danes varna oblika zdravljenja, vendar ima kot vsaka oblika zdravljenja lahko tudi neželene stranske učinke. Med njimi so možnost prenosa bolezni, možnost aloimunizacije in drugi. Ob pojavu svetovne pandemije aidsa se je javnost ukvarjala predvsem s tveganostjo transfuzije zaradi prenosa različnih bolezni. V ozadje je bil potisnjen pomemben vzrok neželenih učinkov transfuzije t.i. "transfuzijske napake". McClelland & Philips (1994) ocenjujeta, da je možnost, da bolniki umrejo zaradi napačne transfuzije najmanj 30 krat večja kot ocena tveganja, da bo prejemnik transfuzije okužen z virusom HIV.

Najpogostejši razlog za akutne in smrtno posledice napačnega zdravljenja s krvjo je akutna hemolitična reakcija zaradi neskladnih krvnih skupin ABO, ki je v večini primerov posledica administrativnih in identifikacijskih napak pri uporabi krvnih pripravkov (Sazama, 1990, Linden et al, 2000, Rožman, 2002). Ponavadi gre za človeške napake, ki so posledica utrujenosti, stresa ali pomanjkanja pozornosti (Shulman et al, 1999). Napake se lahko pojavijo:

- pri odvzemu vzorca bolnikove krvi: napačno etiketiranje, zamenjava vzorcev krvi (13%)
- pri izdaji krvi: napačno etiketiranje, izdaja napačne enote krvi (29%)
- pred transfuzijo: zamenjave enot krvi, zamenjava pacienta (38%)

Večina napak se zgodi pri administrativnih postopkih v bolnišnici ob bolnikovi postelji (Wenz, Burnz, 1991; Ingrand et al, 1996).

Za zmanjšanje napak pri transfuziji je potrebna ustrezna preventivna dejavnost. Preventivne ukrepe predstavljajo normativna urejenost in sistem celotne kakovosti v preskrbi s krvjo, sistem hemovigilance, izboljšava načinov identifikacije bolnikov, krvodajalcev oz. enot krvnih pripravkov ter mrežni informacijski sistem, ki povezuje bolnišnico s transfuzijsko ustanovo (Linden et al, 2000).

Eden izmed načinov za identifikacijo bolnika in enot krvi je "obposteljni test" (angl. "bedside test"). Pri slednjem ob bolnikovi postelji orientacijsko določimo krvno

skupino ABO bolnika in jo primerjamo s krvno skupino vsake enote krvi tik pred transfuzijo (Rožman, 2002). Z obpostelnim testom lahko preprečimo transfuzije krvnih pripravkov napačne krvne skupine in s tem potencialne smrtno izide transfuzije. Obpostelni test izvajamo pred transfuzijo krvnih komponent, ki vsebujejo eritocite, vidne s prostim očesom. Eritrociti so nosilci klinično pomembnih krvnih skupin ABO, zato mora biti zagotovljena skladnost krvnih skupin ABO med dajalcem in prejemnikom.

Obpostelni test se izvaja v različnem obsegu:

1. popolni obpostelni test: določitev orientacijske krvne skupine ABO bolniku in enoti krvi,

2. delni obpostelni test: določitev orientacijske krvne skupine ABO samo bolniku.

Popolni in delni obpostelni test vključujeta administrativno navzkrižno preverjanje dokumentacije in identifikacijskih številk bolnika in enote krvi. Za zmanjšanje napak je priporočeno, da identifikacijo bolnika in enote krvi pred transfuzijo izvedeta skupaj dva zdravstvena delavca: zdravnik in medicinska sestra. Oba preverita in primerjata:

- skladnost podatkov o identiteti bolnika (ime in priimek, rojstni podatki, spol, identifikacijsko številko) s podatki na transfuzijskem kartonu, originalnem izvidu krvne skupine in laboratorijskem izvidu o testiranju skladnosti krvnega pripravka za transfuzijo (navzkrižni preizkus)
- skladnost krvne skupine in evidenčne številke enote krvi na vrečki krvnega pripravka, na originalnem izvidu krvne skupine in na izvidu o testiranju skladnosti krvnega pripravka za transfuzijo (navzkrižni preizkus)

Delni obpostelni test t.j. določanje orientacijske krvne skupine ABO samo prejemniku krvnega pripravka in administrativno preverjanje identitete bolnika in enote krvi neposredno pred transfuzijo je v skladu s sprejetimi slovenskimi strokovnimi priporočili (Priporočila o pripravi, uporabi in zagotavljanju kakovosti komponent krvi, 2002; Šmitek in sod., 2001).

Študije v tujini so pokazale, da pride pri določanju orientacijske krvne skupine ob postelji bolnika v 16% do 30 % do napačnih rezultatov, ki so posledica slabe ali nepopolne izvedbe obpostelnega testa in napak pri interpretaciji rezultatov. Vzrok za napačne rezultate pripisujejo slabemu razumevanju testa med izvajalci, ker je povezano s pomanjkljivim usposabljanjem (La Pennec et al, 1996; Dujardin et al, 2000).

Boljši način za povečanje varnosti pri identifikaciji bolnika je zapestnica z identifikacijskimi podatki. Zadnje tehnološke izboljšave zapestnic predstavljajo nalepke s črtno kodo, ki omogočajo tudi označevanje vzorcev bolnikove krvi za preiskave skladnosti pred transfuzijo. Pred transfuzijo pa se identičnost bolnika in enote krvi preveri z optičnim čitalcem, ki je povezan z centralnim računalnikom. (Rožman, 2002; po Jensen, Crosson, 1996; Shulman, 1997).

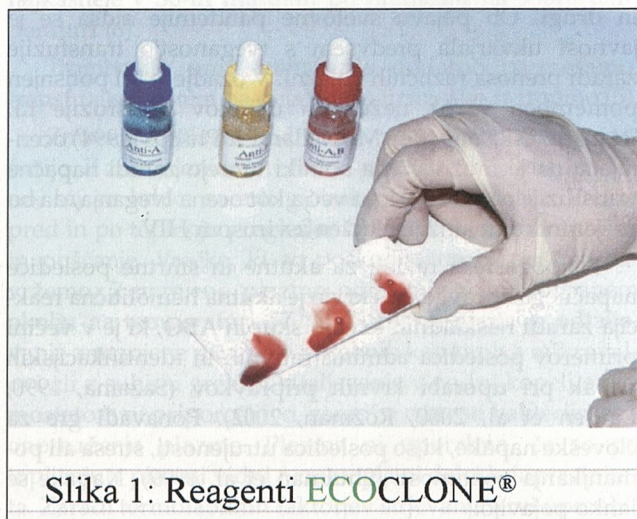
Med medicinskimi sestrami na 65-ih bolnišničnih oddelkih v slovenskih bolnišnicah Maribor, Ptuj, Slovenj Gradec, Celje, Murska Sobota, Novo mesto, Jesenice, Izola, Nova Gorica, Trbovlje in Klinični center - Ljubljana je bila leta 2003 izvedena anketa o izvajanju obpostelnega testa.

Rezultati ankete:

- Delni obpostelni test pred transfuzijo izvajajo na 56-ih anketiranih bolnišničnih oddelkih (86%).
- Na devetih (14%) anketiranih bolnišničnih oddelkih ne preverijo identičnost prejemnika krvnega pripravka z obpostelnim testom. Med razlogi za neizvajanje testa so navedli: pomanjkanje časa, kadar se zelo mudi, odvisno od zdravnika in preverjanje dokumentacije.
- Pri izvedbi obpostelnega testa pred transfuzijo največkrat sodelujeta zdravnik in medicinska sestra (na 40-ih bolnišničnih oddelkih - 62%). Zdravnik sam izvaja obpostelni test na 24-ih bolnišničnih oddelkih (37%). Medicinska sestra pa sama izvaja obpostelni test na 5-ih bolnišničnih oddelkih (8%).
- V slovenskih bolnišnicah uporabljajo za določanje orientacijske krvne skupine ABO bolnikov reagente naslednjih proizvajalcev:
 - Zavod RS za transfuzijsko medicino, Ljubljana: reagenti ECOCLON (slika 1),
 - Biotest, Nemčija: bed-side karice SERAFOL (slika 2),
 - Diagas - Francija: bed-side karice CARTE PTU AB (slika 3).

Reagenti ECOCLONE® za določanje krvnih skupin ABO so monoklonskega izvora, z visoko specifičnostjo in močjo in delujejo v nekaj sekundah. Pripravljeni so iz supernatanta celičnih kultur mišjih hibridomov. Za lažje in zanesljivejše odčitavanje rezultatov ima vsak reagent z določenimi protitelesi drugo barvo. Pri izvajanju obpostelnega testa pred transfuzijo se bolnikova kri in reagenti nakapljajo na posebno papirnato ploščico. Bolnikove krvi ni potrebno redčiti z fiziološko raztopino (Čurin-Šerbec, 2003).

Za določanja krvne skupine ABO so na voljo tudi posušeni reagenti ("bed-side" kartica). Za razliko od



Slika 1: Reagenti ECOCLONE®

določanja krvne skupine AB0 z običajnimi reagenti v stekleničkah, so navodila za določanje krvne skupine na "bed-side" kartici zelo natančno določena (v nasprotnem primeru proizvajalec ne odgovarja za rezultat), kar v praksi včasih pomeni omejitve (Čurin-Šerbec, 2003).

Na kartici SERAFOL in Carte PTU AB sta ločeni polji za prejemnika in dajalca z liofiliziranim reagentom za določanje krvne skupine ABO in RhD. Ker so reagenti na karticah posušeni, jih je potrebno raztopiti z dodajanjem fiziološke raztopine, preden se doda bolnikovo krvi. Za pravilno določitev krvne skupine, je potrebno natančno upoštevati navodila proizvajalca. Rezultata krvne skupine prejemnika in dajalca - enote krvi morata biti skladna, da se transfuzija lahko izvede.

Zaključek

Z razvojem informacijske tehnologije se odpirajo zanesljivejši načini preverjanja identitete prejemnika in enote krvi pred transfuzijo, ki olajšajo delo in zmanjšujejo možnosti človeških napak. Obposteljni test je sicer starejši pristop, vendar pri zdravljenju s krvjo, ki nima vpeljanih novejših pristopov, predstavlja zadnjo možnost za odkrivanje napak in preprečevanje transfuzij krvnih komponent napačne krvne skupine. Zavedati se moramo, da pri orientacijskem določanju ABO krvne skupine prejemnika in enote krvi pred transfuzijo lahko pride tudi do napak, ki so po navedbah v literaturi v večini primerov pogojene s človeškim dejavnikom (premalom izkušenj, nezadostna usposobljenost ...). Za orientacijsko preverjanje krvne skupine pred transfuzijo z obpostelnim testom je pristojen in odgovoren zdravnik (Zakon o preskrbi s krvjo, 2000). Pri izvedbi obposteljenga testa sodeluje medicinska sestra. Za kompetentno sodelovanje mora medicinska sestra imeti ustrezna znanja in izkušnje. V Razmejitvah zdravstvene nege (1997) je opredeljeno, da medicinske sestre v bazičnem izobraževanju ne pridobijo teh znanj, zato se morajo dodatno izobraževati in izpopolnjevati. Trenutno lahko medicinske sestre pridobijo dodatna znanja za delo na področju transfuzijske dejavnosti z izobraževanjem na tečaju iz transfuzijske medicine, ki ga organizira Zavodu RS za transfuzijsko medicino.

Literatura:

- Dujardin P. P., Salmi L. R., Ingrand P. Errors interpreting the pre-transfusion bedside compatibility test: an experimental study. Vox Sang 2000; 80-6.
- Čurin Šerbec V. Testi za določanje krvne skupine ABO in RhD. V: Zborniku 39. strokovni seminar, Racionalizacija in sistem kakovosti v transfuzijski medicini. Sekcija medicinskih sester za anesteziologijo, intenzivno nego in terapijo ter transfuziologijo, Rogla, 16. in 17. maj 2003.
- Ingrand P., Surer-Pierres N., Houssay D., Salmi L. R. Reliability of the pre-transfusion bedside test: association with transfusion practice and training. Transfusion 1998; 38: 1030-36.
- Linden J. V., Paul B., Dressler K. P. A report of 104 transfusion errors in New York State. Transfusion 1992; 14(3): 8-9.
- Linden J. V., Wagner K., Voytovich A. E., Sheehan J. Transfusions errors in New York States: an analysis of 10 years experience. Transfusion 2000; 40: 1207-13.
- La Pennec P. Y., Tissier A. M., Manessier L., et al. Immuno-hemolytic transfusion reactions. III. Report of 61 cases. Engl. Abstract. Transfus. Clin. Biol 1996; 3: 157-65.
- McClelland D. B. L., Philips P. Errors in blood transfusion in Britain: survey of hospital haematology department. British Medical Journal 1994; 308: 1205-6.

Serafol-D monoclonal			Bedside Karte zur Identitätssicherung Empfänger-Name	
			(Recipient Name / Nom du Malade)	
Anti-A	Anti-B	Anti-D	Vorname	
			(Christian Name / Prénom)	
			Geburtsdatum	
			(Date of Birth / Date de Naissance)	
			Blutgruppe	
			(Blood Group / Groupe Sanguin)	
			Station	
			(Department / Service)	
			Konserve Nr.	
Anti-A	Anti-B	Anti-D	(Conserve No. / N° Poche)	
			Blutgruppe	
			(Blood Group / Groupe Sanguin)	
			Datum	
			(Date)	
			Unterschrift	
			(Signature)	
Biotest Biotest AG · 63303 Dreieich · Germany			Ch.-B.: / Lot No.: 122064	

SLIKA 2: Bed-side kartica SERAFOL

Nom & Prénom - Name & First Name :		Lot - Batch : Péremption - Expiration date :
Date de naissance - Birth Date :		
Service :	Date :	
Transfuseur - Transfused by :		
1 Déposer une goutte de sang du receveur et une goutte de sang du donneur respectivement dans les emplacements réservés ☐ et ☐. Place a drop of patient's blood and a drop of donor's blood in their respective places ☐ and ☐. 2 Réhydrater les cupules avec 2 gouttes de sérum physiologique. Rehydrate the wells with 2 drops of saline solution. 3 Transférer une goutte de sang dans chaque cupule de la même colonne. Transfer a drop of blood into each well in the same column. 4 Mélanger et Lire. Mix and Read.		
N° poche / Blood bag Nr: Usage in vitro In vitro use		
Conservation à température ambiante Storage at room temperature		
DIAGAST LABORATOIRES 251, Av. Eugène Anacleto - B.P. 9 59374 LOOS cedex FRANCE Tél : (+33) - 20 96 53 53 Fax : (+33) - 20 96 53 54 V : 790542		

Slika 3: Bed-side kartica CARTE PTU AB

- Razmejitve del in nalog zdravstvene nege, ZZNS Ljubljana 1997.
- Priporočila o pripravi, uporabi in zagotavljanju kakovosti komponent krvi. 8. izdaja. Prevod. Ljubljana: Zavod RS za transfuzijo krvi: Informacijski center Sveta Evrope pri Narodni in univerzitetni knjižnici, 2002.
- Rožman P. Preventivni ukrepi za izboljšanje varnosti transfuzije in virtualni transfuzijski laboratorij. ZRAV VEST 2002; 71: 245-9.
- Szama K. Reports of 335 transfusion-associated deaths: 1976 through 1985. Transfusion 1990; 30: 583-90.
- Shulman K., Lohr K., Deriarian A. K., Picurkar J. M. Monitoring transfusion practice: a strategy for improving transfusion safety. Transfusion 1994; 34: 11-15.
- Šmitek J., Mlakar J., Zupancič P., Kovač A., Čepun V., Škoda I. in sod. Teoretične vsebine in standardni postopki zdravstvene nege v zvezi s transfuzijo. Klinični center. Ljubljana, februar 2001.
- Wenz, Burns E. R. Improvement in transfusion safety using a new blood unit and patient identification system as a part of safe transfusion practice. Transfusion 1991; 31: 401-3.
- Zakon o preskrbi s krvjo. Uradni list RS št. 52/00.

Delovanje raziskovalne skupine društva medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov (DMSZT) Ljubljana

Andreja Kvas, Majda Pahor

Postmoderni družbi se dogajajo nenehne spremembe na področju medicine, tehnologije, šolstva, kulture, ekonomije, politike ipd., kar močno vpliva na hitre spremembe tudi na področju zdravstvene nege. Z raziskovanjem v zdravstveni negi lahko analiziramo probleme in zagotovimo znanje za bolj kakovostno zdravstveno nego ter vplivamo na ugled poklica in njegovo profesionalizacijo.

Zametki Raziskovalne skupine pri Društvu medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana segajo v leto 1999, ko sta dve medicinski sestri (Darinka Klemenc in Irena Planinšek) raziskovali **nasilje na delovnih mestih medicinskih sester** v Sloveniji. Po posameznih regijah je bilo razposlanih 750 anketnih vprašalnikov. Ob tem je DMSZT Ljubljana izdalo publikacijo z naslovom: *Nasilje in spolno nadlegovanje na delovnih mestih medicinskih sester v Sloveniji* in organiziralo odmevno strokovno srečanje, kamor so bili vabljeni tudi mediji.

Leta 2001 smo formalno ustanovili Raziskovalno skupino, ki je takrat štela enajst medicinskih sester različnih izobrazbenih stopenj (Divna Eržen, Darinka Klemenc, Alenka Košir, Andreja Kvas, Zdenka Mrak, Klavdija Peternej, Irena Planinšek, Đurđa Sima, Jana Šmitek, Renata Zupančič, Zlata Živič) in sociologinjo z Visoke šole za zdravstvo (doc. dr. Majda Pahor). V enoletnem raziskovalnem projektu smo **raziskovali lastno poklicno skupino** na vzorcu 2450 medicinskih sester. Podrobneje smo proučevali naslednje značilnosti medicinskih sester: izobraževanje in stališča do izobraževanja, etične dileme, zadovoljstvo na delovnih mestih, samopodoba, zdravje, zdravstvene navade in mnenje o zdravstveni službi, gibalne aktivnosti, prosti čas in uporabo kulturnih dobrin. Ugotovitve raziskave smo objavili v knjigi: *Medicinske sestre v Sloveniji*.

Leta 2003 smo proučevali **etiko v zdravstveni negi** z različnih zornih kotov na vzorcu 2500 medicinskih sester. Število raziskovalk se je povečalo na 15 (pridružile so se Branka Červ, mag. Saša Kadivec, mag. Maja Klančnik Gruden, Nina Knific, Patricija Kobilšek, Sandra Naka, Sanja Vrbovšek). Ob simpoziju je, tako kot ob prejšnjih, izšla obsežna knjiga *Zdravstvena nega v luči etike*. Na simpozij z istim naslovom je bila vabljen tudi prof. dr. Verena Tschudin, urednica Nursing Ethics iz Anglije.

Pričetek raziskovalnega projekta »Interprofesionalno sodelovanje v zdravstvenem timu med medicinskimi sestrami in zdravniki«

V začetku leta 2004 smo članice Raziskovalne skupine, potem ko je DMSZT Ljubljana že dve leti načrtovalo ta veliki projekt, pričele z omenjenim razvojno raziskovalnim projektom (akcijsko raziskovanje). Zakaj ravno ta tema? Odgovorov je več. S tem projektom želimo proučevati medsebojno sodelovanje oz. timsko delo, ki vpliva na zdravstveno obravnavo in zadovoljstvo pacientov in zaposlenih. Želimo raziskati značilnosti medosebnih odnosov, vključno s problemi, med dvema največjima poklicnima skupinama v zdravstvu. V pogovorih z medi-

Razlogi za ustanovitev in »zgodovinski« oris skupine

cinskimi sestrami, pacienti, zdravniki in drugimi zdravstvenimi delavci slišimo vedno več pripomb, da so odnosi v zdravstvenem timu vedno slabši. Da ne bo ostalo samo pri ugotovitvah nekaterih posameznikov na podlagi njihovih lastnih izkušenj, bomo to področje podrobneje raziskali. Če želimo izboljšati »slabe medosebne odnose«, moramo najprej ugotoviti, ali so ti odnosi resnično slabi, ali sploh delujemo kot tim (multidisciplinarni, negovalni, zdravstveni), kaj nam pomeni timsko delo, ali poznamo dobre time v vsakodnevni praksi ipd. Upoštevati bo potrebno vse dejavnike, ki vplivajo na dobre medosebne odnose in s tem na večjo kakovost dela ter zadovoljstvo zaposlenih. To področje ni problematično le pri nas; s pregledom tuje literature smo ugotovile, da se s temi težavami spoprijemajo tudi v tujini: skandinavske države, Anglija, Avstralija, ZDA idr. V teh državah so na omenjenem področju pred nami, saj so opravili številne raziskave, s katerimi so ugotovili, da dobri medosebni odnosi precej vplivajo na kakovost dela zdravstvenega tima, na večje zadovoljstvo na delovnem mestu, na zmanjšanje absentizma in nenazadnje na bolj kakovostno življenje zdravstvenih delavcev. In kot pravi Pahor (2004): na nujnost sodelovanja med medicinskimi sestrami in zdravniki vplivajo tudi družbene spremembe (pluralizacija), spremembe položaja žensk in mladine, naraščanje znanja v vseh zdravstvenih strokah, spremenjene potrebe in zahteve bolnikov in managerski vidiki.

Časovni pregled in plan raziskovanja

Ob zaključku našega prvega skupnega srečanja v mesecu februarju 2004 smo se dogovorile, da do marca vsaka članica Raziskovalne skupine pripravi predlog načrta raziskave, ki je moral vsebovati: osnovni problem (raziskovalna vprašanja), načrt raziskave (časovno), statistične metode dela, metaanalizo (kaj je že bilo narejeno na to temo v Sloveniji). Rok smo nekoliko podaljšale, saj raziskujemo predvsem v svojem prostem času, ki pa ga poleg službe ne ostane kaj dosti. Vsem članicam raziskovalne skupine v tem času ni uspelo pripraviti predloga načrta raziskave, zato je doc. dr. Majda Pahor iz nekaj prispelih predlogov, zlasti pa iz svojega koncepta *oblikovala osnutek načrta raziskave*, ki smo ga pregledale in prediskutirale na skupnem srečanju v mesecu juniju. V poletnih mesecih smo imele čas individualno pregledati osnutek načrta in do septembra pripraviti dodatne predloge, pripombe in mnenja.

Na srečanju v septembru 2004 je predsednica DMSZT Ljubljana Darinka Klemenc seznanila prisotne članice, da je dogovorjeno sodelovanje s Slovenskim zdravniškim društvom v skupnem raziskovalnem projektu »Interprofesionalni odnosi v zdravstvu med medicinskimi sestrami in zdravniki«. Doc. dr. Majda Pahor je poudarila, da so medosebni odnosi »top« tema tudi v Evropi. Raziskujejo, kako poteka delo in izobraževanje za tako delo – v interdisciplinarnih timih (programi/moduli). Za iztočnico je omenila absentizem zaposlenih v Kliničnem centru Ljubljana; raziskave namreč kažejo, da ljudje ob slabih

medosebnih odnosih na delovnih mestih bežijo v absen-
tizem (čeprav to ni edini vzrok).

Vse članice Raziskovalne skupine smo se *strinjale z osnutkom načrta raziskovalnega projekta*. Po izjavi prof. dr. Pavla Poredoša, predsednika Slovenskega zdravniškega društva, je sprejemljiv tudi za zdravnike. Obljubil nam je, da nam bo do konca meseca novembra 2004 posredoval imena zdravnikov, ki bodo sodelovali v raziskovalnem projektu. Začeli smo s pregledom tuje literature na to temo, za začetek smo pregledali *Journal of Interprofessional Care*, kjer je mnogo člankov, usmerjenih v ta področja. V nadaljevanju našega srečanja smo še enkrat po točkah pregledale osnutek načrta in se dogovorile, v kateri skupini bi katera aktivno delovala. Razvojno-raziskovalni projekt naj bi potekal v obliki mozaika z manjšimi raziskovalnimi podskupinami, ki naj bi načeloma vključevale pripadnike obeh poklicev.

Osnutek načrta raziskovalnega projekta

Empirično raziskavo bomo opravili v manjših skupinah (povzeto po Pahor, 2004):

Kvantitativna skupina (anketna raziskava na slovenskem vzorcu medicinskih sester in zdravnikov). Predvideni rezultat: analiza zvez med odvisnimi spremenljivkami (zdravstveni tim, avtonomija, komuniciranje, sodelovanje, vloga drugih poklicev v zdravstvu, vrednote ipd.) in neodvisnimi spremenljivkami (npr. poklicna pripadnost, izobrazba, delovno mesto, področje dela, starost, spol ipd.).

Kvalitativna skupina (intervjuji na podvzorcju kvantitativne raziskave). Predvideni rezultat: poglobljeno razumevanje procesa konstruiranja navedenih pojmov (zdravstveni tim, avtonomija, komuniciranje, vloge poklicnih skupin idr.) pri zdravstvenih delavcih.

Študija primera – »case study« (opazovanje, intervjuji, fokusne skupine). Kvalitativna analiza delujočega zdravstvenega tima: ugotavljanje okoliščin, ki spodbujajo timsko delo. Predvideni rezultati: identifikacija dejavnikov, ki so v konkretnem primeru privedli do rezultata in možnosti transfera.

Intervencijska skupina (krožki kakovosti). Intervencijski pristop: analiza organizacijske klime določene enote/oddela v povezavi z managementom, usposabljanje za timsko delo, ugotavljanje učinkov. Predvideni rezultati: ugotoviti, ali je mogoče z določeno intervencijo spremeniti socialno klimo v izbranem okolju.

Socializacija zdravstvenih delavcev (intervjuji, ankete, pregled kurikulov). Socializacija za sodelovanje v okviru izobraževanja zdravstvenih delavcev – analiza študijskih programov, analiza izobraževalnega procesa, analiza projektov in predmetov, ki dejansko usposablajo za sodelovanje. Pričakovani rezultati: pogled v prihodnost – koliko se prihodnji zdravstveni delavci zdaj usposablajo za sodelovanje.

Analiza strokovnih časopisov, pregled strokovne literature medicinskih sester in zdravnikov: Obzornik zdravstvene nege, Utrip, Zdravniški vestnik, Medicinski razgledi, Isis, Zdravstveno varstvo ipd. Pričakovani rezultati: Pogled v poklicno subkulturo in ideologijo posameznih poklicev – značilnosti terciarne socializacije.

Argumentativna in diskurzivna analiza transkriptov ali posnetega materiala vljudnostnih strategij.

Glede na to, da je raziskovalni projekt zelo obsežen in zahteven, smo se dogovorili, da bo predvidoma trajal dve

leti do tri leta. Na koncu bomo zaključke predstavili širši slovenski strokovni in splošni javnosti, predvsem obema poklicnima skupinama in izdali na to temo tudi publikacijo.

Število članic in članov Raziskovalne skupine se iz meseca v mesec povečuje, tako da nas je bilo na koncu leta 2004 v Raziskovalni skupini že več kot dvajset; sestava skupine je multidisciplinarna: medicinske sestre, profesorice zdravstvene vzgoje, dve sociologinji, organizatorice dela, zdravniki/ce, teologinja in visokošolske učiteljice.

V oktobru 2004 smo se dogovorile, da vsaka naredi seznam člankov, ki jih bo prebrala, zraven dopiše: dosegljivost (kje članek lahko dobimo) in kratek opis članka v nekaj stavkih in seznam pošlje po e-pošti Darji Ovičaj, viš.med.ses., univ. org. dela, ki je dobila zadolžitev pripraviti skupno datoteko vseh najdenih člankov in vzpostavitev e-knjžnice Raziskovalne skupine. Sklep skupine je bil, da do konca leta pripravimo seznam bazične literature s 50 do 100 enotami, ki bo podlaga za opredelitev konceptov, ki jih raziskujemo. Dokončno smo sklenile, da bo Raziskovalni projekt »Interprofesionalni odnosi v zdravstvenem timu med medicinskimi sestrami in zdravniki« potekal pod okriljem Društva medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, Raziskovalnega inštituta Visoke šole za zdravstvo Univerze v Ljubljani in Slovenskega zdravniškega društva.

V novembru 2004 je vsaka članica Raziskovalne skupine na kratko predstavila zanj najzanimivejši tuji članek (primeren za bazično literaturo) ostalim članicam. V tem mesecu se nam je pridružil še en zdravnik, ki bo aktivno sodeloval v naši skupini.

V decembru 2004 smo v okviru DMSZT Ljubljana organizirali skupaj s Slovenskim zdravniškim društvom in s sodelovanjem Raziskovalnega inštituta Visoke šole za zdravstvo Univerze v Ljubljani 5. simpozij z naslovom: Interprofesionalni odnosi v zdravstvu med medicinskimi sestrami in zdravniki« (več o simpoziju si lahko preberete v prispevku Darinke Klemenc, predsednice DMSZT Ljubljana, objavljen v Utripu in na spletni strani društva).

V februarju 2005 smo organizirali metodološko učno delavnico za člane/ice Raziskovalne skupine o pisanju preglednih člankov, kjer smo realizirali prvo od treh predvidenih delavnic. V skrivnosti tega področja so nas uvajale: as. mag. Ema Dornik, doc. dr. Majda Pahor in as. dr. Barbara Domajnko.

Sklep

Člani/ce Raziskovalne skupine pri DMSZT Ljubljana se vedno bolj zavedamo pomembnosti raziskovalnih projektov na področju zdravstvene nege, saj nam prinašajo podatke, na podlagi katerih lahko uvajamo novosti na področju zdravstvene nege, rešujemo nastale probleme in s tem zagotavljamo kakovostno zdravstveno nego pacientov in večje zadovoljstvo zaposlenih v zdravstvu. Po izkušnjah se iz raziskovalnih projektov ljubljanskega društva razvijejo akcije, ki odmevajo v vsem slovenskem prostoru zdravstvene nege. Upamo in želimo, da bomo tudi s tem zahtevnim, a zanimivim raziskovalnim akcijskim projektom pripomogli k izboljšanju interprofesionalnega sodelovanja v zdravstvenem timu, k dvigu statusa in ugleda medicinskih sester, k njihovi prepoznavnosti, pa tudi k večji kakovosti življenja medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov nasploh.

