



P 2289

foto: foto spring

Zbornice zdravstvene nege Slovenije - Zveze društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije

UVODNIK

Zdravstvena nega: dinozaver, žrtev ali heroj

AKTUALNO

Naša članarina - čemu in za kaj jo potrebujemo?

TEMA MESECA

Kakovost zdravstvene nege



GLASILO

Zbornice zdravstvene nege Slovenije - Zveze društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije

UTRBI

**odmerjanje VFENDA pri odraslih
bolniki, stari > 12 let**

intravensko

peroralno

bolniki > 40 kg bolniki < 40 kg

Začetno odmerjanje	intravensko	peroralno bolniki > 40 kg	peroralno bolniki < 40 kg
• prvih 24 ur	6 mg/kg na 12 ur	400 mg na 12 ur	200 mg na 12 ur
Vzdrževalno odmerjanje			
• po prvih 24 urah	4 mg/kg 2x/dan*	200 mg 2x/dan	100 mg 2x/dan
Če bolnikov odziv ni zadosten, je odmere mogoče povečati* do...		300 mg 2x/dan*	150 mg 2x/dan*

*Če bolniki ne prenašajo zdravljenja z večjimi odmerek, je treba intravensko obliko zmanjšati na 3 mg/kg, peroralno pa postopno po 50 mg na prvotni odmerek.

**Odmerjanje VFENDA pri otrocih
bolniki, stari od 2 do < 12 let**

intravensko

peroralno

Začetno odmerjanje	intravensko	peroralno
• prvih 24 ur	6 mg/kg na 12 ur	6 mg/kg na 12 ur
Vzdrževalno odmerjanje		
• po prvih 24 urah	4 mg/kg 2x/dan	4 mg/kg 2x/dan

*Peroralne uporabe pri otrocih niso raziskali. Če otrok lahko pogoltno celo tableto, je treba uporabiti 50-mg tablete in z njimi dati odmerek, ki je kar najbližji odmerku v mg/kg

BISTVENE INFORMACIJE O ZDRAVILU:

Sestava in oblika: Filmsko obložena tableta po 50 mg ali 200 mg vorikonazola. Viala vsebuje 200 mg praška za raztopino za infundiranje, ki po pripravi ustreza raztopini s koncentracijo 10 mg/ml. **Indikacije:** Zdravljenje invazivne aspergiloze; zdravljenje resnih, invazivnih, proti flukonazolu odpornih okužb s *Candido* (vključno s *C. krusei*); zdravljenje resnih glivičnih okužb, ki jih povzročajo *Scedosporium spp.* in *Fusarium spp.* **Odmerjanje:** prosimo, glejte drugo stran kartice. **Odmerjanje pri bolnikih z ledvično okvaro:** Pri zmerem do hudo prizadetem delovanju ledvic (očistek kreatinina < 50 ml/min) se pojavi kopičenje intravenskega vehikla SBEDC. Zato je treba uporabiti peroralni vorikonazol razen, če ocena tveganja in koristi pri bolniku upravičuje uporabo intravenskega vorikonazola. **Uporaba pri bolnikih z jetrno okvaro:** Pri akutni okvari jeter, ki se kaže z zvišanjem testov jetrne funkcije (ALT, AST), odmerka ni treba prilagoditi (priporočljivo pa je še naprej nadzirati teste jetrne funkcije, da bi odkrili nadaljnja zvišanja). **Kontraindikacije:** Preobčutljivost za vorikonazol ali katerokoli od pomožnih snovi. Sočasno zdravljenje s terfenadinom, astemizolom, cisapridom, pimozidom, kinidinom, rifampicinom, karbamazepinom, fenobarbitalom, ergot alkaloidi in sirolimusom. **POSEBNA OPOZORIILA IN PREVIDNOSTNI UKREPI:** Bolnike na začetku zdravljenja in bolnike pri katerih se med zdravljenjem pojavijo nenormalni testi jetrne funkcije je treba rutinsko nadzorovati glede nastanka hujše okvare jeter. Previdnost je potrebna pri predpisovanju bolnikom preobčutljivim za druge azole. Med intravensko uporabo so opažali z infundiranjem povezane reakcije, predvsem zardevanje in siljenje na bruhanje. **Nosečnost in dojenje:** O uporabi pri nosečnicah ni dovolj informacij. Izločanje v materinem mleku ni raziskano. Ko se začne zdravljenje mora ženska nehati dojit. **Vpliv na sposobnost vožnje in upravljanja s stroji:** Lahko povzroči prehodne in reverzibilne spremembe vida. Bolniki medtem ko doživljajo te simptome, ne smejo opravljati potencialno nevarnih opravil, npr. voziti ali upravljati s stroji. **Medsebojno delovanje z drugimi zdravili:** Presnavlja se z izoencimi CYP2C19, CYP2C9 in CYP3A4 citokroma P450. Zaviralci teh izoencimov lahko povečajo koncentracijo vorikonazola v plazmi, njihovi induktorji pa jo lahko zmanjšajo. Pri sočasni uporabi lahko poveča učinek varfarina, ciklosporina in takrolimusom. Čeprav raziskave niso bile narejene lahko poveča koncentracijo kumarinov, sulfonilsečnih, statinov, benzodiazepinov in vinka alkaloidov v plazmi. Sočasni uporabi s fenitoinom ali z rifabutinom se je treba izogniti, razen če pričakovana korist odtehta potencialno tveganje. **Neželeni učinki:** Zelo pogosto se pojavijo motnje vida, zvišana telesna temperatura, glavobol, bolečine v trebuhu, siljenje na bruhanje, bruhanje, driska, periferni edemi, kožni izpuščaji. **Oprema in način izdajanja:** Tablete: zloženka z 10, 14, 20, 28 tabletami v pretisnem omotu. Zdravilo se izdaja le na zdravniški recept. Prašek za raztopino za infundiranje: ena 30-ml viala za enkratno uporabo. **Imetnik dovoljenja za promet:** Pfizer H.C.P. Corporation, Podružnica Ljubljana, Letališka cesta 3c, Ljubljana. **Datum zadnje revizije besedi-la:** 11. oktober 2002

Pred predpisovanjem se prosimo seznanite s popolnim navodilom za predpisovanje.

www.vfend.com

MRSA

IMA KONČNO PRAVEGA NASPROTNIKA

ZYVOXID®
(linezolid)

tablete, suspenzija,
raztopina za infundiranje

ZYVOXID
600mg

Indiciran za zdravljenje okužb z gram pozitivnimi bakterijami

- o bolnišnična pljučnica
- o pljučnica v domačem okolju
- o okužbe kože in mehkih tkiv

BISTVENE INFORMACIJE O ZDRAVILU

IME ZDRAVILA: Zyvoxid® 600 mg filmsko obložene tablete, Zyvoxid® 100 mg/5 ml zrnca za peroralno suspenzijo, Zyvoxid® 2 mg/ml raztopina za infundiranje. **KAKOVOSTNA IN KOLIČINSKA SESTAVA:** Vsaka tableta vsebuje 600 mg linezolid. Po pripravi suspenzije s 120 ml vode vsebuje 5 ml suspenzije 100 mg linezolid. 1 ml vsebuje 2 mg linezolid. 300 ml infuzijske vrečke vsebujejo 600 mg linezolid. Za podatke o pomožnih snoveh glejte povzetek glavnih značilnosti zdravila. **FARMACEVTSKA OBLIKA:** Filmsko obložena tableta. Zrnca za peroralno suspenzijo. Raztopina za infundiranje. **TERAPEVTSKE INDIKACIJE:** zdravljenje okužb, kadar vemo oziroma sumimo, da so njihovi povzročitelji gram-pozitivne bakterije: bolnišnična pljučnica, pljučnica v domačem okolju, okužbe kože in mehkih tkiv. Potrebno je upoštevati rezultate mikrobioloških testov ali podatke o prevalenci odpornosti na protibakterijska zdravila med gram-pozitivnimi bakterijami. Zdravljenje lahko začnete samo v bolnišnici ali po posvetu z ustreznim specialistom. V primeru potrjene sočasne okužbe z gram-negativnim povzročiteljem ali suma nanjo je potrebna kombinirana terapija. Potrebno je upoštevati uradne smernice o ustrezni uporabi protibakterijskih zdravil. **ODMERJANJE IN NAČIN UPORABE:** Za začetno zdravljenje lahko uporabite katerokoli farmacevtsko obliko. Prehod s parenteralnega na katerega od obeh peroralnih takoj, ko je to klinično indicirano. Ni treba prilagajati odmerka. **Priporočeno odmerjanje in trajanje zdravljenja pri odraslih:** odvisno od povzročitelja bolezni, mesta in resnosti okužbe ter kliničnega odziva bolnika. Najdaljše trajanje zdravljenja do sedaj je bilo 28 dni. Pri okužbah s sočasno bakterijemijo ni treba povečati priporočenega odmerka niti podaljšati zdravljenja. Priporočeni odmerki za vse farmacevtske oblike so enaki: Bolnišnična pljučnica, pljučnica v domačem okolju, okužbe kože in mehkih tkiv, 600 mg dvakrat dnevno, 10-14 zaporednih dni. **Otroci:** uporabe ne priporočamo. **Starejši bolniki:** Prilaganje odmerka ni potrebno. **Bolniki z ledvično insuficienco:** Prilaganje odmerka ni potrebno. Huda ledvična insuficienca (t.j. očistek kreatinina <30 ml/min). Prilaganje odmerka ni potrebno. Dajanje previdno in samo v primeru, če pričakovana korist zdravljenja presega predvideno tveganje. **Bolniki z jetrno insuficienco:** Prilaganje odmerka ni potrebno. Uporaba samo, kadar pričakovana korist zdravljenja presega predvideno tveganje. **Način uporabe:** Priporočeni odmerek linezolidu uporabite intravensko ali peroralno, dvakrat na dan. Tablete lahko pogoltnete skupaj s hrano ali brez nje. **KONTRAINDIKACIJE:** Preobčutljivost za linezolid ali katerokoli pomožno snov. Sočasno jemanje katerega od zdravil, ki delujejo kot zaviralci monoaminooksidaze A ali B, v času zdravljenja kot tudi dva tedna po prenehanju njihovega jemanja. Če ni možnosti za natančno opazovanje bolnikov in spremljanje njihovega krvnega tlaka, linezolidu ne smete dati bolnikom z naslednjimi že obstoječimi bolezenskimi stanji oz. tistim, ki sočasno jemljejo naslednje skupine zdravil: nenadzorovana hipertenzija, bolnikom s feokromocitomom, karcinomom, tirotoksikozo, bipolarno depresijo, shizofreničnimi motnjami ali akutno zmedenostjo, bolnikom, ki jemljejo katero od naslednjih zdravil: zaviralci ponovnega privzema serotonina, tricyklični antidepresivi, agonisti serotoninskih receptorjev 5-HT1, neposredno in posredno delujoči simpatikomimetiki, vazopresorji, dopaminergična zdravila, petidin ali buspiron. Dojenje. **POSEBNA OPOZORIILA IN PREVIDNOSTNI UKREPI:** Druga zdravila, zaradi katerih bi lahko bili bolniki v nevarnosti zaradi zaviranja encima MAO. Izogibanje uživanju velikih količin hrane ali pijače, bogate s tiraminom. Pri nekaterih bolnikih poročajo o mielosupresiji. Do trombocitopenije pogosteje pride pri bolnikih s hudo ledvično insuficienco. Skrbno spremljanje krvne slike tedensko. Posebna previdnost pri hudi ledvični insuficienci in hudi jetrni insuficienci. Psevdomembranozni kolitis. Možen razrast na antibiotik neobčutljivih mikroorganizmov. Varnosti in učinkovitosti pri terapiji, daljši od 28 dni, še niso preučili. Morebitni učinki linezolidu na moški reproduktivni sistem pri človeku niso poznani. **INTERAKCIJE:** Zdravila, zaradi katerih bi lahko bili bolniki ogroženi zaradi inhibicije MAO. Odmerek zdravil z vazopresorskim delovanjem pri sočasni uporabi skrbno titrirajte. Treba se je izogniti le prekomernemu uživanju tujih vrst hrane in pijač, ki vsebujejo veliko tiramina. **NOSEČNOST IN DOJENJE:** Ni ustreznih podatkov o uporabi. Potencialna nevarnost obstaja. Ne smete uporabljati v času nosečnosti, razen če je to nujno potrebno, t.j. le če pričakovana korist zdravljenja presega predvideno tveganje. Dojenje se mora nehati že pred začetkom in ves čas terapije ni dovoljeno. **VPLIV NA SPOSOBNOST VOŽNJE IN UPRAVLJANJA S STROJI:** Nevarnost omotice v času zdravljenja, bolnikom je treba svetovati, naj v primeru pojava ne vožjo in ne upravljajo s stroji. **NEŽELENI UČINKI:** Neželene učinke je občutilo v kliničnih raziskavah približno 22% bolnikov. Najpogostejši so bili glavobol (2,1%), driska (4,2%), navzeja (3,3%) in kandidoza - še posebej v ustih (0,8%) in vaginalno (1,1%). Med pogostimi neželenimi učinki so bili še: nenormalna bruhanje, preveliko odmerjanje. Specifičnega antidota ni. Ni poročil o primerih prevelikega odmerjanja. **IMETNIK DOVOLJENJA ZA PROMET:** Pfizer H.C.P. Corporation, Podružnica Ljubljana. **NAČIN IN REŽIM IZDAJANJA ZDRAVILA:** Zdravilo se izdaja le na recept, uporabljati pa se samo v bolnišnicah. Izgledoma se lahko uporablja pri nadaljevanju zdravljenja na domu ob odpustu iz bolnišnice in nadaljnjem zdravljenju. **DATUM PRIPRAVE INFORMACIJE:** 5.12.2003

Pred predpisovanjem se prosimo seznanite s popolnim navodilom za predpisovanje.

Vsebina

● UVODNIK	4
Zdravstvena nega: dinozaver, žrtev ali heroj	4
● DELO ZBORNICE	4
Kronika dogodkov v januarju 2005 2004	4
● AKTUALNO	12
Naša članarina - čemu in za kaj jo potrebujemo?	12
● ICN	13
WHPA - Svetovna zveza zdravstvenih poklicev	13
● TEMA MESECA	19
Sodobni trendi v zdravstveni negi	19
Poklicna identiteta medicinskih sester kot vseživljenski projekt	23
Pomen permanentnega izobraževanja v zdravstveni negi	26
Organizacijska kultura in spremembe v zdravstveni negi	29
Negovalne diagnoze in njihova uporaba v praksi	34
● IZOBRAŽEVANJA	45
● RSK ZA ZDRAVSTVENO NEGO	45
Sprejeta kategorizacija bolnišnične zdravstvene nege	45
● PREDSTAVLJAMO VAM	46
DMSZT Velenje slovo od starega leta prvič obeležilo tusi s podelitvijo "srebrnega znaka" za leto 2004	46
● POROČILA - STROKOVNA SREČANJA	48
Drugo strokovno srečanje izvajalcev zdravstvene vzgoje	48
SDMI - Slovensko društvo za medicinsko informatiko in Sekcija za informatiko v zdravstveni negi	51
Zaključki posveta o aktivnostih posodabljanja in razvijanja novih izobraževalnih programov na področju zdravstva	52
● MEDNARODNA SREČANJA	54
Delegacija društva medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana na obisku v Sarajevu	54
Strokovna ekskurzija v Brescia in Mestre ali La bella Italia	55
Poročilo z delovnega srečanja Evropskega združenja za enterostomalno terapijo v Newcastlu v Veliki britaniji	56
● ZANIMIVO	59
Feng Shui v Dunajski bolnišnici	59
● IZLETI - STROKOVNE EKSKURZIJE	61
Praznični Salzburg!	61
Strokovna ekskurzija v Splošno bolnišnico Murska Sobota	62
● NOVO NA KNJIŽNIH POLICAH	64
Odločitev, Izpoved o kruti izkušnji z rakom	64
● S HUMORJEM JE LAŽJE IN LEPŠE	65
Reklama	65
● MI MED SEBOJ	67
Kako malo je potrebno, da je svet prijaznejši	67
● IZ ZGODOVINE	68
Najpotrebnejše ustanove za preprečevanje moralnega propadanja in prevzgoje mladih deklet v Ljubljani	68
● IZ DRUŠTEV	69
Razpis za podelitev srebrnega znaka DMSZT Slovenj Gradec	69
DMSZT Gorenjske vabi na čaj	69
● PREDLAGAJTE - POVEJTE	70
Mnenje o programu »Pot k dobremu počutju«	70
Odmev na članek »Varstvo pri delu na delovnem mestu medicinske sestre«	71
Spoštovana kolegica!	72

Utrip - strokovno informativni bilten Zbornice zdravstvene nege Slovenije – Zveze društev medicinskih sester 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 Trobevshek **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.



Zdravstvena nega: dinozaver, žrtev ali heroj

mag. Saša Kadivec



V zdravstveni negi smo dolgo časa živeli v stabilnem okolju, kjer je bila hitrost sprememb v primerjavi s trajanjem delovne kariere zelo majhna. Izkušnje ene generacije medicinskih sester so veljale tudi za naslednjo. Danes, ko spremembe doživljamo dnevno, časa za nastajanje izkušenj in tradicije ni več. Še več, pretekle izkušnje včasih celo ovirajo naša ravnanja v sedanjosti, kaj šele v prihodnosti!

Spremembe zmotijo naš ustaljen ritem in jih nočemo sprejemati, so prehitre in preveč zahtevne. Še posebno so moteče tiste, do katerih pride nenadoma, nepredvideno in če jih spremljajo neprijetne posledice. V moji raziskavi pred tremi leti o mnenju medicinskih sester o sistemu izboljšanja kakovosti je ena od njih zapisala: »Vsa leta sem delala enako dobro, ne glede na procese, standarde, beleženje, saj zdravstveno nego in etiko medicinskih sester poznam enako že več kot 30 let«.

Kaj nam prinašata sedanjost in prihodnost?

V metode razvoja zdravstvene nege bomo morali vključiti nove organizacijske oblike, nove pristope k upravljanju in vodenju in koncept vseživljenjskega izobraževanja. Ali razmišljate kako boste uvedli »case managerje«, »patient managerje«, koordinatorje, na kakšen način doseči večjo motivacijo svojih zaposlenih pri uvajanju sprememb, na kakšen način krepiti zavest srednjega menedžmenta in njihovo odgovornost za delo na njihovih enotah, na kakšen način povečati pedagoško in raziskovalno dejavnost, na kakšen način vzpostaviti partnerski odnos z pacientom? Kako povezati teoretično znanje s praktičnimi izkušnjami?

Kako pa smo na spremembe pripravljeni?

V preteklosti smo si želeli medicinskih sester, ki so ustrezale zahtevam delovnega mesta, danes so zaželeni tiste, ki imajo sposobnosti za delo v timu. Že danes, še bolj pa jutri, potrebujemo miselno in kreativno prožne medicinske sestre, ki bodo lahko sledile spremembam in bodo aktivno kreirale spremembe skozi procese nenehnih izboljšav.

Za uvajanje sprememb potrebujemo dokaze. Ne si zatiskati oči, da je pri nas vse prav. Seveda imamo občutek, da je vse v redu, če nimamo uvedenega mehanizma, ki pokaže, kje delamo napake. Že Mazur je ta dejstva pokazal z neenačbo. Sistem, ki ima za cilj le minimiziran-

je negativne kakovosti, lahko pokaže le, da ni nič narobe, kar pa seveda ne pomeni, da je vse dobro.

Odsotnost napak? vse je dobro

Zato raziskujmo, merimo kakovost našega dela, vprašajmo paciente in svojce, kako so zadovoljni z nami. Ali imamo izbrane kazalce kakovosti? Kako pa vemo, kakšna je kakovost našega dela, kakšni so naši izidi? Merimo procese in dobili bomo povratne informacije, ki pokažejo na ustreznost uvedenih sprememb.

Kaj pa primerjava med lastnim izvajanjem in zunanjimi in notranjimi primerljivimi partnerji? Primerjajmo se med seboj, iščimo tiste z dobro prakso, ki kaže na dober izid in jih posnemajmo. Ne zapirajmo se pred drugimi in ne čuvajmo ljubosumno svojega dela.

Vprašajmo se, kakšna je naša organizacijska kultura. Ali si sprememb sploh želimo? Ali se sprašujemo, ali so sploh potrebne? Čim več naših dejavnosti podkrepimo z dokazi. Pristop, kjer vidimo le na pol prazen kozarec, daje vtis, da se bolj ukvarjamo z zaščito obstoječega. Ali se usklajujemo z drugimi profili, postavljamo v ospredje timsko delo, naše medosebne odnose? Ali prepoznamo svoje prednosti, sodelavcem izrekamo priznanja, ali pa mogoče od sebe in njih pričakujemo preveč?

Vodje igrajo ključno vlogo pri spremembah in pri oblikovanju okolja, ki je pripravljeno na spremembe. Kakšen je naš sistem izbora vodilnih? Ali imajo v svoji viziji jasno sliko prihodnosti, podpirajo spremembe ali se jim zdi vse potrebno nemogoče in so najbolj veseli, da se vse vrtilo okoli starega kolesja. Si lahko zamislite zdravstveno nego, ki v zadnjih 100 letih ne bi doživela nobene spremembe?

Zdravstvena nega je na križišču. Odločiti se moramo, po kateri poti bomo nadaljevali. Se bomo odločili iti po poti dinozavrov, ki se na spremembe v okolju niso bili sposobni prilagoditi in so izumrli? Bomo šli po poti žrtve in rekli »Imamo ideje, vendar jih ne znamo realizirati, ni nas zadosti, zdravniki nam tega ne pustijo«? Ali bomo heroji in bomo krmilo nadaljnje usode zdravstvene nege aktivno vzeli v svoje roke, prevzeli nadzor in bomo aktivno zagotavljali potrebne vire, ki omogočajo izpolnitev sanj, oziroma vizije sodobne zdravstvene nege. Izbira je vsekakor naša...

UBIKINON IN SRCE

Q10

- Koencim Q 10 (ubikinon) kot sestavni del mitohondrijske dihalne verige sodeluje pri prenosu elektronov, hkrati deluje tudi kot močan antioksidant (obramba proti prostim radikalom v mitohondrijih, preprečevanje oksidacije lipoproteinov).
- Koncentracija koencima Q 10 je največja prav v srčni mišici (110 µg/g tkiva), zmanjšuje pa se pri miokardiopatijah različnega izvora in s staranjem.
- Koencim Q 10 so v odmerkih od 30 do 300 mg/dan kot dopolnilno zdravilo uspešno preizkusili pri kroničnem pešanju srca, koronarni bolezni in pred operacijami na srcu.

Da!

FIDI KOENCIM 10

- pri**
- pešanju srca
 - stanjih po možganski ali srčni kapi
 - kronični izčrpanosti in mišični oslabelosti

V eni kapsuli je:

- 30 mg koencima Q10 (ubikinona)
- 35.7 IE vitamina E
- vitamin C
- betakaroten
- selen

Izdeluje:

Brodišče 32, 1236 Trzin
tel.: 01/563 45 20
www.fidimed.si

FIDIMED
FIDIFARM d.o.o.



FIDI KOENCIM 10®

je edini preparat z ubikinonom, ki je v Sloveniji registriran kot ZDRAVILO brez recepta!



V skladu s Statutom Zbornice zdravstvene nege Slovenije – Zveze društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije in Pravilnika o priznanjih Zbornice – Zveze

Upravni odbor s sklepom 53. seje z dne 10. 1. 2005 objavlja

RAZPIS ZA PODELITEV ZLATEGA ZNAKA 2005

Zbornica – Zveza bo v letu 2005 podelila do 10 Zlatih znakov.

Podelitev Zlatih znakov bo 12. maja 2004 na osrednji državni proslavi ob Mednarodnem dnevu medicinskih sester v Ljubljani.

Kandidatke/kandidate za Zlati znak v skladu s Pravilnikom o priznanjih Zbornice – Zveze lahko predlagajo posamezni člani, organi in delovna telesa Zbornice – Zveze.

Kriteriji za podelitev Zlatega znaka:

- uspešno poklicno delo na področju zdravstvene nege,
- kakovostno in učinkovito organizacijsko delo v dejavnosti zdravstvene nege,
- prispevek k uspešnemu uresničevanju programov zdravstvene nege in zdravstvenega varstva,
 - prispevek k humanizaciji odnosov med uporabniki in izvajalci,
- uspehi pri doseganju ciljev, uresničevanju ter uveljavljanju nalog Zbornice – Zveze,
 - prispevek k izboljšanju zdravstvenega stanja prebivalstva,
 - raziskovalno delo,
 - pomembno publicistično delo.

Predlagatelji morajo predloge za dobitnike Zlatega znaka 2005 skupaj z življenjepisom in podrobno utemeljitvijo poslati na sedež Zbornice – Zveze Komisiji za priznanja Zbornice – Zveze Vidovdanska 9, 1000 Ljubljana do ponedeljka, 4. aprila 2005.

Komisija za priznanja bo upoštevala samo predloge, ki bodo ustrezali razpisnim pogojem in ki bodo na sedež Zbornice – Zveze prispeli v razpisnem roku.



Kronika dogodkov v januarju 2005

Petra Kersnič

Konec enega leta in pričetek novega, je stalnica, ki je zaznamovana z izdelovanjem poročil za že opravljeno delo in sestavljanje programov za delo v naslednjem letu. Smo pred 16. redno volilno skupščino, ki terja od nas obširne priprave, od organov Zbornice – Zveze pa pripravo gradiv, ki bodo predmet sprejemanja na tej skupščini. Z sklepi in poročili vas bomo seznanili v naslednjem Utripu.

16. redna volilna skupščina bo 17. februarja v prostorih KRKE v Ljubljani na

Dunajski 65 s pričetkom ob 15. uri.

Vabljeni!

Kaj smo delali in kje smo bili:

6. januar

- 26. seja Častnega razsodišča
- 1. seja Kandidacijske komisije
- 8. seja Uredniškega odbora utripa

10. januar

- 31. seja Koordinacijskega odbora strokovnih sekcij

Dnevni red:

1. Pregled in sprejem zapisnika 30. seje KOSS-a z dne 13. 12. 2004

SKLEPI 30. seje KOSS

1. Poročilo o sklepih RSKZN v zvezi s certifikatnim izobraževanjem na področju zdravstvene nege: Irena Buček Hajdarevič, članica RSKZN, je poročala, da je RSK potrdil področja certifikatnega izobraževanja: enota intenzivne nege in terapije, urgentne ambulante, endoskopije, dialize in onkologije.

Sklep: Vsaka sekcija bo za svoje področje izbrala strokovnjake – eksperte, ki bodo v procesu certifikatnega izobraževanja edukatorji in izpraševalci. Glede na Program usposabljanja za preverjanje in potrjevanje poklicnih kvalifikacij mora Upravni odbor razpravljati o finančnih, materialnih in tehničnih pogojih, v kolikor bo pobudnik strokovna sekcija. Sekcije v primeru, da bodo predlagatelji, ne bodo zmogle stroškov za 34 ur pedagoškega usposabljanja ter vseh drugih stroškov.

Ko bo oblikovan protokol za postopek certificiranega izobraževanja in vsi materialni, tehnični in kadrovski pogoji, bodo sekcije pristopile k izboru predlogov ekspertov.

S predlogom zapisnika bo sekcijam posredovano tudi Pravilnik o sestavi komisij za preverjanje in potrjevanje nacionalnih poklicnih kvalifikacij o načinu in postopku za pridobitev in izgubo licence

2. Kotizacije

Sklep: Člani KOSS-a se strinjajo s predlogom Upravnega odbora, da v letu 2005 znašajo kotizacije z DDV za strokovna srečanja za člane za 1 dan 22.000 sit, za 2 dni 38.000 sit, 3 dni 48.000 sit, za nečlane za 1 dan 30.000 sit, za 2–3 dni pa 50.000 sit. Zgodnja kotizacija (31. marec 2005) za 5. kongres znaša 60.000 sit, za nečlane 80.000, za prvega in drugega aktivnega avtorja znaša 30.000 sit in pozna kotizacija znaša 80.000 sit, za nečlane pa 100.000 sit.

Predlogi za imenovanja:

Koordinacijski odbor strokovnih sekcij predlaga Upravne-mu odboru v imenovanje:

- Stanka Popovič, mag. Liljana Leskovic v Kandidacijsko komisijo
- Irena Buček Hajdarevič, Tone Posavec v Komisijo za dodeljevanje sredstev iz sklada za izobraževanje
- Beisa Žabkar, Gordana Njnejc v Komisijo za priznanja

2. Obravnava predlogov imenovanj strokovnih sekcij – sklep 30. seje KOSS-a

3. Obravnava predloga sprememb Pravilnika o delovanju strokovnih sekcij

4. Zaključek javne razprave o predlogu Statuta Zbornice – Zveze

5. Predlogi in pobude

Imenovanje sekcij:

Koordinacijski odbor strokovnih sekcij je na seji sprejel poenotenje poimenovanja in sklep, da sekcija uporablja pri svojem poslovanju logo Zbornice – Zveze v vijoličasti barvi – le tega bodo prejeli vsi v elektronski obliki, pod njim pa logo, ki ga ima strokovna sekcija.

1. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v medicini dela, prometa in športa
2. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji
3. Sekcija medicinskih sester v vzgoji in izobraževanju
4. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v anesteziologiji, intenzivni terapiji in transfuziologiji
5. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v patronažni dejavnosti
6. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti
7. Sekcija medicinskih sester in babic
8. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pulmologiji
9. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji
10. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v splošni medicini
11. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v oftalmologiji



12. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kirurgiji
13. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v rehabilitaciji in zdraviliški dejavnosti
14. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji
15. Sekcij medicinskih sester v enterostomalni terapiji
16. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v endokrinologiji
17. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v nefrologiji, dializi in transplantaciji
18. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v endoskopiji
19. Sekcija reševalcev v zdravstvu
20. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v zobozdravstvu
21. Sekcija študentov zdravstvene nege
22. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v sterilizaciji
23. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v hematologiji
24. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v urgenci
25. Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v dermatovenerologiji
26. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov na internistično-infektološkem področju
27. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v socialnih zavodih
28. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kardiologiji in angiologiji
29. Sekcija medicinskih sester v managementu
30. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v nevrologiji

12. januar

- 54. seja Upravnega odbora

Dnevni red:

1. Pregled realizacije sklepov sej Upravnega odbora: 49. seja z dne 21. 4. 2004, 50. seja z dne 8. 7. 2004 in 51. seja z dne 23. 9. 2004

2. Obravnava predloga in sprejem zapisnika 53. seje Upravnega odbora z dne 21. 12. 2004

SKLEPI 53. seje:

Sklep UO /53 Sporočilo za medije – javna podoba medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Tekst s sporočilom vodstva Zbornice – Zveze bo objavljen v Utripu, postavljen na spletno stran Zbornice – Zveze in posredovan vsem medijem.

Sklep UO/53 Komisija za dodeljevanje sredstev iz sklada za izobraževanje Upravni odbor je za čas do sestave novega Upravnega odbora imenoval člane Komisije za dodeljevanje sredstev iz sklada za izobraževanje v sestavi: Irena Buček Hajdarevič, Petra Štigl, Lidija Časl, Tone Posavec in Petra Kersnič.

Sklep UO/53 Komisija za priznanja Upravni odbor je za čas do sestave novega Upravnega odbora imenoval člane Komisije za priznanja v sestavi: mag. Bojana Filej, Emilija

Kavaš, Bojana Zemljič, Gordana Njenjič in Beisa Žabkar.

Sklep UO/53 Inventurna komisija Upravni odbor je imenoval Inventurno komisijo v sestavi: Saša Kotar, predsednica, Renata Trampuž, članica in Bojana Bučar zapisnikarica.

Sklep UO/53 V skladu s Pravilnikom o volitvah je Upravni odbor imenoval Kandidacijsko komisijo v sestavi: mag. Liljana Leskovic - predsednica, Stanka Popovič – članica, Tadeja Bizjak – članica, Klara Bavčar – članica, Vesna Krof – članica, Jožica Rešetič - nadomestna članica in Đurđa Sima – nadomestna članica.

Sklep UO/53 Upravni odbor je potrdil plačilo članarine za mednarodne organizacije ICN, WENR, PCN in WHO – forum za leto 2005.

Sklep UO/53 Asist. mag. Tita Albrehta se povabi na naslednjo sejo, kjer bo obrazložil gradivo Analiza preskrbljenosti z medicinskimi sestrami ter ovrednotenje stopenjskih ukrepov in projekcij do leta 2033, ki bo v nadaljevanju predstavljeno še Nacionalni koordinaciji in strokovni javnosti ter nato predmet razprave in sprejema na Zdravstvenem svetu.

Sklep UO/53 Upravni odbor je sklenil, da se v skladu s Pravilnikom o priznanjih v Utripu objavi razpis za Zlati znak Zbornice – Zveze za leto 2005.

3. Analiza preskrbljenosti z medicinskimi sestrami ter ovrednotenje stopenjskih ukrepov in projekcij do leta 2033 – poročevalec asist. mag. Tit Albreht

4. Obravnava predloga Kodeksa etike babc Slovenije – gradivo 27. 10. 2004

5. Pregled aktivnosti:

Seja Kandidacijske komisije z dne 6.1.2005

6. Načrt dela

- a.) Promocijska brošura Zbornice – Zveze
- b.) Poročila o delu Zbornice – Zveze za leto 2004
- c.) Akcija zbiranja pomoči prizadetim v južni Aziji

7. Rokovnik opravil za volilne postopke v letu 2005

8. Vloge, pobude

- a.) Dopis Skupnosti srednjih zdravstvenih šol
- b.) Zapisnik Častnega razsodišča z dne 18.11.2004
- c.) Liga proti epilepsiji – vabilo k sodelovanju

9. Razno

18. januar

- seja Statutarne komisije
- obisk kolegija glavnih medicinskih sestre domov celjske regije – Krško

20. januar

- obisk pri ministru za zdravje in predsedniku Zdravniške zbornice Slovenije

21. januar

- 40. seja Komsije za izobraževanje
- seja Statutarne komisije

25. januar

- 1. seja Komsije za dodeljevanje sredstev iz sklada za izobraževanje

26. januar

- 55. seja Upravnega odbora

Dnevni red:

1. Obravnava predlogov Častnega razsodišča Zbornice – Zveze: Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, strokovni nadzor – vabljeni – Marina Velepčič, predsednica Častnega razsodišča Zbornice – Zveze

2. Obravnava in sprejem predloga zapisnika 54. seje Upravnega odbora z dne 12. 1. 2005

SKLEPI 54. seje:

Sklep UO/54 Regijska društva lahko na lokalnem nivoju pristopijo oziroma organizirajo akcije po lastni presoji. Zbornica – Zveza bo z donacijo prispevala 50.000 sit na TR Unicefa, 50.000 sit na Rdeči križ Slovenije in 50.000 sit na TR Karitasa.

Dopis Skupnosti srednjih zdravstvenih šol

Marija Marolt, predsednica Skupnosti srednjih zdravstvenih šol, je Zbornici – Zvezi poslala v vednost mnenje, da je trenutno v Sloveniji dovolj srednjih zdravstvenih šol, ki izobražujejo zdravstvene tehnike in bolničarje. Mnenje je posledica pobude za izvajanje programa tehnik zdravstvene nege na srednji gozdarski šoli v Postojni.

Sklep UO/54 Upravni odbor Zbornice – zveze v celoti podpira mnenje Skupnosti Srednjih zdravstvenih šol, ki poudarja, da obstoječa mreža zdravstvenih šol s programi upošteva potrebe po teh kadrih in tudi zaposlitvene možnosti. O tem mnenju bodo obveščeni pobudniki, Ministrstvo za zdravje in Ministrstvo za šolstvo in šport.

3. Obravnava predloga prevoda Kodeksa etike babic v Sloveniji - gradivo 17. 1. 2005

4. Pregled aktivnosti

- seja Komisije Državnega sveta za družbene dejavnosti – poročilo Nasilje v družini in vloga Delovne skupine za nenasilje v zdravstveni negi – 12. 1. 2005

- obisk na kolegiju glavnih medicinskih sester zdravstvenih domov celjske regije - 18. 1. 2005

- obisk pri ministru za zdravje – 20. 1. 2005

- obisk pri predsedniku Zdravniške zbornice Slovenije - 20. 1. 2005

- posvet o nacionalnih kvalifikacijah – CPI

- nacionalno poročilo Ministrstva za zdravje o dolgotrajni oskrbi za leto 2005

6. Načrt dela

- Oblikovanje predlogov in aktivnosti v zvezi z gradivom Analiza preskrbljenosti z medicinskimi sestrami ter ovrednotenje stopenjskih ukrepov in projekcij do leta 2033

7. Sprejem aktov Zbornice – Zveze, ki so potrebni za izvedbo 16. redne volilne skupščine

8. Rokovnik opravil za 16. redno volilno skupščino

9. Vloge, pobude

10. Razno

- 12. maj 2005 - moto ICN

- 23. kongres ICN - izbor organizatorja za potovanje

SPOMNIMO SE IN PLANIRAJMO ZDRAVSTVENOVZGOJNE AKTIVNOSTI

JANUAR

1. januar - Svetovni dan miru

31. januar - Dan brez cigarete

FEBRUAR

8. februar - Slovenski kulturni praznik

11. februar - Svetovni dan pacientov

MAREC

8. marec - Slovenski teden boja proti raku

8. marec - Mednarodni dan žena

15. marec - Svetovni dan potrošnikov

22. marec - Svetovni dan voda

23. marec - Svetovni meterološki dan

24. marec - Svetovni dan tuberkuloze

25. marec - Materinski dan

ProBIO caps

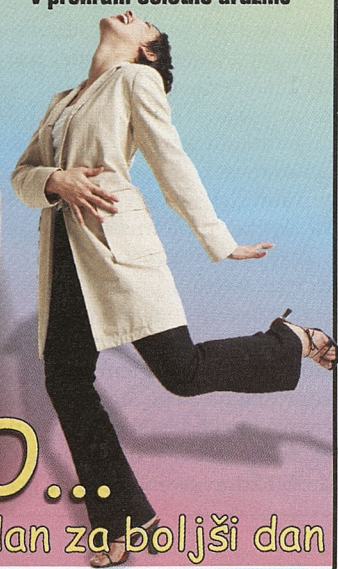
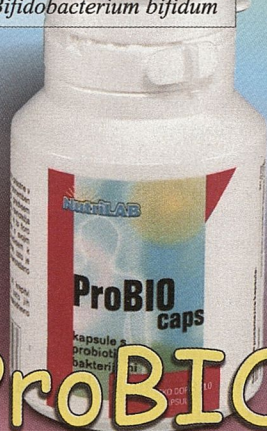
kapsule

kapsule z visokim številom probiotičnih bakterij
posamezna kapsula vsebuje 5×10^9 probiotičnih bakterij

Kapsule vsebujejo
bakterijske vrste:

Lactobacillus acidophilus,
Lactococcus lactis,
Bifidobacterium longum,
Lactobacillus rhamnosus,
Bifidobacterium breve,
Bifidobacterium bifidum

kapsule ProBIO caps so
odlično prehransko dopolnilo
namenjeno kot dodatek
v prehrani celotne družine



ProBIO...

...vsak dan za boljši dan

Kapsule ProBIO lahko poiščete v vseh bolj založenih lekarnah in trgovinah dm.

NUTRILAB

Uvoz in distribucija
NutriLAB d.o.o.,
Slomškova 35, Ljubljana

01 438 68 10



Obisk pri ministru za zdravje in pri predsedniku Zdravniške zbornice Slovenije

Darinka Klemenc, mag. Bojana Filej

20. januarja 2005 sva predsednica Zbornice – Zveze mag. Bojana Filej in podpredsednica Zbornice – Zveze Darinka Klemenc opravili obisk pri ministru za zdravje Andreju Bručanu, dr. med. in pri predsedniku Zdravniške zbornice Slovenije prof. dr. Vladislavu Peganu. Namen obiskov je bil seznaniti ministra in predsednika Zdravniške zbornice Slovenije z najaktualnejšimi zadevami, s katerimi se trenutno ukvarjamo na Zbornici – Zvezi in za katere bomo potrebovali njuno podporo.

Ministra za zdravje sva seznanili s potekom pridobivanja javnih pooblastil in ga opozorili, da za pripravo tega področja potrebujemo nekaj časa. Smo tudi v fazi spreminjanja Statuta Zbornice – Zveze na podlagi nove pogodbe med društvi, ki ga bomo sprejemali na skupščini 17. februarja in šele nato bomo lahko izvedli registracijo enovite organizacije. Skupščina pa je tudi volilna.

Ministra sva opozorili, da je Inštitut za varovanje zdravja pripravil kadrovsko projekcijo potreb po medicinskih sestrah do leta 2033 in smo se prvič srečali s konkretnimi podatki. Pri pripravi projekcije je bila upoštevana epidemiološka situacija kadrov – medicinskih sester (v prihodnjih letih namreč prihaja do generacijskih preobratov) in povečanje števila zdravnikov za 800. Ugotoviti je namreč, da primanjkljaja kadrov ne bo moč nadomestiti le z izobraževanjem, temveč bo potrebno iskati nove rešitve. Minister je opozoril, da ni realno pričakovati povečanja števila zdravnikov za 800, temveč le, za 200-300. Opozoril je tudi na izobraževanje zdravstvenih tehnikov ter dejal, da »bolj ko je kader diferenciran, težje ga je spraviti v turnuse«, zato nima smisla imeti veliko poklicev v zdravstveni negi. Mag. Filej je dejala, da smo letos pričeli z izobraževalnimi programi po evropskih direktivah. Minister je izrazil podporo možnostim izobraževanja za zdravstvene tehnike po certifikatnem sistemu in dal vedeti, da mu je poznana tudi zakonodaja, ki omogoča izobraževanje na višješolskem nivoju. Seznanili sva ga, da ravnokar poteka na Centru za poklicno izobraževanje posvet na to temo, kjer predstavljajo certifikatni sistem. Govora je bilo še o nazivih – višja medicinska sestra, diplomirana medicinska sestra in minister je prepričan, da imamo s tem težave. Odgovorili smo, da medicinske sestra s prejšnjo višjo in sedanjo visoko strokovno izobrazbo opravljata enake naloge, ločimo jih le na osnovni plačila. Darinka Klemenc je izrazila upanje, da bomo v Sloveniji v doglednem času dobili tudi fakulteto za področje zdravstvene nege, saj sedaj kolegice in kolegi pridobivajo znanja in akademske naslove na drugih fakultetah. Bili smo enotnega mnenja, da kakšnega velikega pretoka ljudi na področju zdravstvene nege ne pričakujemo.

Ministru sva predložili tudi zelo slabo zastopanost zdravstvene nege na Ministrstvu za zdravje in ga zaprosili, da premisli o možnostih širitve tega področja v sklopu obstoječe organizacijske sheme ministrstva.

Ministra sva seznanili s 5. evropsko konferenco ACEN-DIO na Bledu, kjer pričakujemo njegovo prisotnost, saj smo prejšnjega ministra zaprosili za pokroviteljstvo in pozdravni govor ter mu posredovali tudi informacijo, da je Slovenija dobila kandidaturu za organizacijo prvega svetovnega kongresa medicinskih sester v Sloveniji in sicer 2008 za področje enterostomalne terapije. Prav tako sva ga povabili na 5. kongres zdravstvene nege, ki bo maja v Ljubljani.

Isti dan čez dobro uro sva bili že na Zdravniški zbornici Slovenije, kjer sta naju sprejela predsednik prof. dr. Vladislav Pegan in generalni sekretar Brane Dobnikar.

Predstavili sva namen obiska ter predsednika Zdravniške zbornice seznanili, da pripravljamo posodobljeno razmejitev zdravstvene nege in da bo dokument predvidoma pripravljen do poletja. Pripravili smo že seznam storitev oziroma negovalnih intervencij na vseh področjih zdravstvene nege. Seznam je sedaj v fazi prečiščevanja in izločanja dvojnih storitev. Kot pri prvi razmejitvi, tako se bomo tudi pri novi verziji soočali z dejstvom, da razmejitev med medicinsko sestro in zdravnikom ni dovolj jasna. Delokrog medicinskih sester se širi, medicinske sestre so prevzele izvajanje določenih storitev namesto zdravnika, nekaterih opravil, ki bi jih lahko opravljale medicinske sestre in babice pa zdravniki ne želijo oddati (npr. jemanje brisov, preventiva, zdravstvena vzgoja). Če ni dorečenih delokrogov, pa je večja možnost poslabšanja že tako ne preveč dobrih medsebojnih odnosov, smo ocenili. Prof. dr. Pegan je bil prepričan, da bodo predstavniki različnih odborov znotraj Zdravniške zbornice pregledali dokument, ko bo le ta dokončno pripravljen. Sklenili smo tudi, da dokument istočasno posredujemo tudi Slovenskemu zdravniškemu društvu, saj je to stvar predvsem stroke, nato pa bo šla zadeva po uskladitvi na Zdravstveni svet in na Ministrstvo za zdravje.

Razpravljali smo še o problemih pomanjkanja medicinskih sester in zdravnikov, o izobraževalnih sistemih za oba poklica v EU, o pretoku delovne sile, podobno kot prej z ministrom. Na mnogih področjih smo našli skupni jezik, razprava je postala bolj sproščena; iz pogovora je bilo razvidno, da je vsem situacija v zdravstvu zelo poznana, da pa za nekatere probleme v tem trenutku ne vidimo rešitev. Eden teh je prav gotovo izobraževanje prevelikega števila zdravstvenih tehnikov in babic in istočasno pomanjkanje diplomiranih medicinskih sester.



Za srcu prijazen način življenja



Strokovnjaki vedno poudarjajo, da je potrebno uživati veliko sadja in zelenjave.

V vsakodnevni prehrani pa potrebujemo tudi zdravo razmerje maščob, med njimi so redno pomembne omega 3 in omega 6 večkrat nenasičene maščobne kisline.

Kot del zdrave prehrane vam bodo v pomoč pri obvladovanju holesterola in hranjanju zdravja vašega srca.

Naše telo ni sposobno samo proizvajati omega 3 in omega 6 večkrat nenasičenih maščobnih kislin, zato jih moramo pridobiti s hrano.

Najdete jih v edinstveni margarini Becel, ki ima ugodno sestavo maščobnih kislin in je bogata z nenasičenimi maščobnimi kislinami.

Margarina Becel. Sedaj obogatena tudi s folno kislino.



**ZA VSE, KI SE ZAVEDATE
NEVARNOSTI HOLESTEROLA**



Naša članarina - čemu in za kaj jo potrebujemo?

Petra Kersnič

Septembrska številka Utripa je na srednjih roza straneh, ki praviloma prinašajo pomembna sporočila, objavila **Pogodbo o povezovanju društev v Zbornico zdravstvene nege Slovenije – Zvezo društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije** (v nadaljevanju Zbornico – Zvezo), ki je pričela veljati s podpisom zakonitih zastopnic regijskih društev – njihovih predsednic - 16.7.2004.

Ljudje od nekdanj težimo k združevanju v skupnostih, ki nam omogoča urejeno delovanje, enotno nastopanje in pokrivanje najrazličnejših interesov. Slovenske medicinske sestre pri tem beležimo tradicijo, ki se je začela 27. 11. 1927 in traja vse do danes, ko delujemo v enajstih regijskih društvih, povezanih skladno z Zakonom o društvih, v zvezo društev. V skupnem interesu ta organizacija izdaja informativni bilten Utrip, vodi register članov, izdaja članske izkaznice, zastopa naše interese v javnosti, nas predstavlja v mednarodnih organizacijah in opravlja druge naloge. Znotraj zveze je bila leta 1992 ustanovljena Zbornica zdravstvene nege Slovenije z nalogami, kot so vodenje registra, licenc, strokovni nadzor in specializacije.

Zbornica – Zveza deluje v dveh smereh: kot civilna družba in kot izvajalka nalog po pooblastilu države. Za vse to so potrebna sredstva, ki jih v največji meri zberemo s članarino članov iz regijskih društev. Vsi drugi viri so, ali pa jih (še) ni; v mislih imamo predvsem sredstva države za izvajanje javnih pooblastil.

Članarina v skladu z 10. členom Pogodbe o povezovanju regijskih društev v zvezo društev od 1.1.2005 znaša 0,5 odstotka bruto plače ter tako zagotavlja pravičnejši prispevek člana glede na njegove zmožnosti in je zato tudi socialno – solidarnostna kategorija.

Čemu in za kaj članarina? Dejavnost organizacije se širi, čeprav se zavedamo, da tako kadrovske kot finančne viri pokajo po šivih. V preteklem letu je v Projektu upravljanja razvoja sistema zdravstvenega varstva v R Sloveniji sodelovalo veliko naših članov, redno deluje kar nekaj projektnih skupin – Delovna skupina za nenasilje v zdravstveni negi, Delovna skupina za revizijo dokumenta razmejitve, naši člani pa delujejo v delovnih skupinah Ministrstva za zdravje in nenazadnje v vseh organih Zbornice – Zveze deluje okoli 70 ljudi iz vse Slovenije.

Sodelovanje z mednarodnimi združenji je povezano z visokimi članarinami. Za vse mednarodne članarine Zbornice – Zveze letno porabimo okoli 1.500.000 sit.

Z letom 2004 smo uresničili dolgoletno potrebo in prizadevanja po zakonski ureditvi javnih pooblastil za register, licenco in strokovni nadzor. Za izvajanje vsega tega moramo izpolnjevati zahtevne strokovne, kadrovske ter tehnično – materialne pogoje. Te naloge bomo v imenu države izvajali za vsakega izvajalca v zdravstveni in babiški negi. V imenu države jih bomo podeljevali vsakemu, ki bo to od nas zahteval in predložil s pravilnikom predpisane dokumente.

Za vse naše člane bo vpis v register, kot ga predpisuje zakon ter postopek pridobitve, podaljšanja licence ali odvzema licenc predvidoma **brezplačen**, nečlani pa bodo te storitve morali plačati po tarifi, ki bo zagotovo presegala enoletno članarino; najbrž bodo stroški precej višji od te.

In napačil je 1. februar 2005, ko smo zavode, v katerih so zaposleni naši člani, zaprosili, da posameznikom odtegujejo članarino na način, ki je že uveljavljen za obračunavanje sindikalne članarine. Plačniki članarine po položnicah (študentje, upokojeanci, redni člani, ki plačujejo po položnici) bodo le te z novim obračunom članarine prejeli junija 2005. Članarina se deli na 50 odstotkov društvenega dela, ki omogoča društvom najrazličnejše dejavnosti, namenjene članstvu, o čemer govorijo tako programi kot poročila o aktivnostih, objavljenih v Utripu, in 50 odstotkov, ki ostanejo Zbornici – Zvezi za izvajanje prej omenjenih nalog, zapisanih v 28. alinejah 3. člena Statuta Zbornice – Zveze.

Članstvo je in ostaja čast in stanovska obveza za vse medicinske sestre, babice in zdravstvene tehnike in je hkrati tudi prostovoljna odločitev vsakega posameznika. Pravila, ki si jih postavi organizacija, pa določajo, pod kakšnimi pogoji vstopiš v organizacijo – društvo in iz njega izstopiš. Članstvo pomeni identificiranje z lastno poklicno skupino, pomeni dolžnosti in pravice, tudi plačevanje članarine. Vprašanje, kaj dobim, pogosto ni težko odgovorljivo. Ali vem, kaj si želim in kaj mi nudijo, in koristim ponujene možnosti – razen, da mesečno redno dobivam informativni bilten Utrip, je moja izbira? Izkoristim jih, ali pa tudi ne – izbira je vedno moja - naša.



WHPA - Svetovna zveza zdravstvenih poklicev



Poslanstvo

Leta 1999 so medicinske sestre, zdravniki in farmacevti združili sile in ustvarili edinstveno zvezo z namenom, da se lotijo globalne zdravstvene problematike in pripomorejo k zagotavljanju ekonomičnega in kakovostnega zdravstvenega varstva po vsem svetu. Svetovna zveza zdravstvenih poklicev zastopa več kot 20 milijonov strokovnjakov zdravstvenega varstva po vsem svetu, zbira bistveno znanje in izkušnje ključnih poklicev v zdravstvenem varstvu v teh treh pomembnih sektorjih. Medicinske sestre, farmacevti in zdravniki so glavni akterji v zdravstvenem timu – zagotavljajo zdravstveno varstvo posameznikom, družinam in skupnostim neglede na njihovo barvo kože, prepričanje, spol, veroizpoved ali politično pripadnost. Svetovna zveza zdravstvenih poklicev si prizadeva olajšati sodelovanje med najpomembnejšimi strokovnjaki zdravstvenega varstva in glavnimi mednarodnimi zainteresiranimi strankami, kot so vlade, oblikovalci politik ter Svetovna zdravstvena organizacija. Ker sodelujejo in ne delujejo vzporedno, imajo od tega koristi pacienti in sistemi zdravstvenega varstva.

Dosedanji dosežki

Od svoje ustanovitve je WHPA dosegla že več pomembnih mejnikov, vključno z aktivno vlogo v pobudi proti tobaku, v boju za zaščito človekovih pravic in v boju proti diskriminaciji duševno bolnih.

Zvezi sta se pridružili tudi Mednarodna zobozdravniška federacija (FDI) in Svetovna konfederacija za fizioterapijo (WCPT). WHPA je tako združila prizadevanja v boju proti uporabi tobaka in se aktivno zavzema za svet brez tobaka. WHPA spodbuja vlade, naj razvijejo politike, ki odpravljajo oglaševanje in promocijo tobaka; zahteva izrazita in pomenljiva opozorila v zvezi s tobakom na vseh tobačnih izdelkih; prepoveduje kajenje na javnih mestih in letalskih poletih, zagotavlja kampanje za izobraževanje javnosti o škodljivosti kajenja tobaka in spodbuja pridelovalce tobaka, da začnejo vzgajati druge pridelke.

Kot strokovnjaki zdravstvenega varstva člani WHPA menijo, da zdravja in človekovih pravic ne moremo ločiti, ker zdravje ni možno za tiste ljudi, katerih temeljne pravice so kršene.

Zato se ustanovitveni organizatorji združujejo v tim, ki bo oblikoval predlog za 53. Komisijo za človekove pravice, ta pa bo od posebnega poročevalca Združenih narodov zahtevala, da spremlja in zagotovi neodvisnost ter varnost strokovnjakov zdravstvenega varstva pri zagotavljanju zdravstvenega varstva vsem ljudem.

Zveza je spregovorila tudi v imenu pacientov in pozvala k odpravi diskriminacije, ki je povezana z duševno bolnimi. Zdravstveni strokovnjaki so pomembni pri promociji duševnega zdravja, preprečevanju duševnih bolezni in boljšanju dostopa do služb za duševno zdravje. Izobraževanje javnosti in zmanjševanje stigme je njihova odgovornost. Dosežen je bil napredek pri novih oblikah zdravljenja in nege ter pri vzrokih, povezavah, značilnostih in preprečevanju težav z duševnim zdravjem. Koristi od tega znanja morajo biti deležni vsi ljudje z motnjami duševnega zdravja, še posebej ranljive populacije.

Med druge obravnavane teme spadajo: varnost pacientov (strokovnjaki zdravstvenega varstva pozivajo k temu, da se prednostno obravnava varnost pacientov in uporaba zdravil pri starostnikih), antimikrobna odpornost (odpornost na antibiotike je globalna grožnja javnemu zdravju, ki zahteva takojšnjo mednarodno ukrepanje), pomanjkanje joda (medicinske sestre, farmacevti in zdravniki vsega sveta pozivajo Indijo, naj uporablja samo jodirano sol).

Simpozij WHPA: Timsko sodelovanje za boljše zdravje

Boljše zdravje se po vsem svetu lahko doseže le s komunikacijo in dialogom, s čimer se raziščejo ter izmenjajo nove zamisli ter načini za njihovo udejanjanje. Najpomembnejši prispevek WHPA je ta, da ji je uspelo združiti voditelje, ki predstavljajo organizacije članice WHPA, na 1. simpoziju z naslovom: Timsko sodelovanje za boljše zdravje (WHPA Leadership Symposium: Teaming up for Better Health), ki je potekal 15. in 16. maja 2004 v Ženevi. To zgodovinsko »prvo« srečanje je bilo namenjeno krepitvi vezi in spodbujanju sodelovanja med tremi zdravstvenimi poklici (medicinskimi sestrami, zdravniki in farmacevti) na lokalni, državni in mednarodni ravni.

Prihodnost

WHPA se zavezuje, da bo tudi v prihodnosti ohranila svojo vlogo pri obravnavanju problematike globalnega zdravja. Strateška orientacija Zveze v prihodnosti bo vključevala tako proaktivno delovanje v skladu s specifičnimi pobudami kot odzive na sprotno problematiko. Ta problematika vključuje: etično problematiko, pravičnost in dostop do zdravstvenega varstva, pobude za nadzor nad tobakom, krepitev vloge strokovnjakov zdravstvenega varstva kot določevalcev trendov, načrtovanje človeških virov v zdravstvu, skupno opazovanje okolja in spremljanje trendov v zdravstvenem varstvu, pregleddvanje vlog in doseganja prakse ter sodelovanje z zdravniki in farmacevti ter skupne smernice na izbranih področjih, kot so med drugim etična problematika v centraliziranih zbirkah podatkov in zdravstveni tim.

Omenjene organizacije ustanoviteljice so z daljnovidno vizijo kot prve sprejele proaktivno vlogo, v kateri si bodo prizadevale zagotoviti boljše zdravstveno varstvo za ljudi po vsem svetu.

Organizacije – ustanoviteljice

ICN – Mednarodni svet medicinskih sester (<http://www.icn.ch/>), federacija 125 državnih organizacij medicinskih sester, predstavlja zdravstveno nego vsega sveta z namenom, da razvije poklic ter vpliva na zdravstveno politiko. Ustanovljen je bil leta 1899, s svojim delovanjem zagotavlja kakovostno nego za vse, trdne globalne zdravstvene politike, razvoj znanja zdravstvene nege in globalno spoštovan poklic ter kompetentno in zadovoljno delovno silo zdravstvene nege.

FIP – Mednarodna farmacevtska federacija (<http://www.fip.org/>) je mednarodna federacija, ki predstavlja 113 državnih organizacij farmacevtov. Federacija je bila ustanovljena leta 1912 z namenom, da predstavlja farmacijo ter farmacevtsko znanost po vsem svetu, ji služi ter promovira ustrezno uporabo zdravil ter dostop do njih za vse ljudi po najvišjih standardih v farmacevtski znanosti, poklicni praksi, javnem zdravstvu in pri negi pacientov.

WMA – Svetovna zdravniška zveza (<http://www.wma.net/>) je globalna federacija državnih zdravniških organizacij, ki predstavlja milijone zdravnikov po vsem svetu. Njeno članstvo sestavljajo zdravniške organizacije posameznih držav iz vsega sveta, ki neposredno ali posredno predstavljajo poglede več kot 7 milijonov zdravnikov. Zveza je bila ustanovljena leta 1946. Prizadeva si doseči najvišje možne standarde zdravniške znanosti, izobraževanja, etike in zdravstvenega varstva za vse ljudi. Da bi dosegla ta ideal, je Zveza aktivna na področjih razvijanja politik ter določanja poklicnih standardov.

Izjava za tisk

Zdravstveni strokovnjaki pozivajo k širjenju raziskovanja in razvoja na področju zdravil in cepiv ter k optimalizaciji farmakoterapije

Ženeva, Švica, 12. julij 2004 ? Svetovni voditelji medicine, zdravstvene nege in farmacije so se obrnili na vse vlade držav ter zdravstvene strokovnjake z nujnim pozivom, naj čimprej več pozornosti in sredstev namenijo raziskovanju ter razvoju zdravil ter cepiv za bolezni, pri katerih ni dovolj različnih možnosti za zdravljenje. Spregovorili so tudi o drugih anomalijah pri farmakoterapiji, na primer o pretirani uporabi antibiotikov, ki je pripeljala do večje odpornosti na antimikrobna zdravila. Z več raziskovanja bi se s temi nevarnostmi za paciente lahko bolj učinkovito spoprijeli.

Poziv je bil odgovor na podobne strateške smotre, ki so navedeni v predsedniškem gradivu za bližajoče se nizozemsko predsedovanje Evropski uniji (od julija do decembra 2004). Nizozemska vlada je v korist državljanov Evrope predlagala več ukrepov za izboljšanje zdravil, cepiv in tistih zdravniških pripravkov, ki so izdelani iz živih organizmov:

- več raziskovanja, ki bi omogočilo razvoj novih zdravil za tiste bolezni, pri katerih je zdravljenje nezadostno ali neučinkovito;
- izboljšanje farmakoterapije za specifične skupine pacientov, kot so otroci, ostareli pacienti in nosečnice ter ženske, ki dojijo;
- raziskovanje in razvoj oblik doziranja, ki bolj ustrezajo potrebam teh specifičnih skupin pacientov.

Svetovna zveza zdravstvenih poklicev (WHPA), ki zastopa več kot dvajset milijonov zdravstvenih strokovnjakov po vsem svetu, je odločno podprla ta prizadevanja. Delon Human, generalni sekretar Svetovne zdravniške zveze, je izjavil: "To je primer izjemnega vodenja. Čeprav se bo ta program osredotočal na potrebe državljanov Evrope, bodo od njega imeli koristi tudi pacienti drugih delov sveta. Še posebej smo zadovoljni, ker je nizozemsko predsedstvo naznanilo, da bo skušalo prepoznati potrebe po raziskovanju, ki so pomembne tudi za dežele v razvoju. Drobitev raziskovalnih prizadevanj in virov povzroča precejšno neučinkovitost, omenjeni posvetovalni pristop pa bo zagotovil, da se bo popolnoma vrzeli, ki so na področju farmakoterapije."

Ton Hoek, generalni sekretar Mednarodne farmacevtske federacije (FIP), je pripomnil: "Zdaj se zdravila najbrž razvijajo bolj na podlagi tržne logike kot pa na podlagi zdravstvenih potreb prebivalstva. Kljub napredku medicine v zadnjih letih je še vedno veliko bolezni, za katere ni na voljo uradno potrjenega zdravljenja. Čeprav so nekatere vlade poskrbele za zakonodajo v zvezi z zdravili – sirotami (farmacevtski izdelki, s katerimi se uspešno zdravijo relativno redke bolezni, vendar se ne proizvajajo za trg, op. prev.), pa je nujno, da se ponovno osredotočimo na prioriteta zdravila, če hočemo zagotoviti učinkovito zdravljenje spregledanih bolezni. Nizozemski vladi čestitamo za takšno prizadevanje."

Tudi Judith Oulton, glavna direktorica Mednarodnega sveta medicinskih sester, je kasneje pohvalno spregovorila o gradivu predsedstva Evropske unije: "Mednarodni svet medicinskih sester je vedno podpiral širjenje raziskovanja ter razvoja na področju zdravil in cepiv, še posebej, ko gre za specifične skupine pacientov, kot so otroci, ostareli, nosečnice in ženske, ki dojijo. Zdravila potrebujemo za preprečevanje in zdravljenje bolezni, ki



so specifične za te skupine, storiti je treba vse, da se zagotovijo varnost, učinkovitost in pravilno doziranje teh zdravil”.

Voditelji v medicini, zdravstveni negi in farmaciji v zvezi s tem načrtujejo udeležbo na pomembni konferenci, ki bo še letos; zavezali so se, da bodo podprli projekt in zagotovili njegov uspeh.

Svetovna zveza zdravstvenih poklicev združuje medicino, zdravstveno nego in farmacijo preko njenih predstavniških mednarodnih organizacij – Mednarodnega sveta medicinskih sester (ICN), Mednarodne farmacevtske federacije (FIP) in Svetovne zdravniške zveze (WMA) – ter predstavlja več kot dvajset milijonov zdravstvenih strokovnjakov po vsem svetu.

Izjava za tisk

Mednarodna anketa med zdravstvenimi strokovnjaki kaže, da so bolezni srca, debelost in rak največja zdravstvena vprašanja

ŽENEVA, Švica, 7. junij 2004 – Anketa med globalnimi predstavniki zdravstvene nege, medicine in farmacije je odkrila, da bodo po pričakovanjih bolezni srca, debelost in rak največja zdravstvena vprašanja tako v deželah v razvoju kot v razvitih državah v naslednjih petih do desetih letih. Neformalna anketa je bila izvedena na zgodovinski prvi konferenci Svetovne zveze zdravstvenih poklicev v Ženevi pred svetovno zdravstveno skupščino Svetovne zdravstvene organizacije (WHO).

Na sestanku so medicinske sestre, farmacevti in zdravniki iz več kot 60 držav prepoznali spremembe v prehrani, neenak dostop do informacij in trgovinske politike kot najpomembnejše trende, ki vplivajo na te grožnje zdravju, medtem ko je terorizem kot trend, ki vpliva na zdravje, zanemarljiv.

Medtem ko sta bila HIV/AIDS in tuberkuloza tudi na seznamu prednostnih nalog v deželah v razvoju, pa dejstvo, da sta se ti bolezni na splošno uvrstili nizko na seznamu izzivov za zdravje (10. oziroma 11. mesto med šestnajstimi), kaže na to, da se strokovnjaki zdravstvenega varstva še vedno ne zavedajo dovolj, kako nujen je boj proti pandemiji. Velike delovne obremenitve, stresno delovno okolje in nezadostno število osebja so po mnenju samih strokovnjakov zdravstvenega varstva na vrhu seznama trendov in zaskrbljenosti. Celotni rezultati ankete so na voljo na spletnem mestu <http://www.whpa.org/>.

“S tem ko izpostavljajo bolezni srca, debelost in rak kot glavne zdravstvene izzive zdajšnjega časa in bližnje prihodnosti, strokovnjaki zdravstvenega varstva poudarjajo pomen sprememb življenjskega sloga, ki smo jim priča: življenje s čedalje manj gibanja in nezdravo prehranjevanje”, je dejal Delon Human, generalni sekretar Svetovne zdravniške zveze, ki je ustanovna partnerica Svetovne zveze zdravstvenih poklicev skupaj z Mednarodnim svetom medicinskih sester (ICN) in Mednarodno farmacevtsko federacijo (FIP).