Poročilo z 10. jubilejnega izobraževanja zdravstvena nega in sladkorna bolezen

Funkcionalno izobraževanje z učnimi delavnicami – Bled 2005

Mira Štubler

Od 13. 03. do 14. 03. 2005 je na Bledu potekalo deseto tradicionalno izobraževanje na temo zdravstvena nega in sladkorna bolezen. Namen seminarja je bil v obliki funkcionalnega izobraževanja zastaviti smernice za »Zdravstveno nego bolnika s sladkorno boleznijo«. V sklopu izobraževanja so potekale tudi učne delavnice. Izobraževanja se je udeležilo preko 80 medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov iz večine slovenskih zdravstvenih ustanov.

Prvi dan, po uvodnem nagovoru in dobrodošlici, so se pričela tematska predavanja. Najprej smo izvedeli nekaj o definiciji, diagnozi, klasifikaciji, epidemiologiji in zdravljenju sladkorne bolezni, prehrani ter debelosti. Beseda je tekla tudi o vključitvi svojcev pri obvladovanju sladkorne bolezni in o praktičnih vidikih insulinskega zdravljenja in samokontroli. Nadalje so bili predstavljeni tudi zapleti sladkorne bolezni. Poučna, vendar naporna predavanja so se zaključila v večernih urah.

Drugi dan so se predavanja nadaljevala na temo zdravstvene nege bolnika z razjedo, po amputaciji in v nosečnosti. Predstavljeni so bili tehnični pripomočki in zdravstvenovzgojno svetovanje ter psihosocialni vidiki sladkorne bolezni.

Po odmoru se je seminar nadaljeval s tematskimi učnimi delavnicami. Istočasno so potekale štiri učne delavnice. Udeleženci, razdeljeni v skupine, smo se izmenično udeležili vseh delavnic. Na prvi delavnici smo se seznanili s pripomočki za vbrižgavanje insulina. Na naslednji so bili predstavljeni pripomočki za samokontrolo, kapilarni in venozni odvzem krvi ter OGT- test. Tretja delavnica nas je poučila o ustrezni prehrani sladkornega bolnika, zadnja delavnica pa nam je predstavila pripomočke in materiale pri zdravstveni negi diabetičnega stopala.

Podajam nekaj kratkih, strokovnih informacij in priporočil, ki jih pri vsakodnevem rutinskem delu lahko hitro zanemarimo:

SHRANJEVANJE INSULINA:

Insulin shranjujemo v hladilni omari, kjer temperatura ne sme pasti pod 2 °C. Prav tako ne sme biti izpostavljen soncu in visokim temperaturam. Peresnik, ki ga pacient uporablja, se shrani na sobni temperaturi.

APLIKACIJA INSULINA:

V bolnišnici pred aplikacijo najprej razkužimo vbodno mesto, doma pa naj si sladkorni bolniki higiensko

umijejo mesto aplikacije insulina. Pred uporabo peresnik 10x obrnemo, nato ga povaljamo med dlanmi, da se sestavine dobro premešajo. Naredimo kožno gubo s tremi prsti, peresnik zapičimo pod kotom 45° (pri suhih bolnikih) in pod kotom 90° (pri čezmerno telesno prehranjenih). Po aplikaciji počakamo 30 s, preden peresnik izvlečemo, da se ves odmerjeni insulin resorbira. NE MASIRAMO MESTA VBODA!!! Masiranje povzroči hitrejšo delovanje insulina, tako pa se skrajša čas delovanja.

MESTA APLIKACIJE INSULINA:

- ultrakratko delujoči: trebuh (Novorapid, Humalog ...);
- kratko delujoči: trebuh (Humalin R, Actrapid ...);
- dolgo delujoči: stegno; (Lantus ...);
- srednjedolgo delujoči: stegno (Insultard, Humalin N ...);
- mešanica: trebuh (Mixtard 30, Mixtard 50, Novomix ...).

MENJAVA IGLE:

V bolnišnici menjavamo iglo po vsakem vbodu, doma pa imajo pacienti lahko eno iglo za 2 vboda do 3 vbode. Več ni priporočljivo, ker se izrabi silikonski premaz igle, lahko pride do poškodbe tkiva in s tem do infekcije.

Posebej se mi je vtisnilo v spomin dejstvo, da je za uspešno obvladovanje sladkorne bolezni odločilna predvsem ustrezna prehrana in telesna aktivnost bolnikov. Z novimi spoznanji, ki sem jih pridobila na seminarju, sem tudi izgubila strah pred hipoglikemijo, ki je pogosten med našim delom. Klinični znaki, ki jih opazimo pri pacientu s hipoglikemijo, nas in pacienta na srečo le opozarjajo, da bodo potrebni ukrepi, ki preprečujejo, da raven glukoze v krvi ne pade prenizko.

V večernih urah se je seminar zaključil z diskusijo in podelitvijo potrdil. Celotni seminar je potekal v sproščenem, kolegialnem duhu, predavanja so bila izčrpno pripravljena in predstavljena. S tem sem pridobila številna nova znanja o teoretičnih in praktičnih aspektih sladkorne bolezni. Med učnimi delavnicami smo spoznali praktične aspekte obravnave bolnika s sladkorno boleznijo in se aktivno vključevali vanje.

Naj zaključim, da mi je seminar omogočil številna nova znanja in menim, da je koristen za vsakogar, ki se pri svojem delu srečuje z bolnikom s sladkorno boleznijo. Naslednje tovrstno izobraževanje bo potekalo v mesecu marcu leta 2006. Priprave organizatorjev so v polnem teku, tako organizacijsko kot strokovno.

Strokovno srečanje Društva za oskrbo ran Slovenije na Bledu

14. in 15. april 2005

Marta Gantar

Tistega četrtega, ko smo se zbrali na dvodnevnem strokovnem srečanju Društva za oskrbo ran Slovenije (DORS) na Bledu, je celo april izgubil nekaj svojih zoprnih navad. Pod alpskimi vršaci nas je pozdravilo lepo sončno jutro in na obraze risalo nasmeh. Zanimiv in predvsem kakovosten program srečanja »Priporočila za oskrbo razjede zaradi pritiska in golenje razjede«, ki ga je pripravil strokovni odbor v sestavi: prof. dr. Zoran Arnež, dr. med., viš. svet., VMS Vanja Vilar, asist. Nada Kecelj Leskovec, dr. med., in asist. Tanja Planinšek Ručigaj, dr. med., je napovedoval številno udeležbo in res se nas je v konferenčni dvorani Concordia blejskega Golf hotela zbralo dvesto petdeset. V organizacijskem odboru so združili moči dipl. med. ses. Zdenka Kramar, prim. Ciril Triler, dr. med., VMS Marta Gantar, dipl.med.ses. Branka Kokalj, Helena Peric, univ. dipl. org., in dipl.med.ses. Oti Mertelj ter s pomočjo številnih sponzorjev pripravili izvrstno dvodnevno strokovno druženje.

Program prvega dne je bil namenjen obnovi znanja, izmenjavi izkušenj in predstavitvi novih spoznanj o razjedi zaradi pritiska (RZP), ki že stoletja predstavlja zaplet boleznin in velik zdravstveni, pa tudi socialni in ekonomski problem.

Uvodoma nam je prof. dr. Arnež spregovoril o kroničnih ranah, vzrokih njihovega nastanka, vrstah in zdravljenju. Neva Gavrilov, VMS, dipl. ekon., ET, je opozorila na vzroke za nastanek RZP, Zdenka Kramar, dipl.med.ses., je predstavila preventivni program preprečevanja RZP, Oti Mertelj, dipl.med.ses., je spregovorila o stopnjah RZP, prim. Ciril Triler je opozoril na vlogo zdravnika pri obravnavi RZP, Dragica Šalamon, VMS, ET, je svoje znanje in strokovne izkušnje združila v prispevku o oceni RZP, Vanja Vilar, VMS, ET, pa v prispevku o oskrbi RZP. Milena Klopčič, dipl. fizioterapevtka, nas je opozorila na pomen fizioterapije pri zdravljenju RZP, svoje izkušnje pri oskrbi pacientov z RZP pa nam je predstavila tudi patronažna VMS Blanka Andrenšek. Ob zaključku programa je najprej viš. med.

tehnika Matjaž Prešeren predstavil Klasifikacijo sodobnih oblog za rane, ki jih je Delovna skupina za sodobno oskrbo ran pri Sekciji trgovcev z zdravili in medicinskimi pripomočki izdala v obliki zelo priročne in uporabne brošure, nato pa sta Oti Mertelj in Vanja Vilar predstavili še dokument Smernice za oskrbo RZP, ki naj bi bil v prihodnje podlaga našega dela na področju preprečevanja in oskrbe RZP.

Strokovni program drugega dne se je začel s prispevkom Sandija Lufta, dr. med., o patofiziologiji, klinični sliki in klasifikaciji kroničnega venskega popuščanja, v nadaljevanju smo prisluhnili asist. Tanji Planinšek Ručigaj, dr. med., ki je spregovorila o lokalni terapiji venozne golenje razjede in dipl. med. ses. Nataši Čermelj, ki je predstavila zdravstveno nego bolnika z golenjo razjedo, asist. Nada Kecelj Leskovec, dr. med., je v svojem prispevku govorila o kompresijskem zdravljenju bolnikov z venozno golenjo razjedo, izvajanje kompresijske terapije pa je zelo nazorno prikazala VMS Justina Somrak. Asist. dr. Aleksandar Godić, dr. med., nas je seznanil z dodatnim zdravljenjem bolnikov z venozno golenjo razjedo, nato smo slišali še predstavitev dela in opreme flebološke ambulante in vpeljave smernic v patronažno zdravstveno nego v prispevku dipl.med.ses. Simone Muri, Mojce Peric in Renate Batas. Srečanje je zaključila ponovna predstavitev Klasifikacije sodobnih oblog za rane in predstavitev Smernic za obravnavo venoznih golenjih razjed.

Preživeli smo dva čudovita dneva in si nabrali veliko novih znanj. Želje mnogih udeležencev so bile po izdaji Zbornika predavanj in možnost nakupa Priporočil za oskrbo razjede zaradi pritiska in golenje razjede. Upamo, da bo to srečanje doseglo svoj namen in sicer poenotenje oskrbe razjede zaradi pritiska in golenje razjede v slovenskem prostoru. Želja organizatorjev pa je bila tudi, da se v društvo DORS vključi čimveč članov. Hvala vsem, ki ste to že storili in dobrodošli vsi, ki se boste za to še odločili.





INTERNATIONAL
ASSOCIATION OF
PEDIATRIC
NURSES

Logotip mednarodne zveze medicinskih sester v pediatriji

Odredba delovanja pediatrične medicinske sestre v Evropi

Na podlagi ugotovitev je utemeljen ZAKONSKI OSNUTEK ZA RAZPRAVO

Otroci in mladostniki imajo pravico do take zdravstvene oskrbe, ki jo izvaja pravilno izobraženo in usposobljeno medicinsko osebje. Otroci, starši in skrbniki imajo pravico vedeti, ali skrbi zanje pediatrična medicinska sestra, ki je uspešno zaključila priznано teoretično in praktično izobraževanje iz znanja zdravstvene nege dojenčka, otroka in mladostnika (1).

Mednarodno združenje medicinskih sester pravi, da bi moral biti naziv »medicinska sestra« zavarovan z zakonom in da bi države morale imeti urejen sistem z lastnim nadzorom nad stroko in njenimi člani.

Evropsko združenje pediatričnih medicinskih sester verjame, da je potrebno enako zavarovati z zakonom naziv »pediatrična medicinska sestra« in ki ga lahko uporabi samo tisti, ki je zakonsko pooblaščen za izvajanje celotnega področja pediatrične zdravstvene nege (2).

Namen odredbe je uvajati in izboljšati standarde v pediatrični zdravstveni negi (izobraževanje) zato, da pomagamo in zaščitimo otroke in mladostnike (3). Odredbena telesa za medicinske sestre obstajajo v veliki večini držav Evrope, za odredbo pediatrične medicinske sestre potrebujemo uradno imenovano telo, ki bo:

- Skrbelo za register vseh usposobljenih pediatričnih medicinskih sester, tako da zaposleni in državna služba lahko prepoznajo tiste, ki so usposobljeni za opravljanje dela;
- Postavilo standarde in razmejitve za: izobraževanje pediatričnih medicinskih sester, izvajanje pediatrične zdravstvene nege in vodenje;
- Kontroliralo standarde in kvaliteto pri izobraževanju pediatrične medicinske sestre;
- Preučevalo domnevne pojave napak pri izvajanju dela.

EZPMS pritiska na evropsko vlado, da spelje postopek popravka standarda zdravstvene nege otrok in mladostnikov s pravilno odredbo in podprtih izobraževanjem.

PNAE Regulation Draft 1, 30. 03. 2005

4. S predstavnikom iz Grčije Evangelosom Dousisom (Hellenic Nurses Association – Paediatric Nursing Sector) smo se dogovarjali glede Svetovnega kongresa pediatričnih medicinskih sester, ki bo leta 2007 v Atenah. Potrebujemo veliko volonterjev za izvedbo kongresa. Med volonterje sem se prijavila tudi sama, saj je to zelo pomemben korak k sodelovanju z ostalimi državami na področju pediatrične zdravstvene nege.

5. Sledila sta pogovor in obravnava izobraževanja pediatrične medicinske sestre v Evropi, prilagam razpravo:

Predpostavljamo, da morajo medicinske sestre, ki skrbijo za otroke, jamčiti, da so opravile specifični program iz pediatrične zdravstvene nege. Tako bomo podprle in zaščitile pravice otrok do odrejene zdravstvene oskrbe in pravice tistih, ki so specifično izobraženi za opravljanje tega dela. Zakaj potrebujemo program za izobraževanja pediatrične medicinske sestre? Ta program bi:

- **omogočil** registracijo medicinske sestre kot »pediatrična medicinska sestra«,
- **okrepil** temeljna pooblastila zdravstvene nege otroka,
- **bil** v soglasju z vnaprej določenimi standardi in pogoji Evropske unije,
- **imel** odobritev državnega telesa, na primer: profesionalna inštitucija, Zbornica – Zveza – Sekcija medicinskih sester v pediatriji, Akademsko inštitucija ali morda kombinacija vseh skupaj,
- **prepoznavali** posamezni člani države za pospešitev zmožnosti dela pediatrične medicinske sestre v celotni Evropi.

Program pediatrične zdravstvene nege bo usposobil medicinsko sestro, da pridobi naziv splošna pediatrična medicinska sestra, poleg tega pa potrebujemo v okviru pediatrične zdravstvene nege tudi še dodatna specialistična področja (v prihodnosti definicija neonatalne zdravstvene nege ...).

Izobraževanje za medicinsko sestro bi potemtakem moralo imeti oba vzorca zaščitena in z že vnaprej določenimi teoretičnimi in praktičnimi elementi, ki omogočajo medicinski sestri, da razvije potrebne sposobnosti, da lahko opravlja pediatrično zdravstveno nego otrok in njihovih družin na vseh ravneh zdravljenja tako v bolnišnici kot v družbenem okolju.

Za razvijanje kliničnih sposobnosti bomo potrebovali podporo, nadzor in učno bazo iz pediatričnega kliničnega okolja, ki bo omogočilo izobraževanje za diplomirano pediatrično medicinsko sestro.

Dolžina obeh, teoretičnega in kliničnega izobraževanja, bo odrejena s soglasnim mnenjem Evropskih držav članic.

Osnovna podpora programa za izobraževanje medicinskih sester zajema:

- Konvencija združenih držav o otrokovih pravicah (1989).
- Zdravje otrok in skrb (fizična in mentalna) za vključitev varnosti in zaščite.
- Razvojne potrebe otrok in mladostnikov: telesne, emocionalne, intelektualne, socialne (kulturne) in duševne.
- Osrednja skrb za otroka in družino.
- Zdravstvene informacije, zdravstvena vzgoja in promocija v povezanosti s populacijo/državnim zdravjem.
- Skrb za otroka z akutno/kronično/življenjsko ogroženost/s psihičnimi in fizičnimi omejitvami, nezmožnostmi/poškodbami (telesnimi/intelektualnimi/senzornimi).



- S sklicevanjem na: nacionalno in Evropsko raven/ mednarodnih otrok/zdravje/socialno politiko in demografske spremembe.

- Nadaljevanje razvoja stroke bo vključeno in odrejeno glede na pridobljene dokaze in nadaljni razvoj (kje/ko je to potrebno) bo temeljil na kritičnih /osnovnih potrebah in sposobnostih.

(Prevedla: Beisa Žabkar, dipl.m.s.; univ. dipl. org.)

6. Načrt dela v letu 2005/2006 bo vseboval naslednje smernice:

- postopek uvajanja pediatrične medicinske sestre se bo prenesel na Mednarodno združenje medicinskih sester (International Council of nurses- ICN)) in Mednarodno združenje pediatričnih medicinskih sester (International pediatric association – IPA),

- oblikoval se bo kodeks etike pediatrične medicinske sestre,

- zbrali bomo kadrovske normative v pediatrični zdravstveni negi na vseh ravneh zdravstvene dejavnosti.

7. Fiona Smith je poročala o rezultatih ankete, ki jo je opravila v mesecih januar in februar 2005. Cilj ankete je bil ugotoviti izvajanje pediatrične zdravstvene nege v Evropi. V prihodnosti bomo na to temo pripravile še podrobnejšo anketo, s katero bomo zajele izobraževanje iz pediatrične zdravstvene nege v državah Evrope.

8. Sestanek smo zaključile ob 17. uri in nato nas je gostiteljica odpeljala na ogled njihove bolnišnice.

Literatura:

- PNAE definition of Pediatric nursing

- Icn position statement Protection of Title »Nurse« (www.icn.ch/pstitle99rev.htm)

- Regulation of pediatric nurses is additional to criminal background checks that require to safeguard children in any care setting.

Raziskovanje v enterostomalni terapiji

Metka Žugelj

Strokovno srečanje medicinskih sester v enterostomalni terapiji, 18. in 19. april 2005, Terme Olimije

Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji je priredila dvodnevno strokovno srečanje z naslovom »Raziskovanje v enterostomalni terapiji«.

Ob pripravi programa za to strokovno srečanje so nas spremljali pomisleki, ki so se ob samem seminarju uresničili, in sicer, da bo udeležba medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov manjša, kot smo je vajeni iz preteklosti. Medicinske sestre smo vsepovsod na svojih delovnih mestih vpete v ritem dela, ukvarjamo se s pomanjkanjem kadra in obilico dela, kdo bi mislil ob tem še na raziskovanje svojega dela?

Pa vendar, sprejeli smo naše poslanstvo, z veseljem opravljamo to naše delo, vendar brez učenja ni napredka. Človek je ustvarjen za učenje, vsaka sekunda našega življenja je temu namenjena. Pričakovanja nas, izvajalcev zdravstvene nege, in tistih, ki so je deležni, so tolikšna, da jih lahko izpolnimo le s kontinuiranim izobraževanjem.

V trenutku potekanja in zaključka seminarja smo bili zadovoljni, da smo sledili izzivu, saj nas do svetovnega kongresa v ET 2008 v Sloveniji čaka veliko dela tudi s pripravami aktivnih prispevkov.

Vodilo nas je tudi spoznanje iz našega rednega letnega srečanja v decembru 2004, da bi morale medicinske sestre enterostomalne terapevtke več raziskovati na svojem področju dela in biti še bolj aktivne. Za govorniškimi odrom na svetovnem kongresu pričakujemo čimveč ET iz Slovenije, saj gre pot enterostomalne terapije pri nas vzporedno s svetom.

»Vizija brez naloge ni drugega, kot sen,
naloge brez vizije je tlaka,
vizija in naloga pa sta upanje sveta.«

Citat z neke cerkve v Sussexu, Anglija, ok. 1730, ki ga je uporabila v uvodniku našega zbornika Dragica Tomc Šalamun, predsednica sekcije.

Ko nekaj ustvarjaš, začneš pri koreninah, začeli smo z osnovami raziskovanja.

Sanja Vrbovšek nas je popeljala do temeljnih znanj in pomembne ugotovitve, da klinična praksa temelji na znanstvenoraziskovalnem delu.

Že leta 1981 je Hunt navedel pet razlogov, zakaj raziskovalna spoznanja v praksi nimajo pomena:

- ker medicinske sestre raziskovalnih spoznanj ne poznajo,
- ker jih ne razumejo,
- ker ne verjamejo vanje,
- ker ne vedo, kako bi jih uporabile,
- ker jim tega ne dopuščajo.

Za lažje in uspešnejše uveljavljanje raziskovalnih spoznanj v praksi je torej zelo pomembno sodelovanje med raziskovalci teoretiki in medicinskimi sestrami v praksi.

Med predavanji smo prišle do pomembnega zaključka, da z raziskovanjem ustvarjamo novo znanje, zvišujemo ugled in povečujemo prepoznavnost poklica



medicinske sestre v družbi in pripomoremo k zviševanju kakovosti ZN bolnika, kar pa je najpomembnejše.

Darinka Klemenc nas je z izkušnjami raziskovalne skupine pri DMSZT Ljubljana vrnila v leto 2000 in nam naslikala pot raziskovalne skupine od ideje do idej, o dinamiki, ki se je razvijala v skupini entuziastov, o povezovanju z Znanstvenoraziskovalnim inštitutom Visoke šole za zdravstvo, o sodelovanju s slovenskim zdravniškim društvom.

Skupaj smo potovali po poti raziskovalnih projektov DMSZT Ljubljana, od leta 1999 do 2005 in se prepričali, da je raziskovanje pomembno, da gre, samo začeti je treba ...

V prispevku mag. Irme Vrh smo poslušali o »Etičnih dilemah pri raziskovalnem delu v ZN« s poudarkom na odgovornosti do subjekta proučevanja. Izpostavila je problem integritete raziskovalca in zdravstvenega zavoda in nakazala vlogo Komisije za medicinsko etiko in Častnega razsodišča pri Zbornici – Zvezi.

Irena Špela Cvetežar je s predstavitvijo raziskave »Nasilje v endoskopiji« iz leta 2002 pokazala, da pripravljenost, da se o nasilju želimo pogovarjati, ga celo raziskati, pomeni velik napredek pri ozaveščanju zaposlenih v ZN. To pa je že pot za izboljšave na tistih področjih, kjer medicinske sestre lahko vplivamo na izboljšanje razmer, komunikacija, zadovoljivo informiranje, prijazen in profesionalen odnos in tako preprečiti, da do nasilja sploh ne pride.

Predstavitve začetkov raziskovanja na področju enterostomalne terapije segajo v leto 1989, ko je Marija Smolič poslala vprašalnik 165 stomistom, na podlagi vrnjenih 105 vprašalnikov, ki jih je statistično obdelala. To je bil prvi poskus pri ugotavljanju kakovosti življenja slovenskih stomistov ter argument za nadaljnje delo enterostomalnih terapevtov, ki je postajalo vedno bolj strokovno in vidno.

Zaključila je z mislijo, da bi bilo po tolikem času zanimivo vprašalnik ponoviti.

Marta Gantar je predstavila štiri raziskovalne naloge, ki so bile narejene v letih 1999 in 2003:

- anketa med enterostomalnimi terapevtkami in zdravniški kirurgi o pomembnosti pogovora s stomistom po prenehanju operativnega posega,
- stomist in spolnost,
- status enterostomalnih terapevtov v Sloveniji.

Raziskavi sta bili zanimivi, seveda pa sta odprli nešteto vprašanj, prav gotovo pa sta pripomogli k obogatitvi strokovnega znanja.

Po besedah T. Edisona: »Naša največja slabost je v tem, da odnehamo. Najzanesljivejši način, da dosežemo uspeh, je vselej ta, da poskusimo še enkrat.«

Torej, nikakor ne smemo odnehati in nismo odnehali, saj je Anica Zapušek prikazala načrtovano zdravstvenovzgojno delo in pomen učenja pri bolniku s črevesno stomo.

Informacije asist. mag. Eme Dornik o podatkovnih zbirkah in informacijskih virih za področja zdravstvene

nege so nam zelo dobrodošle in nam bodo prav gotovo pomagale pri iskanju odgovorov, saj raziskovalci pri svojem delu uporabljajo spoznanja predhodnikov, zato je spremljanje in širjenje znanstvenih dosežkov bistven element vsakega raziskovalnega dela.

Zelo nas je pritegnilo in navdušilo predavanje Zdravka Zupančiča z naslovom »Veščina javnega govorjenja in nastopanja.« To je potrebno slišati in intenzivno vključiti vsa čutila, seveda ni mogoče, da bi tako zanimivo predavanje orisala z nekaj besedami.

Učne delavnice:

- oblikovanje plakata, Ksenija Pfeifer,
- predstavitev v power pointu, Suzana Majcen Dvoršak, Tamara Štemberger Kolnik,
- oblikovanje anketnega vprašalnika, Andreja Mihelič Zajec.

Organizirane so bile ob zaključku, trajale so 60 minut in bile 2-krat ponovljene. Potrdile so veliko zanimanje vseh prisotnih na dvodnenem seminarju, saj smo se jih navkljub pozni uri udeležile v polnem številu.

Ob zaključku seminarja smo si bile enotne, da smo izbrale zelo zahtevne teme, vendar smo imeli srečo pri izbiri predavateljev, ki so nas vodili oba dneva in nas uspeli tudi motivirati.

Res je, kot sem dejala že na začetku, da je bilo število udeležencev veliko manjše, kot smo vajeni na naših sekcijah, toda upam si trditi, da je vsakomur, ki se zaradi pomislekov ni udeležil tega srečanja, lahko žal za zamujeno.

Preživele smo tudi zelo prijetno popoldne ob ogledu kraja in kulturnih spomenikov. Družabni večer smo izkoristili, da smo nazdravili svetovnemu kongresu 2008 v Sloveniji in spoznanju, zakaj je raziskovalno delo v praksi pomembno.

Ob koncu se zahvaljujemo naslednjim sponzorjem, saj brez njih organizacija seminarja ne bi bila mogoča:

Bayer Pharma Ljubljana, Lek d.d. Ljubljana, Loterija Slovenije d.d., Medex Ljubljana, Orbico d.o.o. Ljubljana, 3M (East)Ljubljana, ZZZS Ljubljana, SIND d.o.o., Valencia Stoma-medical d.o.o., INN d.o.o., Coloplast A/S.



izobraževanje

Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Koper

VABILO

Vsem medicinskim sestram in zdravstvenim tehnikom

Vabimo vas na strokovno srečanje **v sredo, 15. junija 2005 ob 17.00 uri,**
v Bolnišnici Sežana, Cankarjeva 4, Sežana.

Tema predavanja:

REHABILITACIJA KRONIČNEGA PLJUČNEGA BOLNIKA V POSEBNIH KLIMATSKIH POGOJIH – SPELEOTERAPIJA

Program strokovnega izobraževanja:

1. mag. Silvana Šonc, direktorica Bolnišnice: Pozdrav in uvodni govor
2. Doc. dr. sci. Pal Narancsik, dr. med., spec. int.:
Speleoterapija – Rehabilitacija kroničnega pljučnega bolnika v posebnih klimatskih pogojih
3. Iva Ambrožič, vms: Živeti z alergijskimi boleznimi
4. Ema Matevlijič, dipl.m.s.: Delo med. ses. v programu rehabilitacije
5. Silvana Janežič, dipl. fiziot.: Delo fizioterapevta v programu rehabilitacije
6. Ogled jame s predavatelji in odgovori na vprašanja

Udeležba na strokovnem izobraževanju se v kombinaciji s prvim letošnjim predavanjem šteje za strokovno izpopolnjevanje. Kotizacije za člane DMSZT Koper ni. Potrebna je potrditev udeležbe pri vaših predstavnicah do 13. 6. 2005.

Gostitelji srečanja, Bolnišnica Sežana, bodo poskrbeli tudi za pogostitev.

Vljudno vabljeni,

Pripravili:

Iva Ambrožič, vms, članica IO
Tadeja Bizjak, dipl.m.s., Tajnica DMSZT Koper

Predsednica DMSZT Koper:
Boja Pahor, dipl.m.s.