“Čeprav anketiranci HIV/AIDS niso namenili velike pozornosti, smo bili zelo zadovoljni, da je resolucija, ki so

jo izdali poslanci, pozvala vse zdravnike, medicinske sestre in farmacevte, naj nastopijo kot odločni zagovorniki in družbeni voditelji v boju proti HIV/AIDS,” je izjavil Ton Hoek, generalni sekretar Mednarodne farmacevtske federacije.

“Skrb v zvezi s stresom, delovnimi obremenitvami in zadržanjem osebja v poklicu, ki so se tudi pokazale v anketi, so povezane z vprašanji migracije in nujnostjo, da države poiščejo načine za zadržanje in nadaljnje usposabljanje obstoječega osebja ter za ponovno aktiviranje osebja, ki je zapustilo zdravstveni sistem,” je pojasnila Judith Oulton, glavna direktorica Mednarodnega sveta medicinskih sester.

Konferenca je prvič združila člane Mednarodnega sveta medicinskih sester, Mednarodne farmacevtske federacije in Svetovne zdravniške zveze, kar je zagotovilo inovativno podlago za mednarodno sodelovanje različnih poklicev v okviru zdravstvene problematike.

Izjava za tisk

Zdravstveni strokovnjaki pozivajo k streznitvi glede AIDS-a

Ženeva, Švica, 16. maj 2004 – Svetovni voditelji iz vrst medicinskih sester, farmacevtov in zdravnikov so pozvali vse vlade in strokovnjake zdravstvenega varstva, da takoj prenehajo odlašati z bojem proti pandemiji HIV/AIDS.

Predstavniki teh treh zdravstvenih poklicev, ki so se udeležili zgodovinske prve konference Svetovne zveze zdravstvenih poklicev v Ženevi, so soglasno sprejeli resolucijo, s katero pozivajo vlade, da se zavedo obsega tragedije, s katero se sooča svet, in da takoj poskrbijo za finančna sredstva, potrebna za boj proti pandemiji.

Udeleženci konference, ki je prvič združila člane Mednarodnega sveta medicinskih sester, Mednarodne farmacevtske federacije in Svetovne zdravniške zveze, so se odločili za sprejetje resolucije potem, ko so slišali presunljiv in navdihujoč poziv k podpori, ki ga je izrekel Stephen Lewis, posebni poslanik Združenih narodov za HIV/AIDS v Afriki.

Resolucija, ki so jo sprejeli, se glasi:

Zavedamo se, da

- **zdajšnja pandemija HIV/AIDS predstavlja izjemno humanitarno krizo ter krizo, ki prizadene človeka ter človekove pravice;**
- **so prizadete predvsem ženske in otroci;**
- **osredotočeni preventivni programi lahko precej zmanjšajo število novih okužb;**
- **možnosti oskrbe omogočajo ljudem, ki so okuženi s HIV, živeti kakovostno življenje;**
- **se bo brez ustrezne preventive in oskrbe ta kriza tako zaostрила, da bodo populacije v nekaterih državah zdesetkane in njihova prihodnost uničena; in**
- **da se države v centru pandemije HIV/AIDS lahko uspešno spopadejo z izzivom pod pogojem, da se jim zagotovijo potrebni finančni ter človeški viri.**



Zaradi tega kot voditelji zdravniških poklicev, poklicev v zdravstveni negi in farmaciji pozivamo vlade posameznih držav, medvladne službe in zdravstvene strokovnjake, da se zavedo obsega tragedije, ne odlašajo več z ukrepanjem ter takoj poskrbijo za finančna ter druga sredstva, potrebna za boj proti HIV/AIDS.

Kot voditelji v zdravstvenih poklicih se temu poslanstvu popolnoma zavezujemo ter pozivamo zdravnike, medicinske sestre ter farmacevte, naj delujejo kot močni zagovorniki ter družbeni voditelji v vojni proti HIV.

Svetovna zveza zdravstvenih poklicev združuje medicino, zdravstveno nego in farmacijo preko mednarodnih organizacij, ki zastopajo te poklice – Mednarodnega sveta medicinskih sester (ICN), Mednarodne farmacevtske federacije (FIP) in Svetovne zdravniške zveze (WMA) – ter predstavlja več kot dvajset milijonov zdravstvenih delavcev vsega sveta.

Skupna izjava

KOMISIJA ZA ČLOVEKOVE PRAVICE

59. SEJA, TOČKA 17

Promocija in zaščita človekovih pravic

IZJAVA

- Mednarodnega sveta medicinskih sester (ICN)
- Mednarodne farmacevtske federacije (FIP)
- Svetovne zdravniške zveze (WMA)

Moralna dolžnost zdravstvenih strokovnjakov je, da jim ni vseeno

WHPA z zadovoljstvom sprejema imenovanje posebnega varuha pravice do zdravja. Menimo, da je dostop do zdravstvenega varstva temeljna človekova pravica. Obenem Svetovna zveza zdravstvenih poklicev meni, da je pravica do zdravja tesno povezana z integriteto in neodvisnostjo zdravstvenih strokovnjakov pri zagotavljanju nege in zdravljenja vsem ljudem.

Resolucija Generalne skupščine Združenih narodov 37/194 navaja etična načela, ki so pomembna za vlogo zdravstvenega osebja pri varovanju človekovih pravic. Medicinske sestre, farmacevte in zdravnike obvezujejo njihovi kodeksi poklicne etike, da skrbijo za vse ljudi, ne glede na njihovo prepričanje, barvo kože, spol, raso, veroizpoved ali politično pripadnost. Vendar je WHPA zelo zaskrbljena, ker v čedalje več državah zdravstvenim delavcem pogosto preprečujejo zagotavljati nego, poleg tega se jih tudi zapira, napada in muči ali celo ubija, ker so zagotovili nujno potrebne storitve ljudem, ki trpijo.

Zaskrbljeni smo, ker se spodkopava vloge medicinskih sester, farmacevtov in zdravnikov ter ogroža njihova etična in poklicna dolžnost skrbeti za vse ljudi. Nesprejemljivo je, da se zdravstvenim strokovnjakom in službam za nujne primere grozi z orožjem in se jim preprečuje dostop do tistih, ki potrebujejo pomoč in nego. Takšno vedenje ogroža življenjsko potrebno delo zdravstvenih strokovnjakov in nasprotuje mednarodnemu humanitarnemu pravu, še posebej Četrti ženevski

konvenciji o zaščiti civilnih oseb v času vojne iz leta 1949 ter pravilom, ki urejajo izvajanje sovražnosti.

WHPA je povsem prepričana, da mora med pooblastila posebnega varuha pravice do zdravja spadati:

- Spremljanje vloge zdravstvenih strokovnjakov, ki delajo v razmerah, ko njihove pravice do zagotavljanja nege in pravice njihovih pacientov do prejemanja nege ter zdravljenja niso ogrožene;
- Pozivanje k zaščiti zdravstvenih strokovnjakov, kjer so v nevarnosti, da postanejo žrtve, in
- Poročanje o kršitvah človekovih pravic, ki jih storijo zdravstveni strokovnjaki.

Na koncu WHPA poziva Komisijo za človekove pravice, vlade, nevladne organizacije in druge, da:

- Potrdijo dostop do zdravstvenega varstva kot temeljno človekovo pravico vseh posameznikov, ki se je ne sme odtujiti v času političnih nemirov;
- Obsodijo preprečevanje dostopa do zdravstvenega varstva na podlagi spola, politične, zemljepisne, rasne ali verske pripadnosti;
- Zdravstvenemu osebju zagotovijo zaščito pred represalijami zaradi zagotavljanja nege vsem ljudem, vključno s pridržanimi osebami, zaporniki in žrtvami mučenja;
- Podprejo pravico zdravstvenih strokovnjakov, da opravljajo svoj poklic v okviru kodeksa poklicne etike in jim zagotovijo osebno varnost, zaščito pred napadi, represalijami, grožnjami ali zastraševanjem;
- Podprejo resolucijo Generalne skupščine Združenih narodov 37/194 o vlogi zdravstvenega osebja pri zaščiti zapornikov in pridržanih oseb pred mučenjem ter drugim nečloveškim ravnanjem.

Skupna izjava

za 56. sejo Visokega komisariata Združenih narodov za človekove pravice

Predlog za uvedbo posebnega varuha Združenih narodov za integriteto in neodvisnost zdravstvenih strokovnjakov

Medicinske sestre, farmacevti in zdravniki so glavni akterji v zdravstvenem timu – zagotavljajo zdravstveno varstvo posameznikom, družinam in skupnostim ne glede na njihovo barvo kože, prepričanje, spol, veroizpoved ali politično pripadnost. V imenu naših treh organizacij bi rad izrazil podporo pobudi Visokega komisariata za človekove pravice, da se zagotovi spoštovanje človekovih pravic za vse ljudi, vključno s strokovnjaki zdravstvenega varstva.

Kot strokovnjaki zdravstvenega varstva smo prepričani, da je zdravje neločljivo povezano s človekovimi pravicami, ker zdravje ni možno za tiste, ki se jim kršijo temeljne pravice. Zato predlagamo, da se uvede posebni nadzornik Združenih narodov, ki bo spremljal in zagotavljal neodvisnost in integriteto strokovnjakov zdravstvenega varstva pri zagotavljanju nege vsem ljudem.

Letos že tretjič zapored pošiljamo ta skupni predlog, za katerega menimo, da je pomemben in da zahteva pozornost. Zavedamo se proračunskih omejitev, zato predlagamo, da obstoječi posebni nadzornik sprejme nadzor in dejavnosti, ki so povezane s kršitvami človekovih pravic v zvezi s strokovnjaki zdravstvenega varstva.

Zdravstveni strokovnjaki imajo etično dolžnost, da služijo človeštvu v času miru, v času konfliktov in nesreč, da skrbijo za tiste, ki so žrtve mučenja, za bolne in umirajoče, ne glede na njihovo politično pripadnost. Nezdržljivo s poklicno dolžnostjo skrbnikov zdravstvenega varstva je, da bi jih vlade vodile pri odločitvah, koga lahko ali ne smejo zdraviti. V nasprotju z našim etičnim kodeksom je, da bi ljudi diskriminirali na podlagi barve kože, spola, prepričanja, veroizpovedi, družbenega položaja ali politične pripadnosti. Če bi komurkoli odrekli zdravstveno varstvo iz takšnega vzroka, bi bilo to grobo kršenje poklicnih pravil vedenja in predmet strogih ukrepov, vključno z odvzemom licence.

Zdravstveni strokovnjaki so pogosto žrtve represalij, ker zagotavljajo zdravljenje in svetovanje tistim, ki se jim kršijo človekove pravice. Vlade, ki ne spoštujejo človekovih pravic, pogosto uporabljajo mučenje kot eno od metod prisile. Žrtve mučenja potrebujejo zdravljenje, ki ga zagotovijo strokovnjaki zdravstvenega varstva, slednji pa zaradi tega tudi sami pogosto postanejo žrtve napadov in represalij. Prav ta trenutek strokovnjake zdravstvenega varstva v evropskih in nekaterih drugih državah nadlegujejo, zapirajo in mučijo, ker so oskrbovali paciente, ki pripadajo drugim političnim strankam.

Paradoks je, da strokovnjaki zdravstvenega varstva doživljajo represalije, ker so zagotovili zdravljenje in nego ljudem. Nesprejemljivo je, da se jim pogosto prepreči zagotavljanje nega, da se jih muči, zapira, preganja ali ubija pri opravljanju dolžnosti. Prav tako je zaskrbljujoče, da so tudi zdravstvene ustanove in institucije za izobraževanje zdravstvenih poklicev pogosto cilj brezobzirnega uničevanja.

Glede na povedano pozivamo Visoki komisariat Združenih narodov za človekove pravice, vlade, nevladne organizacije in druge, naj zagotovijo polno podporo uvedbi posebnega nadzornika Združenih narodov, katerega naloga bo zagotoviti neodvisnost in integriteto strokovnjakov zdravstvenega varstva pri zagotavljanju nege vsem ljudem.

List z dejstvi

Varnost pacientov: Uporaba zdravil pri starajočem se prebivalstvu

Ozadje: Uporaba zdravil pri starajočem se prebivalstvu

Po vsem svetu delež ljudi, ki so stari 60 ali več let, narašča hitreje kot katerakoli druga starostna skupina. V letih med 1970 in 2025 se pričakuje porast starejšega prebivalstva za približno 870 milijonov ali 380 %. To bo leta 2025 pripeljalo do 1,2 milijarde celotne populacije, stare nad 60 let.

S staranjem prebivalstva se povečuje povpraševanje po zdravilih, ki se uporabljajo za zadrževanje in zdravljenje kroničnih bolezni, lajšanje bolečin ter za izboljšanje kakovosti življenja. Ta povečana uporaba številnih zdravil povečuje tveganje, da pride do težav v zvezi z zdravili. Po študiji iz leta 1991 predstavljajo bolezni pri starejših ljudeh, ki so povezane z zdravili, pomembne vzroke osebnega trpljenja in dragih hospitalizacij, ki bi jih lahko preprečili.

V številnih delih sveta do 80 % bolezenskih epizod pacienti zdravijo sami z modernimi farmacevtskimi izdelki. V deželah v razvoju se po preverjenih podatkih za farmacevtske izdelke porabi od 60 % do 90 % zdravstvenih proračunov gospodinjstev, medtem ko se poraba za farmacevtske izdelke giblje med 25 % in 65 % celotne javne in zasebne porabe za zdravje. S pravilno uporabo teh zdravil lahko posamezniki dosežejo večjo starost in kakovost življenja, v številnih primerih se bolezni tudi lahko zdravijo ali odložijo brez bolj invazivnih postopkov, kot je na primer kirurški poseg. Vendar je zaradi splošne velike porabe zdravil in samostojnega zdravljenja, še posebej pri starajočem se prebivalstvu, problematika pravilne uporabe zdravil in varnosti v ospredju razprav o javnem zdravstvu.

Varnost pacientov in uporaba zdravil

Zdravila običajno registrirajo vladna telesa, ki potrjujejo, da vsebujejo aktivne sestavine, s čimer se zagotovijo varnost in vzdržujejo minimalni standardi kakovosti. Resna zaskrbljenost za varnost pacientov se pojavi, ko vir in vsebina zdravil nista znani in ko se zdravila distribuirajo in prodajajo brez ustrezne regulacije (prodaja zdravil na odprtih tržnicah). Tveganje za javno zdravje, ki je povezano z uporabo zdravil slabe kakovosti ali zdravil, ki vsebujejo malo ali nič aktivne sestavine/učinkovine ali vsebujejo druge sestavine, je veliko.

Varnost samega izdelka ni edini vzrok neželenih dogodkov ali 'napak pri medicaciji', ki lahko pripeljejo do neustrezne uporabe zdravil ali povzročijo škodo pacientom – povzročijo jih lahko tudi številni drugi vzroki, kot so poklicna praksa, postopki in sistemi, vključno s predpisovanjem zdravil, komunikacija pri naročanju, etiketiranje izdelkov, pakiranje, mešanje, izdajanje, distribucija, jemanje, izobraževanje, spremljanje in uporaba. Varnost pacientov je ogrožena, ko ne jemljejo zdravil na pravi način. Nejasna navodila in nejasno etiketiranje zdravil, nedoslednost pri jemanju zdravil pri kroničnih boleznih, jemanje zdravil, ki se dobijo brez recepta, in zeliščnih izdelkov brez posveta z zdravstvenim strokovnjakom lahko pripelje do resnih neželenih dogodkov. Po ocenah 50 % pacientov v razvitih državah in nekaj manj v deželah v razvoju redno jemlje zdravila za kronične bolezni dalj časa. Pacientom, ki jemljejo različna zdravila istočasno, bi koristilo, če bi ta zdravila pregledali strokovnjaki zdravstvenega varstva in jim zagotovili, da zanje ta predpisana in druga zdravila predstavljajo optimalno zdravljenje.

Zdravstveni strokovnjaki in zdravila

Farmacevti, zdravniki in medicinske sestre sodelujejo pri uporabi zdravil, ko jih delijo, predpisujejo in neposredno dajejo



pacientom. Kot strokovnjaki zdravstvenega varstva zagotavljajo ustrezno nego in zdravila ter za paciente predstavljajo vire informacij in svetovanja.

Da bi se izognili zapletom, se morajo pacienti in strokovnjaki zdravstvenega varstva pogovoriti o uporabi zdravil, kontraindikacijah in možnih neželenih učinkih. To pacientom in tudi strokovnjakom zdravstvenega varstva omogoča, da spremljajo zdravstveno stanje in ustrezno ukrepajo, če pride do napak pri medikaciji. Odprt dialog in redna komunikacija med pacienti ter strokovnjaki zdravstvenega varstva je dobro sredstvo za izboljševanje varnosti pacientov pri uporabi zdravil.

Sorodni dokumenti

- FIP Guidelines for the Labels of Prescribed Medicines, FIP 2001, <http://www.fip.org/>
- ICN on Healthy Ageing: A Public Health and Nursing Challenge, ICN Fact Sheet, <http://www.icn.ch/>
- Nursing Care of the Older Person, ICN Position Statement, ICN 1998, <http://www.icn.ch/>
- World Medical Association Declaration on the Abuse of the Elderly, WMA september 1989, <http://www.wma.net/>

Izjava za tisk za takojšnjo objavo

Zdravstveni strokovnjaki in pacienti objavljajo zgodovinsko partnerstvo

London, Združeno kraljestvo, 19. januar 2005 – Mednarodna zveza organizacij pacientov (IAPO) je danes objavila zgodovinsko partnerstvo z globalnimi organizacijami, ki predstavljajo medicinske sestre, farmacevte in zdravnike. Mednarodni svet medicinskih sester (ICN), Mednarodna farmacevtska federacija (FIP) in Svetovna zdravniška zveza (WMA) so dodelile uradni partnerski status Mednarodni zvezi organizacij pacientov (IAPO) – globalni skupini, ki predstavlja paciente vseh narodnosti in z vseh področij bolezni. Ta partnerstva zdravstvenim strokovnjakom in pacientom zagotavljajo pomemben mehanizem pri skupnih prizadevanjih za kakovostno zdravstveno varstvo, osredotočeno na paciente po vsem svetu.

Albert van der Zeijden, predsednik Mednarodne zveze organizacij pacientov, je pozdravil partnerstvo in dejal: "Vemo, da sami ne moremo doseči zdravstvenega varstva, ki bi bilo osredotočeno na pacienta, zato smo veseli te priložnosti za delovanje v okviru podpornega in razumevaločega partnerstva z organizacijami zdravstvenih strokovnjakov." Judith Oulton, glavna direktorica Mednarodnega sveta medicinskih sester, je rekla: "Kot zdravstveni strokovnjaki se zavedamo, da to partnerstvo odseva našo predanost, da razumemo potrebe in poglede pacientov, ki jim je namenjeno naše delo".

V zvezi z nastalo problematiko virov je doktor Otmar Kloiber, generalni sekretar Svetovne zdravniške zveze, dejal: "Izmenjava znanja in veščin ter zbiranje strokovnega znanja ter vzpostavljanje omrežij bo koristno za vzajemno delovanje z organizacijami, ki so naše članice, in s Svetovno zdravstveno organizacijo (WHO)." V imenu Mednarodne farmacevtske federacije je njen generalni

sekretar Ton Hoek dodal: "Zelo smo veseli, da je prišlo do tega partnerstva. Organizacije, ki so naše članice, bi radi spodbudili, da začnejo plodno sodelovati z organizacijami pacientov in tako izboljšajo zagotavljanje zdravstvenega varstva po vsem svetu".

Mednarodna zveza organizacij pacientov je objavila tudi zanimive načrte, s katerimi bo okrepila odnose med zdravstvenimi strokovnjaki in pacienti na prvem globalnem kongresu svoje organizacije, ki bo potekal februarja 2005 v Londonu. Organizacije pacientov iz vsega sveta si bodo skupaj z voditelji Mednarodnega sveta medicinskih sester, Mednarodne farmacevtske federacije in Svetovne zdravniške zveze prizadevale najti in uresničiti načine za razvijanje odnosov med zdravstvenimi strokovnjaki in pacienti na državni, regionalni in mednarodni ravni. Virginia Ladd, članica upravnega odbora Mednarodne zveze organizacij pacientov z dolgotrajno kronično boleznijo, je pozdravila izbor osrednje teme kongresa z besedami: "Dobri odnosi med pacienti in zdravstvenimi strokovnjaki, ki jim služijo, so zasnovani na vzajemnem spoštovanju, zaupanju in učinkoviti komunikaciji, prispevali bodo k ugodnim rezultatom tako pri pacientih kot pri zdravstvenih strokovnjakih, vključno z vztrajanjem pri terapiji in zadovoljstvom z nego".

Opomba urednikov:

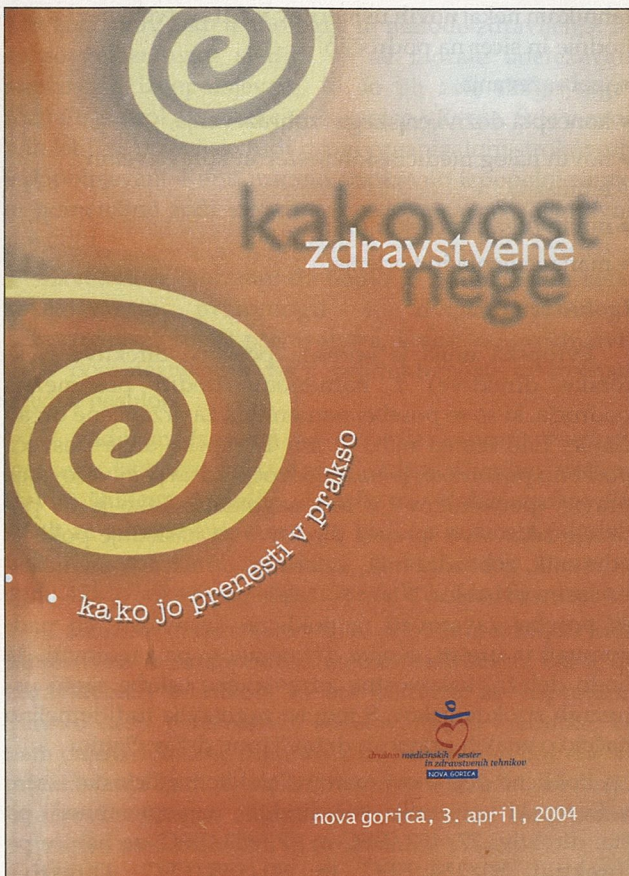
Mednarodna zveza organizacij pacientov (IAPO) je edina globalna zveza, ki zastopa paciente vseh narodnosti in z vseh področij bolezni ter po vsem svetu promovira zdravstveno varstvo, ki je osredotočeno na pacienta. Naše članice so organizacije pacientov, ki delujejo na lokalni, državni, regionalni in mednarodni ravni, tako da zastopajo in podpirajo paciente, njihove družine in negovalce. Vizija Mednarodne zveze pacientov je, da ti po vsem svetu postanejo osrednja skrb zdravstvenega varstva.

Mednarodni svet medicinskih sester (ICN) je federacija organizacij zdravstvene nege 125 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, ki s svojim delovanjem zagotavlja kakovostno nego za vse ter trdne globalne zdravstvene politike.

Mednarodna farmacevtska federacija (FIP) je svetovna federacija državnih zvez farmacevtov in farmacevtskih znanstvenikov. Farmacevte so strokovnjaki zdravstvenega varstva, ki so predani izboljševanju uporabe ustreznih zdravil in njihove dostopnosti.

Svetovna zdravniška zveza (WMA) je globalna federacija zdravniških zvez posameznih držav, ki predstavlja milijone zdravnikov po vsem svetu. WMA deluje v imenu zdravnikov in pacientov ter skuša dosegati najvišje možne standarde zdravniške znanosti, izobraževanja, etike in zdravstvenega varstva za vse ljudi.

Za dodatne informacije se obrnite na gospo **Jo Harkness** Policy & External Affairs Director International Alliance of Patients' Organizations (IAPO)
Tel: +44 20 7721 7597, Faks: +44 20 7721 7596
Elektronska pošta: policy@patientsorganizations.org
<mailto:policy@patientsorganizations.org>
Spletno mesto: www.patientsorganizations.org



Prispevki, objavljeni v rubriki tema meseca, so iz Zbornika strokovnega srečanja Društva medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Nova Gorica na temo Kakovost zdravstvene nege – kako jo prenesti v prakso.

Sodobni trendi v zdravstveni negi

Mag. Bojana Filej

Globalizacija in zdravstvena reforma

Globalizacija in reforma zdravstvenega sistema sta sorodna koncepta. Oba sta kompleksna in oba pogosto izzoveta čustvene reakcije zaradi vpliva na posameznika in na širšo družbo. Vsak koncept ima več vidikov. Npr. pri globalizaciji se en vidik nanaša predvsem na ekonomski in trgovinski razvoj, ki se širi preko državnih mej in povezuje države in regije v globalno ekonomijo; drugi pa govori o tem, da je globalizacija mnogo širši pojem kot le ekonomija – je tudi politični vidik, tehnološki in kulturni, na katerega predvsem vplivajo informacijska tehnologija in komunikacijski sistemi.

Zdravstveno reformo je lažje definirati. Ima dva osnovna cilja, ki se nanašata na spremembe zdravstvene politike in na spremembe struktur ter procesov zdravstvenega sistema in organizacij. Glavni cilj reforme je dobiti največ in naboljše za denar, ki je na voljo za zdravje državljanov. Je tesno povezan z ekonomsko politiko in razvojem in je pogosto del širše reforme javnega sektorja in ekonomskih reform. Je posledica naraščajočih

stroškov in večjih ali spremenjenih potreb in zahtev glede zdravstvenih storitev. Ta pritisk med potrebami in zahtevami in možnimi viri je največja težava držav, ki se soočajo z ekonomskimi težavami. Iz globalizacije kot tudi iz zdravstvene reforme pa lahko izhajajo tako pozitivni kot tudi negativni vplivi.

Slovensko zdravstvo in zdravstvena nega se trenutno nahajata v obeh procesih – v globalizacijskem in tudi v zdravstveni reformi. Čez nekaj dni bomo polnopravni člani Evropske unije in za nas bodo veljali enotni predpisi in pravila, ki smo jih nekaj let usklajevali. Za zdravstveno nego bodo v prihodnje pomembni naslednji globalizacijski trendi:

- prost pretok ljudi in z njimi različnih življenjskih navad (zaposlovanje, zdravje – bolezni),
- uvajanje enotnih standardov zdravstvene nege (izobraževanje, kompetence),
- uvajanje tržnih zakonitosti (uspešnost, učinkovitost, vodenje, management),
- demografski trendi (staranje prebivalstva).

Cilji zdravstvenih reform so od države do države različni. Sprememba sistema financiranja zdravstvenega varstva je običajno skupna vsem reformam, kar pomeni spremembo zavarovalniškega sistema, povečanje zasebne dejavnosti in večji finančni vložek posameznega uporabnika. Reforma tudi pomeni decentralizacijo, ki bolj poudarja odgovornost in pomen managementa in je usmerjena v spremembe struktur in procesov zdravstvenega sistema. Reforma zdravstvenega sistema je globalno gibanje, je del globalizacije in kot taka povzroča velike spremembe, saj je zdravje drago in predstavlja velik del nacionalnega proračuna. Potrebe in zahteve po kakovostnih in vsestranskih zdravstvenih službah naraščajo. Ta pritisk pomeni, da so države primorane začeti načrtovati zdravstvene reforme kot del širše ekonomske reforme.

Zdravstvena reforma ima nekaj pozitivnih vplivov na zdravstveno nego:

- povečanje strokovne avtonomnosti in odgovornosti,
- možnosti uvajanja novih modelov zdravstvene nege v bolnišnicah in v lokalni skupnosti,
- povečanje zadovoljstva z delom,
- povečanje managerske odgovornosti,
- nova delovna mesta in možnosti kariernega napredovanja.

V mnogih državah pa imajo zdravstvene reforme tudi negativne vplive na zdravstveno nego. Izvajalci zdravstvene nege pogosto občutijo posledice varčevanja z izgubo delovnih mest, omejevanjem finančnih sredstev za zdravstveno nego, povečanjem delovne obremenitve, pomanjkanjem varnosti pri delu in delovnih razmerah, z ogrožanjem varnosti pacientov in kakovosti zdravstvene nege, z neustreznimi spremembami v izobrazbeni strukturi in številu kadra, s slabšo motivacijo in nezadovoljstvom z delom.

Tudi Slovenija je v lanskem letu vstopila v zdravstveno reformo, ko je Ministrstvo za zdravje pripravilo njen osnutek v Beli knjigi. Vsebina Bele knjige je bila večkrat predstavljena, o njej so govorili zdravstveni strokovnjaki, ekonomisti, politiki in državljani in kazalo je, da je to vsebina političnih strank za medsebojno obračunavanje in za predvolilne aktivnosti. Tudi Zbornica – Zveza je svoja stališča predstavila v Utripu in jih posredovala predsedniku vlade in vsem ministrom, državnim sekretarjem na Ministrstvu za zdravje, poslancem in državnim svetnikom, strokovnim združenjem in zbornicam ter vsem medijem. Splošna ocena predloga je bila, da so cilji reforme postavljeni zelo visoko, poti do njih pa so manj jasne in vezane na izpolnitev različnih pogojev. Zavedamo se, da bo zaradi velikega števila poklicne skupine levji delež reforme bremenil prav medicinske sestre, babice in zdravstvene tehnike. Kljub nekajmesečnim razpravam in številnim pripombam še vedno ni jasno, katere pripombe bodo upoštevane v dopolnjeni verziji.

Tako globalizacija kot zdravstvena reforma nakazujejo medicinskim sestram, babicam in zdravstvenim

tehnikom nekaj novih usmeritev v zdravstveni negi v prihodnje in sicer na področjih:

- izobraževanja,
- koncepta doživljenjskega izobraževanja,
- novih nalog medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov,
- novih organizacijskih oblik,
- managementa in vodenja.

Izobraževanje

Evropska unija je sprejela posebne direktive (sektorske direktive) z namenom urediti posamezna področja, ki so še posebej pomembna za državljane držav članic. Eno izmed njih, ki jim Evropska unija posveča posebno pozornost, je tudi področje zdravja in varovanje pravic »potrošnikov« v tem segmentu. Tako je za področje zdravstva sprejela direktive za naslednje poklice: zdravnik, zobozdravnik, veterinar, farmacevt, medicinska sestra in babica. S tem so želele članice Evropske unije še posebej zavarovati te poklicne dejavnosti, jih nadzorovati in urejati, svojim državljanom pa zagotoviti, da bodo deležni kakovostne zdravstvene oskrbe samo ustreznih strokovnjakov. S tem se zagotavlja tudi temeljno načelo o enakih pravicah državljanov držav članic.

Poklicno dejavnost oziroma poklic medicinske sestre v Evropski uniji ureja več direktiv, najpomembnejši pa sta: direktivi 77/452/EEC in 77/453/EEC, za babice pa direktivi 80/154/EEC in 80/155/EEC. Direktiva 77/452/EEC ureja vzajemno priznavanje diplom, spričeval in drugih dokazil o strokovni usposobljenosti, direktiva 77/453/EEC pa strokovno usposabljanje medicinskih sester in enako za poklic babice. Najpomembnejše na področju strokovnega usposabljanja je to, da se zahteva predhodno splošno izobraževanje v trajanju najmanj 10 let in redno poklicno usposabljanje v obsegu treh let ali 4600 ur teoretičnega in praktičnega pouka. Pri tem mora obsegati teorija najmanj eno tretjino in praktično usposabljanje najmanj polovico izobraževanja. Visoke strokovne šole so v lanskem letu pripravile program izobraževanja ob upoštevanju evropskih zahtev, ki je bil v decembru 2003 potrjen na Svetu za visoko šolstvo, tako da se bodo prvi študentje vpisali v evropski izobraževalni program v študijskem letu 2004/2005. Po zaključku izobraževanja se ukine tudi opravljanje pripravništva in strokovnega izpita. Pripravništvo morajo diplomirane medicinske sestre in diplomirane babice, ki so se izobraževale po sedanjem programu, opraviti najkasneje do leta 2009, kar določa Zakon o zdravstveni dejavnosti.

Tehnike zdravstvene nege ne ureja nobena direktiva, zato ne zapadejo nobenim spremembam, kar pomeni, da bodo tudi v prihodnje opravljali pripravništvo in strokovni izpit, v države Evropske unije pa bodo prehajali po splošnih direktivah glede prostega pretoka ljudi.

Koncept doživljenjskega izobraževanja

Že do sedaj so medicinske sestre, babice in zdravstveni tehniki skrbeli za kontinuirano strokovno izpopolnjevanje, saj se stroke v zdravstvu zelo hitro



razvijajo, prav tako tehnologija in metode zdravljenja. In če so želele temu slediti, so se morale udeleževati strokovnih izpopolnjevanj, ki so jih zelo dolgo organizirale le strokovne sekcije Zbornice – Zveze. Šele v zadnjih letih se pojavljajo tudi drugi organizatorji strokovnih izpopolnjevanj. Kontinuirano strokovno izpopolnjevanje je pomembno tudi zaradi napredovanja po Kolektivni pogodbi.