Slovensko zdravniško društvo – Združenje endokrinologov Slovenije

Delovna skupina za diabetično nogo
prireja

UČNO DELAVNICO OSKRBA DIABETIČNEGA STOPALA

7. - 8. 10. 2005, Preddvor pri Kranju, Hotel Bor – Grad Hrib

PROGRAM

Uvodna predavanja:

- Epidemiologija, etiopatogeneza in klasifikacija
- Nevropatično stopalo
- Periferna žilna bolezen in diabetično stopalo
- Glivične okužbe stopal in nohtov
- Konzervativno in kirurško zdravljenje razjed na stopalu
- Preprečevanje prenosa rezistentnih sevov bakterij
- Obvezilni materiali
- Mavčenje in kirurške metode razbremenitve
- Fizikalne metode zdravljenja razjed
- Indikacije, izbira in izdelava ortopedске obutve
- Rehabilitacija po amputaciji

Prikazi primerov iz klinične prakse

Učne delavnice – osnovni program

- Presejalni test za diabetično stopalo – izvedba
- Merjenje perfuzijskih tlakov
- Medicinska pedikura

Novosti v diagnostiki in terapiji – nadaljevalni program:

- Antibiotična terapija inficiranih razjed na stopalu
- Pristop k bolniku z bolečo nevropatijo
- Zdravljenje ishemičnih razjed s hiperbarično komoro
- Možnosti žilne kirurgije pri zdravljenju diabetične makroangiopatije
- Uporaba trombocitnega koncentrata pri zdravljenju razjed
- Plastično-rekonstruktivna kirurgija in kronična nevropatična razjeda

Kotizacija: 40.000 SIT + DDV

Informacije in prijave:

mag. Vilma Urbančič, dr. med.,
tel./faks 01-522-27-38,
e-mail: vilma.urbancic@kclj.si

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije

SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV V ENDOKRINOLOGIJI

Vabi na strokovno srečanje

SLADKORNI BOLNIK IN NOVE SMERNICE,

ki bo 14. in 15. 10. 2005 na Rogli

- 09.00–10.30 **Registracija udeležencev in ogled razstave**
- 10.30–11.00 **Pozdrav udeležencev – beseda organizatorja, kulturni program**
Moderator: Barbara Žargaj
- 11.00–11.30 **Zdravo hujšanje**
Dr. Tina Sentočnik
- 11.30–12.00 **Kako določiti energetske vrednosti za posameznika (merjena prehrana)**
Katarina Kovačič, dipl.m.s.
- 12.00–12.50 **Ogljikovi hidrati in njihov vpliv na urejenost krvnega sladkorja**
Andrej Krašovec, dipl. zn.
- 12.50–13.20 **Funkcionalna insulinska terapija (FIT) – Kaj je to**
Doc. dr. Marjeta Tomažič, dr. med.
- 13.20–14.20 **ODMOR**

Moderator: Milena Bohnec

- 14.30–14.50 **FIT v praksi**
Mateja Tomažin Šporar, viš.med.ses.
- 14.50–15.50 **Merjena prehrana - Učna delavnica 1**
Milena Bohnec, prof. soc. ped.,
Andrej Krašovec, dipl. zn.
- 14.50–15.50 **Merjena prehrana - Učna delavnica 2**
Mateja Tomažin Šporar, viš.med.ses.,
Irena Strašek, viš.med.ses.
- 14.50–15.50 **Merjena prehrana - Učna delavnica 3**
Jana Klavs, viš.med.ses.,
Metka Arhar, dipl.m.s.
- 16.00–16.30 **Diskusija in poročanje**
Moderator: Milena Bohnec, viš.med.ses.,
prof. soc. ped.
- 16.30–17.20 **Občni zbor**
- 17.20 **Pohod z baklami**

20.00 **VEČERJA S PLESOM**

SOBOTA, 15. oktobra 2005

Moderator: Biba Kodba

- 08.30–09.00 **Sodobni pogledi na zdravljenje s peroralnimi antidiabetičnimi zdravili**
Andrej Zavratnik, dr. med., spec. internist

- 09.00–09.20 **Kirurška terapija diabetičnega stopala**
Barbara Štirn, dr. med., spec. krg.
- 09.20–09.40 **Zdravstvena nega bolnika po amputaciji spodnjih okončin**
Barbara Jetiš, dipl.m.s.
- 09.40–10.00 **Fizioterapija po amputaciji spodnjih okončin**
Nada Knuplež, višji fizioterapevt
- 10.00–10.40 **Moč izrečene besede**
Boštjan Romih
- 10.40–11.20 **ODMOR**
- 11.20–12.20 **Štetje OH – Učna delavnica 1**
Milena Bohnec, prof. soc. ped., Andrej Krašovec, dipl. zn.
- 11.20–12.20 **Štetje OH – Učna delavnica 2**
Mateja Tomažin Šporar, viš.med.ses.,
Irena Strašek, viš.med.ses.
- 11.20–12.20 **Štetje OH Učna delavnica 3**
Jana Klavs, viš.med.ses.,
Metka Arhar, dipl.m.s.
- 12.20–12.40 **Diskusija in poročanje**
Moderator: Jana Klavs, viš.med.ses.
- 12.20–12.40 **NOVOSTI**
Mateja Tomažin – **kurikulum zdravstvenovzgojnega dela pri delu s sladkornimi bolniki – vrednotenje posamezne učne ure**
Milena Bohnec – **Priročnik**
Jana Klavs – **oblikovanje novega edukacijskega kartona**
Andrej Krašovec – **vbodna mesta – rotacija, insulinska shema**

Zaključek srečanja

Splošne informacije

Kotizacija za člane znaša 38.000 SIT, za druge/ nečlane 50.000 SIT in jo nakažite na transakcijski račun: NLB, posl. Tavčarjeva 7, Ljubljana – ZDMSZTS št. 02031-0016512314, sklic na številko 00 120 + 18 s pripisom sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v endokrinologiji.

Prenočišča smo rezervirali v hotelu na Rogli. Kontaktna oseba je ga. Breda Einfalt, tel. 03-757 61 63, e-pošta bredda.einfalt@unior.si. Prijavnico s pravilno izpolnjenimi podatki pravočasno pošljite na naslov: Klinični center, Diabetološke ambulate, Njegosporar ali Jana Klavs, na telefonski številki 01-522-25-26.

*Predsednica sekcije:
Mateja Tomažin Šporar*

PRIJAVNICA ZA STROKOVNA SREČANJA

Zavod (podjetje) _____

Poštna številka in kraj _____

Ulica in hišna številka _____

Zavezanec za DDV DA NE (obkrožite) - Davčna številka _____

Telefon _____ Kontaktna oseba: _____

Prijavnica za strokovno srečanje v kraju _____ dne _____

z naslovom _____

Organizator _____

Prijava udeleženk/cev:

S podpisom prijavljena/ni
soglašam, da se moje ime,
priimek in delovna organizacija
posreduje sponzorjem.

IME IN PRIIMEK

DELOVNO MESTO Št. članske izkaznice

Kotizacijo z DDV v višini _____ tolarjev je poravnana:

☐ Na poslovni račun NLB, posl. Tavčarjeva 7, Ljubljana - ZDMSZTS št.. 02031-0016512314,

sklic na številko 00 120 + (številka stroškovnega mesta sekcije)

nakazilo izvedeno dne _____

☐ Z gotovino na dan seminarja ☐ S čekom na dan seminarja

Datum prijave _____

ŽigPodpis odgovorne osebe: _____



II. Srečanje medicinskih sester v pediatriji v Mariboru z mednarodno udeležbo

Milena Frankič

V okviru SREČANJA PEDIATROV V MARIBORU, ki je letos že 15. po vrsti, je postalo tudi srečanje medicinskih sester tradicionalno. II. srečanje medicinskih sester v Mariboru, letos z mednarodno udeležbo, se je iz lanskoletnega enodnevnega srečanja razširilo v dvodnevno. Teme letošnjega srečanja so bile:

- BOLEČINA PRI OTROKU

- KRONIČNE VNETHNE ČREVESNE BOLEZNI PRI OTROCIH

- VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI ORGANIZIRANJU SLUŽBE V DISPANZERSKI DEJAVNOSTI ZA OTROKE IN MLADINO NA PRIMARNI RAVNI.

Medicinske sestre čutimo vedno večjo potrebo po dodatnem izobraževanju, ki mora biti usmerjeno v pridobivanje novih funkcionalnih znanj. Še posebej si moramo prizadevati, da so programi usmerjeni na posebna specialna področja, saj brez vsega tega ne moremo govoriti o strokovni rasti medicinske sestre. Le tako lahko nadaljnji razvoj dela v pediatrični zdravstveni negi temelji na strokovnem napredku. Delujemo v dobro vseh naših pacientov in spoštujemo strokovne standarde za zagotavljanje njihovih vrednosti.

Srečanje je bilo namenjeno vsem medicinskim sestram v pediatriji, patronažnim in tudi drugim medicinskim sestram. Vsebine izobraževanja so bile tako z bolnišnične kot tudi s primarne ravni. Le s takšnim osvajanjem znanja bomo medicinske sestre lahko skrbale za kakovostno zdravstveno nego v pediatriji. V obdobju hitrih sprememb se pojavlja vse večja potreba po sodelovanju in združevanju v zdravstveni negi.

Naj nam zvenijo zapisane besede prof. Gregoriča, ki sem jih prebrala v enem od zbornikov srečanja pediatrov v Mariboru: OTROCI SO NAJPOMEMBNEJŠA STVAR NA SVETU ... Zato nam je vsem še posebej v zadovoljstvo, da je Svetovna zdravstvena organizacija letošnji 7. april, Svetovni dan zdravja, ki je potekal pod geslom ZA VSAKO MAMO IN VSAKEGA OTROKA, posvetila prav zdravju otrok in njihovih mam.

Po zaključenem delu srečanja na temo VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI ORGANIZIRANJU SLUŽBE V DISPANZERSKI DEJAVNOSTI ZA OTROKE IN MLADINO NA PRIMARNI RAVNI je predsednica SEKCIJE MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH

TEHNIKOV V PEDIATRIJI, ga. Beisa Žabkar, povzela naslednje sklepe:

- medicinska sestra, zdravstveni tehnik in zdravnik so tesni sodelavci v timu,
- pacienta (otrok, družina, svojci) je potrebno pri našem delu v prihodnje postaviti v ospredje,
- odgovorna medicinska sestra mora prevzeti odgovornost za izvajanje zdravstvene nege (vedeti mora, kam pelje tim, biti mora mirna in strpna in sodelavcem za vzgled),
- medicinske sestre potrebujejo več znanja iz menedžmenta,
- na področju telefonske komunikacije je nujno potrebno v zdravstvenih domovih ustanoviti klicni center, v katerem bi morala biti zaposlena medicinska sestra in tako bi bili zaposleni v zdravstveni negi razbremenjeni in bi imeli več časa za pacienta,
- v svetu obstajajo teleposvetovalnice in zdravstvenovzgojne nasvete posredujejo v klicnih centrih,
- medicinske sestre in zdravstveni tehniki imajo premalo časa za izvedbo testa DENVER II,
- neustrezni prostori in oprema za izvajanje testa DENVER II,
- približno 20 % tečajnikov še ni opravilo praktičnega preverjanja znanja in zato si še niso pridobili CERTIFIKATA,
- medicinske sestre želijo, da ZBORNICA – ZVEZA določi višino cene predavanja medicinske sestre.

Od desne proti levi: ga. mag. Milica Lahe, predsednica Društva medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Maribor, ga. dr. Majda Pajnikihar, VZŠ Maribor, in ga. Ivica Brumec, glavna medicinska sestra Kliničnega oddelka za Pediatrijo SBM.



Udeleženci seminarja

Strokovno srečanje članov Društva medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Maribor ob 12. maju – Mednarodnem dnevu medicinskih sester

Ksenija Pirš, Milica Lahe, Boris Miha Kaučič



Udeleženci prireditve

Letošnji moto Mednarodnega sveta medicinskih sester "Medicinske sestre za varnost pacientov: boj proti ponarejenim in podstandardnim zdravilom" na prvi pogled ustvarja vtis opisovanja odmaknjene, nepoznanega problema, strokovnjaku v slovenskem zdravstvenem poklicu pa predstavlja problem, s katerim se v praksi k sreči še ne srečuje ... je bilo razbrati v razpravi po strokovnem srečanju članov mariborskega Društva ter vabljenih gostov, strokovnjakov na področju klinične farmakologije ter zasebne lekarniške dejavnosti.

Po podatkih, s katerimi Mednarodni svet medicinskih sester opozarja na nevarnost in svetovno razširjenost problema ter pričenja večsektorsko kampanjo, vključujočo tudi druge zdravstvene poklice, paciente ter industrijo, je problem vseobsežen in nepredvidljiv. Pred nas postavlja odgovorno nalogo, sodelovati v boju proti ogrožanju pacientovega zdravja v procesu zdravljenja in negovanja v vseh možnih razsežnostih. Da je problem epidemiološke narave, priča podatek, ki v skupku orodij in informacij za akcijo Mednarodnega sveta govori o tem, da je več kot 10 % vseh zdravil, ki so na voljo na svetovnem trgu, ponarejenih. Svetovna zdravstvena organizacija ocenjuje celo, da je do 25 % zdravil, ki se uporabljajo v deželah v razvoju, ponarejenih ali podstandardnih.

Kako odmaknjeni smo v resnici in ali je razdalja dovolj velika, da smo varni pred tovrstnimi zdravili?

Vemo, da so razdalje v sodobnem svetu informacijskih in drugih tehnologij abstraktne in velikokrat zgolj simbolne ponazoritve kategorije časa in prostora.

Namreč: Koliko kilometrov lahko prepotuje potnik v enem dnevu ali koliko nekih merskih enot lahko umeri razdaljo enega dne, enega meseca in podobno?... V tem

trenutku nekaj deset, v naslednjem nekaj sto in še več ... do tistega dne, ko se bomo ukvarjali z istim problemom.

Ali bomo pravočasno vedeli, da ga imamo? Zaradi nepomembnih svetovnih razdalj je pravočasnost morda s tega stališča tista učinkovitost, ki služi zaupanju pacientov.

Zakaj prevzemamo odgovornost za varnost pacientov pred ponarejenimi in nevarnimi zdravili nase?

Ker medicinske sestre vse bolj prevzemamo družbeno skrb, ker nam delo ob pacientih omogoča prepoznavanje potreb ljudi in ker se nanje strokovno odzivamo po poklicni dolžnosti. Ker imamo priložnosti, ki so kot privilegij, približati se ljudem in poznati okoliščine, v katerih se ponuja pravi trenutek.

Ker, ker, ker in še stokrat zato, ker imamo kot poklicna skupina pomembno mesto v družbeni etiki za novo tisočletje. Potreba po etiki, skrbi in sočutju v družbi narašča, kot da bi rasla sorazmerno s sodobnostjo. O občutjih odtujenosti in osamljenosti sodobnega človeka, ki govori proti pompozni retoriki o tehnološkem razvoju ter družbenem napredku, govorimo vsak dan, beremo, poslušamo, občutimo, spremljamo, vidimo in razmišljamo.

V številnih svetovnih raziskavah nas ljudje uvrščajo v vrh glede poštenja in etičnih standardov med različnimi poklici, pravi tudi predsednica Mednarodnega sveta medicinskih sester Christine Hancock ter dodaja, da nam pacienti zaupajo, ter da je naša dolžnost, da se izkažemo vredni tega zaupanja.

Kako razmišljamo o zaupanju pacientov? Govoriti o zaupanju pomeni ubesediti največjo človeško motivacijo. Biti vreden zaupanja, kot nagovarjajo besede predsed-

nice, pa pomeni nenehno prizadevanje, odgovornost, poštenje, častnost, marljivost, strokovnost, etičnost, ekspertnost. Pomeni vrednost, ki nas ocenjuje.

Kako o zaupanju razmišljajo pacienti in kako nam zapajajo naši sodelavci drugih zdravstvenih poklicev?

Direktor Zavoda za zdravstveno varstvo Maribor, prim. Karl Turk, je med drugim spregovoril o zavedanju, ki vse bolj temelji na potrebah naših pacientov, kako pomemben člen v obravnavi le teh je strokovnjak zdravstvene nege.

Ni tako zapleteno, tudi po teoriji managementa, voditi strukturno homogene time, ki sestojijo bodisi iz enako izobraženih, bodisi starostno ali spolno neraznolikih članov. Struktura članov negovalnega tima pa se močno spreminja, zato se spreminja tudi struktura širšega zdravstveno negovalnega tima. Izobraževanje medicinskih sester na visokošolskih, fakultetnih in podiplomskih študijskih programih omogoča razvoj različnih znanj in veščin, vloga medicinske sestre v sistemu zdravstvenega varstva ter v družbi pridobiva nove razsežnosti. Izobrazbeno različna struktura negovalnega tima širi kategorijo tima na pluralizacijo, ki presega logiko pomočnikov v odvisni funkciji tudi pri strokovnjakih drugih zdravstvenih poklicev. Številne družbene spremembe in vloga vse bolj osveščenih uporabnikov zdravstvenega sistema, partnerjev, ki pričakujejo enakovreden odnos in odločanje, pred institucionalni management postavljajo velik izziv. Ljudem znotraj timov bo namreč potrebno omogočiti, da avtonomno razvijajo svojo specialnost in tukaj ima svoje mesto zaupanje, o katerem govorimo.

Ali si zaupamo med seboj? Ali morda stopnja medsebojnega zaupanja pogojuje zaupanje tistih, ki nas opazujejo? Podobno, kot samopodoba in njena zrcalna slika, o kateri smo spregovorili z *generalno sekretarko Zbornice – Zveze, gospo Petro Kersnič*.

Da, včasih je modrost molčati, a biti nemi spremljevalec bolnih, kot naše delo opisuje novinarka Polnočnega kluba ... hvala za besede, ker pač ne smemo molčati, ker moramo naglas govoriti tudi zavoljo tistih, ki nas srečujejo le na ulici ali v studijih.

Kdo ostaja brez besed, niti ni tako pomembno, pomembno je le, da smo, kar pacienti potrebujejo, včasih tudi samo tolažba. Z besedo ali le s človeškim dotikom tudi zdravimo, če je potrebno, in, da, tudi govorimo. Poznamo besede, ki zvene tako in drugače, namesto in za paciente, ko smo zagovornice njihovih potreb v trenutkih, ki jih soočajo z odvisnostjo.

Beseda o podobi naj ne bo beseda o nemih spremljevalcih, naj diši sladko in naj se sliši tudi tako: "Kaj, če se Shakespeare moti in bi vrtnica, če bi jo imenovali drugače, ne dišala tako sladko?" Pomembno je, kdo jo je imenoval z razlogom, ki ga opravičuje ljubezen. Tako je pomembno, komu namenimo priložnost, da nas imenuje. Vsaj z enim razlogom, spoštovane in spoštovani, najprej sami.

Če bi se imenovali drugače, bi morda res ne dišali tako sladko, je s svojo resnično izpovedjo o otroški izkušnji bolnika navdušil *umetnik Sebastijan Toš*, ki je ob spremljavi prijateljev, glasbenikov odpel globoke življenjske

misli Arsena Dedića, ki s svojo poezijo ostaja majhen v upanju, da ti lahko rasteš ... ti, ki poslušas ... Nič ni narobe s skromnostjo, če služi svojemu namenu, prepriča pesnik v svojih šansonih.

Samo, kadar služi, je neprecenljiva vrednost zaupanja. Odgovorni smo za to, kar delamo, pa tudi za tisto, česar ne počnemo. Ob opozarjanju na številne nevarnosti neustreznih sestavin, ki pretijo ob predpisovanju, dajanju in spremljanju stranskih učinkov tovrstnih zdravil, medicinske sestre posebej poudarjamo, da smo v zdravstvu na izpostavljenem položaju. Zato smo k sodelovanju povabili *Natašo Faganeli, magistrico farmacije, specialistko, ki je zaposlena v Ortopedski bolnišnici Valdoltra, kjer opravlja delo vodje centralne lekarne*. Predstavila nam je ponarejena zdravila ter problemsko obarvala evropska stališča glede obravnavane tematike.

Organizacija lekarniške dejavnosti je razsežna, zato za dobro, nemoteno delovanje in obvladovanje vključuje tudi strokovno sodelovanje medicinskih sester.

Vloga medicinske sestre v boju proti ponarejenim in podstandardnim zdravilom v okolju *primarnega zdravstvenega varstva Zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca Maribor* sta predstavili *Milena Frankič, glavna medicinska sestra organizacijske enote Varstva žensk, otrok in mladine, ter Mojca Bačun, medicinska sestra, zaposlena v Dispanzerju za otroke*.

O mestu in vlogi medicinske sestre pri organizaciji naročanja in shranjevanja zdravil v *kliničnem okolju bolnišničnega zdravstvenega varstva* sta razmišljali in jo predstavili *Breda Koban, svetovalka glavne medicinske sestre Splošne bolnišnice Maribor, ter Anemarija Smonkar, glavna medicinska sestra Oddelka za kardiokirurgijo*.

Strokovno razpravo smo zaokrožili z vidika prizadevanj za varnost pacientov pred ponarejenimi in podstandardnimi zdravili, dostopnimi zunaj zdravstvenih ustanov in s tem namenom gostili tudi *Magdaleno Lah, magistrico farmacije, zaposleno v zasebni lekarniški dejavnosti*. Ob dolgoletnih delovnih izkušnjah je kot zdravstveni vzgojitelj in svetovalec med drugimi zasluzna za pomembno regionalno prosvetljenost ljudi.

Ne glede na raven zdravstvene obravnave pacientov je skupna ugotovitev, da organiziranost dejavnosti sodobnega zdravstvenega varstva lahko sloni le na strokovnem delu, učinkovitem medsebojnem sodelovanju ter na odlični, ne le dobri komunikacijski kulturi samostojnih, a hkrati soodvisnih strokovnjakov različnih zdravstvenih poklicev, med katerimi je vloga medicinske sestre prepoznavna ne le po strokovnosti, temveč tudi po vlogi varuha, zagovornika in skrbnika človekovih potreb po družbeni skrbi, etiki in sočutju.

Želili bi, spoštovane kolegice in kolegi, da bi se ob strokovnem in družabnem druženju pogostejše srečevali. Ob tovrstnih slovesnostih namreč primerno obeležimo pomembne trenutke, ki ob številnih delovnih in drugih obveznostih navidezno neopazno utonejo v pozabo. Naj ob tej priložnosti vendarle povemo, kako pomembno je, da ste, medicinske sestre, babice in vsi izvajalci zdravstvene nege, strokovnjaki, ki opravičujejo vredno zaupanje ljudi. Veseli nas, da je pred nami še mnogo skupnih načrtov.

Poročilo s sestanka Evropskega združenja pediatričnih medicinskih sester v Rotterdamu na Nizozemskem

Beisa Žabkar

Predstavnica Nizozemske in predsednica Nizozemske sekcije pediatričnih medicinskih sester je bila gostiteljica 5. sestanka Evropskega združenja pediatričnih medicinskih sester (v nadaljevanju EZPMS), ki je bil v Rotterdamu 22. 04. 2005. Sestanek je potekal v Otroški bolnišnici Sophia.

Tokrat smo se sestanka udeležili predstavniki držav: Nizozemske, Anglije, Danske, Belgije, Grčije, Italije, Slovenije, Hrvaške, Irske in Švedske. Uradni del sestanka je začel ob 10.30. Sestanek je vodila kolegica z Nizozemske Corry van den Hoed-Heerschop. Po uradni predstavitvi posameznikov in pediatrične zdravstvene nege v vsaki državi je Corry predstavila Sekcijo pediatričnih medicinskih sester na Nizozemskem.

Sekcija pediatričnih medicinskih sester na Nizozemskem

Sekcija je bila ustanovljena leta 1994, trenutno ima 1900 članov ter predstavlja eno izmed največjih sekcij specialističnih medicinskih sester. Naloge sekcije so: da izvaja in organizira izobraževanja v obliki enodnevnih, dvodnevni strokovnih srečanj ter kongresov znotraj in zunaj države. Prav tako skrbi za stike z javnostjo in ima svojo spletno stran. Za sekcijo skrbi 50 prostovoljcev. Letno izdajo 5 izvodov strokovnih revij iz pediatrične zdravstvene nege. Skrbi pa tudi za izdajo posameznih standardov.



Udeleženci sestanka v Rotterdamu

Na Nizozemskem je leta 1998 potekal 22. mednarodni pediatrični kongres in 1. mednarodni kongres medicinskih sester v pediatriji. Mednarodno združenje pediatričnih medicinskih sester se je ustanovilo 22. 08. 1998 po predhodnih dveh sestankih predstavnikov iz držav vsega sveta. Članstvo ni namenjeno posameznikom, temveč državam. Iz tega je kasneje nastalo EZPMS. Sestanek je potekal po programu:

1. Spejele smo zapisnik s sestanka v Yorku 22. 04. 2005.

2. Pod točko tri smo se ustavile pri oblikovanju enotnega slovarja EZPMS. Prilagam slovar, v katerega se bo uvrstila tudi naša sekcija z okrajšavo:

SAPHC Slovenian Association for nurses in pediatric health care

Pediatric Nursing Associations of Europe

GLOSSARY of Acronyms

- APEE** Association for Paediatric Education in Europe
- CESP** Confederation of European Specialists in Paediatrics (EU)
- EACH** European Association for Children in Hospital (national consumer groups)
- EBP** European Board of Paediatrics (CESP sub Board)
- ESSOP** European Society of Social Paediatrics
- ESPNIC** European Society of Pediatric and Neonatal Intensive Care
- ESPR** European Society for Paediatric Research
- EU** European Union
- IAPN** International Association of Paediatric Nurses
- ICN** International Council of Nurses
- IPA** International Pediatric Association
- IPNRN** International paediatric nursing research network
- NoSB** Nordic association for nurses who work with children and young people
- IFN** International federation of Nurses
- PNA** Paediatric nursing (or nurses') association
- PNAE** Paediatric Nursing Associations of Europe
- RCN** Royal College of Nursing UK
- UEMS** European Union of Medical Specialties
- UNESPA** Union Of National European Paediatric Societies And Associations
- UNICEF** United Nations Children's Fund
- WHO** World Health Organisation

Updated 30. 03. 2005 (AC)

Definicijo pediatrične medicinske sestre smo ponovili in ugotovili, da so v nekaterih državah že posamezni premiki k sprejetju definicije.

3. Temu je sledil pogovor o izobraževanju in registraciji pediatričnih medicinskih sester v Evropi. Prilagam odredbo o uvedbi pediatrične medicinske sestre v Evropi.

Strokovni sestanek EfCCNa v Sloveniji

Maruša Brvar, Draga Štromajer

Evropsko združenje EfCCNa – European federation of Critical Care Nursing associations, ki vključuje 23 evropskih držav, je bilo ustanovljeno leta 1999 z namenom povezati medicinske sestre, ki delajo na področju zdravstvene nege življenjsko ogroženih bolnikov, promovirati zdravstveno nego in vzpostaviti razmere za sodelovanje znotraj Evrope. Ena od ustanovnih članic je tudi Slovenija, ki se je vključila s Sekcijo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v urgenci. Predstavniki vseh držav članic se dvakrat letno srečujejo na strokovnih sestankih v različnih državah, kjer je veliko priložnosti za konstruktivne diskusije in izmenjave stališč med posameznimi predstavniki držav, enakopravnih partneric, na področju izobraževanja, raziskovanja, menedžmenta in prakse zdravstvene nege življenjsko ogroženih bolnikov.

Spomladanski sestanek je potekal 23. in 24. 4. 2005 v Ljubljani v hotelu Slon v organizaciji Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v urgenci. Sestanka se je udeležilo 20 predstavnikov držav članic. Pri vodenju sestanka smo sodelovale Maruša Brvar, ki je predstavnica Sekcije v združenju, ob prisotnosti Slavice Klančar, pobudnice vključitve in dolgoletne predstavnice Slovenije v združenju, Melanije Plančak, svetovalke strokovne sekcije, in Drage Štromajer, predsednice Sekcije.

Priprave na sestanek so intenzivno potekale zadnjega pol leta, saj je bila lani na srečanju v Cambridgu sprejeta odločitev, da se zaradi potrebe po večji prepoznavnosti združenja, večjemu vplivu in učinkovitosti in tudi možnosti za članstvo v PCN (odbor ICN za Evropo) v prihodnosti preoblikuje vodstvo. Dosedaj EfCCNa ni imela predsedstva, ampak štiričlanski administrativni odbor, kateremu je vsakič predsedoval predstavnik tiste države, v kateri je bil sestanek. Potrebno je bilo pripraviti spremembe Statuta in nominirati petčlansko predsedstvo (Board of Officers) ter opredeliti funkcije posameznih članov.

Uvodne pozdrave in dobrodošlico nam je pred pričetkom dela prvi dan zaželela generalna sekretarka Zbornice – Zveze Petra Kersnič. Vsem predstavnikom je razdelila nekaj promocijskega gradiva o našem poklicnem združenju.

Po uvodu, pregledu povzetkov zadnjega sestanka in poročilih o delu združenja v zadnjem obdobju je sledilo celodnevno dolgotrajno usklajevanje statuta, ki je bil potrjen in sprejet. Volitve so bile naslednji dan. Za člana predsedstva je bila nominirana tudi Maruša Brvar. Za predsednika je bil izvoljen Wouter de Graaf (Nizozemska), za podpredsednika Rosa Thorsteinsdottir (Islandija), za tajnika Heike Strunk (Nemčija), za blagajnika Amparo Bernat Adell (Španija) in za člana John Albarran (Velika Britanija).

Po volitvah smo nadaljevali s predstavitvijo priprav na drugi kongres (prvi je bil v Parizu leta 2002), ki bo no-



Udeleženci sestanka v hotelu Slon

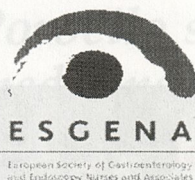


Predsedstvo EfCCNa in predstavnice Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v urgenci

vembra v Amsterdamu. Vsi smo bili povabljeni, da na kongresu aktivno sodelujemo in ga čim bolj promoviramo. Pričakuje se udeležba vsaj 300 do 400 medicinskih sester.

Sledila je predstavitev rezultatov dveh študij in predstavitev organizacij »critical care« Italije, Finske in Cipra. V popoldanskem delu smo delali v skupinah. Najbolj aktivni skupini sta »exchange« in »education« committee. Prva pripravlja program za izmenjave medicinskih sester, ki bodo lahko obiskale bolnišnice v tujini. Skupina predvsem zbira naslove bolnišnic, ki bi bile pripravljene za en teden sprejeti medicinske sestre iz tujine. V drugi skupini sodeluje tudi Slovenija, že večkrat in tudi tokrat smo dali pobudo za izmenjavo standardov za izobraževanje med državami, saj je izobraževanje za »critical care« po Evropi organizirano zelo različno. Na dnevnem redu so bile še nekatere točke, ki jih žal zaradi pomanjkanja časa nismo uspeli obravnavati. Sestanek je bil zaključen v nedeljo ob 17. uri, ko smo se poslovili in zaželeli srečno pot domov.

Sestanek je bil tudi priložnost za promocijo Slovenije. Naši gostje so bili navdušeni nad Ljubljano, čeprav so imeli na voljo le malo prostega časa za pohajanje po mestu. Tudi z organizacijo so bili zadovoljni. Srečanja EfCCNa so tradicionalno konstruktivna in potekajo v prijateljskem, sproščenem ozračju, kjer prav vsakdo lahko aktivno sodeluje s kritičnimi mnenji, izkušnjami in predlogi in tudi srečanje v Ljubljani je bilo eno takih.



EUROPEAN SOCIETY OF GASTROENTEROLOGY AND ENDOSCOPY NURSES AND ASSOCIATES (E.S.G.E.N.A.)

ANNOUNCEMENT TO 9TH ESGENA MEETING

In association with the **Danish Endoscopy Nurses Society**
in conjunction with the **13th United European Gastroenterology Week (UEGW)**
in Copenhagen, Denmark

15-17 October 2005

PRELIMINARY PROGRAMME

SATURDAY, 15TH OCTOBER 2005

8 parallel workshops offer a variety of interesting topics. The limited number of participants per workshop (50-100 persons) will strengthen communication and interchange of information between colleagues from different countries.

13:30-15:00 hours (four parallel workshops):

1. Endotrainer (Training on pig dummies)
2. New stents in the GIT Tract
3. Hygiene & Infection Control
4. Nurse Endoscopist

15:00-17:00 hours (four parallel workshops):

5. Endotrainer (Training on pig dummies)
6. New Endoscopic Techniques
7. Communication
8. Management

SUNDAY, 16TH October 2005

In two parallel halls nursing orientated topics will be presented and discussed as state-of-the-art lectures, free papers and pro-contra-debates:

08:30-10:00 hours	<u>Session 1:</u>	Therapeutic EUS	<u>Session 2:</u>	Education & Specialist Training
10:30-12:00 hours	<u>Session 3:</u>	Free Paper Session (Clinical)	<u>Session 4:</u>	Inflammatory Bowel Diseases
12:00-13:30 hours		Lunch & Poster Session		
13:30-15:00 hours:	<u>Session 5:</u>	Free Paper Session (Research)	<u>Session 6:</u>	Update on Colorectal Cancer Screening
15:30-17:00 hours:	<u>Session 7:</u>	Liver Disease	<u>Session 8:</u>	Bronchoscopy
17:15-18:15 hours:		ESGENA General assembly		

MONDAY, 17TH October 2005

On Monday technical and nursing issues aspects will be combined in two plenary sessions, followed by the Best Free Paper and Best Poster Award:

08:45-10:30 hours :	<u>Session 9:</u>	New Techniques and Developments in Endoscopy
11:00-12:30 hours :	<u>Session 10:</u>	New Techniques and Developments in Endoscopy & Best Free Paper and Best Poster Award: Exhibition & Learning Corners

ABSTRACT SUBMISSION: 30th May 2005 (authors of accepted free papers will receive a **free registration**)

REGISTRATION DEADLINES: early registration: 15 June 2005 late registration: 15 Sept. 2005

REGISTRATION FEES : early registration 180 € ; late registration: 200 € ; on-site registration: 250 €
(includes attendance at the three days European conference of ESGENA with workshops and scientific programme, ESGENA Welcome Reception (15th Oct.), poster sessions, technical exhibition, conference documentation, coffee-breaks and lunches)

CONGRESS ORGANISATION /REGISTRATION

13th UEGW
c/o DIS Congress Service Copenhagen A/S
Herlev Ringvej 2c
DK-2730 Herlev, Denmark
Tel.: +45 4492 4492
Fax: +45 4492 5050
E-mail: uegw@discongress.com
www.uegw-2005.dk

ESGENA SCIENTIFIC SECRETARIAT

Christiane S. Neumann
c/o Clinical Investigation Unit
City Hospital Birmingham, Dudley Road
Birmingham B18 7QH, England
Fax: (+44) 121 507 5581 OR 121 426 1773
e-mail: Christiane.Neumann@swbh.nhs.uk



European Society of Gastroenterology
and Endoscopy Nurses and Associates

EUROPEAN SOCIETY OF GASTROENTEROLOGY AND ENDOSCOPY NURSES AND ASSOCIATES (E.S.G.E.N.A.)

ESGENA Call for Abstracts

Participants wishing to submit abstracts for ESGENA Conference can do so **only in electronic format** by sending a **MS Word document** with their abstract by e-mail to: **Christiane.Neumann@swbh.nhs.uk**
Deadline for ESGENA abstract submission: 30th May 2005

General Information on ESGENA Abstract Submission

Participants are invited to submit original scientific abstracts for oral or poster presentation. Accepted abstracts will be published in the ESGENA Abstract Book and on the ESGENA website. *Authors have to conform to the following guidelines for abstract submission. Those not conforming to the guidelines will not be considered for reviewing.*

- Abstracts must be submitted in English (British spelling) and must be presented in English.
- Use font that is easy to read such as Times Roman, Helvetica or Courier fonts.
- The abstract must not be more than 500 words long or must not fill more than one A4 page, using type in 12-point font.
- Abstracts will be reviewed by a panel of experts and may be selected for oral or poster presentations, or may be rejected. The time allotted for each oral presentation will be 10 minutes, followed by 5 minutes of question time.
- Notification of acceptance (for oral or poster presentation) or rejection by the Scientific Programme Committee will be e-mailed to the presenting author by 30th June 2005.
- Detailed information, guidelines and recommendations for oral or poster presentation, as well as day, time and room will be sent in due time to duly registered presenting authors.

The abstract should be typed as follows:

- A brief title, which clearly states the nature of the investigation, with the entire title in capital letters
- Abbreviations should, if possible, be avoided in the title, but may be used in the text if they are defined on the first usage
- The authors' names (full first name, surname) and the institution (hospital, university, organization, city and country, e-mail and fax number) where the research was carried out, with the name of the presenting author underlined
- Type in the top section of the abstract the title of the paper in capital letters
- Use single line spacing
- Do not leave blank lines between paragraphs
- Indent three spaces on the first line of each paragraph
- Include tables if necessary
- The abstract should be as informative as possible:
 - State specific objective of the study
 - State method used, if pertinent
 - Summarise results obtained
 - State conclusions reached
- Statements such as „results will be discussed “ or „data /information will be presented “ cannot be accepted
- Please ensure that your abstracts do not contain any spelling, grammar or scientific errors, as it will be reproduced exactly as submitted
- The abstract should have a nursing relevant content and should add to existing knowledge.
- The abstract should have a minimum of 2 relevant References
- The abstract should state 2 things the delegates could learn from your presentation

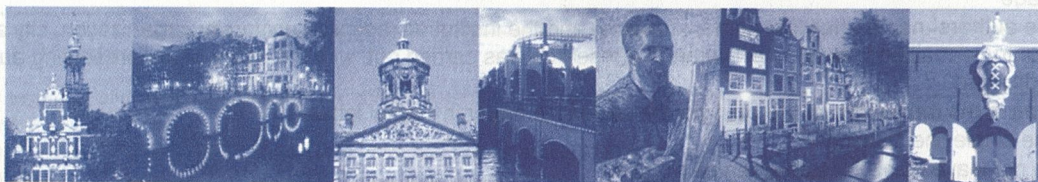
Authors of accepted papers will receive a free registration

FINAL ANNOUNCEMENT

2nd Congress of the European federation of Critical Care Nursing associations

**Delivering critical care across the lifespan:
meeting the challenges**

**10th - 12th of November 2005
Amsterdam, The Netherlands**



Efccna

www.efccna2005.org

Sindrom suhega očesa (Keratoconjunctivitis sicca)

Dr. Oliver Avsec, spec. oftal.

Končuje se druga ura sedenja v prepolni kinodvorani. Ljubimca si izdala čustveno resnico, zgodba polna neprijetnih zasukov je za njima, pred njima svetla prihodnost. Objokane oči širom dvorane spremljajo hlipajoče vzdihle gledalk. Z ovlaženimi očmi se jim pridružuje nemalo moških. Žalostni so na svoj srečen način, saj jih vsaj v tistem trenutku ne peči sindrom suhih oči.

Gre za eno najpogostejših očesnih obolenj, ki prizadene oba spola (izraziteje ženske) in vse starostne kategorije. Posebno izraziti pri tem obolenju so simptomi nelagodja, ki se kažejo kot občutek suhih oči, prekomerna utrujenost oči, občutek tujka v očeh, pekoče oči, prekomerna občutljivost na svetlobo, napete in težke očesne veke.

Da je sindrom suhega očesa postal eno izmed najpogostejših očesnih obolenj ni naključje. Množična delovna sila tretjega tisočletja je zaprta v klimatsko grete in hlajene pisarniške prostore, njihov organ vida pa več ur dnevno sledi utripanju starih frekvenčnih monitorjev ali gibanju kristalov v LCD zaslonih. Ko se uradniki, novinarji, odvetniki, borzni posredniki ali pa receptorji odpeljejo domov, se ponovno vozijo v klimatsko reguliranem avtomobilu, če ni klime pa je v poletnih mesecih na stečaj odrt okno. Prepih: prav tako eden izmed glavnih vzrokov sindroma suhega očesa. In še kar nekaj jih je: uporaba kontaktnih leč, določene sistemske bolezni (diabetes, revmatske bolezni, alergije), kozmetika, ki draži oči, nekatera zdravila (kontraceptivi, betablokerji, psihofarmaki), UV svetloba, stanja po laserskih operacijah na očeh, hormonske motnje, industrijsko onesnaženje, vnetja roba vek (kronični blepharitis) in pretirana korekcija povešenih vek.

Pomembno vlogo pri nastanku sindroma suhega očesa ima porušena sestava solznega filma. Ta je sestavljen iz treh slojev: notranjega vlažilnega mucinskega sloja, vodnega sloja, ki je na sredini in zunanega lipidnega sloja. Slednji upočasni izhlapevanje vodnega dela, zmanjšuje površinsko napetost in s tem pomaga vzdrževati kontinuiteto celotnega filma.

Velika večina pacientov, ki boleajo za Sindromom suhega očesa (78%) ima probleme z lipidnim slojem solznega filma in le 8% pacientov ima izoliran problem z vodnim slojem.

Ker človeška iznajdljivost pogosto z obvozom zaobide naravno pot, lahko v lekarnah najdemo zdravilo tudi za to obolenje. Če je človek z letalom nadomestil krila, ni vrag, da ne bo na police lekarn postavil tudi umetnih solz. In jih je.

Dandanašnja terapija Sindroma suhega očesa je uporaba »umetnih solz«: različnih proizvajalcev in je namenjena izključno nadomestitvi vodnega sloja solznega filma v obliki kapljic ali gelov.

Za daljšo obstojnost različnih pripravkov se uporabljajo različni konzervansi (benzankonijev klorid, natrijev perborat, borova kislina, polyquad), ki so različno agresivni, alergogeni in na katere je veliko pacientov preobčutljivih. Obstajajo tudi pripravki umetnih solz brez konzervansov in te imajo seveda veliko krajši rok trajanja.

Pri sindromu suhega očesa pa je prav tako pomembno izpostaviti, da raziskave kažejo, da večina pacientov tvori zadosti solz, kot tudi da je Sindrom suhega očesa povečini posledica okvare, manjka lipidnega sloja solznega filma. Zato se zdi posebej smiselna nadomestitev ali obnova lipidnega sloja solznega filma.

Sindrom suhega očesa je kronična bolezen, subjektivne težave so izrazite. Pacienti so različno močno prizadeti, zato je potrebna individualna obravnava in terapija.

LITERATURA

Encyclopedia Topic: Dry eye syndrome, NHS Webside last updated July 26, 2002
Mc Culley JP, Shine W.A. compositional based model for the tear film lipid layer. Trans Am Ophthalmol Soc. 1997; 95: 79 – 88; discussion 88 – 93
Shine WE, Mc Culley JP. Keratoconjunctivitis sicca associated with meibomian secretion polar lipid abnormality. Arch Ophthalmol. 1998 Jul; 116 (7): 849 – 52
Heiligenhaus et al. Diagnosis and differentiation of dry eye disorders. Ophthalmologie. 1995 Feb; 92 (1): 6 – 11
Mathers WD, Daley TE. Tear flow and evaporation in patients with and without dry eye. Ophthalmology, 1996 Apr; 103 (4): 664 – 9

ŽAKAJ SPLOH ŠE KAPLJICE?

TEARS AGAIN®

IMATE SUHE OČI ...?

Sindrom suhega očesa velja danes za najpogostejše očesno obolenje. Večinoma je posledica uporabe kontaktnih leč, dela z računalnikom, dela v klimatiziranih prostorih, zdravstvenih vzrokov, hormonskih sprememb ali uporabe zdravil.

TEARS AGAIN - liposomsko pršilo za oči z vitaminoma A in E

Za zdravljenje, lajšanje in kompenzacijo iritacij pri suhem očesu.

Ohranja naravni solzni film.

- Nova preprosta in očem prijazna uporaba.
- Nanašanje na zaprto oko (veko).
- Izboljšanje subjektivnih težav pri 85% pacientov.
- Zmanjšanje vnetij na robovih vek za 89,5%.

Vsi bolniki so občutili uporabo pršila kot lažjo in prijetnejšo v primerjavi z nadomestnimi sredstvi za solze v obliki očesnih kapljic.

Informativni letak dobite v lekarni ali specializirani prodajalni.

NOVO

- SKELENJE
- SRBENJE
- OBČUTEK PESKA



www.toptrade.si

Samo v lekarnah in specializiranih prodajalnah!

TOP TRADE

Zastopnik in distributer: TOP TRADE d.o.o., Cesta v Gorice 39, Ljubljana.
Proizvajalec: Optima Pharmazeutische GmbH, Moosburg, Nemčija.



Letos že 10. tekmovanje srednjih zdravstvenih šol Slovenije

Zvonka Krištof

V šolskem letu 1994/95 smo predstavniki zdravstvenih šol Slovenije začeli razmišljati, da bi tudi za naše dijake organizirali tekmovanje iz znanja zdravstvene nege in prve pomoči. Dokončen sklep smo oblikovali na strokovnem posvetu Srednjih zdravstvenih šol Slovenije leta 1995 na Bledu. Sprva smo organizirali tekmovanje za dijake tretjih in četrtih letnikov, in sicer je tekmovanje potekalo ob svetovnem dnevu zdravja – 7. aprilu. Tako se dijaki pripravljajo in svoje znanje na tekmovanju primerjajo na strokovnem področju, hkrati pa geslo ob svetovnem dnevu zdravja služi za temo likovnega in literarnega ustvarjanja.

Ker smo na večini zdravstvenih šol začeli izvajati program srednjega poklicnega izobraževanja bolničar negovalec, smo v lanskem šolskem letu začeli še s tekmovanjem iz znanja pomoči in oskrbe starostnika, in sicer smo prvo tekmovanje izvedli na Srednji zdravstveni šoli v Celju.

Šole, ki so se v 10 letih zvrstile kot organizatorice tekmovanja, in teme za tekmovanje na področju stroke, so:

leto	tema	šola – organizatorica
tekml.		
1996	Srednja zdravstvena in kemijska šola Novo mesto	Zdravstvena etika in Zgodovina zdravstvene nege
1997	Srednja zdravstvena šola Juge Polak Maribor	Prva pomoč in nujna medicinska pomoč ter Zdrav. nega otroka
1998	Srednja zdravstvena šola Murska Sobota	Zdravstvena nega žene
1999	Srednja zdravstvena šola Celje	Zdravstvena nega infekcijskega bolnika
2000	Srednja zdravstvena šola Ljubljana	Zdravstvena nega starostnika
2001	Srednja zdravstvena šola Jesenice	Zdravstvena nega kirurškega bolnika
2002	Srednja zdravstvena šola Slovenj Gradec	Preventiva in zdravstvena nega bolnika s kardiovaskularnimi obolenji
2003	Srednja zdravstvena šola Izola	Duševno zdravje in zdravstvena nega duševnega bolnika
2004	Srednja zdrav. šola Nova Gorica	Prva pomoč in droga

Na Šolskem centru Novo mesto na Srednji zdravstveni in kemijski šoli, ki je prva začela s tekmovanjem, smo letos ponovno gostili tekmovalce in druge udeležence. Kot prvi organizatorji državnega tekmovanja iz znanja zdravstvene nege smo veseli, da je tekmovanje postalo vsakoletno, še več: v lanskem šolskem letu so se tehnikom zdravstvene nege v tekmovanju iz znanja pridružili še bolničarji negovalci.

Letos se je kar 45 prihodnjih tehnikov zdravstvene nege pomerilo v znanju na temo PREHRANA DO-

JENČKA. 14 dijakov je prejelo bronasto priznanje, 5 dijakov srebrno priznanje, dijakinji Mateja Rajšp iz Srednje zdravstvene šole Juge Polak Maribor in Sabina Pelko iz Srednje zdravstvene in kemijske šole Novo mesto pa sta osvojili zlato priznanje.



Metoda Jelen (prva z desne) in Karmen Bizjak (druga z leve) – zlati dijakinji v programu bolničar negovalec ter Mateja Rajšp (peta z desne) in Sabina Pelko (četrt z desne) – zlati dijakinji v programu tehnik zdravstvene nege

18 bolničarjev negovalcev je tekmovalo na temo ZDRAVO STARANJE. Bronasto priznanje je prejelo 5 dijakov, srebrno 2 dijaka, dijakinji Metoda Jelen iz Srednje zdravstvene šole Celje in Karmen Bizjak iz Srednje zdravstvene in kemijske šole Novo mesto pa sta dosegli zlato priznanje.

Tudi ob letošnjem dnevu zdravja – 7. aprilu so dijaki na zdravstvenih šolah v Sloveniji likovno in literarno ustvarjali na temo materinstva – Naj vsaka mati in otrok štejeta.

Na likovni natečaj je prispelo 40 del. Komisija je 3 likovnim delom podelila nagrade in 3 priznanja; po njenem mnenju pa je bila najbolj ustvarjalna skupina dijakov iz Srednje zdravstvene šole Ljubljana.

Na literarni natečaj je prispelo 34 literarnih del. Komisija je podelila 3 nagrade in 2 priznanja. Najbolj pa se je razpisnim kriterijem približala Nataša Dobravec iz Srednje šole za farmacijo, kozmetiko in zdravstvo Ljubljana.

Poleg same izvedbe tekmovanja organizatorji posebno pozornost namenimo predstavitvi šole in kraja tekmovanja generaciji dijakov, ki prihaja iz različnih koncev Slovenije, saj se zavedamo, da je za dijake poleg pozitivne tekmovalnosti pomembno tudi druženje ter sklepanje novih poznanstev in prijateljstev. Za mentorje in ravnatelje pa srečanje pomeni priložnost za izmenjavo strokovnih mnenj.

Veseli smo, da izobražujemo in vzgajamo mladostnike, ki so si izbrali enega najlepših in hkrati najtežjih poklicev v službi človeka, poleg tega pa si želijo svoje znanje in ustvarjalnost seveda ob pomoči prizadevnih mentorjev še dodatno nadgrajevati in ga primerjati z ostalimi prihodnjimi tehnikami zdravstvene nege oz. bolničarji negovalci.



Delavnice iz nujne medicinske pomoči za študente zdravstvene nege

Zlatko Grubešič



V mesecu marcu sta Študentska organizacija Visoke šole za zdravstvo in Sekcija študentov zdravstvene nege organizirali tridnevni projekt »Delavnice iz nujne medicinske pomoči«. Projekt je potekal 24., 25. in 26. 3. 2005, bil je v prvi vrsti namenjen študentom zdravstvene nege. Udeležilo se ga je tudi nekaj študentov iz ostalih študijskih smeri Visoke šole za zdravstvo.

1. dan

1. dan so bile delavnice na Visoki šoli za zdravstvo. Predstavljene so bile teme o aplikaciji kisika, pripomočkih in načinih vpostavitve proste dihalne poti, o vlogi medicinske sestre v timu za nego ran in osnovnih znanjih branja in razumevanja zapisa EKG. Po uvodnih predavanjih smo študentje na praktičnih delavnicah znanje iz predavanj tudi praktično preizkusili pod budnim očesom mentorjev.

2. dan

Tudi 2. dan so delavnice iz nujne medicinske pomoči potekale na Visoki šoli za zdravstvo v Ljubljani. Ta dan je bil namenjen predvsem predhospitalni oskrbi bolnika na terenu. Svoje delovanje in organizacijo nam je predstavi-

la reševalna postaja Kliničnega centra Ljubljana. Predstavljena je bila oprema, ki jo reševalci pri svojem delu uporabljajo vsak dan in predstavljena tudi njena uporaba. Potekalo je tudi zanimivo predavanje o porodu na terenu in oskrbi novorojenčka.

3. dan

3. dan smo se zjutraj odpravili v gasilsko reševalno službo Kranj, kjer smo poslušali predavanja o reševanju pri prometnih nesrečah, reševanju iz globine in o projektu nujenja helikoterske nujne medicinske pomoči v Sloveniji. Predstavili so se nam tudi gasilci Gasilske reševalne službe Kranj, ki so ob predstavitvi opreme predstavili tudi reševanje vkleščene osebe iz osebnega vozila in uporabo ročnih gasilnih aparatov. Iz Kranja smo se odpravili na Brnik, kjer je sedež helikoterske nujne medicinske pomoči v Sloveniji. Tam so nam pripravili ogled helikopterja in opreme, ki se uporablja. Ekipa, ki dela na helikopterju, nam je predstavila delovanje in tudi nekaj zanimivih primerov reševanja s helikopterjem.

Namen delavnic je bil ponuditi študentom dodatne možnosti izobraževanja, ki zajemajo tako zanimivo področje. Cilj projekta bo izpolnjen, ko bodo udeleženci pridobljena znanja znali uporabiti v praksi. Želja udeležencev in ostalih študentov nas zavezuje po ponovni organizaciji.

Organizacija in izpeljava projekta pa ne bi bila možna brez zagnanosti študentov in nesebični pomoči strokovnjakov. Posebna zahvala gre vsem predavateljem in mentorjem ter Društvu medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, ki je omogočilo tisk zbornikov, v katerem so objavljeni vsi članki, ki so bili predstavljeni na predavanjih in delavnicah.

Galerijo slik si je mogoče ogledati na www.vsz.uni-lj.si/čstudenti/galerija.htm.





Emocije v zdravstveni negi

Ana Stopar, Slavica Roljič

»Namen življenja je iskanje sreče«

(Dalai Lama)

Pedagoška dejavnost zdravstvene nege Psihiatrične klinike Ljubljana je od februarja do maja 2005 organizirala sklop treh delavnic z naslovom Emocije v zdravstveni negi. Vsaka izmed delavnic je potekala pod delovnim naslovom:

- februar – pomoč ali ovira,
- april – ljubezen in skrb,
- maj – pomoč in usmiljenje.

Delavnice so potekale v dopoldanskem času. Sestavljene so bile iz predstavitve tematskih sklopov in dela, pri katerem so v delavnicah udeleženci sami ustvarjali, se pogovarjali o posameznih čustvih in oblikovali svoja stališča. Dotaknili smo se najbolj občutljivega področja zdravstvene nege, s katerim se vsak dan srečujemo pri delu z bolniki/varovanci, svojci, kolegi in sodelavci. V ta proces smo intenzivno vključeni na zavedni in nezavedni ravni. Zdravstveno nego živimo tudi zunaj profesionalnega okvira, ker se odvija vsak dan, noč, ob praznikih in nedeljah! Spregovorili smo odkrito, iskreno, iz globine srca, prizadeto in občuteno. Zakaj? Da smo lahko v vlogi sočutnega spremljevalca bolnikov/varovancev in ne v vlogi »žrtve, sodnika in rešitelja«. Tako se lahko vživimo in razumemo bolnikovo doživljanje in njegove potrebe in postanemo odprti za vse druge možnosti.

Spoznali smo nekatere tehnike, ki dopuščajo razvoj v procesu zdravstvene nege, kot so: aktivno poslušanje, prepoznavanje čustev in postavljanje odprtih vprašanj.

Zakaj sploh govoriti o emocijah oziroma čustvih v zdravstveni negi?

Sama čustva lahko definiramo kot sestavljene procese kognitivnih, fizioloških, izraznih in vedenjskih odzivov in jih opredelimo kot emocionalne reakcije. Zaposleni v zdravstveni negi smo pri svojem delu ves čas pod vplivom emocionalnih reakcij, ki so lahko prijetne ali manj prijetne, jih opazimo in tudi občutimo. Kako pa se z njimi spoprimemo in jih premagamo, je odvisno od našega razumevanja čustev samih.

Pri svojem delu se pogosto srečujemo z jezo. Jeza kot takšna lahko negativno oziroma neugodno deluje na naše počutje na delovnem mestu. Pomembno je sodelovanje, podpiranje in pomoč med člani negovalnega tima. Vzvišenost kot čustvo je lahko zelo konfliktno in močno vpliva na kakovost opravljenih storitev v zdravstveni negi. Kakšen odziv ima vzvišenost na odjemalce naših storitev, lahko razberemo iz občutkov nelagodnosti, nepomembnosti, ponižanosti in strahu. Zato je zaupanje v zdravstveni negi zelo pomembno, saj brez zaupanja ni obojestranskega sodelovanja. To se vzpostavi preko spoštovanja in odkritosti. Smo sposobni prepoznavati in opisati svoje čustvo?

Sočutje se najpogosteje pojavi takrat, ko sta bolezen in smrt nepremagljivi in ko smo sposobni »stopiti v bivanje z drugim sočlovekom in brez strahu sprejemati, karkoli se dogaja ob nas«. Dopustimo bolniku/varovancu izraziti svoja čustva, saj to je edino, kar mu veliko pomeni. Frustracija je neprijetno čustvo, ki se kaže v položajih, kadar nimamo možnosti, da zadovoljimo svoje želje. Obenem pa nas lahko tudi motivira k dodatnim naporom za doseganje našega cilja.

Ravnodušnost je pogosto povezana s stresom in izgorevanjem na delovnem mestu. Premagovanje ravnodušnosti v zdravstveni negi je nujno potrebno, če želimo delati profesionalno in etično. Potrebno je iskati ustrezne načine strokovne pomoči profesionalcem, še preden nastopijo neprijetne posledice odrinjenih čustev. Spoštovanja naj bi se učili že v družinskem krogu, saj je spoštljiv odnos do sočloveka temelj vsakega dobrega odnosa, še posebej terapevtskega.

Žalost občutimo ob izgubi nekoga ali nečesa, kar ima za nas velik pomen, tako je žalovanje dolgotrajen proces, za katerega potrebujemo dovolj časa. Smo pri svojem delu lahko žalostni, je bolnik/varovanec lahko žalosten in ali lahko tudi svojci kdaj občutijo žalost? Znamo prepoznati to čustvo v vseh njegovih izraznih oblikah? Krivda kot čustvo, ki izhaja iz zavedanja osebe, da je prekršila moralne standarde in je v soodvisnosti z občutkom svobode in odgovornosti. V socialnem angažiranju subjekt lahko krivdo zavrača na neobvladljive dejavnike ali pa jo sprejema in tako potrjuje svojo svobodo.

Varnost je gotovo tisto čustvo, ki nas pripelje do tega, da dosežemo druga čustva. Vse prepogosto omenjamo fizično varnost in malokdaj pomislimo na pomen psihične varnosti, kjer je neprecenljiva vloga profesionalcev v zdravstveni negi.

Osamljenost ni enaka samoti. Osamljenost prizadene človeka v kateremkoli obdobju njegovega življenja. Kako jo doživljamo sami in kako tisti ki so z nami v profesionalnem odnosu?

Jasno je torej, da delo v zdravstveni negi zahteva več kot le znanje, empatijo, sočutje, zaupanje, trud, potrpežljivost, razumevanje, vztrajnost, spoštovanje in občutenje zadovoljstva in sreče. Osebe, ki dela v zdravstveni negi, mora kljub občasnem razočaranju ohraniti strokoven in skrben odnos. Kje so meje, ali so sploh potrebne?! Zakaj?

Potrebno je gledati s srcem, to nam daje moč in navdih, ker srce vidi celoto, enkratnost vsakega brez števil in brez diagnoz.

Vsi, ki bi o tej tematiki radi izvedeli kaj več, ste prisrčno vabljeni na prihodnja srečanja, ki se bodo odvijala jeseni.



Prireditve ob svetovnem dnevu astme

Telesna aktivnost otrok z astmo

Milojka Trošt, dipl.med.ses.

Mesec maj je za Ajdovščino mesec praznovanj. To lahko rečemo tudi za četrti maj, ko je Zdravstveni dom Ajdovščina v sodelovanju z društvom Astma in šport organiziral srečanje ob svetovnem dnevu astme na temo: »Telesna aktivnost otrok z astmo«. Srečanje smo pripravile medicinske sestre z zdravnicami šolskih in otroških dispanzerjev Ajdovščina in Vipava ob pomoči sodelavcev iz drugih služb in ob vsestranski podpori vodstva. Povabili smo otroke z astmo, njihove starše, brate, sestre, svojce, prijatelje, vzgojitelje, učitelje in vse, ki so o astmi želeli izvedeti kaj več. Srečanje se je izkazalo kot eden izmed zelo prijetnih načinov, kako je mogoče združevati izobraževanje, prijetno druženje in učenje skozi telesno aktivnost in igro.

Najprej je Katja Šoštarč Likar, dr. med., spec. ped., predstavila šolo astme pri nas, ki uspešno deluje že vrsto let. Vodijo jo posebej usposobljeni zdravniki in medicinske sestre otroških in šolskih dispanzerjev Ajdovščina in Vipava. Ti tudi spremljajo ter vodijo otroke in starše, ki so šolo obiskovali. To zagotavlja kontinuirano izobraževanje, kar je za vodenje astme zelo pomembno. Vsi smo še enkrat obnovili znanje o astmi - o tem, kako jo prepoznamo in uspešno zdravimo.