Zavedati se moramo, da bomo le z znanjem in višjo strokovnostjo pripomogli k dvigu splošnega zdravstvenega stanja prebivalstva, k višji kakovosti življenja posameznika, k večji produktivnosti in razvoju družbe nasploh.

V zadnjem času pa se pojavlja koncept vseživljenjskega izobraževanja, kar je vidno v vedno večjem številu študentov študija ob delu na visokih strokovnih šolah za zdravstveno nego, pa tudi na različnih fakultetah. Koncept vseživljenjskega izobraževanja moramo sprejeti kot lastno filozofijo in ne le kot filozofijo stroke.

Z znanjem in razvojem stroke se morata razvijati tudi samozavest in samopodoba medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, ki sta bistveni za napredek. Timsko delo, partnerstvo, sodelovanje so vrednote, ki nam dajejo določene prednosti, saj razumemo potrebe in pričakovanja ljudi in rizičnih skupin v družbi, na voljo imamo dragoceno znanje in izkušnje in razumemo povezave med zdravjem in družbenimi vzorci.

Jasno je, da nas za doseganje nove podobe medicinske sestre čaka še veliko dela, ki verjetno nikoli ne bo zaključeno, in pojavlja se vprašanje, kako doseči tako korenite zasuke miselnosti tistih, ki imajo moč in vpliv ob dejstvu, da je na papirju možno sistem hitro zamenjati, ljudje pa ostanejo isti, z znanjem, navadami, izkušnjami in prepričanji, ki so jih pridobili v preteklosti in jih v kratkem času ni moč spremeniti.

Elementi našega dela so kljub razvoju in izobraževanju vedno isti, to so znanje, spretnost in empatija. Skozi čas je bil kak element bolj ali manj poudarjen, sedaj pa morajo navedeni elementi postati čimbolj uravnoteženi. V središču našega dela je pacient kot človek in skrb zanj, čemur moramo tudi v prihodnje namenjati vso pozornost. Pomembno je tudi, da si morata teorija in praksa vedno bolj smiselno podajati roke, kar pomeni, da izobraževanje poteka za potrebe prakse in da mora praksa upoštevati teoretična izhodišča. Delitev dela temelji na izobraževanju in na upoštevanju tako pridobljenih kompetenc.

Kompetence pomenijo znanje, razumevanje in sposobnost presoje, niz veščin – kognitivnih, tehničnih ali psihomotoričnih, niz osebnih lastnosti in poklicno držo (ICN, 2003). Zagotavljajo jasno sliko vloge in odgovornosti izvajalcev zdravstvene nege, vplivajo na proces zaščite javnosti, pospešujejo prosto globalno gibanje medicinskih sester, zagotavljajo podlago za določanje standardov, prispevajo k individualni in kolektivni poklicni odgovornosti, pojasnjujejo prispevek izvajalcev zdravstvene nege v odnosu do prispevka drugih zdravstvenih strokovnjakov, zagotavljajo temelj za ob-

likovanje učnega načrta za študij zdravstvene nege in procese ocenjevanja (teorija, praksa).

Nove organizacijske oblike

Nekatere dejavnosti, ki smo jih bili do sedaj vajeni, bodo opuščene. Med pomembnejše spremembe sodijo prav gotovo negovalni oddelki v bolnišnicah oziroma negovalne bolnišnice, ki zahtevajo intenzivno izvajanje zdravstvene nege, ko je zdravljenje v glavnem zaključeno. Negovalne oddelke in negovalne bolnišnice vodijo medicinske sestre, ki morajo organizirati celotno dejavnost.

V zdravstvenem sistemu se vse bolj soočamo s pomenom uspešnosti in stroškovne učinkovitosti pri delu ter omejevanjem vseh virov. Še zlasti so izpostavljeni kadrovski viri, saj »živo« delo predstavlja največji finančni strošek. Zdravstvena nega v zdravstvenih zavodih se sooča z neustreznimi kadrovskimi standardi, ki temeljijo na izkustvenih normativih iz preteklosti in na normativih, ki jih je postavila zdravstvena zavarovalnica in ne na dejanskih obremenitvah izvajalcev zdravstvene nege. Dejansko obremenitev želimo dokazati z razvrščanjem pacientov v kategorije, ki nam povedo, koliko časa medicinske sestre potrebuje pacient v posamezni kategoriji. Jasno postaja, da je v Sloveniji premalo medicinskih sester. Podatki v Beli knjigi glede števila medicinskih sester na 100 000 prebivalcev so zavajajoči. Po številu medicinskih sester na 100 000 prebivalcev je za Slovenijo le Turčija.

Novi sistem financiranja, ko finančna sredstva sledijo pacientu, prinašajo v sistem določene spremembe. Izvajalci zdravstvene nege upravičeno pričakujejo, da bo pri obravnavi pacientov iz kliničnih poti viden tudi delež medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.

Nove naloge

S konceptom družinskega zdravnika dobivajo medicinske sestre v timu nove naloge, kar pomeni, da bi morala biti v tim vključena tudi diplomirana medicinska sestra, ki je usposobljena za izvajanje zdravstvene vzgoje, ki naj bi jo v celoti prevzela, zdravnik pa bi prevzel le bolj zahtevne primere spreminjanja načina življenja.

Zaradi staranja prebivalstva, hitrejšega odpusta pacientov, dnevne obravnave se na domovih povečuje število težjih pacientov, njihova obravnava je zahtevnejša in tudi daljša. Zaradi povečanega števila pacientov na domu upada preventivna dejavnost patronažnih medicinskih sester. Zaradi povečevanja potreb pacientov bo v prihodnje patronažnih medicinskih sester premalo, da bi lahko zadovoljile vse potrebe, zato bo patronažna medicinska sestra v prihodnje le koordinatorica vseh oblik pomoči na domu in vez med posameznikom in njegovim osebnim zdravnikom.

Zdravstvena reforma predvideva uvajanje »case managerjev« – koordinatorjev zdravstvene obravnave. To nalogo v svetu izvajajo izkušene medicinske sestre, ki vodijo pacienta skozi sistem zdravstvene obravnave in so povezava med sistemom zdravstvene in socialne obravnave.



Veliko je tudi kazalcev, da se pacienti vse bolj poslužujejo stikov z zdravstvenimi službami preko telefona, da bi prejeli potrebno informacijo ali nasvet. Tako se število telefonskih pogovorov povečuje in medicinske sestre ter zdravstveni tehniki potrebujejo v ambulantni in dispanzerski dejavnosti že več kot 10 % celotnega delovnega časa za komuniciranje po telefonu. Od vseh prejetih klicev jih je 90 % namenjenih medicinski sestri oziroma zdravstvenemu tehniku, ki posreduje ta informacije in nasvete v skladu z njihovimi kompetencami. Za svetovanje po telefonu bodo izvajalci zdravstvene nege potrebovali dodatna znanja komunikacije.

Management in vodenje

Zaradi omejenih virov je eden izmed ključnih dejavnikov, ki bi lahko pripomogel k izboljšanju stanja, prav gotovo tudi dobra in racionalna organizacija zdravstvenih zavodov. V Sloveniji nimamo zdravstvenih managerjev, ampak vrhunske zdravnike specialiste, ki opravljajo tudi funkcijo upravljanja in vodenja zdravstvenih ustanov (Ritonja, 1996). Tudi zdravstvena nega potrebuje dobro organizacijo, s katero pripomore k učinkovitemu in uspešnemu poslovanju ustanove. Postavlja se vprašanje, koliko so glavne medicinske sestre vključene v omenjene procese, čeprav so »delavci kreativni nosilci uresničevanja poslovnih politike in doseganja strateških ciljev. Lahko rečemo, da je človek bistveni dejavnik za povečanje produktivnosti in učinkovitosti« (Florjančič, Novak, 2002). Management zdravstvene nege ni avtonomen niti na kadrovskega področju niti pri vodenju in razporejanju sredstev (Požun, 2003). »O uspešnem vodenju v zdravstveni negi še ne moremo govoriti kljub do sedaj izvedenim številnim izobraževanjem za vodilne v zdravstveni negi. Vodje zdravstvene nege v zdravstvenih ustanovah morajo biti univerzitetno izobraženi, z dodatnimi znanji managementa in raziskovanja. Poleg tega morajo imeti vizijo in strategijo, kako bodo razvijali in izkoriščali potencialne zaposlenih, da bodo ti zadovoljni in motivirani za svoje delo in razvoj ter morajo znati združiti strokovne in poslovne odločitve« (Skela Savič, 2003).

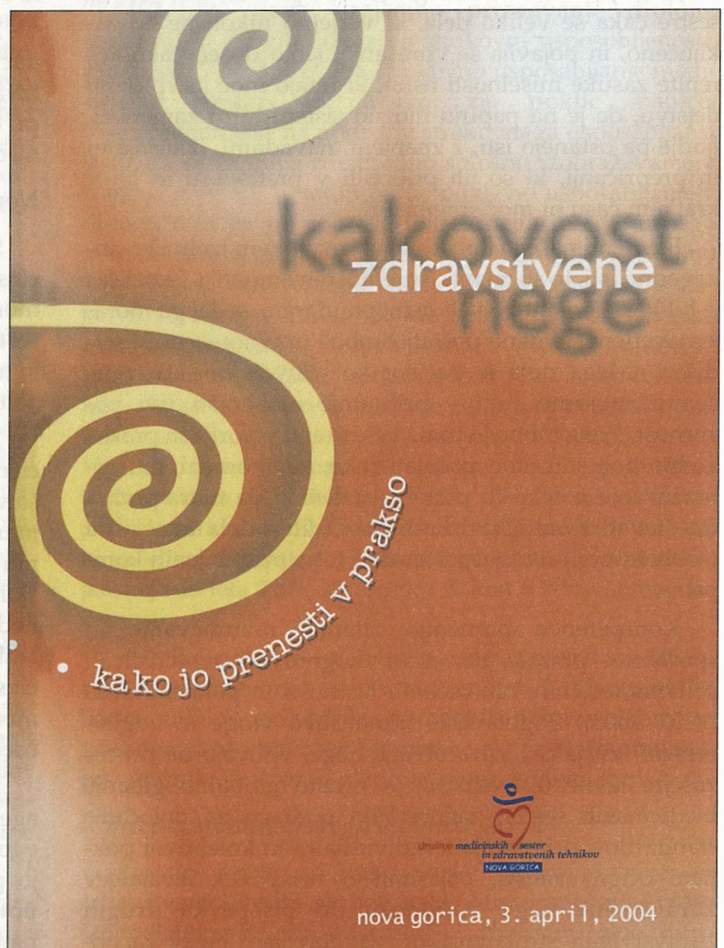
V Beli knjigi je zapisano, da je management v zdravstvu neučinkovit, zato je napovedano, da bosta »upravljanje in management javnih zdravstvenih zavodov dobila podobno vlogo, kot jo imata v javnih podjetjih... Management na vseh ravneh bo ocenjevan na podlagi strokovnih in finančnih rezultatov« (Zdravstvena reforma, 2003).

Zaključek

Edino, kar je stalno, so spremembe, ki nam prinašajo veliko novega. Ali bomo sposobni sprejeti nove izzive, ki nam jih prinašajo, pa je odvisno od nas samih.

Literatura

- Filej B. Slovenska zdravstvena nega – quo vadis. Obzor Zdr N 2001; 35: 65–68.
- Filej B. Izzivi zdravstveni negi danes za jutri. Obzor Zdr N 2001; 33: 235–238.
- Filej B. Bela knjiga – iluzija ali realnost. Utrip, oktober 2003.
- Florjančič J., Novak V. Z motivacijo kadrov do boljše kakovosti v podjetju. V: Vukovič G. (ur.). Zbornik konference z mednarodno udeležbo – Management in evropska unija, Portorož, 27.–29. marec 2002. Kranj: Založba Moderna organizacija, 2002: 3–10.
- ICN Framework of Competences for Generalist Nurse. Geneva: International Council of Nurses, 2003.
- Požun P. Management zdravstvene nege v Kliničnem centru. Obzor Zdr N 2003; 37: 5–11.
- Ritonja S. Zdravstveni management kot faktor kakovosti dela v zdravstvu. V: Florjančič J. (ur.). Globalni in kadrovski management. Kranj: Moderna organizacija, 1996: 357–366.
- Shaw S. Globalisation and Health System Reform: Implications and strategies for nursing. Geneva: International Council of Nurses, 2004.
- Skela Savič B. Zdravstvena nega in uspešno vodenje v slovenskih bolnišnicah. V: Kersnič P. (ur.), Filej B. (ur.) Zbornik predavanj in posterjev 4. kongresa zdravstvene nege, Portorož, 1.–3. oktober 2003. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije – Zveza držav medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2003: 215–228.
- Stališča Zbornice zdravstvene nege Slovenije – Zveze društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije do zdravstvene reforme. Utrip, november 2003.
- Vlada Republike Slovenije, Ministrstvo za zdravje. Zdravstvena reforma – osnutek. Ljubljana, 2003.



Poklicna identiteta medicinskih sester kot vseživljenski projekt

Doc. dr. Majda Pahor

Uvod

Pojem poklicne identitete je pogosto uporabljan. Gre za to, kako ljudje vidijo svojo poklicno vlogo, po drugi strani pa tudi, kako pogled »drugih« vzpostavlja samopodobo pripadnic/pripadnikov določenega poklica in podobo tega poklica v javnosti nasploh.

Poklic je oboje: je sredstvo in je cilj. Na eni strani je plačano delo za preživetje, na drugi strani pa je oblika samorealizacije oz. samorazvoja. Že slovenski izraz za poklic kaže na poklicanost, posvečenost poklicnega dela, v primerjavi z npr. angleškim izrazom »occupation«, ki kaže na okupiranost, podrejenost izvajalca.

Samopodoba ali identiteta je v zadnjem desetletju zelo pogosto obravnavana s strani različnih ved in disciplin (Ule, 2000). S pomočjo tega koncepta si posamezniki ali skupine odgovarjajo na vprašanje: Kdo sem jaz? Gre za vprašanje, ki je pomembno tako na ravni znanstvenih raziskovanj, kot na ravni vsakdanjega življenja, saj nam pomaga ohraniti niti prepletajočih se procesov v neki obvladljivi logiki. Identitete, podobe posameznikov in skupin namreč niso več do tolikšne mere vnaprej določene kot so bile to v preteklosti. V večji meri so rezultat zavestne odločitve in izbire ter predmet sprememb. V predmodernih družbah je identiteta pogojena z zunanjim svetom, izbira posameznikov je omejena s časom, prostorom in družbenim statusom. V poznomoderni družbi pa je mogoče izbirati svoje identitete in »sam pisati svoj življenjepiš« (Giddens, 1991).

Če je za identiteto dolgo veljalo prepričanje, da je le posledica socializacije v določene družbene vloge, pa je npr. Goffman opozoril na pomen procesa, v katerem posameznik razvije identiteto na podlagi interakcij z drugimi ljudmi. Način, kako vidimo sami sebe, je posledica naših interakcij z drugimi in odgovorov drugih na naša pričakovanja ali dejanja. Določene reakcije drugih potrjujejo našo »normalnost«, druge nas ožigosajo kot »odklonske«.

Razvoj poklicne identitete poteka najprej v okviru izobraževanja. Reakcije učiteljev, inštruktorjev in zaposlenih v okoljih, kjer so študenti na praksi, okrepijo ali zmanjšajo njihovo identifikacijo z bodočim poklicem. Identiteta se torej v veliki meri izoblikuje v socialnih interakcijah (Pahor, 1999).

Identiteta postaja vse pomembnejša v kontekstu sodobnih procesov individualizacije in globalizacije ter novih komunikacijskih tehnologij, v katere je vpeta tudi zdravstvena nega. Vse človeške identitete so socialne identitete, so konstruirane skozi interakcije in institucije. Niso fiksirane, ampak sproti konstruirane kot neka razlika v odnosu do drugih identitet ter kot neka istost znotraj posameznika ali kolektivitete (Ule, 2000).

Zakaj je vprašanje samopodobe ali identitete pomembno vprašanje pri medicinskih sestrah? Sodelovanje v procesu zdravljenja je kompleksna dejavnost, kjer ni pomembno le **kaj** nekdo dela (postopki, posegi, koraki) niti samo **kako** dela (kakovostno, učinkovito, v skladu z določenimi standardi ipd.), ampak tudi **kdo** to dela (kakšen/a je kot oseba, kot specifična celota različnih lastnosti). Poklicna socializacija bodočih zdravstvenih delavcev je torej tudi osebnostni razvoj na osnovi spoznavanja z lastnostmi medicinskih sester, ki jih srečujejo v tem času. S pomočjo kritičnega soočenja s prakso in selekcije – »to je dobro, tudi jaz bom taka«, ali »jaz nikoli ne bom tako ravnala« se pri mladih bodočih pripadnicah poklica deloma prenaša poklicna subkultura, deloma pa spreminja in prenavlja. Vprašanje je seveda, ali se nameni, ki jih kot študenti izoblikujejo, ohranijo v kasnejših letih in v danih strukturnih okvirih.

Odločitev za poklic

Odločitev za poklic je privilegij in odgovornost mladih generacij relativno malo časa v zgodovini. V preteklosti so bile možnosti izbire omejene z rigidno družbeno strukturo, ki je bolj ali manj ob rojstvu razporejala ljudi na določene položaje. Izjeme so bile zelo redke. Družinska pripadnost, sloj, spol, prevladujoč način proizvodnje so od zunaj določale in usmerjale poklicno dejavnost ljudi. Identiteta je bila vzpostavljena od zunaj in ni bila predmet odločitve ali izbire.

Če ponovim, izbira poklica je privilegij in odgovornost današnjih mladih generacij. Z vidika preteklosti gre gotovo za privilegij, posebno ko gre za pravico žensk in pripadnikov nižjih slojev, katerih možnosti so bile v preteklosti mnogo bolj omejene kot so danes. Če pomislimo samo na dejstvo, da je univerza na Dunaju dovolila študij ženskam šele leta 1897, in le na oddelkih za pedagogiko in jezike! Pravo in medicina sta jim, recimo, postala dostopna šele leta 1919. Današnjim mladim ljudem je svet odprt! Izbirajo lahko med neštetiimi možnostmi izobraževanja in usposabljanja za različne dejavnosti in pri tem celo doživljajo podporo družinskega in širšega družbenega okolja – z vidika zgodovine prav eksotično dober položaj.

Po drugi strani pa ta svoboda prinaša s sabo tudi odgovornost za pravilno odločitev. Današnji mladi ljudje se ne morejo izgovarjati na starše, na nedostopnost šol, na omejitve in prepovedi dostopa do določenih poklicev zaradi spola – (skoraj) edina omejitev so sposobnosti in motivacija. Zato je proces vstopanja v poklic dolgotrajen proces izbiranja in odločanja, ki pri mladih poteka več let. V tem procesu mladi opazujejo odrasle v njihovih poklicnih vlogah, jih ocenjujejo in vrednotijo.

Opazovanje se najprej prične v najbližjem, družinskem krogu, med bližnjimi in daljnimi sorodniki, družinskimi prijatelji in znanci (zlasti za zdravstvene delavce je



značilno, da so imeli med sorodniki pripadnika istega ali sorodnega poklica, ki so ga kasneje izbrali). Priliko za opazovanje poklicnih vlog odraslih dajo tudi posebna, intenzivna doživetja, npr. sprejem v bolnišnico, nesreča, bolezen v družini. Pomemben vir informacij o poklicih so tudi mediji, zlasti podobe zdravstvenih delavcev v časopisih in na televiziji. Opazovanje je vedno večplastno – ne le opazovanje manifestnega, ampak tudi latentnega, ne le zaželenega, ampak tudi tistega vedenja, ki se ne ujema z družbeno pričakovanimi ravnanji nosilcev določenih vlog.

Bolj ali manj osveščeno mladi ljudje ocenjujejo poklicne dejavnosti na osnovi različnih kriterijev. To so npr. materialni položaj, to so dohodki in status ali ugled in privilegiji, ki se vežejo na določeno poklicno vlogo. Vsebinski kriterij pomeni opazovanje dejanske vsebine dela in ne deklarirane – in v zdravstvu je obilo takih nasprotij med prvo in drugo! Kriteriji so lahko racionalni in emocionalni, utemeljeni v razumskem preračunavanju ali v čustvenem odnosu. Še vedno imajo svojo moč tudi tradicionalni kriteriji, ki vodijo odločitve glede na spol, sloj, primernost ali neprimernost določenega poklica za ženske ali moške, za otroke iz delavskih ali srednjih slojev. Na osnovi takih in drugih razglabljanj mladi ljudje sprejmejo odločitev in vstopijo v proces poklicne socializacije.

Poklicna socializacija tekom študija kot temelj poklicne identitete

V času šolanja oz. študija se vzpostavijo temelji poklicne identitete. Gre za formalno poklicno socializacijo, ki temelji na napisanih vrednotah poklica in šolskih oz. študijskih programih, ter za neformalno socializacijo, ki izhaja iz stikov z učitelji in pripadniki poklica, v zdravstveni negi predvsem skozi praktični pouk v institucijah zdravstvenega varstva. Kako študenti »preberejo« podobo medicinskih sester?

Raziskava Harise Šabič (1996) je zastavila to vprašanje na kvantitativen način. Razkrila je kritičnost študentov zdravstvene nege do podobe medicinskih sester v Sloveniji, hkrati pa samo srednje močno pripravljenost na to, da bodo same po zaposlitvi uvajale spremembe. Tudi raziskavi Dornikove (1997) in Pahorjeve (1997) kažeta na elemente »sindroma jamranja«, ki se kaže v kritiki, nezadovoljstvu, a (pre)malo v odločenosti za dejanja.

Analiza študentskih odgovorov na odprto vprašanje Kdo so medicinske sestre v Sloveniji, ki sem jo izvedla februarja 2001, je omogočila izvedeti marsikaj o študentih samih in o medicinskih sestrah v Sloveniji. Najprej lahko ugotovimo, in sicer v luči prejšnjih raziskav (Šabič, 1996, Pahor, 1997, Dornik, 1997), da nam kvalitativne študije odprejo bližnji pogled v dejansko razumevanje pojavov pri študentih, omogočijo nam pa tudi razumevanje študentov samih. Že obseg in število odgovorov kaže, da naši študenti razmišljajo o tem vprašanju in da je zanje stik z medicinskimi sestrami pomemben del poklicne socializacije. Z njimi so imeli dobre in slabe izkušnje, so kritični, so ranljivi, a so pozitivno naravnani in čeprav pri medicinskih sestrah opažajo prisotnost "kulture jamranja", se veliko izjav nanaša na konkretne dejavnosti, ki bi lahko izboljšale položaj in povečale učinkovitost medicinskih

sester v Sloveniji. Trije elementi predlogov za akcijo so prepoznavni: najprej "sindikalna" oz. politična dejavnost poklicne skupine, nato izobraževanje in tretjič, utemeljevanje svojega prispevka k zdravljenju z raziskovanjem. Bodo že zaposlene medicinske sestre, o katerih so podali ta portret, znale izkoristiti njihovo energijo? Zaskrbljuje pa očitno ogromno težav glede odnosov z zdravniki, kjer obe poklicni skupini nikakor ne znata redefinirati svojih vlog v spremenjenih okoliščinah poznomoderne družbe.

Vzpostavljanje in razvoj poklicne identitete na delovnem mestu

V zadnjih letih se počasi nabira baza raziskovalnih podatkov o medicinskih sestrah v Sloveniji, ki omogoča začetek razumevanja družbenih okoliščin, v katerih se vzpostavlja ta dejavnost in poklicna skupina, ki jo izvaja. Raziskave, opravljene na bolj ali manj reprezentativnih vzorcih, kot so raziskava Medicinske sestre v Sloveniji iz leta 2001 (Klemenc, Pahor 2001) in Zdravstvena nega v luči etike iz leta 2003 (Klemenc et al, 2003), še ne dajejo popolne slike, a nakazujejo nekatere značilnosti sedanosti in trende prihodnosti. Sedanja poklicna identiteta medicinskih sester je še v veliki meri določena s tradicionalnimi vrednotami preteklosti, ko se je zdravstvena nega vzpostavila kot pomočniška dejavnost, usmerjena na zdravnike bolj kot na paciente in v delovanje telesa bolj kot v celostno obravnavo oseb z zdravstvenimi problemi.

Delo zdravstvene nege se iz predmoderne, kjer je skrb nereflektirana sestavina sveta življenja, razvija skozi moderno z njenim razvrednotenjem skrbi in podrejenim mestom v sistemu zdravstvenega varstva, v postmoderno, za katero je značilna visoka stopnja zadovoljenosti materialnih potreb, ki nam šele omogoča refleksijo o tem, kaj zares rabimo in kaj nas osrečuje. Giddens (1991) opozarja na nenačrtovane posledice človekovih dejanj in na nujnost refleksije, (samo)spraševanj, vrednotenja in argumentiranja. To lahko poteka samo skozi razpravo, jezik, s poimenovanji. Vprašanje je, ali je argumentiranje vsakdanja praksa zdravstvenih delavcev, ali reflektirajo svoja dejanja in uvidijo družbene vzroke, vplive in posledice svojih odločitev.

Moja predpostavka je, da je mogoče prepoznavanje in podpora potreb šibkejšega vključiti (ali ponovno vključiti) v sistemsko obravnavo pacientov na osnovi refleksivnosti kot značilnost poznomoderne družbe. Če je skrb kot sestavni del sveta življenja nereflektirana, in če je v institucionaliziranem zdravstvenem varstvu moderne razvrednotena in podrejena, pa poznomoderna omogoča ponovno spraševanje po tem, katere potrebe bolnih, pomoči potrebnih, šibkejših, so pomembne. Tu vidim osnove vseživljenjskega razvoja poklicne identitete zaposlenih v zdravstveni negi.

Potrebno je reflektirati pomen in dragocenost tega, kar delajo medicinske sestre. V zdravstvu so storitve razvrščene v hierarhijo od bolj cenjenih tehnično zahtevnih in kompleksnih storitev z uporabo tehnologije, do manj cenjenih, vsakdanjih oblik pomoči pri vsakdanjih aktivnostih, »tistih, ki bi jih znal vsakdo«. Če je tehnološki pristop podlaga tim. »herojske medicine«, ki je dejansko

rešila mnogo življenj, pa je dejstvo, da je zdaj čedalje več ljudi s »pritlehnimi« problemi, ki potrebujejo in zahtevajo pomoč. V preteklosti so se družbene vrednote že večkrat premaknile, poudarki so bili na različnih področjih. Ali ni že čas, da ugotovimo, kakšen pomen ima skrb v našem vsakdanjem življenju, in zlasti takrat, ko so zmanjšane naše sposobnosti, da skrbimo sami zase?

Namen medicinskih sester je »delati dobro« ljudem, ki imajo zdravstvene probleme in zato težave pri dejavnostih vsakdanjega življenja. Kaj je dobro, ni mogoče povedati enkrat za vselej, v nekih splošnih pravilih (npr. Kodeks etike, 1994); mogoče je le razmišljati, v katerih okoliščinah lahko pride do nečesa, kar vsi vključeni doživljajo kot »dobro«. Kako vzpodbuditi ustvarjanje takih okoliščin, je politično vprašanje o zagotavljanju virov za etično delovanje, kot so čas, prostor, znanje in moč. Potrebno bi bilo pogledati, kako formalna in neformalna socializacija zdravstvene delavce usposobi za etično delovanje, za pozornost, odgovornost, kompetentnost in odzivnost (Sevenhuijsen 2003). Eden od najpomembnejših političnih odgovorov na globalizacijo je izobraževanje, ki se usmerja v ključne sposobnosti za uporabo na različnih področjih dela, ugotavlja Beck (2001). To so npr. sposobnost družbenega delovanja, sposobnost dela v timu, razreševanja konfliktov, razumevanja drugih kultur, sposobnost integriranega mišljenja, in sposobnost obvladovanja negotovosti in paradoksov pozne moderne. Tudi to so elementi razvoja poklicne identitete kot vseživljenjskega projekta.

Literatura

- Beck, Ulrich (2001): What is globalization. London: Polity Press.
- Dornik, Ema (1997) Splošna in poklicna orientiranost študentov zdravstvene nege in zdravstvene vzgoje. Diplomsko delo. VŠZ in PeF, Ljubljana
- Giddens, Anthony (1991): Modernity and self-identity. Self and society in the late modern age. London: Polity Press.
- Klemenc, Darinka in Pahor, Majda (ur) (2001): Medicinske sestre v Sloveniji. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana.
- Klemenc, Darinka et al. (ur) (2003) Zdravstvena nega v luči etike. Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana.
- Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije.
- Pahor, Majda (1998): Univerzitetni študij za medicinske sestre. Primer prve generacije zdravstvene vzgoje. Obzor Zdrav N; 32: 185-197.
- Pahor, Majda (2001): Medicinske sestre v očeh študentov zdravstvene nege: kvalitativna študija. V: Klemenc, Darinka in Pahor, Majda (ur) (2001): Medicinske sestre v Sloveniji. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana.
- Pahor, Majda. (1997) Spremembe stališč in vrednot pri študentih zdravstvene vzgoje na univerzi v Ljubljani. Doktorska disertacija, PeF; Ljubljana
- Pahor, Majda (1999) Sociologija za zdravstvene delavce. Visoka šola za zdravstvo, Ljubljana.
- Sevenhuijsen, Selma (2003): Prostor za skrb. Pomen etike skrbi za socialno politiko. V Sevenhuijsen, Selma in Švab, Alenka (ur): Labirinti skrbi. Ljubljana: Mirovni inštitut.
- Šabič, Harisa (1998) Poklicna podoba medicinskih sester. Diplomski naloga. VŠZ, Ljubljana
- Ule Nastran M: Sodobne identitete v vrtincu diskurzov. ZPS, Ljubljana 2000

Zdrav in dober tek
Prema

100%

krasteljavo,
sveža!





Pomen permanentnega izobraževanja v zdravstveni negi

Dr. Silvestra Hoyer

Izvoleček

Prispevek obravnava izobraževanje v zdravstveni negi v luči permanentnega ali vseživljenjskega izobraževanja. Izpostavi nekatere značilnosti in pomen permanentnega izobraževanja. Posebej se osredotoči na andragogiko, torej izobraževanje v odrasli dobi. Poklic medicinske sestre in zdravstvena nega sta v zadnjem obdobju v silovitem razvoju. Potrebujeta družbeno priznanje, večjo identifikacijo nosilcev stroke, kar pa je možno v glavnem tudi preko znanja, trdnih stališč in vrednot poklica.

Uvod

Permanentno izobraževanje je imperativ sodobnega časa. Zanimiva parola pomembnih ljudi, npr. politikov, gospodarstvenikov in drugih je, da moramo postati družba znanja, v kateri je potrebno vlagati v razvoj ljudi. In resnično se v izobraževanje odraslih vlaga veliko.

Učimo se vse življenje in to v različnih vlogah, lahko kot posamezniki, zaposleni, družinski člani, predstavniki širše družbene skupnosti. Motivi za učenje lahko izhajajo iz lastne notranje motivacije, čistega veselja do učenja, želje po spoznavanju novega. Lahko so pa motivi zunanji, neka zunanja nujnost nas ponovno vrne v izobraževanje. Ti zunanji dejavniki so delodajalci, družinski člani, različne skupnosti, v katerih živimo in ustvarjamo, saj vsi pričakujejo od nas znanje, usposobljenost in potrebne osebnostne lastnosti (Možina, 2003).

Pomembno je, da si posameznik pridobiva znanje, spretnosti in navade na podlagi lastnega prepričanja, želja in interesov, torej da si vsak zavestno oblikuje take učne navade in pristope, ki so v skladu z njegovimi osebnostnimi nagnjenji in mu omogočajo stalno učenje in izobraževanje (Perme, 1996).

Razvoj zdravstvene nege – potreba po izobraževanju

Permanentno izobraževanje je posebno pomembno v zdravstveni negi, torej v stroki, ki se zelo hitro razvija, ki težko pridobiva na veljavi, ki težko pridobiva samostojnost in avtonomnost. Z izobraževanjem, z znanjem predstavnikov stroke je vse zgoraj naštetu lažje preseči.

Če pogledamo razvoj na našem področju že samo skozi oči ene generacije, lahko vidimo ogromne spremembe. V šestdesetih in sedemdesetih letih prejšnjega stoletja smo v Sloveniji govorili o negi pacienta, delili smo jo na osnovno in specialno. Potem se je začel hiter razvoj in korenite spremembe v teoriji in praksi zdravstvene nege. Za začetnico tega imamo lahko Stano Kavalič. Bila je med prvimi pri nas, ki je govorila o raziskovanju v zdravstveni negi. Izhajala je iz pomena raziskovanja in postavila praktični pomen, ki ga imajo znanstvene raziskave »za kakovostno izboljšanje bolniške nege, za bolnišnice in šole«. Za šole je pomembno zato, ker bodo le tako lahko vzgajale prihodnje medicinske sestre v

samostojne in na delovnem mestu kompetentne delavke, sposobne kritične presoje in ustvarjalnega mišljenja in našle poti za uspešno aplikacijo znanstvenih odkritij v vsakodnevno prakso (Mihelič Zajec, 1999).