V nadaljevanju je Milojka Trošt, dipl.med.ses., predstavila vpliv sodobne zdravstvene nege na kakovost življenja otroka z astmo. Predstavljena je bila tudi raziskava o astmi pri otrocih na območju občin Ajdovščina in Vipava, izvedena konec leta 2002. Raziskovalno delo v zdravstveni negi se je zopet pokazalo kot pomemben element sodobne zdravstvene nege, ki mora slediti trendom razvoja zdravstvenega varstva in težiti k čim večji kakovosti dela. Ugotovitve raziskave nam omogočajo vrednotenje našega dela in so bile tudi pobuda za srečanje ob svetovnem dnevu astme. Raziskava je pokazala, kakšne so težave in ovire otrok zaradi astme, kakšna zdravila in kako pogosto jih uporabljajo. Ugotovila je, da so otroci z zdravili dobro preskrbljeni, da pa to ni dovolj. Potrebna je kontinuirana zdravstvena vzgoja in motivacija otrok za redno in pravilno uporabo zdravil, za ureditev bivalnega okolja in pravilno prepoznavanje zgodnjih znakov poslabšanja astme ter pravilno ukrepanje.

Za prijetno popestritev prireditve je v predavalnici poskrbel Milan Hosta, predsednik društva Astma in šport, ki je z napihovanjem balončka pritegnil pozornost otrok in z njim predstavil pljuča oz. pljučni mešiček. Veliko otrok je živahnih tako kot balonček, ki nagajivo odleti v zrak, ko ga spustiš. Če pa zrak nima proste poti



Telesna aktivnost otrok z astmo pod vodstvom Uroša Reimana, strokovnega sodelavca društva Astma in šport

navzven, balonček piska tako, kot piska otroku v pljučih pri astmatičnem napadu ...

Uroš Reisman je predstavil pomen telesne aktivnosti otrok z astmo. Njen namen je zmanjšati pogostost poslabšanj in razviti pljučne funkcije. Razložil je pomen ogrevanja pred vadbo in ohlajevanja po njej in pomen razvijanja dihalnih mišic. V telovadnici so otroci skupaj z gospodom Reismanom telovadili. Eden od namenov demonstracije vaj je bil, da se starši zavedo, da morajo otroci te vaje izvajati redno, da dosežejo stopnjo avtomatizacije in jih lahko izvajajo tudi med poslabšanjem.

Praznični zaključek prireditve je bila za otroke vsekakor lutkovna igrlica Čudežno zdravilo, ki jo je izvedel Boris Kononenko. Gre za poučno, z astmo in zdravim načinom življenja povezano glasbeno igrlico, v kateri so nastopali tudi otroci sami in iskali čudežno zdravilo. Veselje, smeh in sodelovanje otrok je bilo presenetljivo. Na koncu so - prav nič žalostni - ugotovili, da čudežnega zdravila ni. Pomembno zdravilo je vsakodnevno preventivno ukrepanje: uživanje v naravi, gibanje na svežem zraku, zdrava prehrana, nič alkohola, cigaret, skrb za čisto pitno vodo, telesna aktivnost ...

Ob koncu prireditve so udeleženci s pomočjo medicinskih sester in zdravnic otroškega in šolskega dispanzerja ob informativnih stojnicah preverjali svoje znanje o astmi, trenirali pravilno uporabo pripomočkov za inhalacije, merili PEF (največji pretok izdihanega zraka) ...

Otroci so domov odhajali s pisanimi baloni, ki so krasili dvorano, in z nasmehom na ustnicah in resnično lahko rečemo, da je bil ta dan »PRAZNIK UČINKOVITEGA ZDRAVLJENJA ASTME«, kot ga je poimenoval gospod Milan Hosta.

Reševanje stresa na delovnem mestu

Lili Jerčič

Stres na delovnem mestu povzroča različne napetosti in težave.

Slabi odnosi med nadrejenimi in podrejenimi, premalo spoštovanja in zaupanja. Neupoštevanje standardov na določenih oddelkih, nepravilno prerazporejanje kadrov med oddelki, neredno izplačilo nadur, ki se včasih nepojasnjeno izgubijo. Rešitve v obliki nagrajevanja, stimulacije za dobro opravljeno delo, so le kot blago zdravilo za medicinske sestre, da zdržijo v upanju, da bo kdaj bolje. Vsakodnevni izgovori – saj je na drugih delovnih mestih isto, ne padajo na plodna tla. Nas zanima naše delovno mesto. Bolje se je pogovarjati o pereči problematiki, kako izboljšati delovne razmere, medsebojne odnose, zvišati raven kvalitete zdravstvenih in negovalnih storitev ipd. Upoštrevati je potrebno vse naše predloge in to brez izgovorov na odgovorne na najvišjih položajih, ki dostikrat za alarmantno stanje na oddelkih niti ne vedo. Veliko preveč je govorjenja, neplodnega sestankovanja in vse premalo ustreznih in predvsem pravih rešitev. Živimo v svetu vizij, kar nam lahko pomaga pri reševanju problemov zaposlenih, omogočanju boljšega medsebojnega razumevanja, ustvarjanja primerne delovne klime, zadovoljstva ipd.

Človek, ki dela pod stresom, dobi neprijeten občutek, postane čustveno napet, razdražljiv in preplašen. Največkrat zaradi vplivov stresa postane neučinkovit. Zdi se, da je odpovedal, da je neuspešen. Pojavi se tako imenovana "izgorelost" (burn out), načetemu samospoštovanju in drugim psihičnim težavam pa se pridružijo tudi znaki čustvene in telesne izčrpanosti. Ko strokovnjaki obravnavajo psihološke dejavnike stresa pri delu, kot najpogostejši vzrok nelagodnega počutja zaposlenih na delovnem mestu navajajo: neustrezna organizacija dela – zaposleni ni soudeležen pri odločanju, komunikacija v podjetju je slaba, strah pred izgubo službe, nezadostna usposobljenost za napredovanje, delo v izmenah (najbolj stresna je rotirajoča izmena), prisotnost diskriminacije, spolno nadlegovanje ...

V Veliki Britaniji so v praksi preizkusili teoretična navodila industrijske psihologije. Presenečeni so ugotovili, da je pogostnost psihosomatskih težav upadla za 40 %, depresivnost se je zmanjšala za 31 %, napetost za 28 %. Pogostnost bolniške odsotnosti je bila nižja kar za 46 %, trajanje bolniške odsotnosti pa se je skrajšala celo za 60 %.

Najbolj priljubljeni sprostitveni tehniki sta avtogeni trening in joga.

Simptome stresa se je treba naučiti prepoznati, da bi lahko ugotovili, kdaj smo dosegli stopnjo, ko nam stres začne škodovati. Če dalj časa občutimo delovanje stresa, a ne storimo ničesar, si bomo po vsej verjetnosti nakopali zdravstvene in telesne težave.

Varnostni ventili, ki nam pomagajo zmanjšati učinke stresa.

Naučimo se prepoznati optimalno raven stresa (raven, ki omogoča največje dosežke, ne da bi postali destruktivni). Za svoj stres ne krivimo drugih. Uravnovesimo delo in razvedrilo. Več počivajmo (občasno ne delajmo nič, ne da bi nas zaradi tega grizla slaba vest). Privoščimo si dovolj spanja, redno opravljajmo telesne vaje in vaje za sproščanje. Izogibajmo se preveliki količini kofeina in alkohola, dajamo prednost zdravi prehrani. Kadar smo pod vplivom stresa, je reševanje drugih problemov destruktivno. Potrebno se je čimveč pogovarjati in si poiskati poklicno pomoč, če jo potrebujemo.

Pripravljenost za iskanje pomoči je prej znamenje moči kot slabosti.

Tri osnovne stopnje stresa:

Alarm – simptomi: vznemirjenost, tesnoba, jeza, pobitost, strah. **Primer:** v službi vam odložijo pričakovano in obljubljeno napredovanje, ki ste ga že napovedali prijateljem. Kaj storiti? Potrebno je identificirati in sprejeti občutke (se sprijazniti s položajem).

Obramba – simptomi: zatajevanje čustev, čustvena osamitev, oženež interesov. **Primer:** odločite se, da ne boste nikomur pokazali svojega razočaranja. Kaj storiti: načrtno se je treba izogibati izolaciji, se o problemu pogovoriti s prijatelji.

Izčrpanost – simptomi: izguba samozavesti, nespečnost, nenavadno in napeto vedenje, telesne težave (zvišan krvni tlak, depresija, čir na želodcu, trzanje mišic). **Primer:** položaj je tudi po daljšem času nespremenjen in še vedno živite v negotovosti in pričakovanju obljubljenega napredovanja. Kaj storiti: poiskati je potrebno zdravniško ali strokovno svetovalno pomoč (najbolje psihologa ali svetovalnega strokovnjaka).

OBLIKE POMOČI

Razgovor s psihologom

Avtogeni trening

Partnersko svetovanje

Skupine za pomoč in samopomoč

V prvem razgovoru s psihologom je potrebno opredeliti in oceniti problem. Možna je individualna obravna, partnersko svetovanje ali vključitev v skupino.

Avtogeni trening je metoda samosprostitve in razvijanja pozitivnega mišljenja. Njen avtor je nemški nevropsihiater (J. H. Schultz 1932).

Predstava lahko človeka tako vzburi kot umiri, odvisno je od vsebine predstave ter naših misli.

Večinoma se ne zavedamo, kakšno moč imajo naše misli in predstave na naše obnašanje in naše počutje. Pri stresnih okoliščinah, ko razmišljamo oziroma si pred-



stavljamo, da pomeni neko dogajanje za nas grožnjo, reagiramo na predstavo ogroženosti z burnimi čustvi. Ta čustva pa vplivajo na spremembe v delovanju telesa.

Strah, jeza, obup in druga močna čustva vplivajo na spremembe v delovanju telesa in so posledica naše interpretacije. Če se prestrašimo ali močno razjezimo, bije naše srce hitreje, ožilje se razširi in pošilja več krvi v mišice in možgane, mišice se napnejo – telo se odzove. Z avtogenim treningom vnašamo v našo duševnost vsebine, ki umirjajo delovanje srca, pljuč, ožilja, delovanje drugih notranjih organov, sproščajo mišice ...

Avtogeni trening pogosto uporabljamo v športu, tako med treningom kot pred nastopi, ko je potrebna koncentracija, umirjenost in pozitivna naravnost na uspeh. Učinkovitost avtogenega treninga je preverjena tudi pri mnogih posledicah stresa. Blaži ali celo odpravlja težave z nespečnostjo, glavoboli, trebušnimi težavami, vpliva na pozitivne spremembe kardiovaskularnega sistema in funkcij samega delovanja srca.

Tako kot se spreminja življenje, se spreminjajo tudi **partnerski odnosi**. V partnerstvo pogosto vstopamo z velikimi pričakovanji. Z željo, da bi v partnerstvu dobili, kar potrebujemo (ohrajevanje vsega lepega, vsega, kar nas je ali nas še vedno povezuje), vlagamo ogromno energije.

Delovne razmere medicinske sestre (delo v izmenah, nočno delo, nadure, psihične in fizične obremenitve) zelo vplivajo na nek ustaljen in tudi pričakovan življenjski ritem.

Kako biti skupaj, ne da bi se odpovedali sebi? Kako spremeniti medsebojno različnost, ki je pogosto uvod in povod za konflikte in prepire? Kako se soočati s spre-

membami, ki jih prinaša rojstvo otroka ali drugo pomembno življenjsko dogajanje? Kako oživiti čustva ljubezni, bližine, privlačnosti, ki so sčasoma zbledela? Včasih pri tem potrebujemo pomoč, saj sami ne znamo, ne zmoremo ali ne najdemo časa in načina, da bi se pogovorili. Ne znamo več obuditi lepega, vse je izzvenelo, ne zmoremo več odpuščati, vse nas samo še bolj prizadene.

Kadar nam uspe, da se o teh in drugih vprašanjih oziroma težavah pogovorimo, ko spoznamo načine najti in poiskati izhode iz težav, ki so ustrezni za oba partnerja, smo zelo blizu tega, da nam življenje v dvoje pomeni spet nekaj lepega, da mislimo na prihodnost in da jo tudi uresničimo. Pri celjenju ran si pomagamo z obujanjem lepih spominov skupne preteklosti, s čimer medsebojni odnos razvijamo in bogatimo.

Ko se prestrašimo, želimo vse nadzirati in se zapremo pretoku dobrega. Zaupajte življenju. Vse, kar potrebujemo, nam je v tem trenutku na voljo.

Louse. L. Hay

Vaše besede naj bodo sladke, saj jih boste morali morda pojesti.

Pregovor

Viri:

Dr. Merrill F. Raber in dr. George Dyck, Duševna vitalnost in čistost, 1992 Copyright Gospodarski vesnik, 2003; Created by Oxylus.

<http://www.ezdravje.com/si/zivceve/stres/>

<http://www.asc-zd.si/index.html>

MOJA REŠITEV ZA NEGO NOG



Airobix uporabljajo že v
30-tih državah sveta!

AIROBIX
Z zračno masažo do
sproščenosti in lepih nog

SAMI, DOMA IN KADARKOLI!

- LIMFNA DRENAŽA
- MASAŽA
- REFLEKSNA MASAŽA STOPAL

V LEKARNAH IN
SPECIALIZIRANIH TRGOVINAH

Informacije na telefonu 02 460 53 80
od ponedeljka do petka med 8. in 16. uro

ISO 9001 CE

Uvoznik: Medis M d.o.o., Zagrebačka cesta 40, 2000 Maribor



Poti in stranpoti do našega zdravja

Zdenka Dovč

V okviru Odbora za komplemetnarno in naravno zdravilstvo v zdravstveni negi pri Društvu medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana smo se v začetku aprila zbrali v novih društvenih prostorih z željo, da prisluhnemo predavanju dr. Braneta Kobala o različnih poteh do našega zdravja.

Dr. Kobal je biofizik, specialist psihoterapevt in znanstvenik. Živel je v 33 državah po svetu, izpopolnjeval se je na najprestižnejših univerzah in inštitutih, veliko je raziskoval, ni pa popolnoma »imun« na znanja, ki jih stoletja prenašajo iz roda v rod tako imenovani zdravitelci in zeliščarji. Na predavanju nam je zaupal veliko podatkov in uporabnih nasvetov; povzela bom le nekaj misli, s katerimi vam želimo vzpodbuditi nova razmišljanja, saj ima vsak od nas zdravje v svojih rokah. Na koncu bralcem Utripa poklanjamo nekaj njegovih praktičnih nasvetov pri pripravi jedilnikov v skrbi za lastno dobro počutje in zdrav življenjski slog.

Dr. Kobal meni, da je naše življenje odvisno od našega energetskega potenciala.

Kaj je naša energija? Kako jo pridobivamo in kako jo izgublamo?

Veliko biološkega potenciala si lahko pridobimo v naravi, kjer se lahko še najbolj ozremo vase. Narava je najboljši prostor predvsem zaradi toplote sončnih žarkov, v njej lahko opazujemo prvobitnost življenja. Biološki potencial pa izgublamo takrat, ko govorimo in delamo stvari, ki niso v skladu z nami, z našimi mislimi in prepričanji.

Beseda je tekla tudi o prehrani. Pravilna izbira zdravih živil in njihova uporaba v vsakodnevni prehrani omogočata ohranjanje energetskega potenciala. Veliko škode naredijo različne diete in reklamne kampanje. Za prehrano si je potrebno vzeti nekaj časa, zaužiti več manjših obrokov, sadje jesti vsaj 40 minut pred drugim obrokom. Trenutno se veliko govori o kombinacijah, to pomeni, da ne jemo beljakovin in ogljikovih hidratov skupaj. Dr. Kobal to priporoča in pravi, da deluje le v primeru, ko se tega držimo. Tudi o mesu je tekla beseda. Tu je pomembna zaužita količina (tako kot včasih, ko so meso jedli le ob nedeljah), izogibajmo pa se mesu, kjer pri reji uporabljajo antibiotike in rastne hormone.

Prav tako je bilo nekaj povedanega o stresu, ki je najhujši sovražnik sodobnega časa in vzrok za veliko škode na našem zdravju.

Predavatelja smo povprašali, kako poteka zdravljenje njegovih pacientov. Za diagnosticiranje uporablja med drugim tudi sistem AMSAT, ki na podlagi merjenj elektroprevodnosti in elektroupornosti predvidi srednji energetski potencial celotnega organizma in nato z merjenji po posameznih področjih opazuje odstopanja od srednjega potenciala, kar pomeni, da ugotavlja, kateri deli našega organizma delujejo preveč in kateri premalo. Prav

zaradi sprememb v delovanju prihaja do bolezenskih motenj v organizmu. Velika posebnost tega sistema je v tem, da lahko na podlagi pregleda napovemo, kje in v kolikem času bo prišlo pri pacientu do nastanka novotvorb, tumorjev in tudi rakastih bolezni.

Dr. Kobal je povedal, da bo tudi v prihodnje raziskoval zdravje, kaj ga ohranja, kakšne so izkušnje tistih, ki ne potrebujejo zdravitel in zdravnikov, kakšen je njihov odnos do življenja, do ljudi, do narave, kako so bili vzgojeni. Odnos do ljubezni, navezanosti, spolnosti, prijateljstva, narave, laži, njihovo čustvovanje in vse, kar se v življenju slehernika neprestano seštevata in nalaga na voz, ki ga potem vlečemo po poteh in stranpotih, v trenutek, ki se mu nihče izmed nas ne izogne.

Prilagamo enotedenski jedilnik, ki ga priporoča dr. Kobal:

Zajtrk: sveže sadje po izbiri, količine neomejene

Malica: sendvič: ajdov kruh z maslom, redkvice

Kosilo: pečene rdeče paprike, polnjene z nastrganim korenjem, solata

Večerja: paradižniki

Zajtrk: sveže sadje po izbiri, količine neomejene

Malica: suho sadje, mandlji ali sončnična semena

Kosilo: zelenjavna lazanja, solata

Večerja: pečene bučke ali paprika, kruh

Zajtrk: sveže sadje po izbiri, količine neomejene

Malica: kuhana kokošja jajca s svežo papriko

Kosilo: prosena kaša (kuhana na vodi) z maslom, blitva ali špinata, solata iz surove narezane zelenjave

Večerja: mlad pečen krompir, solata

Zajtrk: sveže sadje po izbiri, količine neomejene

Malica: kuhana cvetača v solati, ajdov kruh

Kosilo: zelenjavna juha, ajdovi žganci z zeljem

Večerja: sadna solata, brez sladkorja

Zajtrk: sveže sadje po izbiri, količine neomejene

Malica: surova zelenjava s sirom (kozjim ali ovčjim)

Kosilo: špageti z zelenjavno omako, solata

Večerja: kuhana koruza z maslom

Zajtrk: sveže sadje po izbiri, količine neomejene

Malica: banane

Kosilo: zelenjavna juha, ribe z zelenjavno prilogo

Večerja: paradižniki

Zajtrk: lubenica

Malica: popečen kruh z maslom, surova zelenjava

Kosilo: pražene gobe na tržaški način, solata

Večerja: kalčki, sir



Komunikacija po telefonu v dispanzerski zdravstveni negi

Ivanka Limonšek

Izvelek: Medicinske sestre v dispanzerski zdravstveni negi so vse bolj obremenjene, tudi na račun velikega števila telefonskih pogovorov. Zdravstvena nega je motena in storitve so posledično tudi manj kakovostne, predvsem na račun pomanjkanja časa. Pri telefonski komunikaciji je potrebno upoštevati splošna pravila telefonskega komuniciranja in vsa strokovna navodila. Projekt Količina in kakovost v zdravstveni negi nam prikaže tudi realne številke telefonskih pogovorov, te številke pa so zelo visoke. Ob komuniciranju po telefonu v dispanzerski zdravstveni negi se porajajo tudi številne težave. Svetovanje po telefonu ni plačljivo, pojavljajo pa se vprašanje racionalnosti in etične dileme.

Ključne besede: dispanzerska zdravstvena nega, medicinske sestre, verbalna in neverbalna komunikacija, telefonski pogovori, preobremenjenost pri delu, racionalnost telefoniranja, svetovanje po telefonu

UVOD

Pojem zdravstvena dejavnost zajema vse dejavnosti, službe, postopke, procese, organizacijske subjekte, povezave in soodvisnosti dejavnikov, ki zajemajo vse področje Republike Slovenije in so potrebni za učinkovito opravljanje nalog celotnega sistema zdravstvene dejavnosti in družbenega sistema nasploh. Zaradi obsežnosti in zahtevnosti zdravstveno dejavnost obravnavamo kot sistem.(1)

Sestavni del tega sistema je zdravstvena nega. To je disciplina, ki se v osnovnih usmeritvah loči od medicine.

Ker živimo v času, ko se znanost vse bolj oddaljuje od človeka in je napredek zasenčil človeško modrost, je vedno več problemov, s katerimi se človek srečuje v življenju. Večino svojega življenja preživimo v službi. Tudi tam se spopadamo s problemi, med katerimi izstopajo pomanjkanje zaposlenih, slabi medsebojni odnosi, pomanjkanje spoštovanja in priznanja za dobro opravljeno delo. Poruši se človekovo sozvočje z naravo. Ogroženo je ravnovesje v njem samem, kar se kaže kot negativna samopodoba in ima predvsem negativne posledice na soljudi, ki takega človeka obkrožajo.

Za vsako družbeno vlogo veljajo določena pravila, norme, vedenja, nanjo se vežejo posebna pričakovanja in predstave, kakšen naj bo posameznik, ki takšno vlogo sprejme.

Tipičen tak primer je vloga medicinske sestre. Vsak, ki takšen poklic opravlja in je torej sprejel izrazito stereotipno vlogo, se mora naučiti posebnih vzorcev obnašanja, da bi zadovoljil pričakovanja širšega družbenega okolja.

Medicinska sestra dela na zelo zahtevnem področju, ki poteka pod velikimi obremenitvami.(2)

Spremembe družbenopolitičnega sistema in s tem posledično spremembe celotne zakonodaje so nas privedle v čas zdravstvenih reform, ki pa ne pomenijo le spre-



membe v dejavnostih in organizaciji zdravstvenega sistema, temveč tudi v financiranju. Omejevalni posegi v zdravstveno politiko pomenijo redukcije, te pa najpogosteje zajamejo zdravstveno nego, medicinske sestre in zdravstvene tehnike. Omejitve zaposlovanj v zdravstvenih ustanovah, čeprav so delovna mesta prosta, so posledica težnje managementa organizacij, da bi zmanjšali izgubo. V prihodnje ni pričakovati izboljšav v tej smeri, kvečjemu še zaostrovanja in večje zahteve po večji učinkovitosti pri opravljanju zdravstvene nege.

Na zdravstveno nego vplivajo posredno ali neposredno ekonomski viri, s tem pa tudi na njen razvoj.

Nujno bi potrebovali normative, ki bi jih postavila stroka sama in ne zavarovalnica. Kadrovske normative bi morali temeljiti na dejanski porabi časa, na delitvi dela, na potrebah varovancev, na stopnji njihove odvisnosti ali neodvisnosti pri opravljanju osnovnih življenjskih aktivnosti.(3)

Sedanje socialnoekonomske razmere v naši državi, nastajanje nove zakonodaje, spremembe zdravstvenega sistema (javna in zasebna praksa, uvajanje družinske medicine) in spremenjene zakonitosti financiranja zdravstvenega varstva močno vplivajo na zdravstveno stanje otrok in posredno na celotno prebivalstvo. Posebno dojenčki in njihova umrljivost so bili vedno ne samo zdravstveni, ampak tudi socialno-ekonomski kazalec razvitosti družbe. V otroštvu se tudi oblikuje vedenje, ki spremlja posameznika vse življenje.

PRIKAZ SEDANJEGA STANJA

Medicinska sestra se v dispanzerski zdravstveni negi ravno tako kot povsod drugod ves čas srečuje z različnimi

oblikami komunikacije. Izpostavljena je ocenjevanju pacientov in njihovih svojcev.

Pri svojem delu komuniciramo največ govorno. Pri tem uporabljamo verbalno in neverbalno obliko komunikacije.

Pacient nas mora razumeti in sprejeti naša navodila. Informacije morajo biti jasne in razumljive.

V prispevku se bomo osredotočili na dela in naloge medicinskih sester v dispanzerski zdravstveni negi in prikazali problematiko telefonskega komuniciranja ter podali nekaj možnih rešitev tega problema. Izhodišče za prikaz je služba Dispanzerja za zdravstveno varstvo predšolskih otrok.

Zdaj imamo komunikacijo za bistveni del nudenja zdravstvene oskrbe. V zahodnem svetu sta na področju zdravstva komunikacija oziroma pridobivanje medosebnih spretnosti postala del izobraževalnega paketa. Tudi druge sorodne discipline so v svoje izobraževanje prav tako vključile komunikacijske spretnosti. V preteklih tridesetih letih so številne raziskave pokazale največjo kritičnost pacientov ravno na področju komunikacije med osebjem in pacienti. Iz tega lahko sklepamo, da je komunikacija podlaga za nudenje zdravstvene oskrbe ne glede na mesto posameznika v zdravstveni ureditvi in ne glede na zdravstveno disciplino. To pomeni, da uspešna komunikacija vodi do boljših in višje postavljenih standardov nudenja zdravstvene oskrbe.(4)

Zdaj je telefonska komunikacija še vedno osnovna oblika komuniciranja za vse obravnavane skupine, razen za osebe z najhujšimi omejitvami sluha in govora.

Vsak telefonski pogovor ima svoj način dialoga in sicer glede na cilj, ki ga želi nekdo doseči.

Velik del govornega komuniciranja v dispanzerski zdravstveni negi obsega komuniciranje po telefonu. Deli se na sprejemanje klicev in klicanje navzven. Najpogostejši način je sprejemanje klicev. V naš dispanzer starši kličejo predvsem zaradi informacij o delovnem času izbranega pediatra, kličejo za termin pregleda in za razne zdravstvene nasvete ob določenih zdravstvenih težavah. Pogosti so tudi klici, ko se spremeni zdravstveno stanje otroka, ki je že v obravnavi pri osebnem zdravniku, in klici, ko so starši v dvomih glede nujnosti obiska pri zdravniku.

Klici vzamejo medicinski sestra čas, namenjen drugim opravilom, predvsem direktni zdravstveni negi. Osebe je na ta račun še dodatno obremenjeno.

Medicinske sestre moramo pogosto opraviti klice zunaj naše delovne organizacije, predvsem zaradi naročanja pacientov, raznih sprememb v organizaciji dela, obveščanja staršev o prispelih izvidih ter raznih administrativnih zadev. Takšni klici bremenijo zavod tudi stroškovno, predvsem klici iz stacionarnega omrežja na mobilna omrežja.

Obremenitev je prikazala tudi raziskava, ki je potekala v Zdravstvenem domu, pod imenom Količina in kakovost v zdravstveni negi. Projekt je financiralo Ministrstvo za zunanje zadeve Nizozemske iz programa Matra s sodelovanjem Ministrstva za zdravje Republike Slovenije in Nizozemske. V 16-tedensko klasifikacijo pacientov so bili vključeni naslednji dispanzerji: Dispanzer za zdravstveno varstvo predšolskih otrok, Dispanzer za

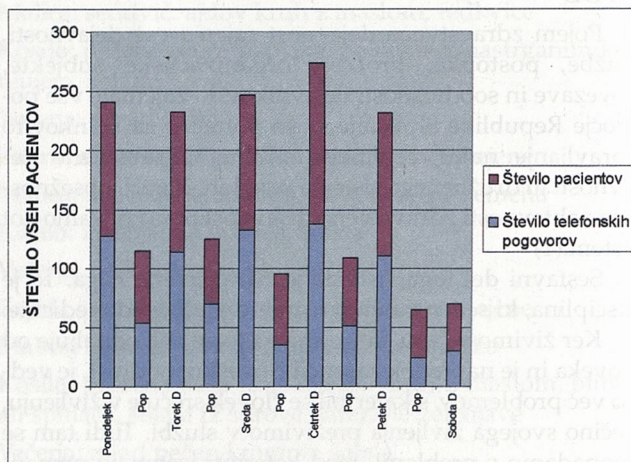
šolske otroke in mladino ter Dispanzer za medicino dela, prometa in športa.

Opazovanje je temeljilo na podlagi večkratnih trenutnih opazovanj: vsakih 10 minut. V danem trenutku se je zapisalo, kaj medicinska sestra takrat dela. Opazovanih je bilo več enot, ki so pokazale obremenjenost medicinskih sester pri delu v dveh terminih: dopoldne in popoldne ter od ponedeljka do sobote. Sam projekt je za zaposlene v dispanzerski zdravstveni negi enkratno izhodišče za uvažanje organizacijskih sprememb.

Iz raziskovalnega projekta predstavljam samo število telefonskih klicev, ki so bili opravljeni v 16 tednih klasifikacije. Graf prikazuje število telefonskih klicev glede na število pacientov, ki so bili določenega dne obravnavani na Dispanzerju za zdravstveno varstvo predšolskih otrok.

Številke nam pokažejo izjemno visoko število telefonskih klicev. Ni bilo zapisano trajanje pogovora in vzrok opravljenega klica. Same številke pa nam dajo takoj vedeti, da je takšna oblika obremenitev za medicinsko sestro zelo naporna in vzame velik del delovnega časa (okoli 10 % ali 42 min pri 7-urnem delovnem času).

Povedati je treba, da so meritve potekale v času od 11. 9. 2000 do 30. 12. 2000.