V razvoju smo prišli na sodobno zdravstveno nego, ki jo Hajdinjakova (1999) opredeljuje skozi elemente:

- Filozofija stroke;
- **Izobraževanje in strokovno izpopolnjevanje v stroki;**
- Procesni metodološki pristop;
- Teoretični modeli zdravstvene nege;
- Negovalne diagnoze;
- Negovalni standardi;
- Negovalna dokumentacija;
- Organizacija, vodenje, kadrovanje;
- Strokovna terminologija;
- Strokovna komunikacija;
- Raziskovanje;
- Zakonodaja.

Ob pogledu in razmišljanju o tem spisku je jasno, da brez znanja in stalnega učenja ni možno delovati. Razviti je potrebno filozofijo stroke, ki mora nastati v lastnem sociokulturnem okolju in je ni možno in ni dopustno prenesti iz drugih okolij. Vsekakor je znanje pogoj za razvoj zdravstvene nege. To znanje dobijo in osvojijo dijaki in študenti strokovnih šol, kar pa ne zadošča. Zaposleni v zdravstveni negi morajo to znanje dobiti v raznih oblikah formalnega in neformalnega izobraževanja. Tako lahko pričakujemo, da praksa sledi teoriji, da se medsebojno bogatita in vzporedno razvijata.

Avtorica Ule (2003) govori razvoju zdravstvenega sistema v razmerah globalizacije in se sprašuje, kaj je z zdravstveno nego. Pravi, da so k zanimanju za poklic zdravstvene nege in položaj medicinskih sester veliko prispevale ženske študije v drugi polovici 20. stol. Pokazale so, da medicinske sestre oz. zdravstvena nega drugače predstavljajo etične dileme v zdravstvu in da se drugače odzivajo na etične dileme. Zdravstvena nega je osrediščena okrog »etike skrbi«, kar predstavlja alternativo prevladujočemu medicinskemu tehničnemu odnosu do pacientov. Avtorica meni, da bo zdravstvena nega pomembna pri varovanju in izboljševanju zdravja, toda le, če bo presegla tradicionalno »obzdravniško« vlogo in dejavno posegla v prostor in trg zdravstvenih uslug. To prinaša številne neznanke, od bolj enakopravnih odnosov med zdravniki in medicinskimi sestrami do spremenjene samopodobe medicinske sestre, partnerskih odnosov z pacienti. Za vse to pa je potrebno stalno dodatno izobraževanje, nova in nova znanja, spretnosti in stališča z zelo različnih interdisciplinarnih področij.

Potrebe po znanju sodobnega človeka

Z izobraževanjem se v življenju srečujemo na vsakem koraku, npr. v službi, v zdravstvenem domu, v knjižnici,



muzeju, lekarni, športnem igrišču, skratka, povsod. Temu se ni mogoče izogniti. Povsod, kjer se ljudje zbirajo, se v neformalnih oblikah prenaša tudi znanje.

Proces nastajanja nove civilizacije ljudje zelo različno sprejemajo. Zato smo priča čedalje večje socialne diferenciacije. Med ljudmi nastajajo čedalje večje razlike. Nekateri drvijo naglo naprej, drugi ob njih propadajo in nazadujejo. Sodobni človek se pogosto znajde v okoliščinah, ko je znanje treba imeti nemudoma, časa za pridobiti si ga ni veliko. Zato je v izobraževanju vedno manj prostora za napačne odločitve, nepravilne ocene razmer in slabe napovedi (Krajnc, 1996).

Vseživljenjsko izobraževanje, vzgoja in osebnostni razvoj naj bi zvišali stopnjo, na kateri kdo lahko deluje v razmerju do svojega okolja. Iz bolj preprostih oblik življenja in reševanja težav človek z vzgojo napreduje k bolj kompleksnim, zahtevnejšim rešitvam. Pričakovane osebnostne spremembe pri sodobnem učečem se človeku so po Knowlesu naslednje:

Tabela 1: Osebnostne spremembe po Knowlesu

OD	K
odvisnosti	samostojnosti
pasivnosti	aktivnosti
subjektivnosti	objektivnosti
neznanja	razgledanosti, poučenosti
nerazvitih sposobnosti	razvitim sposobnostim
majhne odgovornosti	velikim odgovornostim
ozkih, nerazvitih interesov	številnim, razvitim interesom
egocentričnosti	sociabilnosti
zavračanja sebe	sprejetju sebe
neoblikovane osebne identitete	jasni samoidentifikaciji
osredotočenosti na posameznosti	principom in iskanju splošnega
površnih skrbi, malenkosti	bolj globalni skrbi
posnemanja	originalnosti
izrazite potrebe po varnosti	toleriranju dvoumnosti
impulzivnosti vedenja	razumskemu ravnanju

(Knowles, 1971, cit. po Krajnc, 1996).

Samo šolanje ne zadovoljuje več potreb po znanju, zato je potrebno usmeriti pozornost na izobraževanje odraslih. Bevc (cit. po Krajnc, 1996) ugotavlja, da se zaposleni v Sloveniji izobražujejo desetkrat manj ur letno, kot se izobražujejo v najbolj razvitih deželah Evrope. V družbi informatike večina del zahteva višjo in visoko izobrazbo. To, kar je bila za 19. stoletje osnovna šola, je za 21. stol. višja ali visoka.

S pojavom permanentnega izobraževanja se izobraževanje prepleta z vsemi drugimi aktivnostmi in postane način življenja. Šole so še vedno namenjene poklicnemu izobraževanju, izobraževanje odraslih pa je namenjeno še za druge življenjske vloge.

Ana Krajnc (1996) poudarja naslednje sodobne vzgojne paradigme:

- Vse življenje trajajoče izobraževanje kot kontinuirani proces;
- Neformalno, spontano pridobivanje novega znanja;
- Oblikovanje osebnosti, individualno profiliranje in identifikacija;
- Čedalje večja zasebnost izobraževanja;
- Nevidni vzgojitelji in učitelji, viri znanja postanejo s sodobno tehnologijo razne svetovalne mreže;
- Znanje izgubi lastnika in ni več povezano s politično močjo, pravico do znanja ima vsak človek in tudi dostop do njega.

Šolanje poteka v šolah in zunaj njih: institucionalno šolanje izgublja monopol nad izobraževanjem. Prav nekatere najbolj kakovostne oblike izobraževanja se odvijajo zunaj rednega šolanja. Vzgoja in izobraževanje sta vedno bolj v funkciji krepitve samopodobe posameznika, dela s seboj in samoaktualizacije in ne več v funkciji nadziranja in discipliniranja posameznika. Izobraževanje odraslih se v sodobni družbi kaže kot nujna sestavina življenja. Odrasli se ne smejo izključiti iz izobraževalnih tokov, če ne želijo ostati zunaj osrednjih družbenih procesov in pristati na družbenem obrobju. Odrasle sili v izobraževanje tudi podaljševanje delovne dobe (Možina, 2003).

Zdaj vstopa v ospredje koncept vseživljenjskega učenja, v skladu s katerim je smotrno opredeljevati izobraževanje po tem, v kateri fazi izobraževalne kontinuitete je posameznik glede na kontinuiteto življenja. To je lahko :

- Začetno izobraževanje, ki traja od vstopa v šolo do izstopa iz šolanja na katerikoli stopnji po končani šolski obveznosti, ko posameznik opusti izobraževanje kot temeljno življenjsko funkcijo, ki jo opravlja s polnim delovnim časom, da bi prevzel kakšno drugo življenjsko vlogo. To je izobraževanje otrok in mladine, ki je namenjeno pridobivanju splošne in poklicne izobrazbe, razvoj osebnosti ter priprave na življenje in delo.
- Nadaljevalno izobraževanje, ki se začne tedaj, ko se posameznik po začetnem izobraževanju ponovno vključi v izobraževanje na kakršenkoli način. Mišljeno je namerno in organizirano izobraževanje za doseganje višjih stopenj izobrazbe, pa tudi vse vrste usposabljanja in izpopolnjevanja znanja za življenje in delo ter tudi za nadaljnje razvijanje človekove osebnosti (Jelenc, 1994).

Možinova (2003, cit po Titmus, 1989) navaja štiri kategorije namenov ali ciljev, ki zajemajo izobraževanje odraslih po svetu in v katerih lahko prepoznamo tudi sodobne družbene spremembe:

- Zapolnjevanje izobrazbenih primanjkljajev posameznikov (second chance education), ki ponuja odraslim temeljno znanje, ki si ga niso uspeli pridobiti v začetnem izobraževanju.
- Izobraževanje za različne družbene vloge pomeni učenje za opravljanje različnih družbenih funkcij zunaj zaposlitve in zajema izobraževanje za aktivno sodelovanje v družbeni skupnosti (aktivni državljan, član aso-



ciacij) in izobraževanje za osebne vloge (npr. starševstvo, zakonec, upokojenec, skrbnik lastnega zdravja).

- **Poklicno izobraževanje in usposabljanje vključuje izobraževanje in usposabljanje, namenjeno pridobivanju spretnosti in znanj, ki jih zahteva svet dela.**
- Izobraževanje za osebni razvoj je namenjeno razvoju posameznika ne glede na njegove družbene in ekonomske funkcije in vključuje vsako izobraževanje, ki ne sodi v druge kategorije.

Pridobivanje poklicnih in strokovnih znanj ter izpopolnjevanje

Naglim spremembam v svetu je potrebno prilagoditi izobraževanje odraslih. V zadnjem obdobju narašča zaskrbljenost zaradi negotovosti zaposlovanja in čedalje večje brezposelnosti. Pravica do dela, priložnost za zaposlitev in odgovornost prispevati v vseh življenjskih obdobjih k razvoju in blaginji posameznikov, ciljnih skupin odraslih in širše družbe (Confintea, 1998).

Pri tem gre tako za formalno kot neformalno izobraževanje odraslih na poklicnem področju. Med formalno izobraževanje prištevamo:

- Formalno izobraževanje za pridobitev poklicne in strokovne izobrazbe, ki se lahko konča na različnih stopnjah (srednja, visoka, univerzitetna) in podeli javno priznana spričevalo.
- Specializacije z javno veljavno potrditvijo posebne usposobljenosti.
- Drugo izobraževanje in usposabljanje za poklicno delo ali poklic, ki se potrjuje s certifikatom o usposobljenosti za opravljanje poklica in dela.

Med neformalno izobraževanje za poklic in poklicno delo pa lahko štejemo:

- **Uvajanje in privajanje** na delo ali drugo usposabljanje za opravljanje delovnih ali poklicnih nalog ali funkcij. Te izobraževalne aktivnosti navadno označujemo z izrazom »usposabljanje«. S tem označujemo procese postopnega razvijanja ravnanja, znanja in spretnosti, s katerimi se predvsem pridobiva praktično znanje in spretnosti za opravljanje poklicnega dela, poklica ali delovnega procesa.
- **Izpopolnjevanje** pa pomeni da se osvojeno znanje, torej poprejšnja formalna izobrazba ali tudi drugače pridobljeno znanje, spretnosti in stališča, ki jih potrebujemo za poklic ali poklicno delo, izpopolnjuje, razširja, pogloblja, posodablja, prilagaja, dopolnjuje, osvežuje itn. (Možina, 2003).

Skupna značilnost vseh vrst neformalnega izobraževanja za poklic ali poklicno delo je, da njegov temeljni namen ni pridobitev javno priznane (verificirane) stopnje poklicne ali strokovne izobrazbe, čeravno ima vsako izobraževanje za poklic ali poklicno delo neko stopnjo funkcionalnosti – namenjeno je izboljšanju usposobljenosti za poklicno delo in poklic (Jelenc, 1994). **Prav tako izobraževanje, tudi na področju zdravstvene nege, v zadnjih letih predstavlja najširšo obliko vključevanja odraslih v izobraževanje.**

Marentič Požarnik (1989) razmišlja o stalnem strokovnem izpopolnjevanju učiteljev v luči nujnosti ali razkošja. S tem lahko potegnemo paralelo na področju zdravstvene nege. Z možnostjo stalnega strokovnega izpopolnjevanja, napredovanja in rasti, dobijo medicinske sestre možnost za boljše delo, za boljše delovne razmere, boljši položaj in vrednotenje poklica. V zadnjih letih smo prešli od frontalnih predavanj v vse bolj aktivne oblike na seminarjih, ko se udeleženci aktivno vključujejo s svojimi izkušnjami in tako aktivno prispevajo k višji kvaliteti in večjemu znanju.

Pri pripravi programov je potrebno upoštevati zbrane podatke o potrebah, pa tudi želje članov Zbornice. Med omejitvenim dejavnikom te organizacije vidim denar na eni strani in na drugi izvajalce. Za nekatera področja imamo morda premalo visoko usposobljenih kadrov, ti so pogosto preveč obremenjeni. V zdravstveni negi se stvari zelo spreminjajo. Pred nekaj leti si nismo mogli predstavljati, da bomo imeli doktorice znanosti, magistre, ki delajo tudi v praksi zdravstvene nege. Ti kadri so zdaj nosilci raziskovanja.

Poleg »čiste stroke« je izjemno pomembno izobraževanje tudi za osebno rast, kar pa povratno vpliva na stroko, npr. izobraževanje na področju psiholoških tem, socioloških, pedagoških, posebej komunikacije in drugo.

Kaj pridobimo z vseživljenjskim izobraževanjem? V svojem razumevanju in ravnanju prehajamo od informiranja do modrosti – po avtorjih Longworth in Davies (1994), ki govorita o lestvici, na kateri se napreduje od podatkov, informiranja do modrosti :

MODROST
RAZUMEVANJE
VPOGLED
ZNANJE
INFORMACIJE
PODATKI

Organizacije za izobraževanje odraslih

Nosilke izobraževanja mladine so praviloma organizacije, ki jim je izobraževanje osrednja naloga (različne šole). V izobraževanju odraslih pa se poleg teh organizacij pojavljajo tudi številne druge.

Klemenčič (1995) analizira mrežo izobraževanja odraslih v Sloveniji in navaja različne vrste izobraževanja odraslih:

- Ljudske univerze, ki organizirajo zelo raznoliko izobraževanje, zelo formalno poklicno na različnih stopnjah, kompenzatorno, jezikovno.
- Izobraževalni centri v podjetjih, ki se ukvarjajo s strokovnim izobraževanjem in izpopolnjevanjem za podjetja ali skupine podjetij, za katera so nastali. Praviloma ne izvajajo splošnega izobraževanja.
- Srednje ter višje in visoke šole, posebno višje in naprej, imajo praviloma programe za odrasle, vendar delajo učitelji kot dopolnilno dejavnost in je vprašanje andragoška usposobljenost.



- Centri, ki so se razvili v okviru Gospodarske zbornice Slovenije, namenjeni so zahtevnemu izobraževanju vodilnih kadrov.
- **Institucije, združenja, društva in organizacije, ki po svoji dejavnosti niso opredeljene kot izobraževalne organizacije, vendar to dejavnost izpeljujejo kot dopolnilni del svojega programa.** Tu je velika raznovrstnost ponudbe, saj pokrivajo splošno in strokovno izobraževanje. To so npr. društvo ekonomistov, pravnikov, Planinska zveza Slovenije, Rdeči križ in za nas pomembna **Zbornica zdravstvene nege**, preko društev in sekcij z izjemno široko, bogato in razvejano ponudbo izobraževanj za poklicni in osebnostni razvoj posameznikov.
- Zasebne organizacije, večinoma jezikovni tečajji, računalništvo, finančno poslovanje.

Zaključek

Na eni strani je silovit razvoj zdravstvene nege, na drugi strani zelo različne in pestre možnosti vseživljenjskega izobraževanja. Ob združitvi obojega, pravilni izbiri, lahko tudi medicinske sestre pridemo do stopnje modrosti, kar nam bo dalo dobro samopodobo, možnost za kvalitetno opravljanje poklica, večje zadovoljstvo, prispevalo k pridobivanju večje avtonomije stroke in povezano z vsem tem boljše družbeno vrednotenje poklica, ki si to nedvomno zasluži.

Viri:

- Confintea. Hamburška deklaracija o izobraževanju odraslih. Akcijski načrt za prihodnost. Ljubljana: Andragoški center Slovenije, 1998.
- Hajdinjak A. Pomen teoretičnih modelov za sodobno zdravstveno nego. *Obzor Zdr N* 1999; 33: 137–40.
- Jelenc Z. Nekatera teoretska izhodišča, temeljne opredelitve in razmejitev pri koncipiranju izobraževanja odraslih. V: *Snovanje in sistemsko urejanje izobraževanja odraslih*. Raziskovalno poročilo. Ljubljana: Andragoški center Slovenije, 1994.
- Klemenčič S. Mreža organizacij za izobraževanje odraslih. Ljubljana: Andragoški center Slovenije, 1995.
- Krajnc A. Kakšno znanje potrebuje sodobni človek? *Andragoška spoznanja* 1996; 3: 5–10.
- Longworth N, Davies K. W. Vseživljenjsko učenje; Koncept preživetja za 21. stoletje. Prva svetovna konferenca o vseživljenjskem učenju. Rim, Italija, 30. nov. do 2. dec. 1994.
- Marentič Požarnik B. Stalno strokovno izpopolnjevanje – nujnost ali razkošje. *Prosvetni delavec*; 10: 1989.
- Mihelič Zajec A. Raziskovalna dejavnost v zdravstveni negi na Slovenskem – prispevek Stane Kavalič. *Obzor Zdr N* 1999; 33: 147–9.
- Možina T. Kakovost v izobraževanju. Ljubljana: Andragoški center Republike Slovenije, 2003.
- Perme E. Odrasli se učimo drugače. *Andragoška spoznanja* 1996; 3: 13–5.
- Ule M. Razvoj zdravstvenega sistema v pogojih globalizacije: in kaj je z zdravstveno nego. *Obzor Zdr N* 2003; 37: 243–9.

Organizacijska kultura in spremembe v zdravstveni negi

mag. Brigita Skela Savič

UVOD

V sodobnem managementu vedno bolj prihaja v ospredje vloga posameznika v organizaciji, kultura organizacije in s tem povezane vrednote tako na ravni posameznika kot organizacije. Močna organizacijska kultura postaja vir konkurenčne prednosti, saj jo je nemogoče posnemati ali kopirati čez noč, ker jo gradijo zaposleni v organizaciji. Organizacijska kultura vpliva na uresničevanje poslovnih strategij, učinkovitost, motivacijo zaposlenih, inovacijske zmožnosti, sposobnost organizacije za učenje in spreminjanje.

Pagon (1995) pravi, da so teoretiki in praktiki spoznali, da je v organizaciji poleg vseh že zdaj raziskanih dejavnikov, ki vplivajo na uspešnost, potrebno poznati še skrito stran organizacije. Egan (v Pagon, 1995) opisuje to kot neizrečene ideje, besede, misli, znanje skupine zaposlenih, ki so lahko zavedne ali nezavedne, kar pa seveda vpliva na vedenje organizacije. Razumevanje vpliva nezavednega aspekta v organizaciji omogoča managerjem razumevanje psihodinamike organizacije.

UVAJANJE SPREMEMB

Do nedavnega so se reforme zdravstvenega sistema osredotočile na strukturne spremembe. Nedavne študije so pokazale, da samo strukturne spremembe ne prinašajo

pričakovanih izboljšav v kakovosti dela v zdravstvenih ustanovah (Le Grand, May, and Mulligan 1998; Shortell, Bennett, and Byck 1998; v Scott, 2003). Nastalo je spoznanje, da je k strukturalnim spremembam potrebno dodati še spreminjanje kulture organizacije. To spoznanje je postalo izrazito tako v uvajanju sprememb v Združenih državah Amerike (Institute of Medicine 2001, v Scott, 2003) in ravno tako pri reformi nacionalnega zdravstvenega sistema v Veliki Britaniji (Department of Health 2000, 2002; v Scott, 2003).

Tako številni avtorji poudarjajo, da je pri uvajanju sprememb v zdravstvu potrebno biti posebej pozoren na **vodenje, organizacijsko kulturo v organizaciji, timski pristop in informacijsko tehnologijo**. Vse iniciative, ki so to spregledale, niso bile uspešne pri uvajanju sprememb (Joss in Kogan 1995; Pointer in Sanchez 2000; Fried, Rundall in Topping 2000; Charns in Gittel 2000; Shortell, Bennett in Byck 1998; v Ferlie, Shortell, 2001).

V prispevku se bomo osredotočili na organizacijsko kulturo v organizaciji in uvajanje sprememb.

ORGANIZACIJSKA KULTURA

Definicije organizacijske kulture so številne, pa vendar imajo nekaj skupnih točk. Organizacijska kultura identificira organizacijo in njene posebnosti. Definicije se



nanašajo na nek skupek vrednot, ki so značilne za zaposlene v določeni organizaciji in oblikujejo sprejemljivo vedenje zaposlenih v organizaciji. Zaposleni se ravnaajo po vrednotah na nezavedni ravni. Organizacijska kultura se prenaša preko zgodb, sloganov, simbolov, anekdot idr.

Organizacijsko kulturo ustvari in usmerja ustanovitelj in vodstvo organizacije. Vodstvo je tisto, ki mora opaziti spremembe v organizacijski kulturi in ustrezno ukrepati.

V organizacijski kulturi ločimo opazljive in neopazljive sestavine. Schein (v Kavčič, 1994, 180) govori o dejavnih organizacijske kulture ali »temeljne predpostavke«, ki se jih posamezniki ne zavedajo in je o njih mogoče sklepati le na podlagi opazljivih sestavin. Gre za sestavine, ki se jih posameznik zaveda kot posledic, ne zna pa pojasniti njihovega izvora oziroma vzroka. So samoumevne, nevidne in pred-zavestne (Schein, 1992, 238). Tako je Schein (1985, 1992, 1999) opisal tri med seboj ločene, vendar tesno povezane ravni organizacijske kulture: fizični svet, vrednote in norme ter temeljne predpostavke.

Opazljive sestavine organizacijske kulture so (povzeto po Kavčiču, 1994, 180-182, Schein, 1992, 17-21):

- **vrednote in norme.** Vrednote so za posameznika merilo, s katerim presoja svoje ravnanje. Omogočajo mu rangiranje različnih alternativnih delovanj. Ker so težko neposredno opazljive, moramo pogosto o njih sklepati šele na podlagi spraševanja ključnih ljudi v organizaciji.
- **Norme** so kolektivna pravila delovanja, ki uravnavajo ciljno delovanje ljudi in skupin. Usmerjajo k delovanju, ki povezuje družbene skupine.
- **Značilni obrazci vedenja** so v širše skupine povezane prvine obnašanja, ki so značilne za neko skupino in to skupino ločujejo od drugih. Skupine se med seboj ločijo po takih tipičnih obrazcih vedenja.
- **Vzorniki** so uspešni voditelji ali člani organizacije, katerih delovanje je bilo za organizacijo izjemno koristno. Pogosto gre za ustanovitelje ali / in dolgoletne uspešne voditelje organizacije. Analiza tipičnih dejanja takih vzornikov odkrije sestavine organizacijske kulture.
- **Simboli** ustvarjajo skupno mišljenje zaposlenih in jim omogočajo medsebojno komunikacijo in razumevanje.

Prikaz 1

Organizacijska kultura:
Se ukvarja s temeljnimi načini reševanja vprašanj v organizaciji. Zgodovinsko znanstveni izvir je v antropologiji in etnologiji.
Cilj: ekscipitno razumevanje vrednot, norm, mnenj, prepričanj, vzorcev vedenja itd.
Ukvarjanje z objektivnimi pojavi.
Rezultati pokažejo na pojave, ki so objektivni, ki obstajajo, tudi če se jih člani organizacije ne zavedajo.

- **Zgodbe** služijo za definiranje narave kulture in čaščenje nekdanjih in sedanjih članov organizacije, ki imajo posebne zasluge. Zgodbe z vrednotami in prepričanji, ki jih nosijo, pomagajo zaposlenim najti pravo pot za reševanje problemov.

- **Običaji in obredi** v organizaciji, kamor sodijo odnos do različnih dogodkov, odnos do uspehov članov organizacije, način oblačenja itd., okrepijo splošno sprejete vrednote, ki so del organizacijske kulture.

- **Komunikacije** so bistvene za funkcioniranje organizacije. Z vidika organizacijske kulture so pomembne formalne in neformalne komunikacije.

- **V proizvodih in storitvah** najlažje odkrijemo vidne sestavine organizacijske kulture, predvsem če opazujemo odnos zaposlenih do njih.

Med pojmi, ki so organizacijski kulturi najbližji, je pojem organizacijska klima. Organizacijska klima ali organizacijsko vzdušje je vrsta značilnosti, ki kažejo zadovoljstvo zaposlenih s socialnimi vidiki dela, oziroma gre za opis organizacijske realnosti v smislu doživljanja zaposlenih, kar lahko najpogosteje raziskujemo z vprašalniki.

UVAJANJE SPREMEMB JE SPREMINJANJE ORGANIZACIJSKE KULTURE

Organizacijskih sprememb ni mogoče izvesti brez sprememb v organizacijski kulturi. Sprememba kulture je pravzaprav del organizacijskih sprememb (Kavčič, 1994, 199).

Ovire pri uvajanju sprememb (Kavčič, 1994, 200):

- neobveščenost o spremembah,
- bojazen pred neugodnimi ekonomskimi posledicami,
- bojazen pred socialnimi neugodnostmi,
- bojazen pred neznanim,
- druge neprijetnosti.

Spremembe se najprej kažejo v spremenjenem obnašanju. Ko se spremembe v obrazcih obnašanja pokažejo kot uspešne, se učvrstijo in ta proces spremlja postopna sprememba vrednot. Vrednote so notranji kriterij pri posamezniku, ki mu pove, kaj je prav in kaj narobe, kaj je dobro in kaj slabo.

Ločimo rutinske in nerutinske spremembe. Rutinske spremembe so razmeroma pogoste, nanašajo se na manjše

Organizacijska klima:
Je vrsta značilnosti, ki kažejo zadovoljstvo zaposlenih s socialnimi vidiki dela. Zgodovinsko znanstveni izvir je v psihologiji.
Cilj: opis organizacijske realnosti, merjenje nekaterih pojavov v organizaciji.
Raziskovanje poteka z vprašalniki.
Rezultati kažejo, kako člani organizacije doživljajo realnost v organizaciji.

spremembe v obrazcih posameznikovega vedenja in ne povzročajo pomembnejših sprememb njegovega položaja. Nerutinske spremembe so enkratne, praviloma bolj pomembne za organizacijo in za posameznika in lahko bistveno spremenijo položaj posameznika v organizaciji. Glavne stopnje reakcije članov na nerutinske spremembe so: zanihanje sprememb, jeza, pogajanje, depresija, sprejemanje sprememb (Kavčič, 1994, 201).

Pri uvajanju sprememb je bistvena vloga najvišjega vodstva. Vodstvo ima na voljo organizacijske vzrode za uvajanje novega načina obnašanja in prek tega nove vrednote. Zaposleni lahko dajo spodbudo, vendar v hierarhični organizaciji brez podpore vodstva, vključno z najvišjim vodstvom, spremembe ne bodo uspešne. Kavčič (1994, 203) navaja nekaj metod za uvajanje sprememb v vrednotah:

- socializacijski proces, ki vključuje nove člane v organizacijo;
- uporaba simbolov za sporočanje novih vrednot;
- povezovanje vrednot s specifičnim obnašanjem;
- razreševanje konfliktov med vrednotami;
- uvajanje vrednot tudi finančno podpreti;
- prepričevanje z zgledom;
- vgrajevanje varnostnih ventilov, ki omogočajo ohranjanje vrednot.

Nove načine dela in obnašanja se je mogoče naučiti v relativno kratkem času, da se utrdijo in postanejo samoumevni, da utrjujejo sami sebe, pa pogosto traja nekaj let.

Bate (v Kavčič, 1994, 187–188) se je ukvarjal z vplivi, ki jih imajo razne organizacije na reševanje vprašanj. Odkril je naslednjih šest značilnosti:

- **neemocionalnost** pomeni, da v organizaciji obstaja nekakšna skrivna prepoved, da bi razkazovali občutke in čustva;
- **neosebnost** se nanaša na nekakšno prepoved identificirati osebe, ki so nosilci določenih dejanj, kar se kaže s posledično kolektivno odgovornostjo za napake;
- **podrejenost** se izraža v pravilu, da nikdar ne kaže izzivati nadrejenih, ampak jim prepustiti iniciativo v reševanju vprašanj, kar vodi v popolno odvisnost od vodstva;
- **konservativizem** se odraža v prepričanju menedžerjev in zaposlenih, da se razmere v organizaciji ne bodo nikdar spremenile, če pa se bodo, se bodo verjetno na slabše;
- **izolacionizem** se izraža v prepričanju, da naj vsakdo dela svoje in naj se ne vtika v zadeve drugih. Značilna je diferencirana organizacijska kultura, šibke horizontalne in vertikalne vezi, malo timskega dela itd.
- **antipatija** je prepričanje, da so si ljudje v organizaciji prej nasprotniki kakor zavezniki. Zaposleni so razdeljeni na skupine z različnimi viri moči, ukvarjajo se predvsem s sovražnimi odnosi do drugih skupin.

Modelov spreminjanja organizacijske kulture je več. Temeljni model, ki se zdaj pogosto uporablja, je razvil K. Lewine (v Kavčič, 1992). Model predvideva tri stopnje: »odmrznitev« starega, kar pomeni pripravo in uvedbo

novih ukrepov, »premik«, ki pomeni praktično uporabo novega v daljšem obdobju in »zamrznitev« kot trajno uporabo uvedenih sprememb.

Spreminjanje organizacijske kulture je počasen proces, saj je potrebno spreminjati vrednote in stališča zaposlenih, ki so se oblikovala pod vplivom preteklih razmer in odnosov. Naloga kadrovskega menedžmenta je, da kulturo okrepi, ali če je to potrebno, spremeni, preoblikuje. Odločiti se je treba, kaj želimo spremeniti in kaj obdržati ter paziti, da ne bi stanja poslabšali (Sparrow, Pettigrew, 1988, v Pagon 1990).

Gahliardi (v Kavčič, 1992) navaja, da pride do sprememb v štirih stopnjah. Prva faza je nova vizija cilja, ki jo poda vodstvo, in vloge posameznih članov pri tem. Z uresničevanjem vizije nastopi druga faza, člani začnejo delati po novem, kar je kritična faza. Če je novi način uspešen, se postopno uveljavi prepričanje, da je koristen. Člani ga počasi sprejemajo kot prakso. Ob neuspehu vodstvo ponudi novo možnost, sicer pride do vračanja na stare obrazce. Tretja faza je namenjena utrjevanju in potrjevanju. V četrti fazi se novi način delovanja spremeni v vrednoto, ki se je člani niti ne zavedajo več.

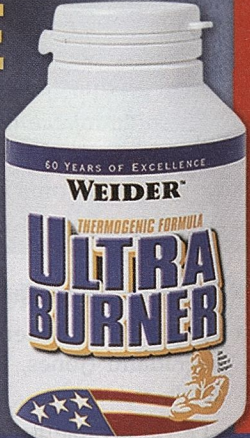
Nove organizacijske kulture ni mogoče naučiti, mogoče jo je zgolj sooblikovati in soustvarjati.

WEIDER™

☎ 01/200 27 60

HITRO IN UČINKOVITO DO VITKE POSTAVE

Izdelek **ULTRA BURNER** je zelo učinkovit pri izgorevanju maščob in pridobivanju definirane telesne oblike.



Na voljo tudi v lekarnah ter specializiranih in zeliščnih trgovinah

Uvoznik: SOKO Lmarket d.o.o. • Kopraska 72, Ljubljana • 01 200 27 60



ORGANIZACIJSKA KULTURA IN UVAJANJE SPREMEMB V ZDRAVSTVENI NEGI

V zdravstvenih ustanovah obstajajo številne subkulture, ki izhajajo iz odnosov vodja in podrejeni, managerji in zdravstveni delavci ter različne poklicne skupine med seboj (zdravniki, medicinske sestre, zaposleni v upravi itd).

Ugotavljanje subkultur v zdravstvenih organizacijah, kjer je že sama profesionalna kultura zelo močna, je zelo pomembno (Hofstede 1980; Degeling, Kennedy, and Hill 1998, v Scoot, 2003).

V primerjavi z zdravniki delajo medicinske sestre za relativno nizko plačilo, imajo omejeno avtonomijo v kliničnem delu in so malo vključene v management in odločanje v bolnišnici (Appelbaum, 1992). Raziskava, ki jo je opravil Stein, pokaže, da si v času šolanja za medicinske sestre te želijo, da bi postale zdravniki (Stein, 1990; v Appelbaum, 1992), kar postavlja v ospredje njihovo poklicno identifikacijo, veselje do opravljanja poklica in s tem povezano zadovoljstvo.

Zdaj si medicinske sestre želijo avtonomijo svoje stroke in dobro definirano področje dela, z jasnimi kompetencami. Želijo delati kooperativno, kot enakopravni člani zdravstvenega tima (zdravniki, farmacevti, socialni delavci, zobozdravniki itd). Pomembno je vedeti, da so zdravniki skupina zdravstvenih delavcev s posebnim statusom (Appelbaum, 1992).

Stein (Stein, 1990; v Appelbaum, 1992) pravi, da so zdravniki v času študija strogo tehnično usmerjeni v zdravljenje bolezni in niso zainteresirani za humanistični aspekt zdravstvene obravnave, kot so zagotoviti zdravstveno izobraženost, preprečevanje bolezni, pomoč pacientom in svojem pri soočanju z boleznijo. To so tri področja zdravstvene nege, zato menimo, da lahko zaradi različnosti pogleda na celovito obravnavo pacienta prihaja do razlik med zdravniki in medicinskimi sestrami, kar pogloblja razlike v subkulturah obeh poklicev.

Medicinske sestre so človeški vir, ki opravi največ storitev v zdravstvu (Beard, 1999; v Huber 2000). Prav tako predstavljajo najštevilčnejšo skupino zaposlenih v zdravstvu. Vodje v zdravstveni negi morajo biti usposobljeni za prepoznavanje organizacijske kulture in njeno spreminjanje, zavedati se morajo vpliva organizacijske kulture na uvajanje sprememb. Vodje so tisti, ki bodo zaposlenim pomagali pri sprejemanju novih vrednot, norm in predpostavk.

Za spreminjanje organizacijske kulture v zdravstveni negi so pomembni naslednji koraki:

- zavedanje oziroma spoznati obstoječo kulturo,
- ugotoviti, kje je obstoječa kultura v konfliktu z zeleno kulturo,
- določiti potrebne strateške spremembe kulture,
- podpiranje uvedenih sprememb s spodbudami in nagradami (Jones, DeBaca, Yarbrough, 1997; v Huber 2000).

Obvladovanje organizacijske kulture sodi v domeno vodenja v zdravstveni negi, kjer je na prvem mestu vodenje z zgledom in ustrezna komunikacija, s katero vodja posebej zelene vrednote, norme in kulturne standarde.

Vodja v zdravstveni negi lahko izgradi zeleno organizacijsko kulturo na naslednji način:

- začni in nadgrajuj tam, kjer se skupina trenutno nahaja,
- uporabljalj ustrezne komunikacijske veščine in osebni stik za vzpostavitev odprte diskusije,
- predstavi vrednote in poslanstvo zaposlenim,
- predstavi strategije za doseganje sprememb,
- predstavi načrt za doseganje sprememb (Kerfoot, 1991; v Huber 2000).

Eden izmed pomembnih elementov zadovoljstva pri delu za medicinske sestre je skupinska povezanost in vključenost v organizacijo. Ostali trije pomembni elementi so stres na delovnem mestu, nadzorovano delo in avtonomnost. Odkrita je bila povezava, da ob pomanjkanju skupnih vrednot in zmanjšanem občutku medsebojne povezanosti, pade zadovoljstvo zaposlenih. Pozitivna kultura je v pozitivni povezavi s produktivnostjo, znižano fluktuacijo, povečano delovno moralo in znižano mortaliteto pri akutno zdravljenih pacientih (Shortell et al., 1991; Thomas et al., 1990; v Huber 2000).

ZAKLJUČEK

O organizacijski kulturi in njenem vplivu na kakovost dela, na razvoj stroke in na uspešnost managementa v zdravstvenih zavodih se v slovenskem zdravstvenem managementu še ne govori veliko. Potrebno je izobraževanje vodilnih struktur in vsakega posameznika za prepoznavanje, odkrivanje in spreminjanje temeljnih komponent organizacijske kulture. Šele ob zavedanju fenomena organizacijske kulture in njenem vplivu na uvajanje sprememb v prakso bomo prestopili prve prave korake k uvajanju sprememb, ki bodo trajne, saj jih bomo gradili na uspešnem vodenju skupaj z zaposlenimi, ki spreminjajo temeljne vrednote in norme za doseganje zelenih sprememb.

Literatura:

- Appelbaum, S., (1992). Organizational deflection or who owns the real problem? Debunking the Nurse-Physician conflict by team building. *Leadership and organizational Development Journal*, Vol.13, No.; 21–26.
- Huber, D., (2000). *Leadership and Nursing Care Management*, W.B. Saunders Company, Pennsylvania.
- Kavčič, B., (1994). *Organizacijska kultura, Management*, uredil S. Možina, Didakta – Radovljica; str. 174–211.
- Kavčič, B., (1992). *Organizacijska kultura in uspešnost podjetja, Organizacija in kadri*, 25(1–2); 77–82.
- Pagon, M., (1990). Nova filozofija kadrovskega managementa, *organizacija in kadri*, 23, št. 3–4; 268–287.
- Pagon, M., (1995). Psychodynamics and Unconscious aspect of Organizational Life. *Production Economics and Logistics Forum* vols. 1–2, pp. 67–74.
- Schein, E. (1985). *The organizational culture and leadership*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Schein, E. (1992). *The organizational culture and leadership*. Second edition. San Francisco: Jossey-Bass.
- Schein, E. (1999). *The corporate culture: Sense and nonsense about cultural change*. San Francisco: Jossey-Bass Publishing.
- Scott, J. T., et al (2003). The quantitative measurement of organizational culture in health care: a review of the available instruments. *Health Services Research*, 38: 923–945.

Za večjo vitalnost & dobro počutje

100% sadni BIO sok

»Čudovita kraljica rastlin« z južnih morij

Sok zrelih sadežev NONI Polinezijci že 2000 let zelo cenijo kot pijačo, ki izboljšuje vitalnost.

Zaradi teh lastnosti domačini NONI imenujejo »čudovita kraljica rastlin«.

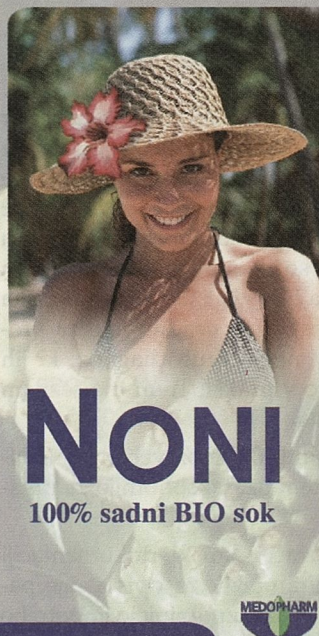
NONI sadni sok ni pripravljen iz koncentrata, ampak neposredno iz zrelih, svežih sadežev noni.

Zato sok ni filtriran in ima originalni okus sadežev noni.



Zanimivosti o rastlini

Rastlina NONI (botanično ime: *Morinda Citrifolia L.*), znana tudi kot indijska murva, je vedno zelen grm, ki zraste do 8 m visoko. Uspeva v toplem in vlažnem tropskem podnebju Indije, Indonezije in Havajev.



NONI

100% sadni BIO sok



Samo v lekarnah in specializiranih prodajalnah.

Zastopnik in distributer za Slovenijo: TOP TRADE d.o.o., Cesta v Gorice 39, Ljubljana, Slovenija

Proizvajalec: Medopharm GmbH & Co. KG, Nemčija

Senso
VitaTM



Naj vam bo udobno ...



WIDEX
high definition hearing

SLUŠNI APARATI - WIDEX d.o.o., Ljubljana, Resljeva 32, tel.: 01/234 57 00, e-pošta: widex@widex.si, spletni naslov: www.widex.si

Negovalne diagnoze in njihova uporaba v praksi

Katarina Lokar

UVOD

Leta 1973 je Ameriška zveza medicinskih sester (American Nurses Association) zapovedala uporabo negovalnih diagnoz. Istega leta so se zbrale medicinske sestre iz prakse, učiteljice, raziskovalke in teoretičarke z vseh področij zdravstvene nege in ponudile oznake za stanja, ki so jih opazile v praksi. S tem začetkom je bila ustanovljena NANDA (Severnoameriška zveza za negovalne diagnoze), ki je uradno telo za promocijo, revizijo in potrditev negovalnih diagnoz, ki jih medicinske sestre uporabljajo v praksi. Trenutno seznam obsega 150 negovalnih diagnoz (1).

Ker se je seznam negovalnih diagnoz večal, je NANDA razvila klasifikacijski sistem oz. taksonomijo za organiziranje diagnostičnih oznak (1).

Naraščajoča potreba po računalniški dokumentaciji pacienta zahteva standardiziran jezik za opisovanje pacientov težav. Negovalne diagnoze izpolnjujejo to potrebo in pomagajo definirati področje zdravstvene nege z opisovanjem stanj, ki jih lahko medicinska sestra zdravi neodvisno. Negovalne diagnoze tudi osvetljujejo kritično razmišljanje in sprejemanje odločitev in zagotavljajo dosledno in splošno razumljivo terminologijo med medicinskimi sestrami, ki delajo na različnih področjih, kot so bolnišnice, ambulate, patronažna služba, itd. (1). Če negovalnih diagnoz ne bi imeli, bi bila poklicna praksa vezana le na opisovanje postopkov standardiziranih rezultatov, kar bi onemogočilo spoštovanje osebnosti pacientov in njihovih osebnih odzivov (2).

KAJ SO NEGOVALNE DIAGNOZE?

Negovalne diagnoze so klinične presoje medicinske sestre o odzivu posameznika, družine ali lokalne skupnosti na aktualne ali potencialne zdravstvene težave oz. življenjske procese. Negovalne diagnoze so podlaga za izbiro aktivnosti zdravstvene nege in za doseganje izidov zdravstvene nege, ki so v pristojnosti medicinske sestre (NANDA, 1990 cit. po 3).

Negovalna diagnoza ima dva med seboj povezana pomena (4).

- Negovalna diagnoza je **aktivnost**: proces analiziranja zbranih podatkov, ki nas privede do negovalne diagnoze!
- Negovalna diagnoza je **oznaka**, ki opisuje pacientove odzive na aktualne ali potencialne zdravstvene težave.

RAZLIKA MED NEGOVALNO IN MEDICINSKO DIAGNOZO

Negovalna diagnoza je povezana z neodvisnim delovanjem medicinske sestre na področju zdravstvenega varstva, ki je edinstven za zdravstveno nego. V povezavi z medicinsko diagnozo so medicinske sestre obvezane izpolnjevati zdravnikova naročila (5).

Tako negovalna kot medicinska diagnoza sta postavljeni na podlagi podatkov. Negovalna diagnoza sloni na holističnih podatkih, medtem ko medicinska diagnoza sloni na podatkih, ki so značilni za nek organ ali bolezen (6). Medicinska diagnoza opisuje bolezen ali patologijo, negovalna diagnoza pa opisuje pacientov odziv na zdravstveno težavo (4).

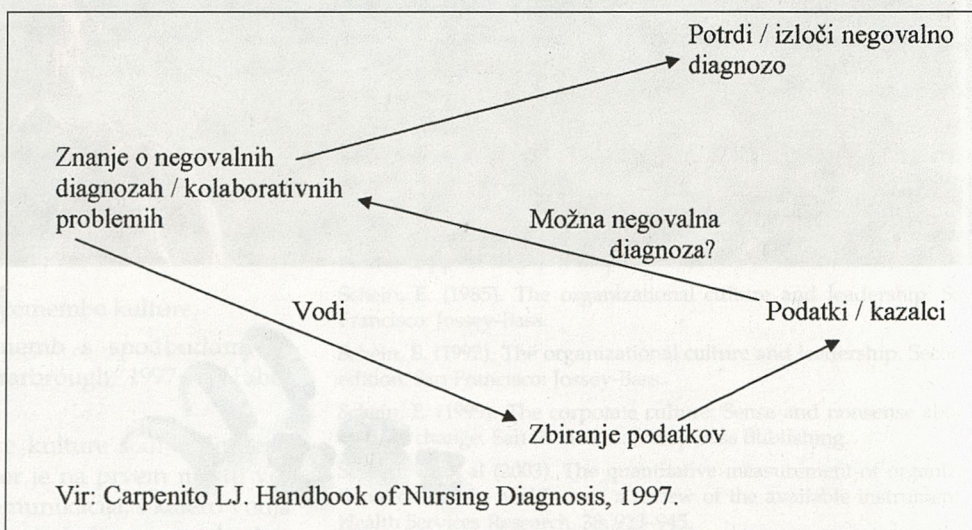
KAKO POSTAVITI PRAVILNO NEGOVALNO DIAGNOZO

Da bo medicinska sestra postavila pravilno negovalno diagnozo, mora biti sposobna narediti naslednje (3):

- zbrati primerne in preverljivih podatke;
- analizirati in razvrstiti podatke;
- ločiti negovalne diagnoze od kolaborativnih težav;
- pravilno oblikovati negovalne diagnoze;
- izbrati prednostne negovalne diagnoze.

ZBIRANJE PRIMERNIH IN VELJAVNIH PODATKOV

Znanje medicinske sestre o znakih in simptomih aktualnih negovalnih diagnoz, dejavnikov tveganja potencialnih negovalnih diagnoz ali možnih fizioloških zapletov vodi zbiranje podatkov. To znanje medicinska sestra uporablja tudi za preverjanje izbrane negovalne diagnoze (3).



DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV MARIBOR

V okviru projekta »Ovladajmo različnost, priznajmo jo«,
Vas vljudno vabimo na seminar z naslovom

UČINKOVITO KOMUNICIRANJE IN REŠEVANJE KONFLIKTOV

Enodnevni seminar s področja komunikacije bo potekal v
četrtek, 24. 02. 2005

v veliki predavalnici Zavarovalnice Maribor,
Cankarjeva ulica 3, Maribor.

Seminar bo vodila priznana komunikologinja
gospa Nadja Flajs, prof.

Registracija udeležencev bo potekala med 8. in 9. uro.

Pričetek seminarja bo ob 9. uri.

Osrednja tema seminarja bo namenjena učinkoviti
komunikaciji in reševanju konfliktov na delovnem mestu in
zunaj njega.

Kotizacija seminarja: **3600 tolarjev** (za člane Društva),
4800 tolarjev (za ostale člane Zbornice – Zveze) in
7200 tolarjev (za nečlane Društva in Zbornice – Zveze).

Kotizacijo nakažite na transakcijski račun Društva medicinskih
sester in zdravstvenih tehnikov Maribor na številko:
04515-0000111670 (Nova KBM d.d.).

Kotizacija vključuje: predavanje, zbornik, pogostitev med
odmori in potrdilo o udeležbi. Udeležba na seminarju se
upoštevata pri napredovanju.

Prijavite se s prijavnico, objavljeno v Utripu, ali preko E-
prijavnice, ki je objavljena na spletni strani Društva
(<http://www.dmszt-maribor-drustvo.si>). Prijave sprejemamo do
20. 02. 2005 oz. do zasedbe prostih mest. Število prijav je
omejeno, zato vam priporočamo, da se prijavite čimprej.

Natančno izpolnjeno prijavnico pošljite na naslov:

Gospa Majda Medved, dipl.med.ses.,
Zdravstveni dom Maribor, Ulica talcev 9, Maribor.

Faks: 02 228 65 85 ali po e-pošti: majda.medved@zd-mb.si

Pridite, prijetno bo!

Predsednica Društva: Mag. Milica Lahe

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

SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV V REHABILITACIJI IN ZDRAVILIŠKI DEJAVNOSTI

Strokovno srečanje

POMEN KONTINUIRANE ZDRAVSTVENE NEGE PACIENTOV PO POŠKODBI GLAVE

ki bo **10. marca 2005**

v Inštitutu RS za rehabilitacijo, Linhartova 51, Ljubljana
predavalnica v IV. nadstropju Klinike

PROGRAM:

09.00–09.30 Registracija udeležencev

09.30–09.40 Pozdrav udeležencem

09.40–10.10 Preventiva poškodb glave in vpliv
nevror rehabilitacijske obravnave na funkcijski
izid pri pacientih po poškodbi
(mag. Viktorija Košorok, dr. med.)

10.10–10.40 Zdravstvena nega pacientov po nezgodni
možganski poškodbi na travmatološkem
oddelku (Mojca Drašler, dipl.m.s.)

10.40–11.10 Zdravstvena nega pacientov s hudo možgansko
poškodbo na nevrokirurškem oddelku (Šimon
Irena, dipl.m.s.)

11.10–11.40 Rehabilitacijska zdravstvena nega pacientov po
poškodbi glave (Veronika Vidmar, dipl.m.s.)

11.40–12.10 ODMOR

12.10–12.40 Patronažna zdravstvena nega ljudi, ki so utrpeli
nezgodno možgansko poškodbo
(Brložnik Magda, viš.med.ses., spec.)

12.40–13.10 Nadaljevanje rehabilitacijskih programov in
organizacija dnevnega varstva za osebe, ki so
doživele hudo možgansko poškodbo (Boršoš
Špela, z.t.)

13.10–13.40 Negovalne diagnoze – možnost boljše
strokovne komunikacije v zdravstveni negi?
(Marija Pičnik, dipl.m.s.)

13.40–14.10 Razprava – kako izboljšati zagotavljanje
kontinuirane zdravstvene nege bolnikov po
poškodbi glave

SPLOŠNE INFORMACIJE: Udeležba na seminarju se šteje
za strokovno izpopolnjevanje. Kotizacija z DDV za člane
znaša 22.000,00 SIT, za nečlane 32.000,00 SIT. Navedeni
znesek lahko nakažete na transakcijski račun: NLB, posl.
Tavčarjeva 7, Lj – ZDMSZTS št. 02031-0016512314, sklic na
stroškovno mesto strokovne sekcije 00 12015 s pripisom za
sekcijo MS in ZT v rehabilitaciji in zdraviliški dejavnosti ali pa
jo poravnate pred začetkom srečanja. Pisne prijave so
obvezne na prijavnici, objavljeni v vsaki številki Utripa in sicer
najkasneje do 5. 3. 2005 na naslov:

Terme Ptuj d.o.o., Pot v toplice 9, 2250 Ptuj za Voda Jelko ali
Inštitut RS za rehabilitacijo, Linhartova 51, 1000 Ljubljana za
Natalijo Kopitar. Ob registraciji potrebujete člansko izkaznico
in potrdilo o plačani kotizaciji.

Vse dodatne informacije so možne na telefon 02/782-7821
int.1104 – Jelka Voda, Terme Ptuj

VLJUDNO VABLJENI!

Predsednica sekcije Jelka Voda

Negovalne diagnoze in njihova uporaba v praksi

Zbornica zdravstvene nege Slovenija – Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenija

SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV V PEDIATRIJI

VABI NA STROKOVNI SEMINAR

VIZIJA PEDIATRIČNE ZDRAVSTVENE NEGE IN NOVOSTI NA PODROČJU BESEŽIRANJA,

ki bo v PORTOROŽU **10. in 11. marca 2005**
v HOTELU BERNARDIN

PROGRAM:

ČETRTEK, 10. 03. 2005:

08.30–10.00 Registracija

10.00–10.15 Otvoritev srečanja

10.15–12.30

VIZIJA RAZVOJA PEDIATRIČNE ZDRAVSTVENE NEGE

Moderatorji: Minja Petrovič, Majda Oštir in Beisa Žabkar

- 10.15–10.35 Vizija medicinskih sester v pediatrični zdravstveni negi
Minja Petrovič, prof. zdrav. vzg.
- 10.35–10.55 Definicija medicinske sestre v pediatrični zdravstveni negi z vidika Evropskega združenja pediatričnih medicinskih sester
Beisa Žabkar, dipl.m.s.; univ. dipl. org.
- 10.55–11.15 Celostni pristop v zdravstveni negi pri obravnavi otrok s kronično boleznijo – prikaz primera, *Majda Oštir, viš.med.ses.*
- 11.15–11.30 Odmor
- 11.30–12.00 Program vzgoje in izobraževanja otrok in mladostnikov v šolskem dispanzerju
Vlasta Femc, dipl.m.s.
- 12.00–12.30 Evalvacija teme: Vizija razvoja pediatrične zdravstvene nege in razpravljanje
- 12.30–14.00 Odmor za kosilo

14.00–15.35

STANDARDI V PEDIATRIČNI ZDRAVSTVENI NEGI

Moderatorji: Darja Plank, Ivanka Limonšek in Matjana Koren

- 14.00–14.30 Pomen standardov za izboljšanje kakovosti v zdravstveni negi v bolnišnici Celje
Darja Plank, prof. zdrav. vzg.
- 14.30–14.50 Standardi v primarni zdravstveni negi – zakaj jih ni?, *Ivanka Limonšek, dipl.m.s.; univ. dipl. org.; Tamara Ljubi, dipl.m.s.; univ. dipl. org.*
- 14.50–15.10 Oblikovanje standardov v pediatrični zdravstveni negi – kaj je minimum in kdaj je odličnost?, *Matjana Koren, dipl.m.s.*
- 15.10–15.20 Izvajanje standardiziranega postopka – prikaz primera, *Gordana Rožman, dipl.m.s.*
- 15.20–15.35 Evalvacija teme: Standardi v pediatrični zdravstveni negi in razpravljanje
- 15.35–15.50 Odmor

15.50–18.30

UČNE DELAVNICE: STANDARDI V PEDIATRIČNI ZDRAVSTVENI NEGI

1. Intramuskularna aplikacija zdravila
Darja Plank, prof. zdrav. vzg.
2. Higiena rok
Darja Ratajc, dipl.m.s.
3. Uporaba zaščitnih sredstev
Čiščenje delovnih površin
Olivera Rakovič Bošnjak, viš.med.ses., in Metka Žugelj, viš.med.ses.
4. Ukrepi ob izolaciji
Katja Dovjak, dipl.m.s., in Andreja Černoga, zt
18.30 – Sestanek razširjenega in izvršnega odbora
Pediatrične sekcije
20.00 – Skupna večerja

PETEK, 11. 03. 2005:

9.00–10.30

NOVOSTI PRI ZDRAVLJENJU TUBERKULOZE

Moderatorji: Andreja Borinc Beden, Nada Pogačar, Magda Brložnik

- 09.00–09.30 Tuberkuloza pri otroku
Andreja BorincBeden, dr. med.
- 09.30–10.00 Primarna zdravstvena nega družine pacienta s tuberkulozo, *Nada Pogačar, viš.med.ses.*
- 10.00–10.30 Skrb patronažne medicinske sestre za otroka in družino ob pojavu tuberkuloze
Magda Brložnik, viš.med.ses.
- 10.30–10.45 Evalvacija teme: Novosti pri zdravljenju tuberkuloze in razpravljanje
- 10.45–11.00 Odmor

11.00–13.00

IZZIVI PRI DELU S STARŠI, PREGLED IN OGLED POSTERJEV

- 11.00–11.30 Spretnosti in izzivi zaposlenih pri delu s starši bolnih otrok, *mag. Jožica Peterka Novak, viš.med.ses.; prof. soc. ped.*
- 11.00–13.00 Predstavitev in ogled posterjev: Standardi zdravstvene nege – kje smo? *Jožica Trstenjak, dipl. m. s.*
Vizija zdravstvenovzgojnega dela s starši otrok z atopijskim dermatitisom
Mateja Hren, viš.med.ses., univ. dipl. org., in Tadeja Hafner Piskač, dipl.m.s.
Sobivanje, *Karla Bogožalec, viš.med.ses.*
Izobraževanje zdravstvenih tehnikov za boljši jutri naših otrok, *Zdenka Vogrič, dipl.m.s.*
Pediatrični oddelek Splošne bolnišnice Slovenj Gradec, *Anica Vogel, dipl.m.s.*
- 13.00– Zaključek srečanja

SPLOŠNE INFORMACIJE:

Udeležba na seminarju se šteje za strokovno izobraževanje. Kotizacija z DDV za člane znaša 26.000 SIT, za nečlane pa 52.000 SIT. Poravnate jo lahko na TR ZDMSZTS št. 02031-0016512314, sklic na 00 12005 (s pripisom Za Pediatrično sekcijo), ki je odprt pri NLB d.d., Posl. Tavčarjeva 7, 1000 Ljubljana, s pripisom Za Pediatrično sekcijo. **Prijavnico iz UTRIPA s točnimi podatki pošljite najkasneje do 01.**

03. 2005 na naslov: Beisa Žabkar, ZDRAVSTVENI DOM KOPER, DELLAVALLEJEVA 3, 6000 KOPER, ali faks: 05 62 73 771 ali e-naslov: beisa.zabkar@zdravstveno-koper.si. Ob prijavi prosimo, da navedete, katere delavnice bi se želeli udeležiti (1, 2, 3, 4). Ob registraciji potrebujete člansko izkaznico in potrdilo o plačani kotizaciji. Gostje bodo v skladu z namestitvenimi zmogljivostmi nameščeni v hotelu Bernardin in Histrion. Rezervacije bo za oba objekta sprejemala recepcija Bernardin, najkasneje do 08. 03. 2005. Ob rezervaciji udeležence naprošamo, da se obvezno sklicujejo na seminar. Prenočišče rezervirate na telefon 05 695 51 04, 05 695 51 06 ali faks 05 674 64 10 ali e-naslov: hoteli.bernardin@zsiol.net.

Organizacijski odbor: Irena Baša, Andreja Černetič, Nevija Ojo in Milanka Volk.

Strokovni odbor: Minja Petrovič, Majda Oštir, Beisa Žabkar, Jožica Mikec, Katja Hren in Andreja Černetič.

Dodatne informacije: Beisa Žabkar, tel.: 05 66 47 272 ali 041 784 689.

Vljudno vabljeni!

Predsednica Pediatrske sekcije: Beisa Žabkar

SLOVENSKO OSTEOLŠKO DRUŠTVO

10. JUBILEJNO LETO FUNKCIONALNIH IZOBRAŽEVANJ Z UČNIMI DELAVNICAMI ZDRAVSTVENA NEGA IN SLADKORNA BOLEZEN

BLED, Hotel Kompas

PETEK, 11. 03. 2005

MODERATOR: Milena Bohnec

08.00–09.00

09.00–09.10

09.10–09.45

REGISTRACIJA UDELEŽENCEV

Pozdravni nagovor udeležencev

Definicija, diagnoza, klasifikacija in epidemiologija sladkorne bolezni Prim. mag. Miha Koselj, dr. med.

09.45–10.20

10.20–10.50

Zdravljenje sladkorne bolezni – Prehrana sladkornega pacienta – Mateja Tomažin-Šporar, viš.med.ses., Andrej Krašovec, dipl. zdrav.

Debelost, bolezen ali razvada današnjega sveta – As. dr. Jelka Zaletel, dr. med.

10.50–11.35

ODMOR – KAVA – PRIGRIZEK – OGLED RAZSTAVE (organizator)

MODERATOR: Mateja Tomažin-Šporar

11.35–12.00

Pomen vključitve svojcev v zdravljenje sladkorne bolezni in pomen

povezave s patronažno službo – Mirela Terčon, ZT

12.00–12.30

12.30–12.50

12.50–13.25

13.25–14.45

Praktični vidiki insulinskega zdravljenja –

Milena Bohnec, prof. soc. ped.

Preprečevanje, prepoznavanje in pomoč pri hipoglikemiji – Jana Klavs, viš.med.ses.

Samokontrola sladkorne bolezni –

Klavdija Čuček-Trifkovič, viš.med. ses., prof. zdrav. vzg.

ODMOR

MODERATOR: Andrej Krašovec

14.45–15.10

Srčno-žilna ogroženost sladkornih pacientov –

Doc. dr. Andrej Janež, dr. med.

15.10–15.50

Zdravljenje sladkorne bolezni z zdravili –

Prim. Franc Mrevlje, dr. med.

15.50–16.10

16.10–16.20

16.20–16.50

Telesna dejavnost in zdravljenje sladkorne bolezni –

Prim. mag. Matjaž Vrtovec, dr. med.

Ohranimo pokončno držo – vaje za krepitev in

sprostitev – Angelca Zver, MS

Zapleti sladkorne bolezni –

Prim. mag. Miha Koselj, dr. med.

16.50–17.10

17.10–17.40

ODMOR

MODERATOR: Elizabeta Stepanovič

Diabetična nevropatija –

Mag. Vilma Urbančič-Rovan, dr. med.

17.40–18.10

Ukrepi pri nenadnem poslabšanju sladkorne

bolezni – Prim. Franc Mrevlje, dr. med.

18.20

REKREACIJA PO IZBIRI – Zaželeno športna oprema

20.30

SVEČANA VEČERJA – ZABAVNI VEČER S PLESOM

Španski večer

SOBOTA 12. 03. 2005

MODERATOR: Mira Slak

08.30–09.00

Preprečevanje in zdravstvena nega sladkornega pacienta z razjedo zaradi pritiska – Slavica Vujčič, SMS.

09.00–09.20

Posebnosti osebne higiene in nega nog pri sladkornem pacientu – Mira Slak, SMS.

09.20–09.40

09.40–10.00

10.00–10.30

10.30–11.00

11.00–11.30

11.30–12.15

12.15–12.45

Kakovost življenja sladkornih pacientov po amputaciji spodnjega uda –

Prim. dr. Marjeta Prešern Štrukelj, dr. med.

Nosečnost in sladkorna bolezen –

Doc. dr. Marjeta Tomažič, dr. med.

Zdravljenje sladkorne bolezni z insulinsko črpalko

– Doc. dr. Marjeta Tomažič, dr. med.

ODMOR – KAVA – SOK (organizator)**MODERATOR: Melita Hočevar****Pravice do tehničnih pripomočkov pri zdravljenju sladkorne bolezni –**

Mag. Alenka Škrjanc, dr. med.

Zdravstvenovzgojno svetovanje, celosten pristop pri obravnavi pacienta –

Nika Škrabl, prof. soc. ped.

Psihosocialni vidiki sladkorne bolezni –

Prim. doc. dr. Maja Ravnik-Oblak, dr. med., svetnica

12.45–13.45 ODMOR, KAVA – SOK (organizator)**UČNE DELAVNICE****UČNE DELAVNICE POTEKAJO V ŠTIRIH SKUPINAH**

13.45–14.45

Seznanitev s pripomočki za vbrizgavanje insulina**(klasika, peresniki, insulinska črpalka, vbodna mesta) –**

Mateja Tomažin-Sporar, viš.med. ses., Metka Arhar, dipl.m.s., Katarina Kovačič, dipl.m.s.

14.45–15.45

Seznanitev s pripomočki za samokontrolo (testni lističi, merilci glukoze v krvi) –

Andrej Krašovec, dipl. zdrav.

Kapilarni in venozni odvzem krvi in OGT-test –

Elizabeta Stepanovič, SMS.

15.45–16.00**ODMOR**

16.00–17.00

Načrtovanje zdrave prehrane, prikaz priprave jedilnika –

Melita Hočevar, prof. zdrav. vzg., dipl. teol., Barbara Žargaj, dipl.m.s., Alenka Malovrh, ZT

17.00–18.00

Predstavitev pripomočkov in materialov, ki se uporabljajo za nego diabetičnega stopala –

Mira Slak, SMS., Slavica Vujičić, SMS.

ZAKLJUČEK Z DISKUSIJO, PODELITEV POTRDI**Program je vpisan v register izobraževanj pri ZZNS**

Na srečanju se bodo udeleženci seznanili s sladkorno boleznijo. Spoznali bodo pripomočke za vbrizgavanje insulina, tehniko vbrizgavanja insulina, pripomočke za merjenje sladkorja v krvi, tehniko izvajanja meritev, zdravo prehrano, preprečevanje sladkorne bolezni itn.

Na funkcionalnih izobraževanjih, ki so potekala v letih od 1996 do 2004, je bilo veliko udeležencev. Zaradi načina

izobraževanja je bilo število udeležencev omejeno. Na željo številnih, ki so se želeli udeležiti izobraževanja, pa smo jih žal morali zavrniti, **bomo 11. in 12. marca 2005 na Bledu v hotelu Kompas ponovno organizirali funkcionalno izobraževanje.**

STROKOVNI VODITELJCI:

Milena Bohnec, viš. med. ses., prof. soc. ped.

Mateja Tomažin-Sporar, viš.med.ses.

UDELEŽENCI :

V tej obliki strokovnega izpopolnjevanja lahko sodelujejo medicinske sestre in zdravstveni tehniki, ki izvajajo zdravstveno nego sladkornega pacienta v bolnišničnem zdravljenju, v zdravstvenih domovih, domovih za ostarele ali pa izvajajo zdravstveno nego sladkornih pacientov na domu (patronažna služba).

Na izobraževanju lahko sodelujejo učitelji v šolah, ki se ukvarjajo s poučevanjem učencev na področju zdravstvene nege sladkornega pacienta. Izobraževanje je primerno za zaposlene v lekarnah, ki se neposredno srečujejo s sladkornimi pacienti in svetujejo pri izdaji pripomočkov za zdravljenje sladkorne bolezni.

Izobraževanje se upošteva pri napredovanju, za kar Vam izdamo potrdilo.

KOTIZACIJA:

Kotizacija znaša 55.000,00 SIT + DDV – **Za funkcionalno izobraževanje "Zdravstvena nega in sladkorna bolezen 2005"** in vključuje stroške predavateljev, organizacije, prostor izvedbe izobraževanja, svečano večerjo, priročnik »Sladkorna bolezen« in spremni material.

Prijavnico z vsemi točnimi podatki pošljite na naslov:

Klinični center, Klinični oddelek za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni, Ambulante za diabetike
Mateja Tomažin-Sporar, Milena Bohnec

Zaloška c. 7, 1000 Ljubljana

Po prijemu prijavnice Vam bomo 8 (osem) dni pred pričetkom funkcionalnega izobraževanja poslali račun.