Število telefonskih klicev glede na število pacientov

V tem času se je zgodilo veliko sprememb, tako organizacijskih kot tudi strokovnih. Pacienti se v tistem času še niso naročali na preglede, saj je bila medicinska sestra v istem prostoru kot zdravnik. Tudi zaposlenih medicinskih sester je bilo nekoliko več kot zdaj, predvsem zaradi poslovnih sprememb v našem zavodu. Iz vsega tega lahko sklepamo, da je število telefonskih pogovorov še višje kot v tistem obdobju, medicinske sestre pa so še bolj obremenjene, predvsem zaradi kadrovskih omejitev.

Ravno zaradi preobremenjenosti pri delu, splošnega pomanjkanja kadra oz. nizkih kadrovskih normativov, ki veljajo v dispanzerski zdravstveni negi, se pojavljajo številne dileme v zvezi s telefonskim komuniciranjem v zdravstveni negi.

Najpogostejše dileme, ki se porajajo ob telefonski komunikaciji, so:



- kakšna je kultura telefonskega komuniciranja za-poslenih;
- vprašanje etike;
- racionalnost telefonskega svetovanja ter
- strokovna merila usposobljenosti za svetovanja in triažiranje po telefonu.

KULTURA TELEFONSKEGA KOMUNICIRANJA

Že Aristotel je vedel, da mora dober govorni nastop slediti trem zakonitostim:

- etosu: spoštovanju poslušalcev, sprejemanju različnos-ti, vživljanju v poslušalce;
- logosu: vedeti moramo, kaj bomo povedali, vsebina mora biti jasna in pregledna;
- patosu: izbrati moramo pravi način in poslušalce vodi-ti z glasom, si pridobiti njihovo naklonjenost in jo ohranjati.

Tudi zdaj ni nič drugače. Samo govornik, ki se temelji-to pripravi na govorni nastop, bo naletel na pozorne poslušalce.

Na delovnem mestu preživimo več časa kot kjer koli drugje, zato je pomembno, da se pri delu počutimo do-bro, da smo zadovoljni sami s seboj. Dela lahko vsak, a samo zadovoljen človek lahko dela dobro. Svoje zado-voljstvo izžarevamo. Ljudje, s katerimi stopamo v stik, to čutijo, vidijo in slišijo. Na podlagi svojih opazanj in občutenj pa si ustvarjajo mnenje o nas in o našem zavodu. Z načinom telefonske komunikacije lahko medicinska sestra pokaže raven strokovnega dela in kulturo orga-nizacije, v kateri je zaposlena.

Tudi kadar komuniciramo po telefonu, je zmeraj pris-otna neverbalna komunikacija. Glas izdaja naše razpo-loženje, naravnost do sogovornika in še marsikaj drugega. Če spremenimo ton ali barvo glasu, če upočas-nimo govor ali ga pospešimo, če dvignemo glas ali če ne-nadoma utihnemo, spremenimo besedam pomen in spre-menimo sporočilo.

Ločevanje komunikacije na verbalno in neverbalno je možno samo v teoriji, sicer sta neločljivo povezani in pre-pleteni, celo odvisni druga od druge.(5)

Ena od najpomembnejših veščin uspešne komunikaci-je, kjer se prepletata oba dela, je poslušanje. Zelo malo lju-di zna poslušati. Med »slišati« in »poslušati« je namreč velikanska razlika. Če znamo vsebino povzeti in postrežemo z argumenti »za« in »proti«, govorimo o kri-tičnem poslušanju. Aktivno poslušanje zahteva poleg tega še, da se v govorca vživimo in ga poskušamo razumeti brez lastnih filtrov in predsodkov. Če bi se radi naučili aktivnega poslušanja, moramo vaditi kar nekaj stvari:

- govorečemu ne vpadati v besedo in mu ne dokončevati stavkov;
- ko poslušamo, molčimo in tistemu, ki govori, omogočimo sproščenost;
- odstranimo motnje in ne delamo drugih stvari (pisanje receptov, iskanje dokumentov, pospravljanje instru-mentov, zalivanje rož ...);
- pozorni smo na spremembe v glasu.

Bodimo potrpežljivi. Ljudje se razlikujemo. Nekateri govorijo hitro, drugi počasi; nekateri govorijo glasno, drugi komaj slišno. Nekateri na dolgo in široko razlagajo,

drugi se ne potrudijo niti dokončati začetih stavkov. Pomagajmo jim z vprašanji in pojasnili. Ni treba, da se strinjamo – pomembno je, da se razumemo.

Obvladujmo svoje vedenje. Če je potrebno, si zapisuj-mo pomembne točke. (5)

Veščine telefonskega komuniciranja se v funkcional-nem izobraževanju nismo učili. Vsi komuniciramo po lastnih merilih in izkušnjah. Pri profesionalnem delu v zdravstveni negi bi ob strokovnem znanju morali vsi, ki veliko delovnega časa namenimo takšni obliki komu-nikacije, nameniti pozornost tudi sami kulturi obnašanja. Na žalost je v zdravstveni negi problem pomanjkanje časa.

ETIČNA VPRAŠANJA

Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov pomaga medicinski sestri pri oblikovanju etičnih vrednot, ki jo vodijo pri njenem delu in ravnanju v vseh stanjih in ob vsakem času, kar velja za ves negov-alni tim. Sestavljen je iz štirih sklopov in devetih etičnih načel. V okviru načel so navedeni standardi ravnanja.(6)

Načelo III zajema poklicno molčečnost. Pomeni trajno zavezanost medicinske sestre k spoštovanju poklicne skrivnosti, kar jo zavezuje preko bolnikove smrti.

Pri telefonski komunikaciji v zdravstveni negi se na-jvečkrat postavlja vprašanje identičnosti osebe, s katero se pogovarjamo po telefonu.

Delo v zdravstveni negi nam vedno znova pokaže resnost tega problema, predvsem ko gre za dilemo, ko medicinska sestra po naročilu zdravnika posreduje do-ločene informacije po telefonu. Ob tem bi rada še posebej poudarila, da lahko medicinska sestra daje podatke o zdravstvenem stanju bolnika samo z vidika zdravstvene nege in negovalne dokumentacije.

V današnjem času je poklicna molčečnost ogrožena. Medicinska sestra je ob določenih okoliščinah prepuščena lastni presoji, izkušnjam in zaupljivosti glede informiranja osebe, ki je pri telefonski komunikaciji ne vidimo.

Velikokrat je telefonski pogovor kot pogovor z za-vezanimi očmi. Ni nam dostopnih vsaj polovica never-balnih znakov.

RACIONALNOST TELEFONSKIH POGOVOROV

Ob telefonskem komuniciranju velikokrat prihaja do dileme, kako upravičiti porabljeni čas. Ko medicinska sestra svetuje po telefonu, potrebuje veliko strokovnega znanja, potrpljenja in izkušenj, da ugotovi resnost proble-ma. Sama se mora odločiti, kako svetovati staršem, ali naj otroka pripeljejo k zdravniku, kdaj in kako hitro.

Same storitve, ki jo je opravila, po merilih zdravstvene zavarovalnice ne moremo prikazati. Ob tem se mora odločati, komu dati prednost, osebi, ki je v ordi-naciji, ali osebi, ki kliče. Pogovora po etični in poslovni strategiji ne smemo zavrniti. Ob nenehni telefonski ko-munikaciji je medicinska sestra pogosto bolj obremenje-na, kot bi bila sicer ob primerni organizaciji dela, ki bi jo razbremenila vsaj določenega obsega dela telefonske ko-munikacije.

Medicinska sestra ne odgovarja samo na klice, temveč mora opraviti tudi veliko telefonskih klicev sama, pred-



vem zaradi naročanja in posebnih navodil pri organiziranosti službe. Obveščati mora bolnike in njihove svojce o nujnosti posameznih izvidov in posameznih pregledov. V takšnih primerih se postavi vprašanje stroškov telefoniranja, predvsem, kadar se kliče na mobilna omrežja. Velika je tudi poraba časa, ko medicinska sestra čaka na vezavo klica preko centrale.

Rešitev tega problema bi bila medicinska sestra, ki bi delala v klicnem centru. Prestregla bi klice pacientov in opravila večino svetovanja in posredovanja informacij.

V tujini se že pojavljajo »tele-zdravstvene storitve«, zasledili pa smo jih že tudi pri nas. Med tele-zdravstvenimi storitvami, namenjenimi končnim uporabnikom, prevladujeta dve obliki in sicer:

tele-posvetovanja z zdravstvenim osebjem in daljinski prenos kazalcev zdravstvenega stanja.

Na Švedskem je bilo takih posvetovanj (prva oblika) kar 20 milijonov letno. Tudi na Danskem jih plačuje zdravstvena blagajna in so celo pogoj za koncesijo.

Pri drugi obliki gre predvsem za rutinski nadzor kazalcev, kot so krvni tlak ali krvni sladkor, redkeje pa tudi ukrepe v nujnih primerih.(7)

Podjetje Mobitel d.d. v Sloveniji že 4 leta nudi aktivne storitve za nadzor delovanja srca. Število uporabnikov storitve »Mobilink« so predstavniki podjetja označili kot zaupno. Uporabniki plačujejo te storitve v okviru telefonske naročnine. Pobuda je v podjetju nastala predvsem iz poslovnih razlogov.

Enako velja tudi za storitev »Drugo mnenje«, ki omogoča pridobitev alternativne strokovne ocene zdravstvenega stanja z mobilnimi povezavami (zlasti s področja rentgenologije). Storitve ni omejena le na naročnike poslovnih paketov, ampak vsakomur – le da je cena za ostale za dobrega pol velikostnega razreda višja.(7)

TRIAŽA PO TELEFONU

Medicinska sestra mora imeti ob strokovnem znanju in strokovnih izkušnjah tudi veliko komunikacijskih sposobnosti za zdravstveno svetovanje po telefonu. V primarni zdravstveni negi je zaslediti trend naraščanja zdravstvenih storitev, s tem pa tudi stroškov, ki so s tem povezani.

Zaradi prezasedenosti osebnega zdravnika prevzame večino telefonskih klicev medicinska sestra in opravi večino svetovanj v okviru svojih pristojnosti in po naročilu zdravnika.

V tujini so na primarni in sekundarni ravni zdravstvenega varstva (ZDA) organizirani »telefonski triažni centri«, kjer delajo posebej za to usposobljene medicinske sestre. To so posebej plačani programi, ki so organizirani po posebnem protokolu. Delo se dokumentira, snema, evalvira glede na kakovost opravljenih storitev in je tudi posebej zavarovano. Vanj so vključeni zasebniki in javna zdravstvena služba in služi kot dodatna storitev.(8)

Za usposabljanje obstaja poseben priročnik Telephone triage protocols for nurses, kjer je natančno določen postopek sprejemanja klicev in potek telefonskih pogovorov ter svetovanj po telefonu.

TEŽAVE, KI SE POJAVLJAJO ZARADI VELIKEGA ŠTEVILA TELEFONSKIH KLICEV

V zdravstveni negi se pogosto srečuje fenomen pomanjkanja kadra. Do teh težav prihaja predvsem zaradi neugodnega finančnega položaja, v katerem so ustanove, zaradi odsotnosti z dela, zaradi neprimerne porazdelitve dela in slabe organiziranosti službe.

Okoli 50 % sredstev se v celotnem sistemu uporabi za potrebe zdravstvene nege. Tudi število opravljenih ur je največje v zdravstveni negi. Vzrok za to je v dejstvu, da bolniki potrebujejo zdravstveno nego 24 ur dnevno, nekaj pa tudi v tem, da je ta dejavnost kadrovsko najbolj zastopana. Primanjkljaj finančnih sredstev se najprej skrči na najbolj številčne od najbolj zastopanih. Vse dodatne zahteve v zdravstvu gredo na račun prestrukturiranja sredstev znotraj zdravstva in na račun redukcij, predvsem kadra, ki za plače potroši največ sredstev.(3)

Telefonski klici medicinski sestra vzamejo določen obseg delovnega časa, kar jo še dodatno obremenjuje in povzroča izgorevanje. Stres zaradi pogostega zvonjenja telefona in stalnega občutka pomanjkanja časa vpliva na kakovost opravljenega dela.

Velikokrat se pojavijo težave zaradi neuspešne komunikacije, katere vzrok je lahko na obeh straneh, tako pri oddajniku kot tudi pri prejemniku sporočila. Pojavlja se nezadovoljstvo z opravljenim delom medicinskih sester oz. nemotiviranost za delo s strani osebja.

Prihaja do pritožb, kjer je težko določiti krivca, ker ni mogoče identificirati osebe, ki sodeluje v pogovoru in ker ni mogoče ponovno poslušati pogovora.

Težav je veliko in se kažejo predvsem v kakovosti opravljenih storitev in zadovoljstvu osebja ter pacientov.

ZAKLJUČEK

V delovnih organizacijah bi bilo potrebno resno razmisliti o težavah, ki jih prinaša telefonska komunikacija, predvsem pogostost klicev.

Zaposleni v dispanzerski zdravstveni negi bi morali imeti posebna strokovna srečanja, namenjena izobraževanju v komunikaciji in pridobivanju veščin komuniciranja. Poznati bi morali tudi načine reševanja pritožb in ugovorov.

Zelo pomembno bi bilo poznati strukturo telefonskih pogovorov in se primerno pripraviti na pogovor. Za vsak pogovor je potreben čas, še zlasti v profesionalni komunikaciji, kjer se pričakuje konstruktivno reševanje določenega problema. Poleg strokovnega znanja je zelo pomembna prepričljivost zdravstvenega delavca, občutek varnosti in zanesljivosti, ki jo vzbudimo pri prejemniku določene zdravstvene informacije.

Pri zdravstveni zavarovalnici bi bilo potrebno doseči dogovor glede plačila in zapisovanaja telefonskih storitev. Telefonske pogovore bi bilo potrebno dokumentirati tudi zaradi pravne zaščite medicinskih sester.

Če bi se pogovori vztrajno zapisovali za interno evindenco, bi mogoče sčasoma dosegli dogovor o pomembnosti telefonske komunikacije v zdravstveni negi.

Nov sistem telefonije omogoča tudi sprejemanje klicev v manj frekvenčnem delu delovnega dneva in sporočanje sporočil na tajnico. Problem je zopet čas, kdaj sporočila poslušati in najti način, kako paciente poklicati

nazaj. Edina možnost, ki jo imamo, je še vedno samo vzgajanje naših pacientov, da kličejo v terminih, določenih za naročanje, in v terminih, določenih za svetovanje, večinski del zdravstvene vzgoje pa moramo opraviti v preventivnih urah ob posrednem stiku s pacienti. Sčasoma bomo mogoče lahko tudi plačnikom dokazali pomembnost zbranosti pri delu in pogostost klicev, ki jih opravimo vsak dan ter morda dosegli namestitev dodatnega kadra oz. dodatnih bonitet za zaposlene v zdravstveni negi.

Literatura:

1. Brus A.: Organizacijsko-ekonomski in informacijski procesi v zdravstveni dejavnosti, Moderna organizacija, Ljubljana, 1994, str. 3–4, 41.

2. Mrak Z.; Samopodoba medicinskih sester. Medicinske sestre v Sloveniji. Biografika BORI d.o.o., Ljubljana, 2001, str. 108–129.
3. Filej B.; Vizija zdravstvene nege za tretje tisočletje. Spremljajmo dogajanja zdravstvena nega včeraj, danes, jutri ... Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, 1998, 47–52.
4. Rungapadiachy Dev. M.; Medosebna komunikacija v zdravstvu. Educy d.o.o., Ljubljana, 2003, str. 2–15.
5. Zapiski s predavanj Komunikacija v delovnem procesu, N. Flajs, 2004.
6. Vuga S.; Profesionalna etika pri delu z ljudmi. Zbornik. Univerza v Mariboru in Inštitut Antona Trstenjaka v Ljubljani. Maribor, 1996, str. 317–325.
7. <http://www.geocities.com/andrejbled/2000>.
8. Briggs J. K.; Telephone triage protocols for nurses. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia, 2001, str. 1–5.

Svetovni dan možganske kapi, 25. maj

Bojana Žvan

Ljubljana, 24. maj 2005 – Mednarodno združenje za preprečevanje možganske kapi (ISS) bo jutri na svoji 14. evropski konferenci o možganski kapi v Bologni v Italiji razglasilo 25. maj za dan ozaveščanja o možganski kapi. Namen mednarodnega dne je ozaveščanje in informiranje o bolezni. Možganskožilne bolezni so že zdaj drugi vzrok umrljivosti, zaradi njih trpi 15 milijonov ljudi na svetu, v Evropi 4 milijoni. Možganskožilne bolezni so vodilni vzrok invalidnosti in pomenijo velik zdravstveni, socialni in ekonomski problem.

Predstavniki slovenskih organizatorjev aktivnosti ob Svetovnem dnevu možganske kapi, podjetje Sanofi-Synthelabo-Lek d.o.o., Društvo za preprečevanje možganskih in žilnih bolezni, Center za možganskožilne bolezni (Klinični oddelek za nevrologijo – Klinični center Ljubljana) in Združenje bolnikov s cerebrovaskularno boleznijo Slovenije, so na današnji novinarski konferenci poudarili, da je osnovni namen mednarodnega dne informirati strokovno in laično javnost o dejavnih tveganja za možgansko kap ter o zdravljenju, posledicah in rehabilitaciji po njej. S to pobudo želijo tudi izboljšati prepoznavanje znakov in simptomov možganske kapi.

»Stagnacijo zbolewnosti in umrljivosti lahko pripišemo slabi kontroli dejavnikov tveganja za možgansko kap. Možganski kapi se torej lahko izognemo, če pravočasno prepoznamo dejavnike tveganja, kot je povišan krvni tlak, in s preprostimi spremembami življenjskega sloga,« je osnovni nasvet doc. dr. Bojane Žvan, vodje Centra za možganskožilne bolezni – Klinični oddelek za nevrologijo Kliničnega centra v Ljubljani. Pri nekaterih bolnikih samo sprememba načina življenja ne zadostujejo za zmanjšanje tveganja ponovitve možganske kapi ali srčnega infarkta. Cilj dolgotrajnega zdravljenja z zdravili ni samo zmanjšanje tveganja prve ali nadaljnje možganske kapi, ampak tudi drugih ishemičnih dogodkov, na primer srčnega infarkta. »Največ za preventivo

pred ponovno možgansko kapjo pa lahko naredijo ljudje sami, če upoštevajo načela zdravega načina življenja in se držijo predpisane zdravljenja,« zatrjuje doc. dr. Bojana Žvan.

V Sloveniji vsako leto za možgansko kapjo zbolijo okoli 4000 oseb, od teh jih okoli 1300 potrebuje zelo intenzivno rehabilitacijo in prav toliko nekoliko manj intenzivno rehabilitacijo. Za vsakega posameznika morajo sestaviti rehabilitacijski program, ki ga izvaja multidisciplinarni tim, sestavljen iz zdravnikov, fizioterapevtov, nevrofizioterapevtov, delovnih terapevtov, logopedov, psihologov, socialnih delavcev, sociologov in medicinskih sester. Enakovredni člani tako številnega tima pa so tudi bolnikovi svojci in sam bolnik. »Ne samo bolniki in njihovi svojci, vsi bi se morali seznaniti s problematiko možganske kapi, ki postaja tako številna, da nam grozi epidemija možganske kapi«, opozarja dr. Ruža Ačimovič-Janežič, podpredsednica Združenja bolnikov s cerebrovaskularno boleznijo Slovenije.

V Evropi se je v zadnjem desetletju zelo razširilo gibanje proti tej težki bolezni. Tudi v Sloveniji so bolniki po možganski kapi ter bolniki na Inštitutu za rehabilitacijo in nevrološki kliniki leta 1996 ustanovili Društvo bolnikov s cerebrovaskularno boleznijo, ki so ga kasneje poimenovali v Združenje CVB. Združenje želi s svojimi akcijami sodelovati pri zniževanju števila zbolelih, manjši umrljivosti, preprečevanju invalidnosti in ponovljivosti zbolewnja. Predsednik Združenja CVB, Peter Kunc, pravi, da je Združenje poleg programov primarne in sekundarne preventive usmerjeno tudi v posebne socialne programe za izboljševanje kvalitete življenja posameznikov in njihovih družin.

Možganska kap je hitra in žrtev je lahko kdorkoli izmed nas.



TATJANI HANOV

Iskrene čestitke ob opravljeni diplomi
na Visoki šoli za zdravstvo v Ljubljani
in veliko uspeha na nadaljnji poklicni poti

želijo

Sodelavke
**PATRONAŽNEGA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA
ZD LJUBLJANA MOSTE-POLJE-FUŽINE**

NA UNIVERZI V MARIBORU NA FOV V KRANJU

**JE POSTALA MAGISTRICA ZNANOSTI
NAŠA KOLEGICA**

ANA PODHOSTNIK

ISKRENO JI ČESTITAMO!

**MEDICINSKE SESTRE IZ KLINIČNEGA INŠTITUTA
MEDICINE DELA, PROMETA IN ŠPORTA**

**V MESECU MARCU 2005 JE
NA VISOKI ŠOLI ZA ZDRAVSTVO
UNIVERZE V LJUBLJANI
DIPLOMIRALA KOLEGICA**

ANA HOSTNIK.

**ISKRENE ČESTITKE,
MEDICINSKE SESTRE PEDIATRIČNE KLINIKE
KLINIČNEGA ODDELKA ZA NEFROLOGIJO,
LJUBLJANA.**

**NA VISOKI ŠOLI ZA ZDRAVSTVO V LJUBLJANI
JE DIPLOMIRALA NAŠA KOLEGICA**

VERA OBLAK

ISKRENO JI ČESTITAMO!

**MEDICINSKE SESTRE IZ KLINIČNEGA INŠTITUTA
MEDICINE DELA, PROMETA IN ŠPORTA**

**»Modrost sestoji iz tega, da vzameš življenje tako, kot je, in samo včasih sanjaš o tem,
kakšno naj bi bilo.«
(Pearl S. Buck)**

Pred kratkim sta na Visoki šoli za zdravstvo v Ljubljani diplomirali kolegici

DARJA KASTELIC

in

MARINKA DIMC

Iskreno jima čestitamo in želimo še veliko uspehov pri delu!

Sošolke in kolegice Zdravstvenega doma Novo mesto.

Sončnica, simbol, ki povezuje

Gordana Lokajner



Ko sem za ta prispevek iskala idejo za uvod in primerno prispodobno, sem se spomnila na prispevek gospe Marjete Rupar v enem od Utripov.

Začela je z delom pesmi Srečka Kosovela:

»Nesem sončnico na rami ...«

Ob tem je pripisala še naslednje misli:

»Sončnica ima darove narave. Ima svetlobo, ima ponosno držo, ima dober namen, ima optimizem, ima vse, kar človek potrebuje. Ko pogledam v njene oči, vidim v odsevu tudi – ljudi«.

Predvidevam, da so podobno razmišljali tudi člani Ljubljanskega društva za boj proti raku, ko so snovali svoj simbol z znamenito sončnico.

Ljubljansko društvo za boj proti raku deluje na območju Ljubljane in okoliških občin in ima približno 7000 članov in članic.

Pri svojem delu sledijo programu Slovenija proti raku 2000–2010. Aktivni so predvsem na področju seznanjanja in spodbujanja mladine in odraslih o zdravih načelih življenja.

Poudarjajo spoznavanje lastnega telesa, spodbujajo opuščanje škodljivih navad in samopregledovanje.

Na osnovnih in srednjih šolah organizirajo predavanja o samopregledovanju dojk in mod, ki jih podkrepijo s podarjenimi modeli, na katerih šolarji in dijaki lahko obnavljajo pridobljena znanja.

Aktivnosti se nadaljujejo tudi na področju osnovnega zdravstvenega varstva, kjer Ljubljansko društvo organizira predavanja zdravnikov onkologov laični populaciji in jih izobražuje o zgodnjem odkrivanju raka in pomenu samopregledovanja.

Tesno so povezani z Zvezo slovenskih društev za boj

proti raku, kjer se udeležujejo seminarjev in aktivnosti, jih sponzorirajo in skrbijo za širjenje vzgojnoizobraževalnega gradiva.

Sodelovanje s Hematoonkološkim oddelkom Pediatrične klinike je, kot sami navajajo, uspešno in se kaže z redno finančno podporo za nakup prepotrebnih aparatov in pripomočkov za zdravljenje in zdravstveno nego, akcij za izboljšanje kvalitete življenja mladih bolnikov z rakom na zimskih in letnih taborih. Veliko podpore je namenjene tudi nakupu knjig, športnih rekvizitov in igračk.

Ljubljansko društvo s svojimi prispevki zelo aktivno sodeluje tudi na Onkološkem inštitutu Ljubljana. Odmevne so akcije izobraževanj, finančne podpore pri izvedbi seminarjev, ki jih organizirajo zaposleni na Onkološkem inštitutu Ljubljana.

V času, ko inštitut izvaja zdravstveno oskrbo v skoraj nemogočih razmerah, je Ljubljansko društvo prihitelo na pomoč z nakupom ušesnih termometrov za vse hospitalne oddelke.

Zadnja in ena najbolj odmevnih donacij je stekla ob koncu leta 2004. Društvo je za vse zaposlene v Službi zdravstvene nege in oskrbe priskrbelo majice z znanim znakom sončnice, s katerim smo postale še bolj vidne na Onkološkem inštitutu Ljubljana in navzven.

Ob tej priložnosti bi se Služba za zdravstveno nego in oskrbo Onkološkega inštituta Ljubljana zahvalila Ljubljanskemu društvu za boj proti raku za to akcijo, ki še odmeva na naših oddelkih in enotah.

Sodelovanje Ljubljanskega društva in Zveze društev za boj proti raku z zaposlenimi na Onkološkem inštitutu je dolgo in uspešno in upamo, da bomo s skupnimi močmi še nadaljevali dosedanje delo ter se skupno in uspešno bojevali proti raku.

»KLIC V SILI«

Za vaš nasmeh in kaj več se trudi Petra Kersnič



»Gospod Koren, ste vi klicali vodovodarja pod nujno?«

REKLI SO – DA BI SPREMINJALI SVET IN LJUDI!

*Ne to, kar doživljamo, temveč način, kako doživljamo, tvori
našo usodo.*

Marie von Ebner – Eschenbach

Usoda je najboljši učitelj.

Hamerling

Prva ljubezen je podobna snegu; redkokdaj obstane.

Finski pregovor

Poljub je himna ljubezni.

Josef Svatopluk Machar

MORDA STE ŽE KDAJ SLIŠALI ALI PREBRALI – ČE NE, JE DANES PRVIČ

*~ da kava, čaj in alkohol, kljub temu, da so tekočine, povzročajo
dehidracijo ~*

~ da ima stonoga v Južni Afriki 710 nog ~

*~ da za pridelavo 1 kg riža potrebujemo od 3000 do 10 000 litrov
vode ~*

LJUBEZEN

»Draga, resnično si prva, ki jo neizmerno ljubim!« se hvali Mare.

»Oh, Mare,« zamrmra Marjetka, »spet začetnik.«

JUTRO

»Mami, povej mi, prosim, pravljico,« se proti jutru zbudi mali Andrejček.

»Sine, počakaj še malo, ko pride oči, jo bo nama povedal on!« ga potolaži mama Metka.

BOLEČINE

»Gospa Fani, kje čutite najmočnejše bolečine,« sprašuje dr. Kralj Marijo Koren.

»Gospod doktor, najhuje je na delovnem mestu,« je kratka gospa Marija.

NEZNANEC

Mož in žena sta se sprehajala po Tivoliju in mimo pride neznanec ter oba lepo pozdravi.

»Vidiš Marija, še so prijazni neznanci!«

»Ja, Mirko, ampak, ko bi ti vedel, kako on smrči,« se odreže Marija.

NOVICA

Ginekolog: »Danes pa imam za vas dobro novico, gospa Kovač!«

»Gospodična Kovač« ga dopolni Kovačeva.

»Potem pa imam za vas slabo novico, gospodična Kovačeva,« se odreže ginekolog.

STOLETNIK

»Gospod Koren, a bi nam povedali, kaj ste vse počeli, da ste tako čili in zdravi dočakal sto let,« so novinarji hiteli spraševati Korena na slavlju njegove stoletnice.

»Prosim vas, počakajte do ponedeljka, skrivnost vam bom izdal, ko se bom dogovoril z mlekarno, pivovarno ali tobačno tovarno, kdo da več za mojih sto let,« se odreže stoletni Koren..

BIGAMIST

»Oči, kdo pa je to bigamist?« sprašuje Andrejček očeta.

»Sine, to je norec, ki pomije dvkrat več posode, kot jaz.«

KRAJ ROJSTVA

Dva policaja se pogovarjata o kraju rojstva, pa prvi pravi: »Jaz sem se rodil doma, kje pa ti?«

»Jaz sem se rodil v bolnišnici,« se pohvali drugi.

»Ja kaj pa ti je bilo, da si se rodil v bolnišnici. Si bil bolan?« ga sprašuje prvi.



Poročilo s strokovne ekskurzije sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v endoskopiji

Marija Primožič Petrinec, Avgušтина Rajić, Lučka Kočevnar, Stanka Popovič



Zbornica/Zveza, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v endoskopiji je 21. aprila 2005 organizirala strokovno ekskurzijo v univerzitetno bolnišnico Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien, na ogled oddelka za endoskopije in operacijskega bloka. Odpeljali smo se iz Ljubljane, skozi Celje in Maribor do Gradca.

Naš prvi vtis ob vstopu v bolnišnico je bil, kot da smo prišli v nakupovalni center, ne pa v avlo bolnišnice. Kasneje, ko smo se sprehodili do oddelkov, ki smo jih želeli videti, smo dojeli velikost bolnišnice.

V glavni avli bolnišnice, ki ima 2200 bolniških postelj, nas je pristrčno sprejela gospa Gerlinde Weilungy, glavna medicinska sestra oddelka za endoskopije. Z njo je bila pomočnica inštrumentarke iz operacijskega bloka. Razdelili smo se v dve skupini.

Gospa Weilungy je prvo skupino po številnih hodnikih odpeljala do oddelka za endoskopije, ki obsega več sob za preiskave, kjer izvajajo gastroenterološko in respiratorno endoskopijo ter hepatobiliarno diagnostiko. Številčno opravijo manj endoskopskih preiskav kot večina endoskopskih centrov v Sloveniji, ker izvajajo posege oz. intervencije le izbranim, diagnostično najbolj zapletenim pacientom. Na Dunaju je namreč 40 bolnišnic in Allgemeines Krankenhaus je edina univerzitetna bolnišnica z vsemi oddelki.

V času ogleda smo bili prisotni pri endoskopskih preiskavah. Videli smo hemostazo z metalnimi klipi in terapevtski ERCP. Pri vsakem endoskopskem posegu sta prisotni dve medicinski sestri, ki skrbita za bolnika in za neposredno asistenco pri posegu. Vse bolnike pri interventnih endoskopskih posegih sedirajo brez prisotnosti anesteziista.

Vse endoskope čistijo in dezinficirajo v posebnem prostoru za čiščenje in dezinfekcijo strojno v kemično-termičnih dezinfektorjih. V prostoru za čiščenje imajo pet kemično-termičnih dezinfektorjev. V Sloveniji se žal večina endoskopov še vedno čisti in dezinficira ročno, vendar se položaj izboljšuje; dve enoti v Sloveniji sta že prešli na izključno strojno dezinfekcijo. Videli smo, da medicinska sestra endoskop in ves preostali inštrumentarij po končanem posegu grobo očisti, ga odloži na voziček z banjico ter odpelje v prostor za čiščenje in dezinfekcijo. Vse endoskope in preostali inštrumentarij čisti in dezinficira za to delo priučena oseba. Pri nas to delo opravijo diplomirane medicinske sestre, višje medicinske sestre ali zdravstveni tehniki. Opremljenost njihovega oddelka za endoskopijo, predvsem z endoskopi in endotermodezinfektorji, je v primerjavi z večino slovenskih enot za endoskopijo neprimerno boljša. Kar se tiče skrbi za endoskope, je v Sloveniji večja, kar je razumljivo, saj jih vedno primanjkuje. Opazili smo, da uporabljajo



zaščitne plašče za večkratno uporabo in da pijejo tekočo vodo iz pipe.

Medicinske sestre na oddelku za endoskopijo imajo urejeno negovalno dokumentacijo.

Nekaj kolegic nas je imelo možnost ogleda endoskopske enote na urološkem oddelku bolnišnice. Za neprimerljivo manj posegov, kot jih izvajamo pri nas, imajo šest prostorov. Trije prostori so namenjeni endoskopskim posegom in urodinamskim preiskavam, v ostalih prostorih pa izvajajo ultrazvočno diagnostiko ter uvajajo nefrostomske in cistostomske katetre. Medicinske sestre imajo urejeno negovalno dokumentacijo in standarde za izvajanje endoskopskih posegov.

Drugo skupino je prijazna gospa Desanka odpeljala v operacijski blok. Le ta šteje poleg vseh ostalih potrebnih prostorov 43 operacijskih dvoran. Nahajajo se v sklopih po 8 operacijskih dvoran na eni etaži.

Ogledale smo si osmo etažo operacijskega bloka, ki jo sestavlja: filter (kjer se je bilo potrebno sleči skoraj do golega), prostor za sprejem in pripravo pacientov, prebujevalnico, rekreacijo, prostore za shranjevanje aparatov in pripomočkov, čisti hodnik in nečisti hodnik, med katerima je sklop operacijskih dvoran.

Na čisti strani so: centralna sterilizacija, zaloge sterilnega materiala in seti inštrumentov ter materiala za enkratno uporabo.

V času ogleda je v op. sobi potekal operativni program, ki smo ga lahko nekaj časa spremljale. Veselilo nas je videti pravo timsko delo, ki ga je izvajal kompletni tim: kirurg, operacijska medicinska sestra, tehnik za elektroniko, anesteziolog, anesteziološka medicinska sestra ter bolničar. Seznanili so nas z organizacijo dela in načinom dokumentiranja.

Iz operacijske dvorane je prehod na nečisti hodnik. Tam je prostor za kirurško umivanje ter začetek »tunela«, kjer se odvija razkuževanje in strojno čiščenje inštrumentov, kontrola morebitnih okvar inštrumentov, nega inštrumentov ter zavijanje. »Tunel« se konča s sterilizacijo, ki je, kot smo že slišali, v čistem delu. Za standardne operativne posege uporabljajo operacijske sete za večkratno uporabo iz netkanih materialov, za septične in karcinomske primere pa operativne sete za enkratno uporabo.

Odpadke zbirajo in razvrščajo podobno kot pri nas.

Tako kot v Sloveniji, se tudi na Dunaju srečujejo s pomanjkanjem medicinskih sester. Njihov delovni čas je od 8. do 16.

Strokovna ekskurzija je bila zelo poučna, nova videnja in spoznanja bomo lahko koristno uporabili pri našem delu.

Zaključimo lahko z ugotovitvijo, da je delo medicinskih sester v endoskopiji in v operacijskih dvoranh v Sloveniji primerljivo z delom medicinskih sester v tujini, mogoče jih kje celo presegamo.

Izlet v Pomurje

Breda Podboj

Sekcija upokojenih medicinskih sester pri DMSZT Ljubljana je v okviru pomladanskega programa organizirala izlet v Pomurje.

Kot ponavadi smo se tudi 5. maja letos s polnim avtobusom odpeljale s Kongresnega trga. Voditeljica gospa Nada Drnovšek s Kompassa je naša običajna spremljevalka. Zelo je razumevala; svoje informacije in razlage prične šele, ko se poleže klepet in pozdravljanje ob snidenju.

Vreme ni bilo vzpodbudno, tudi dež obdobjno, toda opremljene z dežniki si nismo pustile vzeti dobrega razpoloženja. Bujno zelenje in cvetje s svežo močno barvo nas je spremljalo vso pot.

Po Savinjski dolini mimo Maribora smo prišle do Slovenskih Goric s središčem v Lenartu, v Benediktu nedaleč naprej izdatno pomalicali in si privoščile počitek. Nadaljevale smo pot do Gornje Radgone mimo Radenc, kjer so že leta 1834 imeli prvi zdravilni vrelec, se popeljale skozi Mursko Soboto, mimo Moravc v Bogojino. Za tiste, ki malokrat zaidejo v Prekmurje, je bila vožnja polna vtisov in velik užitek.

Bogojina je seveda zanimivost posebne vrste: v prelepo naravno okolico je umeščena cerkva iz XIV. stoletja,

ki jo je v dragulj povzdignil mojster Plečnik s svojo značilno arhitekturo.

Nedaleč od Bogojine je širše območje Dobrovnika. Domačini trdijo, da je tu »oko slovenske kokoši«. S svojimi gozdnimi potmi, jezери in vinogradi ponuja bogata doživetja. Ustavile smo se na pokušini vin v Dobrovniških gorica pri kmetiji Hancik in si ogledale Bukovniško jezero v bližini. Sredi bukovih gozdov leži in njegova okolica je menda prava zakladnica čudežnih moči narave: blagodejno zemeljsko sevanje in energetska moč bližnjega Vidovega izvira.

Nadaljevali smo vožnjo še do Lendave ali Lendve po madžarsko, saj je tu dvojezično območje in močna madžarska manjšina. Lendava je namreč prišla v območje Jugoslavije šele leta 1919.

Povzpeli smo se na rekordnih 180 m n/m in uživali v prostranosti Lendavskih goric in prekmurske narave. Na vzpetini je grad Esterhazijev, prelepo obnovljena hišica s slamnato streho in evangeličanska kapela, kjer hranijo mumijo češkega vojskovodje iz bojov s Turki v 17. stoletju. Slovenije se sončni žarki dotaknejo prav v Lendavskih gorica in to 13' prej, kot dosežejo 240 km oddaljeni Kobariški Stol na skrajnem zahodu.



Mura – vzhodnoalpska reka, ki ločuje Slovenske gorice in Prekmurje, je dolga leta ločevala Slovence na Ogrskem od tistih v Habsburški monarhiji. Prekmurje je šele po 1. svetovni vojni pripadlo Sloveniji s središčem v Murski Soboti. Do leta 1924, ko je železnica povezala Štajersko z Mursko Soboto, tudi ni bilo mostov čez Muro. Promet so vzdrževali brodniki, ki so bili poleg mlinov značilnost bregov Mure.

Poleg številnih izvirnosti, kot so glasba, narečje, običaji, ima Prekmurje veliko podzemeljsko bogastvo zdravilnih vrelcev. Je pa tudi domovina bele štoklje – ptice selivke, ki vsako leto prileti nazaj in gnezdi na električnih drogovi in dimnikih hiš. Prebivalci jo častijo in varujejo, istočasno pa ji z osuševanjem travnikov in mod-

ernim kmetijstvom jemljejo hrano. Menda vsako leto odraste manj mladičev. Ogledale smo si tudi še edini delujoči mlin na Muri in po potrebi nakupile moko, prečkale Muro in se mimo Veržaja (najdišče starslovenske naselbine iz 10. stoletja) in Ljutomera ustavile na južnih obronkih Jeruzalemskih gor, kjer nas je na turistični kmetiji čakalo pozno popoldansko kosilo.

Po zaslugi kolegice Jože smo se v veselem vzdušju vračale mimo Ormoža in Velike Nedelje (z mogočnim gradom križevniškega reda) proti domu.

Po tem izletu se, upam, nobeni od nas ne bo zgodilo tako kot Janezku, ki je pri uri zemljepisa dobil cvek, ker je Mursko Soboto in Veliko Nedeljo iskal – na koledarju.





30 let sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti

Marija Fabjan



Prva predsednica Sekcije operacijskih medicinskih sester Slovenije ga. Jožica Tomšič

Jubilejno srečanje operacijskih medicinskih sester je bilo v mestu prvega srečanja in občnega zbora Sekcije operacijskih medicinskih sester (21. 2. 1975), v Mariboru. Sončen majski dan ob reki Dravi je naredil srečanje še bolj praznično. Kratek, a prisrčen kulturni program mladih gimnazijcev, pozdravne besede predsednice sekcije in gostov, so bile popotnica za dvodnevno strokovno srečanje.

Kot pred 30-imi leti tudi zdaj operacijska medicinska sestra zre v prihodnost, saj je bil naslov srečanja Prihodnost v operacijski dvorani. To so bile tudi vsebine predavanj, ki so jih pripravile operacijske medicinske sestre slovenskih bolnišnic. Kot na vsakem srečanju, smo imeli tudi predavanje kirurga in predstavljene so bile novosti proizvajalcev medicinske opreme in pripomočkov. Udeleženke seminarja smo namesto zbornika dobile zgoščenko z vsebinami predavanj, ki je dostopna tudi na naši spletni strani.

Čas za praznovanje smo si vzele po končanem strokovnem delu. Pridružila se nam je tudi prva predsednica sekcije, upokojena operacijska medicinska sestra ga. Jožica Tomšič. V predstavitvi 30-letne zgodovine Sekcije je sedanja predsednica Manica Rebernik-Milič poudarila številne aktivnosti in rezultate dela operacijskih medicinskih sester. Ni bolnišnice, kjer operacijske medicinske sestre ne bi razvijale in pisale navodila za delo in standarde perioperativne zdravstvene nege in izvajanje operativnih postopkov. Vse delo, povezano z bolnikom, sproti dokumentiramo. V letu 1996 smo pridobile redno članstvo v evropskem združenju operacijskih medicinskih sester EORNA. V nenehni želji po profesionalizaciji poklica smo leta 2003 dosegle Specializacijo iz perioperativne zdravstvene nege na Visoki zdravstveni šoli Maribor. Imamo svojo spletno stran www.somss.com. Da so rezultati dela sekcije vidni, imajo zasluge posamezne članice, ki so tudi prejele priznanja ob 30-letnici delovanja sekcije.

Likovna razstava v Kliničnem centru

Klinični center

Vodnik za začetnike

Vodnik za začetnike

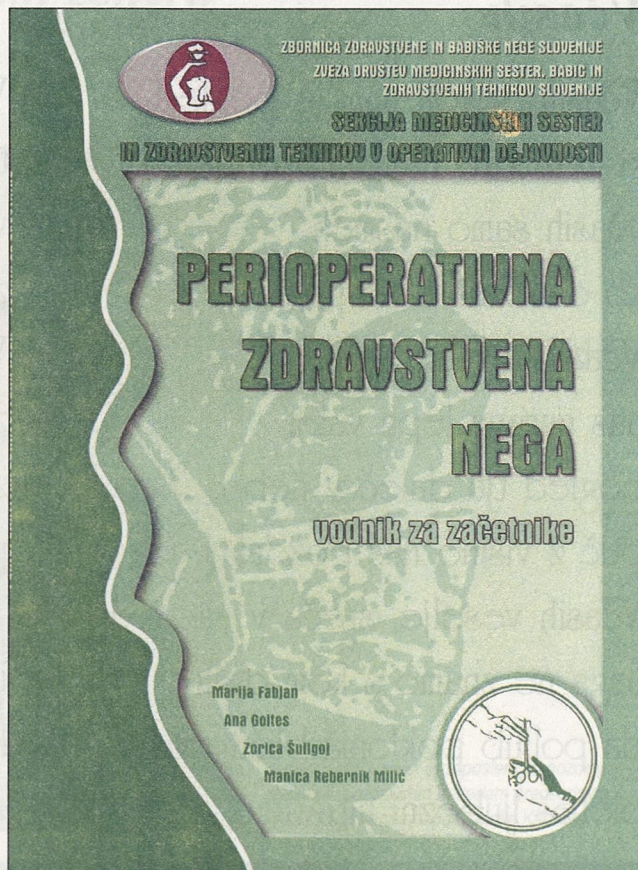
Vodnik za začetnike

Vodnik za začetnike

Rezultat dela operacijskih medicinskih sester je tudi prva knjiga s tega področja, Perioperativna zdravstvena nega – Vodnik za začetnike. Ideja o učnem gradivu za medicinske sestre, ki vstopajo v operacijsko sobo, je bila dolgo prisotna. Ciljna skupina so začetniki, ki jih izobražujemo s priučevanjem po formalnem izobraževanju. Vodnik jim bo gotovo v veliko pomoč pri vsakodnevni sprotni orientaciji v operacijski sobi, da bodo kakovostno, profesionalno in odgovorno opravljali svoje ter timsko delo. Vesele smo, da nam ga je uspelo pripraviti prav za to srečanje. Knjiga vsebuje osnovna znanja operacijske medicinske sestre s področja perioperativne zdravstvene nege, poznavanja asepse in aseptičnih razmer za delo, procesa operacije, osnovne opreme operacijske sobe in opredelitve tveganj za varnost bolnikov v operacijski sobi. Drugi del vsebuje specialna znanja o poznavanju inštrumentarija in osnovne veščine inštrumentiranja, poznavanju šivalnega materiala, sterilizacije, medicinskih rokavic, negi in vzdrževanju AO-inštrumentov, AO-opreme in AO-vsadkov. Mnoga so še poglavja, ki se jih nismo dotaknile in bodo gotovo predmet obravnave v nadaljnjih izdajah vseh nas. »Pričujoče delo bo dobrodošel učbenik operacijskim medicinskim sestram, poleg tega pa tudi zdravnikom sekundarijem in specializantom ter koristna osvežitev specialistu,« je ocena enega izmed recenzentov, na katero smo avtorice ponosne.

Po končanem srečanju je bila še programska volilna konferenca. V vodstvu sekcije je nekaj kadrovskih sprememb. Izvršni odbor sestavljajo Martina Brešan, Marija Brezovec, Marija Fabjan, Marjeta Grobelšek, Alenka Slak in Zorica Šuligoj, vodila pa jo bo tudi naslednje mandatno obdobje Manica Rebernik-Milić. S pristrčnim darilom se je zahvalila dosedanjima članicama izvršnega odbora za neprecenljive dosežke na področju razvoja stroke in dela v sekciji, gospe Ani Goltos in Natki Murgelj.

Rezultati dela sekcije so vidni v vseh delovnih sredinah operacijskih medicinskih sester. Naj ji to uspeva tudi v prihodnosti.



Naslovnica knjige



Slavnostni nagovor predsednice sekcije



Včasih

Včasih dovolj nam je pogled,
ki pozdravi nas v jutru,
včasih samo nasmeh,
ko dan začne se pusto.
Včasih tavamo sami,
nas narava lepa vabi,
pogled tja daleč v nebo,
ptič z višine nas pozdravi.
Včasih veselje, sreča v nas živi,
tega ne znamo s kom deliti,
da poljub pokloniš bližnjemu,
pleteš ljubezni niti.

Včasih se smola nas drži,
tarejo nas križi in težave,
vse v telesu nas boli,
zdravniku zaupamo težave.
Včasih svet bi ves objeli,
zaplesali v dan veselo,
zapeli in zavriskali,
postorili vse bi smelo.
Takšen dan je redkokdaj,
izkoristi ga do konca,
kdo ve, če še jutri bo,
zate dan poln sonca.

Veronika Viltužnik

Likovna razstava v Kliničnem centru

Gita Ilič Kačar



Pacienti, obiskovalci in zaposleni so pozorno prisluhnili pozdravnim besedam predsednice DMSZT Ljubljana gospe Darinke Klemenc

Veliki traven, mesec prebujanja narave, cvetenja in brstenja, mesec prepoln raznolikih dogajanj, srečanj in praznovanj. In v tem mesecu imamo tudi medicinske sestre svoj praznik – 12. maj. Ob tem mednarodnem dnevu je Klinični center odprl svoja vrata vsem prebivalcem, ki jih zanimajo pravice in dolžnosti pacientov Kliničnega centra v Ljubljani, saj je to srečanje potekalo to pot pod tem naslovom.

Člani likovne sekcije Društva medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana smo tudi s svojimi likovnimi deli poskušali prinesiti kanček barvitosti in veselje med paciente in obiskovalce. Predstavljene slike so narejene v različnih tehnikah in so tudi tematsko različne. Vsak avtor je pač z barvami poskušal kar najbolje izpovedati svoja videnja določenega, njemu čudovitega trenutka. Pri likovni izpovedi je tudi tokrat bedel nad nami naš mentor, akademski slikar g. Marjan Zaletel. Za njegovo pomoč in podporo se mu zahvaljujemo.

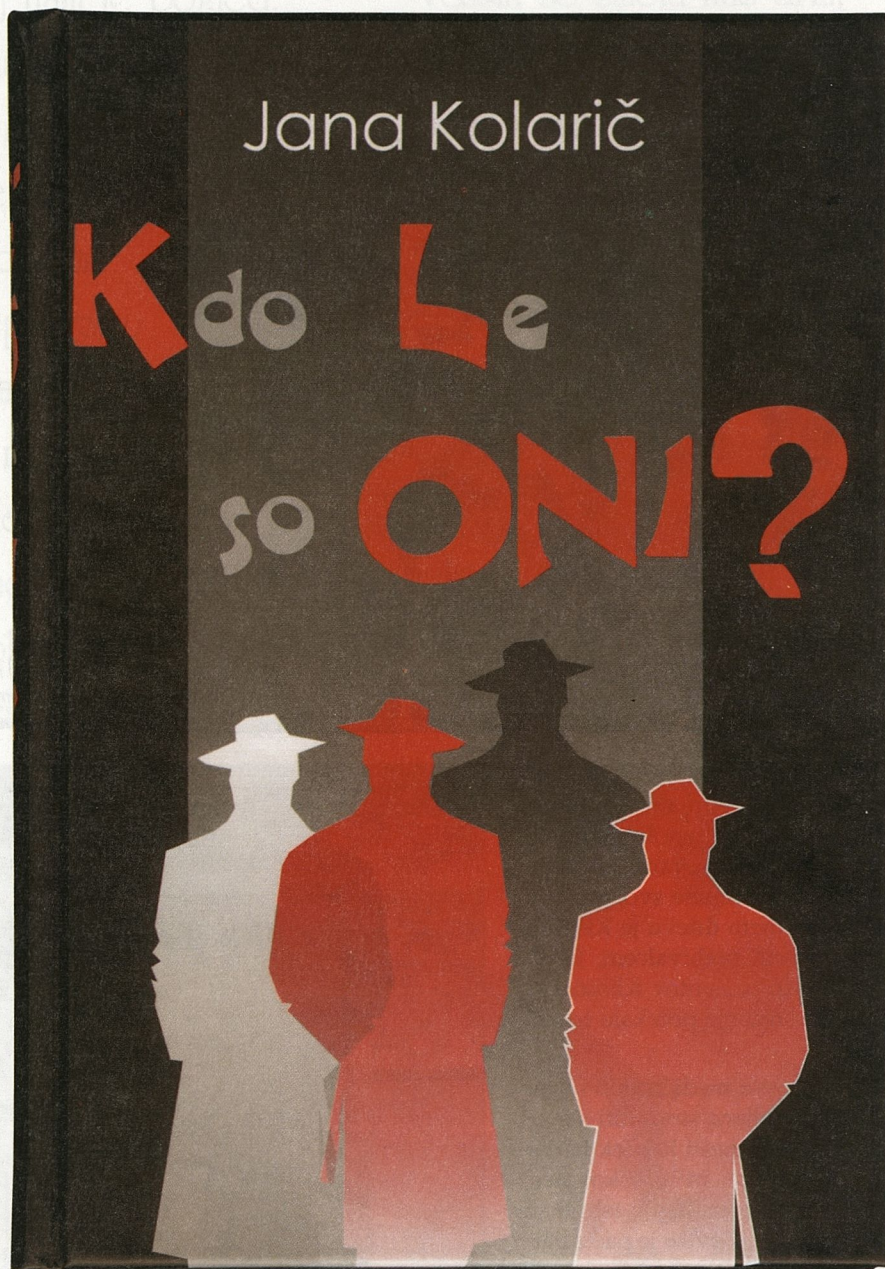
Ravno tako se zahvaljujemo DSMZT Ljubljana, da nam je omogočilo postavitve likovne razstave ob našem prazniku v avli Kliničnega centra v Ljubljani.



Ob kulturnem programu so obiskovalce razveseljevali tudi motivi s slik.

Knjiga KDO LE SO ONI?

S črnim humorjem o zdravstvenih aferah



V zadnjih dneh starega leta je izšla knjiga, ki na humoren način obravnava precej grenke in neprijetne pojave, s katerimi se prej ali slej nujno sreča vsakdo, ko prestopi prag bolnišnice, zdravstvenega doma ali podobne ustanove in postane »koristnik zdravstvenih storitev« ali po domače bolnik. Avtorica Jana Kolarič je knjigo z naslovom *Kdo le so oni?* izdala v samozaložbi. Gre za izvirno slovensko dramo, doslej prvo in za zdaj edino pri nas, ki se ukvarja s tematiko kloniranja.

Klasičen komedijski zaplet ob nastanku treh klonov pa je pravzaprav samo pretveza za nikoli dokončano reševanje identitetnih vprašanj: kdo sem, kaj sem, kakšna

je moja vloga v svetu, kako me dojemajo drugi, kaj čutim, koga ljubim ... Pri tem se pred bralci oziroma gledalci razgrne skoraj celoten družbeni prerez raznolikih posameznikov. Prek zahtevno prepletenega klopčiča njihovih motivov in dejanj preraste delo iz situacijske komedije oziroma komedije nravi v večplastno družbeno satiro, ki se neprizanesljivo loteva marsikatero afere ali anomalije, aktualne v sodobni slovenski stvarnosti.

Saj res, in kdo so oni? Naj vam namignemo, da se odgovor skriva v naslovu knjige.

Kontakt: Jana Kolarič, Mokrška 51c, 1000 Ljubljana
Janakolarc@usa.net 051 234 631

Odgovor kolegici

Rozalija Rajgelj

Kar nekaj časa sem odlašala in se prepričevala, naj le napišem odgovor kolegici, ki je kar pred časom v Utripu okrcala sodelovanje medicinskih sester in podpora stanovskih organizacij na volitvah 2004 v okviru Junijske liste.

K pisanju me je spodbudil mednarodni dan medicinskih sester. Visokodoneče besede, ki zaznamujejo ta dan, kmalu izpuhtijo v sivini vsakdanjika, medicinske sestre pa ostajamo naprej tiste, ki najbolj občutimo socialno nestabilnost v državi in smo najbližje problemom in stiskam ljudi.

Junijska lista je povabila k sodelovanju in vključila v svoje vrste ljudi, ki to, kar govorijo, tudi delajo.

In tu tiči poglobitveni razlog, zakaj sem se in verjamem, da tudi ostalih 14 kolegic in kolegov, odločila, da se pridružim junijski listi, ki ima program, v katerem sem se, kot medicinska sestra, videla v politiki.

Vrednote, kot so: strpnost, ustvarjalnost, solidarnost, skrb za enakopravno dostopnost do zdravstvenih storitev, za bolne, invalide, otroke, žrtve nasilja, duševno ranljive, starejše, tiste z obrobja družbe ...

Kaj niso to vrednote, ki pritičejo vsaki medicinski sestri? In ravno te vrednote je Junijska lista zapisala v svoj program.

Poleg navedenega je v programu zapisano še mnogo smernic delovanja Junijske liste, ki si je zadala cilj narediti Slovenijo podobno skandinavskim deželam, ki jim je socialna država nekaj samoumevnega.

Manca Košir je pred volitvami dejala: »Ne gremo se politike zaradi oblasti in moči, gre nam za ljudi.«

In medicinskim sestram je skrb za ljudi način dela, življenja in mišljenja.

Danes po tem, ko so se volilne strasti polegale in je pogled nazaj bolj jasen, mi ni žal sodelovanja, kajti povsod, kjerkoli smo se pojavili »Junijci«, smo bili prisrčno in korektno oz. spoštljivo sprejeti, morda še najmanj med nekaterimi kolegicami in kolegi.

Delo Društva Junijska lista pa ni bilo zaključeno z rezultati volitev. V letošnjem letu sta bili namreč že organizirani dve okrogli mizi in sicer na temo: komplementarno zdravilstvo na Slovenskem in paliativna oskrba.

S srcem, z dušo in s prepričanjem »Junijka«, Rozalija Rajgelj

O srečnosti in samopodobi

Adela Kelhar, univ. dipl. sociol., svetnica

Ta svet, v katerem smo, je tako raznolik in človek potrebuje veliko znanja, da naredi iz sebe človeka, ki zna živeti povezano z drugimi, zanj pomembnimi ljudmi.

Sreča je duševno zdravje – je uživanje življenja, ki si ga izberete, razumevanje z ljudmi, ki so vam blizu ali dragi, možnost, da s svojim življenjem počnete tisto, kar imate za vredno, in da ne počnete ničesar, s čimer bi kogarkoli prikrajšali za enako možnost, kot jo imate sami.

Za resnično povezanost med ljudmi in sodelovanje je potrebno osebno doživljanje lastne vrednosti in svojega človeškega dostojanstva – v ozračju, v katerem lahko vsakdo razvije pozitivno identiteto, ne glede na to, koliko je različen od drugih. Ustvarjanje takega ozračja je temeljna naloga različnih socialnih sredin.

O sreči je napisano veliko knjig, pesmi, razmišljanj, citatov in vsega mogočega. Meni osebno je najbolj všeč ta naš slovenski rek: vsak je svoje sreče kovač. Kovač, kot ustvarjalec različnih umetelnih izdelkov, mora kar kovati, kovati železo, takrat, ko žari. Tudi s človekom je podobno. Sreča ne pride sama od sebe, sreča je v nas, samo poiskati jo je treba v sebi. Drugi nas ne morejo osrečiti ali onesrečiti. Nenavadna so ta stališča. Če podrobneje poskušamo razumeti sebe, svoja vedenja, potem se približujemo tistemu, kar je lastno nam, smo navdušeni nad tem in neprestano želimo, da nam je dobro. Kdaj pa nam je dobro? Takrat, ko je tako, kot bi mi

radi. Sami natančno vemo, kaj je za nas lepo, prijetno, vredno. Od rojstva naprej si pridobivamo te izkušnje in jih vgradimo v svoj svet kakovosti. Tako motiviramo sebe, da težimo k temu, da nam je dobro. Dobro nam je takrat, ko vemo, da nas imajo ljudje radi, da so radi z nami, z njimi nam je prijetno.

V njihovi bližini se človek umiri, je sproščen, ljubezniv. Človek potrebuje tudi to, da nas drugi cenijo, nas spoštujejo nam pomembni ljudje. Odnos spoštovanja do drugega in tudi do sebe je to, da ceniš pri sebi svoje sposobnosti, da veš, da zmoreš veliko stvari, je samospoštovanje. Tega zgradimo sami. V našem okolju ni vrednota, da se človek ceni. Nekako naj bi se, po mnenju drugih, »držal nazaj«. Ni lepo, da poveš o sebi kaj dobrega. Tako tudi iz okolja, kjer smo, neprestano dobivamo informacije, kaj vse ni dobro pri nas, da nismo nič posebnega, nič vrednega in neprestano nas hočejo drugi spreminjati. Že s stališčem, nisem nič posebnega, drugi so mnogo več, se odaljujemo od sebe.

Da to, kar delam, ni nič kaj takega, in potem človek čaka, da se mu pripeti kaj posebnega, nenavadnega, potem je to nekaj več. Ko se osvobodimo tega mišljenja in gledamo nase kot na človeka, ki veliko stvari naredi običajnih, vemo, da je zelo veliko naredil v svojem življenju. Tako smo zares veliki ljudje, vredni samospoštovanja.