Kontaktne osebe za dodatne informacije so Jana Klavs, Andrej Krašovec in Milena Bohnec na direktni tel./faks: 01-522-25-16 ali tel.: 01-522-23-77. Število prijav je zaradi načina izobraževanja omejeno.

Uvrstitev na izobraževanje ne bo možna brez predhodne najave oziroma poslano natančno izpolnjene in žigosane prijavnice. Program bo potekal v hotelu Kompas na Bledu.

Rezervacija prenočišča: Prenočišča smo rezervirali v hotelu Kompas na Bledu, sami pa potrdite rezervacijo pod šifro: "Funkcionalno izobraževanje – diabetes 2005" na tel.: 04 -5782100, faks: 04-5782499.

Zbornica zdravstvene nege Slovenija – Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenija

SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER IN BABIC

Vabi na strokovno srečanje

SODOBEN PRISTOP K OSKRBI NOVOROJENČKA,

ki bo v petek, **18. 03. 2005** v Portorožu, hotel Bernardin

PROGRAM

- 08.00–09.30 **Registracija udeležencev**
- 09.30–10.00 Pozdravni nagovor predsednice in vabljenih gostov
- 10.00–10.25 Oskrba novorojenčka v porodni sobi
Saša Matko, dipl. bab.
Anita Prelec, dipl.m.s, spec.
- 10.2–10.50. Babiška nega novorojenčka na oddelku otročnic, Lili Verbič, dipl.m.s.
- 10.50–11.15 Babiška nega v patronažnem varstvu
Teja Zakšek, dipl. bab., dipl. ing. rad.
- 11.15–11.40 Scheringov kontraceptivni trojček
Alen Čemerika, dr. vet. med.
- 11.40–12.40 **Odmor**
- 12.40–13.05 Vprašanja o novorojenčku, na katera lahko odgovori pediater, asist. mag. Lili Cerar Kornhauser, dr. med., spec.
- 13.05–13.30 Zlatenica pri novorojenčku
Irena Cefin Lovšin, dr. med., spec.
- 13.30–13.55 Odvzem matičnih celic iz popkovne krvi
Boštjan Lovšin, dr. med., spec.
- 13.55–14.15 **Razprava**
- 14.15–14.40 Prva vožnja – varna vožnja
mag. Bojan Žlender, pred. sveta za preventivo in vzgojo v cestnem prometu RS
asist. mag. Mateja Rok Simon, dr. med.,
Inštitut za varovanje zdravja
- 14.40–15.05 Prva vožnja – varna vožnja v porodnišnici
Izola, Mirjana Grižon, viš.med.ses.
- 15.05–15.30 **Razprava**
- 15.30 Zaključek

Splošne informacije: Udeležba na seminarju se šteje za strokovno izpopolnjevanje. Kotizacija z DDV za člane znaša 22.000 sit, za nečlane 30.000 sit. V kotizacijo je všteto gradivo in organizacija seminarja. Nujna je pisna prijava na seminar, ki jo pošljete na naslov ZDMSZTS, Vidovdanska 9, Ljubljana **do 11. 03. 2005** (prijavnica je v vsakem Utripu). Kotizacijo nakažite na transakcijski račun: NLB, posl. Tavčarjeva 7, Lj-ZDMSZTS št. 02031-0016512314, sklic na številko 00-120-04. Omenjeni znesek lahko poravnate tudi pred začetkom seminarja. Ob registraciji potrebujete tudi člansko izkaznico, potrdilo o plačani kotizaciji (virman) in pisno prijavo, ustrezno izpolnjeno.

Informacije: Nata Kocjan in Vera Čebihin, porodnišnica Izola 05 66 06 000

Gordana Njenjić, Ginekološka klinika Ljubljana
01 522 60 48

Predsednica sekcije: Gordana Njenjić

DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV NOVA GORICA

Vas vljudno vabi na enodnevni strokovni seminar

STRES – SPROSTITVENE TEHNIKE – SKRB ZASE

19. marca 2005 v Srednji šoli Vena Piloni,
Cesta 5. maja 12 v Ajdovščini

Program:

- 08.00–08.30 Registracija**
- 08.30–08.40 Otvoritev**
- 08.40–10.10** Stres na delovnem mestu – čustvena inteligentnost zaposlenih,
Željko Čurić, dr. med.
- 10.10–10.40 Odmor**
- 10.40–11.40** Gibanje : mirovanje – osnovna elementa sprostitve, **dr. Meta Zagorc**
- 11.40–12.40** Relaksacijske tehnike in osebnostna rast,
Ivan Kodolja, spec. klin. psih. in psihoterapevt
- 12. 40–13.40 Kosilo**
- 13. 40–18.00 Učne delavnice:**
- Jeza na delovnem mestu,
Željko Čurić, dr. med.
- Gibanje kot spodbuda za doživljanje in sprostitve, **dr. Meta Zagorc**
- Izkustvena delavnica avtogenega treninga,
Ivan Kodolja, spec. klin. psih. in psihoterapevt
- 18.00 Zaključek**

Splošne informacije: Prispevek članov Društva MSZT Nova Gorica je 4.000 sit, nečlanov 10.000 sit, nečlanov Zbornice – Zveze 13.000 sit, upokojenci in študentje brez prispevka, le prijava. Prispevek nakažite na TRR 04750-0000446833 Nova KBM, sklic na št. 03/2005.

Prispevek vključuje: prisotnost na predavanjih, udeležba na vseh učnih delavnicah, zbornik predavanj, osvežitev med odmorom, kosilo. Dve učni delavnici sta gibalno aktivni, zato vam priporočamo športno oblačilo (hlače, jopica) in armafleks. Udeleženci so razdeljeni v skupine in se udeležijo vseh treh učnih delavnic.

Udeležba na seminarju se šteje za strokovno izpopolnjevanje. Prijave za člane Društva MSZT Nova Gorica sprejemajo člani IO v zavodih, vsi ostali s splošno prijavnico, objavljeno v Utripu.

Prijave sprejemamo do 10. marca 2005. Število mest je omejeno, zato se prijavite pravočasno.

Prijave pošljite na naslov: Renata Trampuž, Zdravstveni dom Ajdovščina, Tovarniška 3, 5270 Ajdovščina.
GSM: 031 590 487.

PROGRAMSKO ORGANIZACIJSKI ODBOR

Renata Trampuž, Nelida Stergulc Casarsa, Slavica Babič

Vljudno vabljeni!

Predsednica Društva MSZT Nova Gorica: Renata Trampuž

Zbornica zdravstvene nege Slovenija – Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenija

SEKCIJA MEDICINSKIH SEŠTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV NA INTERNISTIČNO INFEKTOLOŠKEM PODROČJU

Vabi na

14. strokovni seminar na temo:

ZDRAVSTVENA NEGA PACIENTA, KI PREJEMA ANTIBIOTIK

Seminar bo potekal v četrtek, **31. marca 2005** v veliki predavalnici Kliničnega centra v Ljubljani

Na seminarju bodo obravnavane naslednje teme:

- Osnovna načela uporabe in delovanja protimikrobnih sredstev
- Poraba antibiotikov v Sloveniji in delovanje komisije za antibiotike
- Stranski učinki antibiotikov
- Zdravstvena nega odraslega pacienta, ki prejema antibiotik
- Zdravstvena nega otroka, ki prejema antibiotik
- Vloga zdravstvene nege pri zagotavljanju doslednega jemanja protimikrobnih sredstev
- Priprava in aplikacija intravenoznih antibiotikov
- Zapleti intravenoznih kanalov, povezani z aplikacijo antibiotikov
- Prostor za shranjevanje in pripravo antibiotikov
- Kompatibilnost antibiotikov z infuzijskimi raztopinami in drugimi zdravili, ki jih pacient prejema istočasno
- Učenje pacienta, ki jemlje antibiotik

V sodelovanju z različnimi strokovnjaki bomo razpravljali o problemih, dilemah in kvaliteti našega dela na področju zdravstvene nege in antibiotične terapije.

Dokončni program bo objavljen v naslednjem Utripu.

Vljudno vabljeni !

Pisne prijave pošljite na naslov:

Mateja Poljanšek, Klinični Center Ljubljana, Klinika za infektivne bolezni in vročinska stanja, Japljeva 2, LJUBLJANA ali po faksu: 01 522 24 56

Kotizacija: Za enodnevni seminar za člane znaša skupaj z DDV 22.000,00 SIT, za nečlane 30.000,00 SIT. V kotizacijo so vštet zbornik, kosilo in vmesni prigrizki. Kotizacijo nakažete na TRR: NLB, posl. Tavčarjeva 7, Lj. ZDMSZTS: št. 02031-0016512314, sklic na št. 00 12029 s pripisom »za internistično-infektološko sekcijo« ali jo poravnate na dan seminarja v gotovini.

Kontaktne osebe: Dragica Kuralt Štucin, tel. 01 522 41 11 ali Jolanda Munih, 01 522 41 28 ali na e-naslov: jolanda.munih@kclj.si

Organizacijsko-programski odbor:

Dragica Kuralt Štucin, Jolanda Munih, Veronika Jagodic, Saša Sedošek, Avrea Šuntar Erjavšek,

Predsednica sekcije: Jolanda Munih

Zbornica zdravstvene nege Slovenija – Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenija

SEKCIJA MEDICINSKIH SEŠTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV V STERILIZACIJI

vabi na dvodnevno strokovno srečanje z naslovom

“STANDARDI V PROCESIRANJU MATERIALA”

Kraj in čas: **Terme Radenci, 21. in 22. april 2005**

Program in vse ostale informacije bodo objavljene v naslednji številki Utripa (marec 2005).

Vljudno vabljeni.

Informacije: predsednica sekcije Andreja Žagar

Onkološki inštitut,
Zaloška 2, Ljubljana,

Tel.: 01/5879524; e-mail: azagar@onko-i.si

VABIMO VAS NA



Z MEDNARODNO UDELEŽBO

Kongres bo v Ljubljani v kongresnem centru MONS.

Program kongresa bo objavljen v februarški številki Utripa

Programski odbor

mag. Bojana Filej, mag. Danica Železnik, mag. Andreja Kvas, Darinka Klemenc, Peter Požun

Organizacijski odbor

Petra Kersnič, Monika Ažman, Zdenka Dovč, Mateja Stare, Boris Miha Kaučič

Kotizacija za udeležbo na kongresu:

Zgodnja kotizacija + DDV do 31. marca 2005: člani 60 000.00 sit, nečlani 80 000.00 sit

Kotizacija po 31. marcu 2005: člani 80 000.00 sit, nečlani 100 000.00 sit

Aktivni udeleženci (do dva avtorja): 30 000.00 sit

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:



Pogosto medicinska sestra pri prvem stiku s posameznikom zbira podatke tako, da zastavlja vprašanja bolj na široko, ker jo zanima, kako oseba funkcionira na različnih področjih (3). Vprašanja so lahko naslednja:

- Imate kakšne težave s spanjem?
- Imate kakšne težave pri prehranjevanju?
- Kako pogosto odvajate blato?
- So v vašem življenju okoliščine, s katerimi se težko soočate?

Če posameznik toži glede določene težave ali skrbi, bo medicinska sestra omejila zbiranje podatkov na težavo (3). Vprašanja medicinske sestre so lahko naslednja:

- Povejte mi o svoji bolečini (Kdaj se je začela?, Kje vas boli?, Kako močna je bolečina?, Koliko časa traja?, Kaj ublaži bolečino?, Kaj jo poveča?)
- Katere druge simptome še imate?
- Kako ta bolečina vpliva na vaše spanje, prehranjevanje, delo, prosti čas?

Da pa bo medicinska sestra prepoznala pomembnost zbranih podatkov, mora imeti znanje o tem (3):

- Kaj je v mejah normalnega?
- Kaj ni v mejah normalnega?
- Kaj so dejavniki tveganja?

Primer: Če želi medicinska sestra ugotoviti, ali ima posameznik prehranske težave, mora poznati prehransko piramido, normalno telesno maso za določeno višino in pravilen način priprave hrane. Poleg tega mora tudi vedeti, da določeni dejavniki, kot so npr. slabost, bruhanje, slabo zobovje, pomanjkanje denarja vplivajo na nakup, pripravo in uživanje hrane.

Ko medicinska sestra zbere podatke, jih mora tudi ovrednotiti. To naredi z (3):

- razlikovanjem kazalcev od zaključkov;
- zagotavljanjem veljavnosti podatkov;
- ugotavljanjem količine potrebnih podatkov.

Kazalci so dejstva, ki jih medicinska sestra zbere z intervjujem, opazovanjem, fizičnim pregledom in pregledom pacientove dokumentacije. Zaključki so presoje medicinske sestre o kazalcih. Primer: Medicinska sestra na podlagi vlažne kože, blede kože, pospešenega srčnega utripa (kazalci) presodi, da gre pri pacientu za zmanjšan volumen krvi (zaključek).

Veljavnost podatkov je meja, do katere lahko verjamemo, da so podatki resnični. Nekateri podatki, kot npr. krvni tlak, so zanesljivi, ker predstavljajo dogovorjen standard. Za okoliščine, pri katerih ni jasnih kriterijev, kot npr. pri psihosocialnih odgovorih, medicinska sestra lahko poveča veljavnost podatkov ali negovalne diagnoze z dodajanjem dokazov, ki podpirajo njen zaključek. Presoja medicinske sestre je veljavna le toliko, kolikor so veljavni uporabljeni podatki. Veljavnost ali točnost podatkov lahko medicinska sestra poveča s preverjanjem informacij, npr. ponovno preveri zbrane podatke, prosi drugo medicinsko sestro, da jih preveri, primerja subjektivne in objektivne podatke, prosi pacienta, da preveri podatke.

ANALIZA IN RAZVRŠČANJE PODATKOV

Analiza podatkov je možna le, če medicinska sestra ve, katera skupina kazalcev opisuje kako negovalno diagnozo. Nekatero negovalno diagnozo medicinska sestra potrdi zlahka, npr. obstipacijo, medtem ko kompleksnejše psihosocialne negovalne diagnoze npr. moteno doživljanje telesne podobe, ponavadi zahtevajo več interakcije med medicinsko sestro in pacientom, preden se lahko potrdijo (3).

Eden najtežjih vidikov postavljanja pravilne negovalne diagnoze je ugotavljanje, ali je dovolj kazalcev za postavitve negovalne diagnoze. Če medicinska sestra o tem ni prepričana, označi negovalno diagnozo kot možno in zbere več podatkov (3).

Nekatero negovalno diagnozo si delijo iste diagnostične kazalce. V takem primeru si medicinska sestra pri postavljanju negovalne diagnoze pomaga z definicijo negovalnih diagnoz ali pa razmisli o aktivnostih zdravstvene nege, ki bi rešile negovalni problem. Včasih ta tehnika pomaga razjasniti negovalno diagnozo (3).

LOČEVANJE NEGOVALNIH DIAGNOZ OD KOLABORATIVNIH TEŽAV

Kolaborativne težave se razlikujejo od negovalnih diagnoz. Medicinska sestra se odloča samostojno tako pri kolaborativnih težavah kot pri negovalnih diagnozah. Razlika pri odločanju je v tem, da za negovalne diagnoze medicinska sestra predpiše zdravljenje za določeno negovalno težavo in je odgovorna za doseganje cilja. Pri kolaborativnih težavah pa medicinska sestra sodeluje z drugimi strokovnjaki, npr. z zdravnikom. Medicinska sestra opazuje pacientovo stanje in je pozorna na pojavljanje fizioloških zapletov. Če se ti pojavijo, jih rešuje z aktivnostmi, ki jih je predpisal zdravnik, in z aktivnostmi, ki jih je predpisala sama. Fiziološki zapleti, ki jih medicinska sestra opazi, so ponavadi povezani z boleznijo, poškodbo, zdravljenjem in diagnostičnimi posegi. Nekateri fiziološki zapleti, kot npr. razjeda zaradi pritiska, so takšni, da jih medicinske sestre lahko preprečijo. Preprečevanje se razlikuje od odkrivanja. Medicinske sestre npr. ne morejo preprečiti paralitičnega ileusa, ga pa lahko zgodaj odkrijejo ter s tem preprečijo poslabšanje bolezni ali celo smrt (3).

PRAVILNO OBLIKOVANJE NEGOVALNIH DIAGNOZ

Poznamo več vrst negovalnih diagnoz (3, 5):

- Aktualna negovalna diagnoza je pacientova vidna zdravstvena težava.
- Potencialna negovalna diagnoza je klinična presoja medicinske sestre, da je pacient (družina, lokalna skupnost) bolj ogrožen za razvoj določene težave kot drugi v enakih ali podobnih okoliščinah.
- »Wellness« negovalna diagnoza je klinična presoja medicinske sestre o zdravem odzivu posameznika, družine ali lokalne skupnosti, ki želi doseči višjo raven pozitivnega zdravja.
- Sindromska negovalna diagnoza je skupina aktualnih ali potencialnih negovalnih diagnoz, ki se skoraj vedno

pojavljajo skupaj zaradi določenega položaja ali dogodka.

Možna negovalna diagnoza ni vrsta negovalne diagnoze. Je le možnost, da medicinska sestra izrazi svoje mnenje, da obstajajo podatki, ki nakazujejo neko negovalno diagnozo, a so nezadostni za potrditev negovalne diagnoze. Z novimi podatki medicinska sestra negovalno diagnozo potrdi ali pa jo izključi (3, 5).

Od vrste negovalne diagnoze je odvisno tudi oblikovanje negovalne diagnoze. Aktualna negovalna diagnoza je sestavljena iz treh delov (3, 7):

- oznake negovalne težave (opisuje zdravstveno stanje pacienta);
- vzroka negovalne težave (identificira fiziološke, psihološke, sociološke spiritualne dejavnike, ki so vzrok težave oziroma prispevajo k težavi);
- znakov in simptomov negovalne težave (subjektivni in objektivni podatki, ki kažejo na obstoj težave).

Potencialna negovalna diagnoza je sestavljena iz dveh delov:

- oznake potencialne negovalne težave;
- dejavniki tveganja.

Sindromske in »wellness« negovalne diagnoze so sestavljene iz enega dela.

IZBIRA PREDNOSTNIH NEGOVALNIH DIAGNOZ

Medicinske sestre ne morejo zdraviti vseh negovalnih diagnoz in kolaborativnih težav, ki jih ima posameznik, družina ali lokalna skupnost. Taki poskusi bi privedli do frustracij medicinske sestre in pacienta. Ločevanje prioritarnih negovalnih diagnoz od pomembnih je zato pametna rešitev. Prioritetne negovalne diagnoze so tiste, ki bodo poslabšale zdravstveno stanje ali bodo negativno vplivale na funkcionalno stanje pacienta, če se ne bodo reševale nemudoma. Pomembne negovalne diagnoze pa so tiste, katerih reševanje lahko brez večjih posledic preložimo na kasnejši čas (3).

VZROKI NAPAK PRI POSTAVLJANJU NEGOVALNE DIAGNOZE

Do napak pri postavljanju negovalne diagnoze lahko pride zaradi številnih vzrokov (6, 8):

- Napake pri zbiranju podatkov (nepopolni, napačni, neorganizirani podatki);
- Napake pri interpretaciji in analizi podatkov (prehitro sklepanje, konfliktne kazalci);
- Napake pri poimenovanju negovalnih diagnoz (težava in vzrok sta zunaj pristojnosti medicinske sestre).

Medicinska sestra bo zmanjšala možnost napak s preverjanjem podatkov, s pridobivanjem znanja in praktičnih izkušenj, s konzultiranjem drugih medicinskih sester in s kritičnim razmišljanjem (5).

ZAKLJUČEK

Negovalne diagnoze so integralni del zdravstvene nege že več kot 30 let. O njih je bilo napisanih nešteto člankov in knjig. Kljub temu pa so medicinske sestre ob omembi negovalnih diagnoz velikokrat zmedene in od-

klonilne. To je zelo opazno tudi pri slovenskih medicinskih sestrah. Marsikatero medicinsko sestro bega izraz negovalna diagnoza. Tako iščejo nadomestne besede, kot so negovalna težava, težava, zdravstvena težava, pacientove potrebe, negovalne potrebe ... Vse to pa vnaša v prakso še dodatno zmedo. Zato upam, da bo ta prispevek pripomogel k razumevanju negovalnih diagnoz in k njihovi uporabi pri našem vsakdanjem delu, saj so prednosti negovalnih diagnoz številne: pospešujejo komunikacijo med medicinskimi sestrami, pomagajo reševati prioritete pacientove potrebe, dvigujejo kakovost zdravstvene nege in pacienta obravnavajo individualno (6).

LITERATURA

Wilkinson, J. M. (2000) Nursing diagnosis handbook with NIC interventions and NOC outcomes (7th edition), New Jersey: Prentice-Hall, Inc.

Gordon, M. (2003) Negovalne diagnoze – priročnik (10. izdaja), Radizel: Rogina.

Carpenito, L. J. (1997) Handbook of nursing diagnosis (7th edition), Philadelphia, New York: Lippincott.

Nursing process. Dosegljivo na: <http://academic.cuesta.edu/atorrey/nsgdiag.pdf> (17/03/2004).

Diagnosing. Dosegljivo na: <http://www.usouthal.edu/use/nursing/baldwincosp03/300Diagnosingbc.pdf> (17/03/2004).

Morgan, C. Nursing process: nursing diagnosis. Dosegljivo na: http://de.scc.cc.fl.us/nursing/lecture/Nursing_Diagnosis.pdf (17/03/2004).

Fundamentals of nursing (2000), 4th edition, Lippincott Williams & Wilkins. Dosegljivo na: <http://connection.lww.com/products/taylor/documents/pptch16.ppt> (17/03/2004).

Critical thinking in the nursing process. Dosegljivo na: http://dl.scc.cc.fl.us/nursing/lecture/critical_thinking_and_the_nursing_process.pdf (17/03/2004).



Sprejeta kategorizacija bolnišnične zdravstvene nege

Mag. Brigita Skela Savič

19. seja razširjenega strokovnega kolegija za zdravstveno nego (RSKZN) je bila 15. decembra 2004 v prostorih Kliničnega centra Ljubljana.

Eden izmed pomembnih sklepov tokratne seje RSKZN je sprejem dopoljenih kriterijev kategorizacije zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege, ki jih je pripravila delovna skupina za poenotenje slovenske kategorizacije bolnišnične zdravstvene nege (Kolegij za poenotenje SKZBZN). Skupino je vodila mag. Maja Klančnik Gruden iz Kliničnega centra Ljubljana. Kategorizacija ima 11 kriterijev razvrščanja pacienta glede na zahtevnost zdravstvene nege, ki so prikazani v tabeli 1.

Tabela 1

Kategorije zahtevnosti zdravstvene nege

	I	II	III	IV
1 Pretežno samostojen	●			
2 Delna pomoč pri osebni higieni		●	●	
3 Popolna pomoč pri osebni higieni			●	●
4 Delna pomoč pri gibanju		●	●	
5 Popolna pomoč pri gibanju			●	●
6 Delna pomoč pri hranjenju		●	●	
7 Popolna pomoč pri hranjenju			●	●
8 Pomoč pri zagotavljanju varnosti		●	●	●
9 Aplikacija terapije (večkratna in/ali dolgotrajna)		●	●	●
10 Nadzor na 2 do 3 ure / neposredno opazovanje			●	●
11 Stalen nadzor				●
Korekcijski faktor	1	1	0.5	
Skupaj				

Delovna skupina je pripravila knjižico z navodili za kategorizacijo, ki jo prejmejo vse slovenske bolnišnice. Delovna skupina je tudi predlagala korekcijo kadrovskih normativov za bolnišnično zdravstveno nego, ki jih je RSKZN potrdil. Spremembe na področju kadrovskih normativov se pojavljajo na področju tretje in četrte kategorije v korist diplomiranih medicinskih sester. S 1. 1. 2005 se je v slovenskih bolnišnicah pričela postopoma uvajati kategorizacija zdravstvene nege s sprejetimi dopoljenimi kriteriji. Na kolegiju glavnih medicinskih

sester slovenskih bolnišnic (stalna delovna skupina RSKZN) je bil sprejet dogovor, da prehodno obdobje traja največ šest mesecev. Podatki o kategorizaciji se mesečno pošiljajo v zbirni center, ki bo v Kliničnem centru.

Mag. Lilijana Leskovic je poročila o napredku razvoja kategorizacije na področju socialno varstvenih ustanov. Članice RSKZN so predlagale, da je na področju socialno varstvenih ustanov potrebno dopolniti kriterije za merjenje zahtevnosti zdravstvene nege ter tako prikazati potrebe varovancev po zdravstveni negi, predstaviti delo in delež zdravstvene nege v procesu zdravstvene obravnave. Pričakovati je, da se po končanem aktivnem zdravljenju v bolnišnicah, stanje in potrebe po zdravstveni negi in oskrbi pacientov v socialno varstvenih ustanovah, postajajo vedno večje in to je potrebno dokazati z merjenjem zahtevnosti zdravstvene nege.

Sprejt je bil sklep, da sta Dom upokojencev Danice Vogrinc in Dom upokojencev Tabor Ljubljana vključena v poskusno obdobje uvajanja kategorizacije zahtevnosti zdravstvene nege na področju socialno varstvenih ustanov. Kategorizacija se bo izvajala v mesecu januarja 2005, uporabljeni bodo sprejeti dopolnjeni kriteriji za bolnišnično zdravstveno nego. Kolegij za poenotenje SKZBZN bo nudil pomoč pričujočima ustanovama pri pripravi presečne študija merjenja zahtevnosti zdravstvene nege.

Na tej seji so članice RSKZN razpravljale tudi o dokumentu Nacionalna strategija razvoja zdravstvene nege v Sloveniji in vlogi RSKZN pri uresničevanju te strategije. V razpravi so bili oblikovani naslednji sklepi, ki so vezani na aktualno problematiko:

RSKZN predlaga Andrejo Peternelj za članico delovne skupine projekta dolgotrajna nega.

Zaradi aktualnosti problematike zdravstvene nege na domu, se Sekcija patronažnih medicinskih sester naproša, da predloži in po potrebi dopolni razmejitev del in nalog v patronažni zdravstveni negi in predloži nabor del in nalog, ki bi jih v patronažni zdravstveni negi lahko v okviru svojih kompetenc izvajal tehnik zdravstvene nege. Posebej je potrebno definirati tudi naloge iz socialnega področja, ki se prepletajo z osnovnimi potrebami pacienta po zdravstveni negi. Od Sekcije patronažnih medicinskih sester se pričakuje, da ponovno preuči vizijo razvoja patronažne zdravstvene nege glede na prihajajoče potrebe družbe na tem področju.



DMSZT Velenje slovo od starega leta prvič obeležilo tusi s podelitvijo "srebrnega znaka" za leto 2004

Lidija Časl, Katjuša Mravljak, Urška Bandalo, Olga Štancar

Bil je jasen, mrzel decembrski večer, 22. po vrsti. Leto 2004 seveda. Zbrali smo se v Hotelu Paka, tako kot že več let zapovrstjo, a tokrat smo s programom pričeli najprej v kongresni dvorani. Malo drugače, vsi v vzdušju napetega pričakovanja...

No, leto 2004 se je izteklo. Verjetno ste se že vprašali, koliko želja, upov, sanj in ciljev, ki ste jih imeli v preteklem letu, ste uresničili. To običajno počnemo v prednovoletnem času, ko je vendarle čas, da se ozremo nazaj in pregledamo opravljeno delo. Tako smo se odločili tudi mi – naredili pregled aktivnosti čez leto in si zastavili nove cilje za prihodnje.

Na občnem zboru, ki pritiče koncu leta, smo slišali poročili predsednice in blagajnika društva ter poročili Nadzornega odbora in Disciplinske komisije. Predsednica društva, ga. Lidija ČASL, je na koncu občnega zбора predstavila načrt dela našega društva v prihodnjem letu ter nakazala vizijo razvoja in delovanja društva v prihodnje.

V letu 2004 smo sprejeli Pravilnik o priznanjih društva medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Velenje. »Srebrni znak« se podeli članu oz. članici društva, ki aktivno sodeluje pri delovanju, spreminjanju in predstavitvi društva. Za leto 2004 smo podelili dva »Srebrna znaka« in sicer ge. Jani Verhovnik in ge. Olgi Štancar.

Tatjana Verhovnik

Že v zvezdah je bilo zapisano, da bo nosila modro uniformo z belim ovratnikom. To so barve, ki dopolnjujejo njen značaj. Premalo bi bilo, če bi rekli, da je prijazna in človekoljubna. Naravnost fantastična ženska je, ki s svojo dobro voljo, natančnostjo in zvestobo do svojega poklica pomaga pacientom in kolegicam na različnih področjih zdravstvene nege.

Je suverena, svobodomiseln, z dobrimi organizacijskimi sposobnostmi. Zato je bila izvoljena kot tretja predsednica društva medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Velenje. Njene štiri najboljše prijateljice – odločnost, izvirnost, domiselnost in poštenost – so ji podaljšale predsedniški mandat za še eno obdobje.

V tem času se je udeleževala sestankov, simpozijev in različnih kongresov. Veliko prostega časa je vložila v razvoj in napredek zdravstvene nege.

V Zdravstvenem domu Velenje je bila v prvi ekipi urgentne službe. Svoje kolegice na urgenci je obiskovala tudi ponoči, jim pomagala ter s tem krajšala dežurstva.

Po rojstvu hčerke Nike se je preselila samo nadstropje višje in delala kot srednja medicinska sestra v splošnih ambulantah. Bila je srečna, tako nevtralna, z dobrim poslušom za ljudi in pravi vzor za mlajše kolegice.



Dobitnici Srebrnega znaka DMSZT Velenje 2004 (Foto K. Mravljak)

Življenje pa nas velikokrat preseneti. Nekdo je moral splesti računalniško mrežo programa Sova in tudi v to se je Tatjana podala z velikim entuziazmom. Brez težav je z računalniškimi strokovnjaki postavila dobre temelje, na katerih delamo in gradimo v Zdravstvenem domu Velenje še zdaj.

Vedno se spopade z novimi izzivi. Star pregovor pravi: "Če ti kdo vrata zapre, se na drugi strani okno odpre!" Sedaj dela kot medicinska sestra v šolskem dispanzerju, kjer ponuja vstopnikom, mlajšim šolarjem in mladostnikom veliko znanja, izkušenj in nasvetov.

Njen smeh je nalezljiv in, če bi jo poskušali posnemati samo v tem, verjemite, bi svet postal še lepši.

Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Velenje ji za vsa njena prizadevanja in uspehe pri delu v društvu podarja Srebrni znak za leto 2004.

Olga Štancar

Ljudje delamo, saj od tega živimo. Nekaj pa je tudi takih, ki živijo in delajo za svoje delo. In med njimi je prav gotovo Olga, ki z veseljem sprejme vsak izziv. Zdravstvena nega se razvija in izpopolnjuje, za to potrebujemo medicinske sestre, ki so strokovno usposobljene, sposobne samostojno voditi stroko, delovne in iznajdljive. Vse to in še mnogo več predstavlja tudi Olga.

Rodila se je 09. 05. 1968 in svojo mladost preživela v Velenju. Srednjo zdravstveno šolo je končala v Celju in študij nadaljevala na Višji šoli za zdravstvene delavce v Ljubljani, kjer je leta 1991 diplomirala.

Poklicno pot je pričela na oddelku za hemodializo v Celju, nato je svoje delo nadaljevala v bolnišnici Topolšica na endoskopijah. Poleg obvladovanja endoskopov se je kot medicinska sestra za obvladovanje bolnišničnih

okužb spopadala tudi s prvimi postopki obvladovanja domačih živalic.

Nemalokrat se je morala spoprijeti tudi z obvladovanjem svojih sodelavcev in to ji je v veliki meri tudi uspevalo. S tem je dokazala pomembnost sodelovanja vseh članov v zdravstveno-negovalnem timu.

Leta 2003 je končala 3. letnik Visoke šole za zdravstvo v Ljubljani in pridobila naziv diplomirane MS.

Njeno delovno mesto je sedaj v Zdravstvenem domu Gornji Grad.

V DMSZT Velenje je vključena od leta 1996, od leta 1997 pa aktivno sodeluje kot tajnik društva.

Sodeluje pri ohranjanju in razvijanju kulturne in zgodovinske dediščine društva. Naredila je idejni osnutek za logotip, ureja spletne strani, obvešča člane o mesečnih aktivnostih društva. Do sebe je zahtevna, njen način komuniciranja je prijeten in prijateljski.

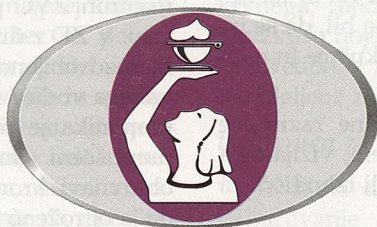
Poklic medicinske sestre zanjo ni samo poklic, ampak priložnost za dvig kakovosti življenja posameznika, družine in skupnosti. To dokazuje tudi z izvajanjem trenutno potekajočega projekta v Gornjem Gradu »Živimo zdravo«.

Za vso opravljeno delo, ki velikokrat govori samo zase, ter za vzpodbudo pri delu za naprej ji DMSZT Velenje podeljuje Srebrni znak za leto 2004.