Kateri večji kos človeka

Martina Horvat

Patronažne medicinske sestre se pri svojem delu v zadnjem času srečujemo s številnimi izzivi. Populacija se nezadržno stara. Krajšajo se ležalne dobe v bolnišnicah. Na domovih se povečuje število pacientov, ki potrebujejo zahtevnejšo in daljšo obravnavo. V obravnavo pacientov na njihovih domovih se vključuje tudi veliko drugih strokovnjakov, laikov in prostovoljcev, katerih povezovanje je prepuščeno osebnim pobudi sodelujočih in nikakor ne zagotavlja strokovne, predvsem pa varne obravnave pacienta. V pogovorih o tem, kdo je tisti, bolj primeren, da bi prevzel koordinacijo vseh vpletenih, je bilo izrečenih že veliko misli, napisanih veliko besed. Sama še vedno mislim, da smo patronažne medicinske sestre s svojim načinom delovanja, znanjem in širokim, na dokazih temelječim pristopu k obravnavanju vseh prebivalcev, zelo dragocen člen v sistemu zdravstvenega varstva in idealni koordinatorji zdravstvene in socialne obravnave. Žal se mnogi s tem ne strinjajo. Pa vendar, preden bomo polomili vsa kopja in porabili vse črnilo, preberimo, kako na razhajanje socialne in zdravstva ter samo obravnavo znotraj zdravstvenega sistema, gledajo tisti, za katere skrbimo.

Komentar novinarke Majde Horvat z naslovom »Kateri večji kos človeka« je bil objavljen v časopisu Vestnik 22. januarja 2004:

Na človeškem telesu in duhu se je razpaslo mnoštvo strokovnih specialnosti, ki vidijo v svoji prevzetnosti in zaverovanosti vase vsaka le svoj kos človeka. Nažira me strah, da bodo strokovnjaki svojo ozkoglednost prignali do skrajnosti in na mojem, zame nedeljivem in edinem življenju, risali meje svojega delovanja. Prvi bo videl samo prst, ne da bi pogledal ud, drugi bo gledal ud, ne da bi pogledal trup, tretji se bo zaril v notranje organe, ne da bi pogledal zunanost, četrti bo brskal po duši, ne da bi videl telo, in peti bo bolje od mene samega vedel, kaj je zame najboljše. In poslušali me bodo samo do tja, kjer so si postavili meje.

Da si ne bi delali sence, ne odžirali denarja, se mogli postavljati s svojo strokovno neodvisnostjo in razpoznavnostjo, da ne bi trčili v svoji prevzetnosti, sta se v naši državi pred več kot desetletjem zdravstvo in sociala uradno ločila. V naši soseščini si česa takšnega niso omislili nikjer. Prej enovito socialno zdravstveno videnje človeka je z leti dobilo dve mogočni veji, ta pa vsaka svoje ministrstvo in svoj račun. Še lep čas po tistem sta zdravstvo in sociala v skrbi za človeka sicer delovala v prepletenosti, dokler v zdravstvenem ministrstvu niso začeli postavljati zahtev po tem, da bi zdravstvo očistili socialnih vsebin, ker da bodo tako privarčevali za več in boljše zdravstvene storitve. Skrajševanje zdravljenja v bolnišnici in uvajanje ambulantnega zdravljenja, skrajševanje odsotnosti z dela zaradi bolezni, omejevanje pri izbiri zdravil, vse to je ljudi zadelo v živo, še najbolj stare in revne, kjer je stičišče obeh vej najgloblje. In prav

Komentar

Na človeškem telesu in duhu se je razpaslo mnoštvo strokovnih specialnosti, ki vidijo v svoji prevzetnosti in zaverovanosti vase vsaka le svoj kos človeka. Nažira me strah, da bodo strokovnjaki svojo ozkoglednost prignali do skrajnosti in na mojem, zame nedeljivem in edinem življenju risali meje svojega delovanja. Prvi bo videl samo prst, ne da bi pogledal okončino, drugi bo gledal okončino, ne da bi pogledal trup, tretji se bo zaril v notranje organe, ne da bi pogledal zunanost, četrti bo brskal po duši, ne da bi videl telo, in peti bo bolje od mene samega vedel, kaj je zame najboljše. In poslušali me bodo samo do tja, kjer so si postavili meje.



Majda Horvat

Kateri večji

na njihovih hrbtih sta si sedaj začela deliti dolžnosti, pravice in denar. Kdo bo poskrbel za starega človeka, ki so ga po nekaj dneh zdravljenja odpustili iz bolnišnice, kdo nadaljeval z zdravljenjem in zdravstveno nego na domu, kdo s socialno oskrbo, do kod je pristojnost zdravstva in kje se začne sociala, kdo bo plačnik storitev?

Zdravljenje, zdravstvena nega in socialna oskrba vsaka po svoje sedaj prihajajo do človeka. In ker spet postaja aktualna zahteva po celovitem videnju človeka in skrbi zanj, je med njimi začel vzhajati kvas prestiža. Kdo naj bo tisti prvi, ki bo imel glavno besedo? Bo to pripadalo socialni ali zdravstvu ali koliko kateri dejavnosti? Dokler se o tem pogovarjajo za mizo, pred javnostjo ali za njenim hrbtom, naj bo, ni pa dobro, če zaradi pričakovanega primata sedaj ob postelji nemočnega človeka, ki nosi v edini malhi življenja vse svoje zdravstvene in socialne probleme, druga drugi gledata pod prste.

Brez nuje se še čevelj ne sezuje, pravi slovenski rek. Koliko resničnosti je v tem reku. Vse storiš sam in zato je to tvoja odločitev in to je tvoja svoboda. Kako kaj narediš, kako rešuješ življenjske situacije, kako si kreativen v tem reševanju, je pomemben genski zapis potrebe po zabavi, učenju in kreativnosti. Preživetje, ljubezen, samospoštovanje, svoboda, kreativnost, so naši genski zapisi, ki smo jih dobili od svojih staršev in zato smo bogato opremljeni za svoje življenje. Za zadovoljevanje potreb pa potrebujemo ob sebi ljudi, ki nam jih pomagajo tešiti 24 ur, tako v družini, na delu in med prijatelji. Zato, da zadovoljujemo potrebe, izbiramo svoja vedenja. Vse, kar delamo od rojstva do smrti, je vedenje. Vse naše vedenje je celostno in vse celostno vedenje izbiramo. Celostno vedenje ima štiri posamezne sestavine: delovanje, razmišljanje, čustvovanje in fiziološke procese.

Kar je zanimivo v našem vedenju, je to, da lahko vplivamo samo na svoje mišljenje in ravnanje. Običajno pa so ljudje usmerjeni bolj na čustva kot pa na to, kar v danem trenutku mislijo. Vedemo se tako, kot mislimo. Ko je človek pozoren na to, kaj vse mu v danem trenutku „leti po glavi“ in ko „ujame“ svoja razmišljanja, presodi, kakšna so, jih lahko prekine (čeprav je to zelo težko) in ugotovi, da mu ne koristijo ali da so zanj celo škodljiva, prekine tok razmišljanja in ravnanja. To bi lahko pomenilo, da nadzoruje samega sebe. Niso dovolj samo pozitivne misli, ki bi jih kar „ponavljali“. Iz drugačnega mišljenja izhaja tudi ravnanje. Ljudje smo ustvarjalni in na svojo ustvarjalnost glejte kot na „joker“ vaših možganov. Ustvarjalnost nam omogoča našo lastno človečnost.

Človek še kako potrebuje bližino drugega, podporo, spodbudo brez nadzora. Kvalitetni medsebojni odnosi ustvarjajo sožitje med ljudmi in srečnost. Nadzorovanje drugih pa nas razdvaja od ljudi. Če se v odnosih pojavi grajanje, obsojanje, pritoževanje, sitnarjenje, grožnje, kaznovanje, podkupovanje, je to ogrožajoče za oba v odnosu. Kadar hočemo spreminjati drugega, je več možnosti, da ga izgubimo. Za dober osrečujoč odnos je podpiranje, spodbujanje, poslušanje, sprejemanje, zaupanje, spoštovanje in prispevanje pomembna povezovalna navada teorije izbire, ki gradi človeške odnose. Edini način, ki ne uničuje naših odnosov, je medsebojno spoštovanje.

12. maj – moj dan – naš dan

Petra Kersnič

Čas, ki ga živimo, ima neslutene razsežnosti in dogajajo se stvari in dogodki, ki si jih ni bilo mogoče niti v sanjah zamišljati, da bodo kdaj resnične. Seznam pridobljenih možnosti, ki jih ponujata sodobni čas in iz dneva v dan spreminjajoča se tehnologija, je neprešteven seznam, v katerem je za nekatere veliko, za druge malo manj, a za nekatere skoraj nič, kar bi jim koristilo za vsakdanje življenje. Beseda in vse, kar obsega globalizacija in njeni procesi, nam omogočajo, da tako rekoč vsak trenutek lahko izvemo, kako živijo in kaj delajo ljudje okoli in okoli sveta – če je to dobro ali ne, je veliko vprašanje, saj mnogi podatki in slike ter posnetki kažejo, da še veliko ljudi živi v človeka nevrednih okoliščinah in brez vseh pravic in možnosti.

Anton Trstenjak je življenjski cikel opisal kot štiri letne čase: ob rojstvu se začenja pomlad, mladost raste v poletje, zrela leta so rodovitna jesen in zima predstavlja tretje (četrt) življenjsko obdobje. Ni dolgo tega, ko je bila najbolj poveljevana mladost in njena ustvarjalna prihodnost. Zdaj pa je vse več ljudi, ki bomo preživljali zimo in prav zato je potrebno v življenje vlagati vse od začetka – se učiti živeti v vseh letnih časih in ustvarjati do konca. Sestra – medicinska sestra – je stoletja spremljevalka vsega tega dogajanja – in to prav od blizu – ob človeku, njegovi družini, njegovem domu, njegovem delovnem mestu – takorekoč od rojstva pa do smrti. Zato, da vse to zmore, ji mora biti človekovo življenje največja vrednota, skrb za človeka pa osrednji moto njenega poslanstva.

Mednarodno združenje medicinskih sester – ICN vse od leta 1988 zbira za osrednji moto Mednarodnega dneva medicinskih sester teme iz vsakdanjega delavnika – varno materinstvo, zdrave šole, medicinska sestra in okolje, za boljše mentalno zdravje, kakovost – zdravstvena nega – stroški, zdrava družina za zdrav narod, do boljšega dela v zdravstveni negi z raziskovanjem, zdravi mladi ljudje – svetlejša prihodnost, partnerstvo za zdravo

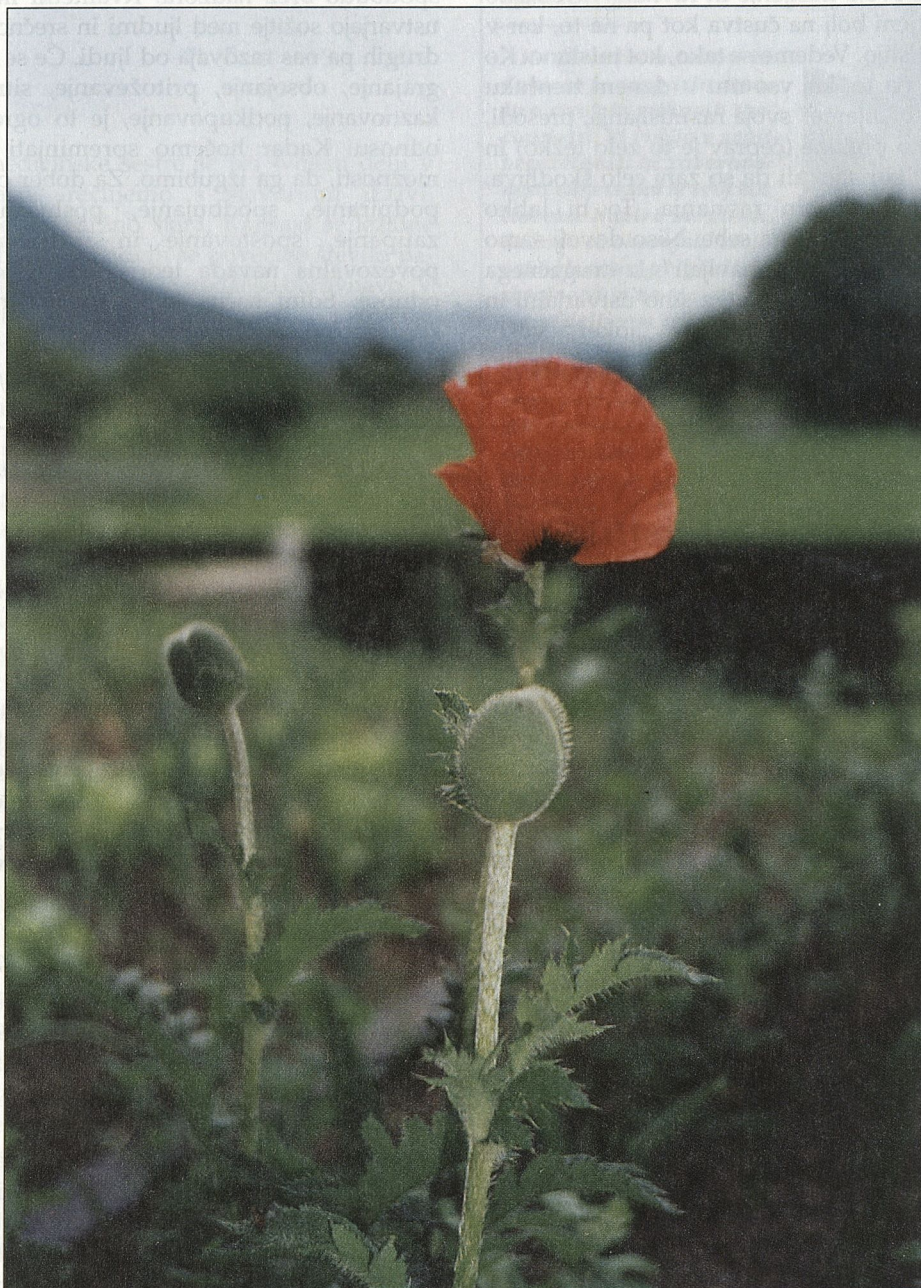
skupnost, proslavimo preteklost in zahtevajmo prihodnost zdravstvene nege, medicinske sestre so vedno tu za ljudi, medicinske sestre združene proti nasilju, medicinske sestre se bojujejo proti aidsu, medicinske sestre delajo z revnimi proti revščini in letošnji moto – medicinske sestre se borijo proti ponarejenim zdravilom.

Letošnji moto smo pri nas usmerili v skrb za človeka in mu namenili ves 5. kongres zdravstvene in babiške nege. V slovenskem prostoru v naših vrstah ni več potrebno poudarjati, da je partnerstvo med pacienti in nami vstopnica za jutrišnji dan, da za doseganje kakovosti potrebujemo tudi partnerstvo med nami sami in med vsemi poklicnimi skupinami.

Vsak poklic si je izbral svoj dan – bodisi v krajevni skupnosti, v mestni občini, na ravni države ali pa je dan proslavljen kot mednarodni – svetovni dan. In ni dovolj dnevov v letu, toliko je poklicev. Gradbinec gradi, šofer-voznik vozi, frizerka frizira, prodajalka prodaja, rudar rudari, vinogradnik skrbi za vinograd, čevljar skrbi in popravlja čevlje, kosec kosi, kuharica kuha, pilot pilotira, zdravnik zdravi – in mi – mi pa negujemo in skrbimo za potrebe ljudi, kot jih narekuje njegovo zdravstveno stanje.

V čast mednarodnega dneva medicinskih sester smo lani izdelali plakat in z njim vsem povedali, v čem je naša moč. Plakate smo poslali vsem medijem, ga tudi objavili v številnih tiskanih medijih in skoraj ni ustanove, kjer ne bi na vidnem mestu plakat govoril o nas, naši moči in našem poslanstvu.

Kljub vsej tej podobi, s katero želimo svoj poklic prikazovati, sta me letos razžalostila dva dogodka. Lepo in prav je, da so se na RTV spomnili in v polnočni klub, ki ob petkih ponavadi pritegne z zelo zanimivimi temami veliko gledalcev, povabili medicinske sestre in z njimi razpravljali o poklicu in vsem, kar sodi zraven in tudi ne.



Po polnih dveh urah, v katerih novinarka ni prav dobro zadela vprašanj in niti ni dobivala prav posrečenih odgovorov, je zaključila z besedami, da so »medicinske sestre neme spremljevalke bolnikov«. To pa me je dvignilo in res je, obnemela sem in izgubila dar govora. Imelo me je, da bi novinarki napisala moj »nemi komentar« – pa sem se spomnila, da sem to že počela ob neki drugi priložnosti in dobila odgovor, spremljan s členom zakona, ki dovoljuje in omogoča novinarsko svobodo.

Da je bila medijska mera polna, je prišla še izjava na POP-TV – kjer smo bile predstavljene kot tolažnice pacientov – seveda, vendar v nekem drugem kontekstu je tolažništvo naše poslanstvo – naša moč pa je prej v mnogočem drugem.

Obema novinarkama sem poslala prijazno pismo in plakat o naši moči – to je največ, kar sem lahko storila. Prepričana pa sem, da veliko več kot jaz oziroma skoraj vse lahko storimo pri vsakdanjem dokazovanju naše moči z besedami, dejanji in predvsem s svojo podobo pri vsakdanjem stiku z ljudmi.

In kaj je s srečo v življenju? Vsi jo neprestano iščemo na vseh mogočih koncih – v naravi, v delu, v družini, še najmanj pa v sebi, v nas samih. Sreča pa je, če imaš sebe, in sreča je tudi, če te imajo drugi – kadar te potrebujejo, tudi kot medicinsko sestro.

Sreča pa je danes tudi to, da imaš poklic in delaš tisto, kar ti daje zadovoljstvo in kar te osrečuje.

Članstvo, članarina, vstop in izstop



Pristopna izjava

Ko prejmemo vašo pristopno izjavo, ki jo lahko dobite na spletni strani www.zveza-dmszts.si ali vam jo na vašo željo pošljemo po pošti, člana/ico vpišemo v register članov in o tem obvestimo regijsko društvo. Na izjavi je rubrika, na kateri se član/ica izreče o načinu plačila članarine – mesečno z odtegljajem od osebnega dohodka pri delodajalcu ali po položnici – mesečno, polletno ali letno. Zbornica – Zveza pošilja položnice za letno plačilo v mesecu juniju.

Če želi član/ica takojšen vpis in izdajo potrdila o članstvu, mora ob vpisu poravnati znesek 3000 sit.

Mesečna članarina za redne člane/ice znaša od 1. 1. 2005 – 0,5 % od bruto plače, za upokojence/ke znaša letna članarina 5.200 sit in za študente/dijake 4.400 sit.

Spremembe podatkov v registru članstva

Vljudo Vas prosimo, da redno javljate spremembe delodajalca, statusa (študent, zaposlen, upokojenec), naslova bivanja, izobrazbe in strokovnih ter akademskih naslovov pisno ali po e-pošti – narocnina@zveza-dmszts.si

Porodniški dopust

Prosimo Vas, da nam pisno ali po e-pošti javite začetek porodniškega dopusta in način, kako boste v tem času plačevali članarino, kar bomo označili na vašem stroškovnem mestu. Članarino v višini 0,5 % od bruto osebnega dohodka plačujete mesečno, na tri mesce, polletno ali letno na TR NLB 02031-0016512314 – v sklicu pod 00 navedite številko članske izkaznice. Več informacij lahko dobite na telefon 01 43 44 903.

Izstopna izjava

Za izstop je potrebna pisna izjava in velja z naslednjim mesecem od prejema izjave (izstop ni možen za nazaj). Izjavi je potrebno priložiti člansko izkaznico. Zbornica – Zveza na podlagi pisne izjave o izstopu obvesti delodajalca in regijsko društvo.

Če je član/ica izstopila in v tekočem letu želi ponovno vstopiti, mora za ponovni vpis v register članov Zbornice – Zveze, za izdajo potrdila in članske izkaznice plačati pavšalno članarino od izstopa dalje.

Če je član/ica prekinila članstvo v preteklem letu ali letih nazaj, mora za ponovni vpis poravnati pavšalno članarino za preteklih šest mesecev.

Zahvaljujemo se vam za upoštevanje obvestil! V primeru nejasnosti ali želje po pojasnilih nas pokličite – s pogovorom bomo poskusili rešiti probleme v obojestransko korist.

Strokovne službe Zbornice – Zveze
Petra Kersnič, generalna sekretarka

Navodila za objavo obvestil in prispevkov v Utripu

Utrip je informativni bilten Zbornice – Zveze in ga prejemajo vsi člani. Izhaja praviloma enkrat mesečno med 12. in 15. dnem. Z Utripom želi organizacija seznanjati člane in druge z delovanjem Zbornice – Zveze in njenih organov, o aktualnih strokovnih in družbenih dogajanjih, informirati o strokovnih izpopolnjevanjih, ki jih organizirajo organi in delovna telesa Zbornice – Zveze, društva in strokovne sekcije, seznanjati z mednarodnimi aktivnostmi s področja zdravstvene nege in strokovnimi dogajanjimi v tujini in objavlja prispevke članov in drugih v skladu s programom dela Uredniškega odbora.

1. Prispevki in obvestila, ki jih želijo pisci oziroma avtorji objaviti v Utripu v naslednjem mesecu, morajo prispeti v uredništvo – na sedež Zbornice – Zveze, Vidovdanska 9, do 25. v tekočem mesecu. Prispevki, ki bodo prispeli po tem roku, bodo objavljeni v naslednji številki Utripa. Poslane prispevke se lektorira. Prispevkov ne honoriramo.
2. Pisci naj svoje prispevke pošljejo na disketi v programu Word for Windows s priloženo kopijo printa, ki naj bo pisan na papirju A4, z enojnim presledkom med vrsticami in obojestransko poravnavo z robovi 2,5 cm. Priporočena pisava je Times New Roman 12 točk. Na eni strani naj bo 30 vrstic s po 60 znaki v eni vrsti. Pri vsakem besedilu bomo objavili največ po dve fotografiji, ki morata biti kakovostni in primerni za objavo. Pod fotografijo morajo biti zapisani dogodek in imena oseb na fotografiji. Izjemoma so prispevki lahko natipkani oziroma v rokopisu. Besedil, fotografij in disket ne vračamo.
3. Ker je obseg Utripa omejen, naj prispevki oziroma članki skupaj s priloženimi fotografijami ne presegajo 3 strani formata A4.
4. Za vse trditve v prispevku odgovarjajo avtorji sami, zato objavljamo le prispevke s podpisanim polnim imenom in priimkom. K objavi naj bo priložen tudi naslov, tel./faks ali e-mail avtorja prispevka, obvestila oziroma oglasa za morebitne razgovore glede objave.

Uredništvo

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije



Kratka zgodovina delovanja in združevanja medicinskih sester v Sloveniji

27. novembra 1927 je bila v Ljubljani ustanovljena prva stanovska organizacija medicinskih sester, ki se je imenovala "Organizacija absolventk šole za sestre v Ljubljani".

V letu 1951 se je stanovsko združenje medicinskih sester preimenovalo v Društvo medicinskih sester, ki je v letu 1963 dobilo naziv Zveza društev medicinskih sester Slovenije ter se povezovalo v Zvezo društev medicinskih sester Jugoslavije. Člani in članice Zveze društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije so se na podlagi 87. člena Zakona o zdravstveni dejavnosti (Uradni list RS št.9/92) odločili in 15. 12. 1992 ustanovili Zbornico zdravstvene nege Slovenije.

Nalogam, ki so do takrat že bile zapisane v Statutu Zveze društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, je z ustanovitvijo Zbornice zdravstvene nege Slovenije bilo dodano še nekaj nalog, ki so značilne za zbornično organiziranost določene poklicne skupine.

Članstvo v organizaciji

Vsak, ki želi postati član, mora izpolniti pristopno izjavo, s katero se včlani v eno izmed 11 regijskih društev. Regijska društva so s pogodbo povezana v Zvezo društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Z izpolnitvijo pristopne izjave vsak član izrazi voljo po članstvu in načinu plačevanja članarine. Na podlagi pristopne izjave prejme vsak član člansko izkaznico, s katero se lahko izkaže na vseh strokovnih srečanjih.

Članstvo je prostovoljno - je čast in obveza za vse medicinske sestre in zdravstvene tehnike iz vrst aktivnih delavcev v zdravstveni negi, upokojenih medicinskih sester, dijakov in študentov zdravstvene nege.

Organizacijo sestavlja 11 regijskih društev: Ljubljana, Maribor, Celje, Pomurje, Ptuj – Ormož, Nova Gorica, Koper, Slovenj Gradec, Novo mesto, Velenje in društvo Gorenjske.

V organizaciji deluje 30 strokovnih sekcij, ki s svojimi izobraževalnimi programi skrbijo za strokovno izpopolnjevanje svojih članov in vseh, ki delajo na področju zdravstva.

Strokovne sekcije so organizirane za naslednja področja zdravstvene nege:

- vzgojo in izobraževanje, medicino dela, prometa in športa, ginekologijo in porodništvo, psihiatrijo in nevrologijo, za področje pulmologije, za področje pediatrije, za patronažno zdravstveno varstvo, anesteziologijo, intenzivno nego in terapijo in transfuziologijo, splošno medicino, oftalmologijo, za področje kirurgije, zdraviliško dejavnost, onkologijo, za področje zdravstvene nege stom, endokrinologijo, za področje nefrologije, dialize in transplantacije, endoskopijo, za področje reševalnih služb, stomatologijo, sterilizacijo, hematologijo, urgentno medicino, za področje interne medicine in infektologije, dermatovenerologijo, sekcijo operacijskih medicinskih sester, sekcijo študentov zdravstvene nege, sekcijo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v socialnih zavodih, sekcijo na internističnem in infektološkem področju, za področje kardiologije in angiologije, za področje managementa in za področje nevrologije.

Namen organizacije

Zbornica zdravstvene nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije je edina profesionalna organizacija medicinskih sester, ki predstavljajo najštevilčnejšo poklicno skupino med zdravstvenimi delavci. Njen glavni namen je:

- združevati medicinske sestre in zdravstvene tehnike iz vse Slovenije in zastopati njihove profesionalne, socialne in ekonomske interese;
- razvijati in promovirati sodobno zdravstveno nego in
- vsem ljudem zagotavljati kakovostno zdravstveno nego.

Remifemin®

Vodilno rastlinsko zdravilo za lajšanje težav v menopavzi



Ena tableta vsebuje
0,018 - 0,026 ml tekočega
ekstrakta korenike
zdravilne rastline
☞ *cimicifuga racemosa*
(grozdnata svetilka).
Svetujemo uživanje
dvakrat ene tablete na dan.
V lekarnah brez recepta.

*dokazano
učinkovit in varen*

*uspešen pri več
kot 80 % bolnic*

*50 let kliničnih
izkušenj*

brez hormonov



FIDIMED

Fidimed d.o.o.,
Brodišče 32, 1236 Trzin
www.fidimed.si
Proizvajal: Schaper & Brümmer



Sproščeni!

zmaga nad
glivičnimi obolenji
nohtov in kože



A T I F A N[®]
tablete
krema
terbinafin

odslej tudi
KREMA
BREZ DOPLAČILA

Sestava Tablete: 1 tableta vsebuje 125 mg ali 250 mg terbinafina v obliki terbinafinijevega klorida. **Krema:** 1 g kreme vsebuje 10 mg terbinafinijevega klorida. **Indikacije Tablete:** Glivične okužbe nohtov, kože in lasišča, ki jih povzročajo dermatofiti, in okužbe kože, ki jih povzročajo kvasovke. **Krema:** Glivične okužbe kože, ki jih povzročajo dermatofiti in kvasovke, vključno z obolenjem pityriasis versicolor. **Odmerjanje in način uporabe Tablete:** Odrasli jemljejo 1 tableto po 250 mg enkrat na dan. Otroci jemljejo ½ tablete do 2 tableti po 125 mg enkrat na dan, odvisno od telesne mase. Zdravljenje traja različno dolgo, odvisno od indikacije in jakosti okužbe. **Krema:** Kremo uporabljamo enkrat do dvakrat na dan, odvisno od vrste obolenja. **Kontraindikacije:** Preobčutljivost za zdravilo. **Posebna opozorila in previdnostni ukrepi Tablete:** Bolniki z zmanjšanim delovanjem jeter ali ledvic smejo jemati le polovico običajnega odmerka. Če se pri bolniku pojavijo znaki, ki kažejo na obolenje jeter, je treba ugotoviti vzroke in zdravljenje po potrebi prekiniti. **Krema:** Če se pojavi huda preobčutljivostna reakcija, je treba zdravljenje prekiniti. Kremo ne sme priti v oči. **Medsebojno delovanje z drugimi zdravili Tablete:** Pri sočasnem jemanju zdravil, ki inducirajo presnovne encime, ali zdravil, ki zavirajo aktivnost jetrnih encimov iz skupine P450, odmerek prilagodimo. **Krema:** Poročil o medsebojnem delovanju zdravil pri lokalni uporabi terbinafina ni. **Nosečnost in dojenje:** Zdravljenje s terbinafinom pri nosečnicah odsvetujemo, razen v primerih, ko korist za mater opravičuje tveganje za plod. Med zdravljenjem naj matere ne dojijo. **Neželeni učinki Tablete:** Neželeni učinki so blagi oz. zmerni in prehodni. Najpogostejši so v prebavilih. Lahko se pojavijo preobčutljivostne reakcije na koži, glavobol, motnje v delovanju mišično-skeletnega sistema ali prehodne spremembe v okusu. Drugi neželeni učinki so redki. **Krema:** Po lokalni uporabi terbinafina redko pride do srbenja ali pekočega občutka na koži. **Način izdajanja zdravila:** Samo na zdravniški recept. **Oprema:** 14 tablet po 125 mg in 250 mg, 15 g kreme po 10 mg/1 g.

Datum priprave besedila: maj 2005

Podrobnejše informacije so na voljo pri proizvajalcu.

Krka, d. d., Novo mesto, Šmarješka cesta 6, 8501 Novo mesto, www.krka.si

KRKA