Slavnost je spremljala glasba – glasba, ki je instrument v rokah ljudi, ki jo izvajajo. Ima posebno moč, da razveseli, pomirja, tudi razžalosti. Odvisno od tega, kaj želi umetnik z njo doseči. Nas je razveseljevala in pomirjala.

Sledile so želje: delajmo, kot da ne potrebujemo denarja, imejmo radi brez misli na to, da bi lahko trpeli, in plešimo, kot da nas nihče ne gleda; spoznajmo, kaj si v življenju želimo, odkrijmo svoje poslanstvo in svoj namen, postavimo si cilje in jih tudi dosegajmo, poiščimo pozitivne lastnosti tudi v stvareh, ki gredo narobe, kajti umetnost sreče je tudi v tem, da se znamo nasmejati in težavah.

In še več želja: za boljše razmere za delo, za učinkovitejši sistem izobraževanja, za večje možnosti specializacije in napredovanja, za več sodelovanja in boljše povezanost s krovno stanovsko organizacijo pri reševanju številnih dilem, za boljše odnose v negovalnem timu, za enakovredno sodelovanje v večpoklicnem timu – brez pridiha arogance in podcenjevanja, rojevale so se nadstropje nižje, spontano, ob prijetni hrani in glasbi.





Drugo strokovno srečanje izvajalcev zdravstvene vzgoje

Nedeljka Luznar in Andrea Backović Juričan

UVOD

V okviru Nacionalnega programa preventive srčno-žilnih bolezni se izvaja program zdravstvene vzgoje (ZV) v 64 zdravstvenovzgojnih centrih (ZVC) po Sloveniji, ki so v posameznih zdravstvenih domovih. Poleg ZV vsebuje nacionalni program tudi preventivne preglede populacije, stare od 35 do 70 let, ki jih izvajajo zdravniki splošne medicine. V sam program ZV pa se vključujejo pregledani posamezniki, ki so za več kot 20 % ogroženi za nastanek srčno-žilnih in ostalih kroničnih nealezljivih bolezni. Programi ZV so sestavljeni iz individualnega svetovanja (glede opuščanja kajenja in zmerne pitja alkohola) in dela v skupini. V obdobju od začetka januarja do oktobra leta 2004 se je delavnic udeležilo 18 815 ljudi. Število udeležencev po posameznih delavnicah je naslednje: zdrav življenjski slog (5280), test hoje (3270), dejavniki tveganja (4930), prehrana (1900), telesna dejavnost (790), hujšanje (2115) in opuščanje kajenja (530).

Delavnice ZV za odrasle izvaja približno 250 zdravstvenih delavcev, od tega je delež medicinskih sester okrog 80 %, ostali pa so fizioterapevti, zdravniki in ostali. Vodja (oz. koordinator) ZVC je v več kot 90 % kader s področja zdravstvene nege (profesor zdravstvene vzgoje, višje in diplomirane medicinske sestre). Vsi izvajalci delujejo tudi na drugih področjih primarnega zdravstvenega varstva (patronaža, fizioterapija, ambulantno delo ...).

Nacionalni program poteka po metodologiji, ki jo je razvil CINDI Slovenija. Zato poskušamo vsem izvajalcem nuditi strokovno pomoč in podporo ter v ta namen poleg ostalih aktivnosti organiziramo 1-krat letno strokovno srečanje izvajalcev ZV.

Namen letošnjega srečanja, ki je potekal 17. in 18. novembra v prostorih ZD Ljubljana-Center je bil, da se izvajalci spoznajo med seboj, si izmenjajo izkušnje in nadgradijo svoje strokovno znanje.

Predstavljeni so bili rezultati nacionalne raziskave CINDI, projekt Lokalno informacijski sistem, vizija dela za naprej in primeri dobre prakse, ki so bili izhodišča za delo v štirih učnih delavnicah.

Vsaka delavnica je bila vsebinsko opredeljena in vezana na točno določen del programa ZV. V tem prispevku želimo posredovati povratno informacijo o delu v posamezni delavnici, ki je bilo usmerjeno v pridobitev in analiziranje pozitivnih in negativnih izkušenj ter pridobivanju predlogov za nadaljnje delo.

PRVA DELAVNICA: IZMENJAVA IZKUŠENJ GLEDE ORGANIZACIJE IZVAJANJA PROGRAMA ZV

V prvi delavnici je bilo izhodišče dela vezano na samo organizacijo delavnic ZV, usmerjanja ogroženih v programe, sodelovanje med timom osebnega zdravnika in izvajalci ZV (seznanjanje ljudi s programom ZV,

napotitev že ob preventivnem pregledu, objava programov ZV v čakalnicah) ter povezovanje znotraj ZVC in širše v lokalno skupnost.

Zaključki delavnice govorijo o pozitivnih učinkih, ki se izražajo predvsem v zadovoljstvu in spodbudnem gledanju na zdravje tako zdravstvenih delavcev kot populacije, ki je bila obravnavana v okviru preventive. Vsi vpleteni so vključeni v interformalno (nehotno) učenje, pridobljeno znanje pa se prenaša tudi širše, predvsem na za njih pomembne ljudi (svojce, prijatelje, sodelavce).

V okoljih, kjer potekajo različne akcije za promocijo zdravja (testi hoje, sodelovanje s trgovinami in fitnes centri, promocija zdrave prehrane, medijsko oglaševanje zdravega življenjskega sloga ipd.), imajo izvajalci ZV olajšano delo, večjo udeležbo na delavnicah ZV in boljše rezultate. Zelo pomembna sta podpora in sodelovanje vodstva ZD, k čemur pripomore tudi poročanje vodje direktorju ZD o delu v ZVC. Za boljše sodelovanje med izvajalci zdravniških pregledov, fizioterapevti in izvajalci ZV pa se je pokazalo kot zelo pozitivno dvakratletno poročanje vodje/ koordinatorja ZV na kolegiju splošne medicine. V okoljih, v katerih upoštevajo načelo, da se ljudje najprej vključijo v kratke programe in nato nadaljujejo z delavnicami prehrane, gibanja in hujšanja, so rezultati ravno tako boljši.

Kot težave pa so udeleženci delavnice navedli: da se fizioterapevti premalo vključujejo v izvajanje programov ZV in brez udeležbe strokovnega kadra ni možno speljati specifičnih delov programa, kot so npr. testi hoje. Ravno tako nekateri menijo, da so fizioterapevti izpadli iz izobraževanja izvajalcev ZV. Navajajo tudi težave pri izvedbi programov ZV kot dodatno delovno obremenitev. V majhnih ZVC je čutiti pomanjkanje kadra (1 oseba za vse). V ZD z dislociranimi enotami je težava oddaljenost in razdrobljenost. V nekaterih okoljih sploh ni imenovanega vodje/ koordinatorja ZV. Izvajalci ZV tudi čutijo pomanjkanje pedagoškega znanja in ocenjujejo, da so prepuščeni sami sebi. Dodatno obremenitev čutijo pri obravnavi kronično bolnih posameznikov. Ugotavljajo, da je ogroženo populacijo težje motivirati za vključitev v programe ZV in menijo, da bi morali motivacijo izpeljati že ob preventivnem pregledu. Izpostavljena je tudi slaba povezava med privatnimi zdravniki in ZVC.

Predlogi izvajalcev ZV so, naj motivacijo za vključitev v delavnice izvaja zdravnik ob pregledu. Izdela naj se stalni/ fiksni urnik z informacijami o programih ZV. Poenoti naj se organizacijsko shemo za vso Slovenijo. Določiti se morajo normativi ter sistematizirati delovna mesta. Na delavnicah je zaželena prisotnost zdravnika. Nujna je ustrezna komunikacija med izvajalci ZV in osebnimi zdravniki. Smiselno je, da en izvajalec programov ZV spremlja posameznika skozi celotni proces izobraževanja. V izvajanje delavnic je potrebno vključiti



čim več kadra iz drugih služb v ZD ter omogočiti redno zaposlitev tistim, ki delajo v ZVC za določen čas.

DRUGA DELAVNICA: MNENJE IN PREDLOGI O VPRAŠALNIKU IN DELU Z VPRAŠALNIKOM »KAJ IN KOLIKO JEŠ?«

Omenjeni vprašalnik, ki ga uporabljamo v praksi kot didaktični pripomoček in sredstvo za posnetek prehranskih navad udeležencev, je pokazal določene pomanjkljivosti. Zato smo pripravili izboljšano verzijo in jo predstavili udeležencem srečanja. Ti so imeli nekaj pripomb na vprašalnik, ki jih bomo upoštevali. Popravljeni vprašalnik bomo testirali in ga posredovali vsem izvajalcem, da ga bodo lahko uporabljali pri svojem delu.

TRETJA DELAVNICA: IZMENJAVA IZKUŠENJ O USPEŠNIH METODAH DELA V DELAVNICI ZDRAVO HUIŠANJE

Poudarili so naslednja vprašanja. Ocenjujejo, da imajo premalo praktičnega znanja in da poznajo premalo primerov dobre prakse. Postavljajo se jim vprašanja, kako posamezniku dvigniti samopodobo in kaj storiti, kadar posamezniki ne želijo pisati dnevnikov. Opažajo, da je težava zapisovati telesno maso. Ugotavljajo, da je moteče, če je skupina različna po starosti in zmožnosti spremljanja programa ter dela udeleženca na sebi. Drugim se zdi vprašljiv jesenski začetek dela s skupino zaradi novoletnih praznikov. Predlagajo drugačno časovno razporeditev vsebin, npr. predavanje o telesni dejavnosti je prepozno.

Kot veliko težavo navajajo vzdrževanje motivacije v samem procesu huišanja in kako zagotoviti optimalno prilagoditev ciljem, da jih ne bi izničili oz. da bi bili cilji še vedno element motivacije.

Z veseljem pa ugotavljamo, da so delovne skupine navajale bistveno več pozitivnih izkušenj. Tako se je nabralo kar nekaj zelo dobrih in originalnih rešitev, ki so jih izoblikovali izvajalci pri svojem delu. Silno pomembno se jim zdi, da se udeleženci udeležijo najprej kratkih delavnic in delavnice zdrave prehrane ter se potem vključijo še v delavnico huišanja. Tako pride do izraza kompleksnost programa, posamezniki osvojijo in utrdijo znanje in ga lahko povežejo z izkušnjami v vsakdanjem življenju. Pri tem je pomembno, da imajo udeleženci možnost preveriti svoje znanje na ustrezen način (izvedba kvizov, kratki vprašalniki, odgovarjanje na vprašalnike v skupini). Istočasno ali po končanem huišanju so lahko vključeni tudi v delavnico telesna dejavnost – gibanje.

V času izvajanja delavnice ocenjujejo kot zelo dobro in pomembno delo v skupini na področju čustvenih dejavnikov (zaupanje v skupini, čustvena sproščenost, delovanje na »dolgi rok«, aktivnost članov skupine, vodenje dnevnika, predstavitev uspešno huišajočega posameznika, sproščanje, vodenje evidence o uspešnosti, prikaz uspešnosti skupine, nagrajevanje in pohvala, dodatna predavanja psihologov). Na področju prehrane so predlagali nekatere zelo dobre izkušnje, kot so skupno kuhanje, sestavljanje jedilnikov, izračunavanje bazalnega me-

tabolizma, predstavitev manj znanih živil, udeleženci pri-nesejo enote s seboj, uporaba delovnih listov, skupen obisk v trgovini, obisk v gostilni in naročanje zdrave hrane itd. V okviru področja telesne aktivnosti pa ugotavljajo pozitivne učinke izvedbe testov hoje in primerjavo napredka, skupni obisk fitnesa, predstavitev različnih oblik telesne vadbe, organizirani pohodi v naravi, skupni posebej dogovorjeni sprehodi. Pozitivni učinki so se pokazali tudi skozi organizacijo dodatnih aktivnosti (izleti, večerje, plesi, zaključki programov s pogostitvijo, ki jo pripravijo udeleženci.)

ČETRTA DELAVNICA: IZMENJAVA IZKUŠENJ GLEDE DELA V DELAVNICAH TEST HOJE, TELESNA DEJAVNOST – GIBANJE IN NACIONALNEM PROJEKTU SLOVENIJA V GIBANJU, Z GIBANJEM DO ZDRAVJA

Test hoje

Udeleženci ugotavljajo, da je test hoje dobro sredstvo za promocijo hoje, ugotavljanje stanja telesne pripravljenosti in da vodi posameznika v motivacijo za redno gibanje ter predstavlja dobro izhodišče za vključitev v delavnico telesna dejavnost – gibanje ter delavnico huišanja.

Ekonomičnost izvede testa pride najbolj do izraza, če teste iz programov ZV za ogroženo populacijo združimo s t. i. »občinskimi« testi, ki so namenjeni vsesplošni populaciji. Udeleženci se ob gibanju tudi bolj sproščeno družijo med seboj.

Večina izvajalcev ZV pravi, da je izraz »test« terminološko neustrezen. Kot negativne izkušnje pri izvedbi testa hoje so navedli, da jim primanjkuje napotkov in pripomočkov (npr. merilcev srčnega utripa) za samo izvedbo testa. Organizacijske težave so: preveliko število testirancev naenkrat, pomanjkljivo sestavljene ekipe za izvedbo preizkusa, odvisnost od vremenskih razmer in ljudem ustreznih terminov.

Predlagajo uporabo izraza preizkus hoje in meritev krvnega tlaka tako pred preizkusom kot tudi po preizkusu hoje. Vsak ZVC mora imeti ustrezno velik tim za izvedbo, v katerem ima vsak član svojo zamenjavo in opredeljene zadolžitve.

Delavnica za telesno dejavnost – gibanje

Tovrstna delavnica nudi širok spekter možnosti za vključevanje telesno nedejavnih v redno gibanje. Navajajo, da lahko tovrstno delavnico popestrimo s prikazom različnih oblik telesne vadbe (npr. obisk fitnesa ali bazena, prikaz hoje s palicami na prostem ali pohodi v hribe, telovadba v telovadnici in predavalnici) in s šalami ter petjem (npr. udeležence zadolžimo za izbor šal in pesmi). Ugotavljajo tudi dober odziv in sproščenost udeležencev na pestre pripomočke za telesno vadbo in ustrezno glasbo v kombinaciji z gibanjem.

Največji težave predstavlja izvajalcem nehomogenost skupine glede spola, starosti in ravni zdravstvene ogroženosti, zato navajajo, da potrebujejo dodatna znanja in veščine oz. nadgradnjo svojega obstoječega znanja. Opažajo, da je interes udeležencev zmanjšan, če so samo



predavanja, in obenem menijo, da je delavnica časovno prekratka za učinkovito praktično izvedbo telesne vadbe ter da človeka odpustimo, ko je na pol poti motiviran glede vključevanja redne telesne dejavnosti v svoj življenjski slog.

Za dvig deleža izvedbe in kvalitete tovrstne delavnice udeleženci srečanja predlagajo, da se izvedbeni kader tesno poveže med seboj (predvsem fizioterapevti) in oblikujejo sistem za konstantno izmenjavo izkušenj.

Nacionalni projekt Slovenija v gibanju, z gibanjem do zdravja

Zdravstveni in športni strokovnjaki v okviru lokalno promocijsko preventivnih skupin (skrajšano: LPPS) že od leta 1999 naprej sodelujejo pri izvedbi nacionalnega projekta Slovenija v gibanju, z gibanjem do zdravja. Na državni ravni tovrsten projekt, ki je namenjen promociji gibanja za zdravje in dvigu deleža premalo telesno dejavne in telesno nedejavne, predvsem odrasle slovenske populacije, koordinirata CINDI Slovenija in Športna unija Slovenije.

Na srečanju izvajalcev ZV udeleženci LPPS navajajo povezovanje z drugimi ustanovami, društvi in organizacijami kot izjemno pozitivno izkušnjo. Menijo, da projekt predstavlja dobro idejo za promocijo zdravja in gibanja.

Ravno tako pravijo, da udeležencem različnih starostnih skupin omogoča zanimivo druženje in izvajalcem ZV nudi idealno možnost za promocijo programov ZV oz. delavnic.

Moti pa jih, da ponekod slabo sodelujejo s športno sfero (športne zveze, društva, klubi ipd.) in da je kljub medijskim obvestilom marsikje slaba udeležba na testih ter da ni mladih udeležencev na preizkusih hoje. Ravno tako pa je zaradi previsokih cen preslaba TV obveščnost glede projektnih aktivnosti in izvedba tovrstnih dogodkov ni financirana.

Glede popestritve in razširitve tovrstnega nacionalnega projekta prisotni sodelavci projekta na srečanju predlagajo dodelavo sistema medijske promocije (TV, radio, časopisi na lokalni in nacionalni ravni) »občinskih« testov, namenjenih vsesplošni populaciji in ostalih akcij v okviru projekta ter intenzivnejše povezovanje s partnerji, ki niso s področja zdravstva.

ZAKLJUČEK

Delo po skupinah nam je dalo dragocene izkušnje, mnenja in ugotovitve, ki jih bodo izvajalci ZV s pridom uporabljali v vsakdanji praksi. Organizatorji srečanja smo želeli ovrednotiti srečanje samo in smo v ta namen pripravili anketni vprašalnik. Nanj je odgovarjalo 46 od 114 udeležencev. Z ocenami od 1 (zelo slabo) do 5 (odlično) so ocenjevali: vsebino srečanja (povprečna ocena: 4,5), uporabljene metode dela (povprečna ocena: 4,3), organizacijo srečanja (povprečna ocena: 4,1), pridobitev zelenih informacij (povprečna ocena: 4,2), trditev, da jim je udeležba dala spodbudo za nadaljnje delo (povprečna ocena: 4,2) ter vzdušje in neformalne kontakte (povprečna ocena: 4,6).

Za nadaljnja strokovna srečanja so predlagali naslednja vsebinska področja: pedagogika, psihološke vsebine, skupinska dinamika, spretnost javnega nastopanja, izobraževanje za specialna področja telesne aktivnosti in prehrane.

Na podlagi navedenega lahko sklepamo, da je strokovno srečanje doseglo zastavljene cilje. Menimo, da so tovrstna srečanja nujno potrebna in pričakujemo udeležbo izvajalcev ZV tudi v prihodnje.

Podrobnejše informacije o srečanju lahko preberete na spletni strani: WWW.CINDI-SLOVENIJA.NET

CINDI Slovenija, Ulica Stare pravde 2, 1000 Ljubljana

Tel.: 01 / 300-97-14, Faks: 01/438-34-84

e-naslova: nedeljka.luznar@zd-lj.si ali

andrea.backovic-jurican@zd-lj.si



SDMI - Slovensko društvo za medicinsko informatiko in Sekcija za informatiko v zdravstveni negi

Emma Dornik, Tomaž Marčun, Drago Rudel

POROČILO S KONGRESA »MEDICINSKA INFORMATIKA '2004«

Slovensko društvo za medicinsko informatiko je 1. in 2. decembra 2004 na Bledu organiziralo kongres medicinske informatike z naslovom »E-zdravje v e-Sloveniji«. Udeležilo se ga je preko 150 predstavnikov zdravstvene politike, vodstva, zdravnikov, medicinskih sester in informatikov v zdravstvu.

Številni predavatelji so govorili o dejavnem sodelovanju Slovenije pri graditvi skupnih evropskih rešitev.

Teme kongresa so bile:

- Smernice Evropske unije za e-zdravje in spremembe v Sloveniji
- Skupine primerljivih primerov (SPP) v praksi
- Odvisne in neodvisne informacijske tehnologije v zdravstvu – za in proti
- Enovita dokumentacija zdravstvene nege
- Projekti strokovnih skupin
- Kakovost v zdravstvu

Kongres je postregel s celovitim pregledom slovenskih dosežkov medicinske informatike in informatike v zdravstveni negi zadnjega leta ter prikazal vizijo za njen nadaljnji razvoj v Sloveniji. Predstavljene so bile usmeritve in razvojni programi Evropske unije ter izkušnje Nizozemske pri enotnem načrtovanju v posamezni državi in uvajanju informatizacije zdravstva, prav tako pa priprave na izvedbo projekta »Povezana Slovenija« (podprojekt E-poslovanje). Projekt konkurira za sredstva iz strukturnih skladov Evropske unije in predstavlja pomemben razvojni korak v slovenski medicinski informatiki, zato mu je kongres namenil polno podporo.

Ena od tem kongresa je bila uvajanje sistema skupin primerljivih primerov v slovenskih bolnišnicah. Predavatelji so prikazali zanimive izkušnje iz novo vpeljanega sistema in zelo aktualne pobude za nadaljnji razvoj. Pri uvajanju sistema SPP je pred bolnišnicami še veliko nalog, ki zahtevajo še naprej zavzetost zdravstvenih delavcev v bolnišnicah. Kongres je jasno opozoril, da je potrebno pod okriljem Ministrstva za zdravje zagotoviti nadaljevanje usklajenega in koordiniranega usposabljanja osebja v bolnišnicah, da je potrebno nadaljevati z lokalnimi prilagoditvami vpeljanega avstralskega sistema in da je potrebno zagotoviti stalno podporo bolnišnicam pri zagotavljanju odgovorov na odprta vprašanja, ki se pojavljajo vsak dan.

Pereča tema kongresa je bila tudi zagotavljanje kakovosti v zdravstvu. Ministrstvo za zdravje je predstavilo svoje smernice in predlog za ustanovitev agencije za kakovost v zdravstvu, kakršno so ustanovile že številne druge starejše in mlajše članice evropske unije.

Zdravniška zbornica je predstavila svoje napore in dosežene rezultate izboljševanja kakovosti strokovnega dela zdravnikov, ki jih je bilo moč doseči z zbiranjem in objavo primerjalnih podatkov strokovno medicinskih kazalnikov. Ob tem je bilo poudarjeno, da je potrebno zagotoviti čim širše sodelovanje vseh zdravstvenih delavcev pri opredeljevanju kakovosti, da bodo vedeli, kje so v slovenskem prostoru, in neprestano izboljševali rezultate svojega dela. Del pozornosti stroke bo v prihodnje potrebno usmeriti tudi v zagotavljanje zdravlja zunaj zdravstvenih institucij, tj. na domu pacienta in z "zdravljenjem na daljavo".

Praktični primeri uporabe informacijskih rešitev, ki so jih prikazali zdravniki in drugi zdravstveni delavci, so pokazali, da je informacijska tehnologija nedvomno ena ključnih podlag za kakovostnejše storitve in za zniževanje stroškov ter na koncu za večje zadovoljstvo pacienta.

Uvajanje informacijskih tehnologij postaja vse bolj pomemben dejavnik za povečevanje kakovosti zdravstvene oskrbe pacienta in učinkovito uporabo novih spoznanj in virov, ki so na voljo. Vključitev v Evropsko unijo narekuje Sloveniji dejavno sodelovanje pri graditvi skupnih evropskih rešitev in prenos mednarodnih izkušenj in standardov v domače okolje. V zadnjem letu so na področju zdravstvene informatike v Sloveniji nastale številne nove ideje, projekti in rešitve, ki jih je bilo vredno predstaviti.

Kongres je ponudil presek dogajanja na področju zdravstvene informatike v Sloveniji in predstavil evropske usmeritve. Namenjen je bil sedanjim in prihodnjim uporabnikom informacijskih sistemov, raziskovalcem in razvijalcem ter vodstvenim delavcem.

Še kratko obvestilo vsem bralkam in bralcem Utripa.

Sekcija za informatiko v zdravstveni negi vas vabi k ogledu prenovljenih spletnih strani na naslovu: <http://www.mf.uni-lj.si/sizn/>





Zaključki posveta o aktivnostih posodabljanja in razvijanja novih izobraževalnih programov na področju zdravstva

Jelka Drobne

Posvet je bil 20. 1. 2005 na Centru RS za poklicno izobraževanje, Ob železnici 16, Ljubljana.

Na posvetu so aktivno s svojimi prispevki sodelovali:

- Predstavnica avstrijskega ministrstva za zdravje in ženske,
- predstavnica Ministrstva za zdravje v RS,
- predstavnica ministrstva RS za delo, družino in socialne zadeve,
- predstavnica Zavoda RS za zaposlovanje, predstavniki Centra RS za poklicno izobraževanje.

V razpravi pa so sodelovali:

- predstavnica Zbornice zdravstvene nege,
- predstavnice javnih zavodov/ zaposlovalcev tehnikov zdravstvene nege,
- predstavnice KC,
- predstavnice srednjih zdravstvenih šol in
- predstavnik avstrijskih delodajalcev iz Gradca.

ZAKLJUČKI POSVETA :

1. ALI JE TEHNIK ZDRAVSTVENE NEGE ZAPOS LJIV?

Na podlagi statističnih podatkov ZRSZ (januar – november 2004) izhaja, da v celotni Sloveniji povpraševanje po poklicu Zdravstveni tehnik, Tehnik zdravstvene nege presega ponudbo na trgu dela . Še več! V navedenem obdobju se je zaposlilo le 65,4 % zdravstvenih tehnikov glede na izkazane potrebe.

Glede na navedene podatke izhaja, da je zdravstveni tehnik potreben in zaposljiv.

2. PODLAGA ZA PRIPRAVO IZOBRAŽEVALNEGA PROGRAMA

Po zakonu o nomenklaturah je potrebno po petih letih vse nomenklature zamenjati s poklicnimi standardi. Ker v letu 2005 poteče nomenklatura za poklic tehnik zdravstvene nege, **bo potrebno v tem letu izdelati poklicni standard za poklicni profil tehnik zdravstvene nege.**

Sklep:

Predstavniki delodajalcev ali javnih zavodov **pripravijo pobudo za pripravo poklicnega standarda tehnik zdravstvene nege**, Center RS za poklicno izobraževanje pa bo skladno z veljavno metodologijo s predstavniki delodajalcev izdelal **poklicni standard** za Tehnika zdravstvene.

ki mora biti

- transparenten,
- z jasno definiranim področjem dela in s
- transparentnimi poklicnimi kvalifikacijami in poklicnimi kompetencami (jasno definirane poklicne kompetence, »vidne« umeščene v mednarodni okvir).

3. IZOBRAŽEVALNI PROGRAM

Na podlagi poklicnega standarda bomo prenovili izobraževalni program tehnik zdravstvene nege, ki bo:

- fleksibilen (izbirnost, odprti kurikulum),
- transparenten,
- vključeval kreditne točki, ki bodo omogočale dijakom priznavanje splošnih, ključnih in poklicnih kompetenc tako na horizontalni , kot na vertikalni ravni
- kompetenčno zasnovan (vsebinski sklopi, ki bodo odgovarjali poklicnim kompetencam zapisanim v poklicnem standardu),
- imel glede na sedanji program večji delež strokovne teorije in večji delež praktičnega izobraževanja in usposabljanja.

Tako prenovljen izobraževalni program bo omogočal usposobitev za neposredno delo v delovnem procesu za kompetence, opredeljene v poklicnem standardu.

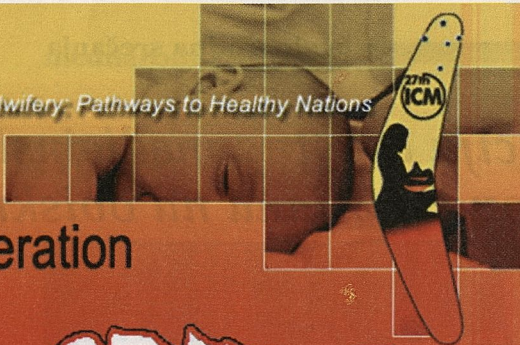
July 24 - 28 2005
Brisbane, Queensland
Australia

27th

Triennial Congress

International Confederation of Midwives

Midwifery: Pathways to Healthy Nations



BRISBANE AVSTRALIJA

DATUM POTOVANJA: 21. 07. 2005

ČAS POTOVANJA: 10/11 DNI

1. dan: 21. 07.: LJUBLJANA – MÜNCHEN

Zbor potnikov na letališču Brnik uro in pol pred poletom letala. Polet letala proti Münchnu bo 18.30. Pristanek v Münchnu ob 19.30. uri ter nadaljevanje ob 22.50 uri.

2. in 3. dan: 22.07. in 23.07: DUBAI – BRISBANE

Vmesni pristanek 2. dne v Dubaju ob 06.45 ter nadaljevanje poleta ob 08.45. Pristanek v Sidneyju 06.20 3. dne. Sledi celodnevni ogled mesta z vmesnim postankom v hotelu in časom za osvežitve. To hitro rastoče mesto privablja mnoge s svojim umirjenim stilom in čudovito pokrajino. Dopoldan si bomo ogledali glavne znamenitosti živahnega centra, zgodovinske lokacije in domove in popularno južno obrežje reke z tržnico. Popoldan se bomo razgledali z griča Mount Coot in obiskali Lone Pine Koala Sanctuary. Nastanitev v hotelu. **Večerja** v restavraciji in nočitev.

4. dan, 24.07.: BRISBANE - 27th TRIENNIAL CONGRESS

Zajtrk. **Otvoritvena slovesnost kongresa.** Nočitev.

5. dan, 25. 07.: BRISBANE - 27th TRIENNIAL CONGRESS

Zajtrk. Dan, namenjen obisku kongresa. Nočitev.

6. dan, 26. 07.: BRISBANE - 27th TRIENNIAL CONGRESS

Zajtrk. Dan, namenjen obisku kongresa. Nočitev.

7. dan, 27. 07.: BRISBANE - 27th TRIENNIAL CONGRESS

Zajtrk. Dan, namenjen obisku kongresa. Nočitev.

8. dan, 28.07.: BRISBANE - 27th TRIENNIAL CONGRESS IN ZAKLJUČNA SLOVESNOST

Zajtrk. Dan, namenjen obisku kongresa in zaključna slovesnost. Nočitev.

9. dan, 29. 07.: BRISBANE - SIDNEY

Zajtrk. Transfer na letališče ter polet v Sydney ob 08.05. Prihod v Sydney ob 09.35. Sledi ogled mesta in severnih plaž. Najprej se bomo popeljali skozi predel Rocks, preko zaliva in mostov Spit do severnih surferskih plaž Curl Curl, Freshwater, Queenscliff in North Steyne. Nadaljevali bomo do razgledne točke North Head, od koder je pogled na ustje pristanišča Sidney še posebej čudovit. Obiskali bomo še mesta Manly s postankom na pomolu ter sprehodom po obmorski promenadi. Sledi vrnitev v mesto in vkrcanje na ladjo na pomolu Circular Quay. Z ladjico se bomo zapeljali po zalivu ter v sproščenem okolju in **samopostrežnem kosilu** doživeli spektakularen pogled na pristanišče. Nastanitev v hotelu in nočitev.

10. dan, 30. 07.: SIDNEY

Zajtrk. Sledi ogled osrednjega dela mesta in južnih plaž. Med ogledom bomo videli del mesta s pristaniškim mostom, operno hišo, kozmopolitanskim Kings Crossom, zgodovinskim vzhodnim predelom ... Obiskali bomo še Watson Bay, od koder bomo imeli lep razgled na Pacifik. Za konec pa bomo obiskali opevačo plažo Bondi Beach. Ogled bomo končali na letališču, od koder bomo ob 18.45 poleteli proti Dubaju, kamor bomo prispeli ob 05.55 naslednjega dne.

11. dan, 31. 07.: DUBAI - MÜNCHEN – LJUBLJANA

Nadaljevanje poleta proti Evropi ob 08.05. Obrok na letalu. Pristanek na münchenskem letališču ob 12.30 ter nadaljevanje poleta na Brnik ob 14.00. Prihod na Brnik predvidoma ob 14.50.

INFORMATIVNA CENA POTOVANJA:

ŠT. POTNIKOV/ HOTEL	Hotel 4 *	Hotel 3*
Pri 10 udeležencih	2.371,- EUR	2.266,- EUR
Pri 15 udeležencih	2.208,- EUR	2.128,- EUR
Pri 20 udeležencih	2.148,- EUR	2.053,- EUR

Rezervacija letalskih kart in hotelov še ni urejena. V tem trenutku so na letalih še prosta mesta po ugodnih cenah, vendar jih brez imen ne moremo zagotavljati. Prav tako nam lokalna agencija ne more zagotavljati nastanitve v Brisbanu brez imen in dokončne potrditve. Zato je cena zgolj informativna. Če bi se odločili za potovanje brez slovenskega spremljevalca, bi bilo potovanje na osebo cenejše za približno 50.000,- SIT.

CENA POTOVANJA VKLJUČUJE:

- letalska vozovnica na omenjeni relaciji
- notranji letalski prevoz Brisbane - Sydney
- avtobusni prevozi po Avstraliji po programu
- nastanitev v hotelih s 3* oz. 4* v Sidneyju in Brisbanu s samopostrežnim/polnim avstralskim zajtrkom
- obroki po programu
- vožnja z ladjo po Sidneyjskem zalivu s kosilom
- celodnevni ogled mesta Brisbane
- vstopnine po programu
- ostali ogledi po programu brez vstopnin
- slovensko spremstvo in organizacija potovanja
- zdravstveno zavarovanje z asistenco – Coris

OBVEZNO DOPLAČILO:

letališke pristojbine: 55.600,- SIT

doplačila za vizo za Avstralijo: 18.400 SIT (77,- EUR)

REGISTRACIJA: DO 01. 05. 2005 PO 01. 05. 2005

POLNA 850,- AUD (500,- EUR) 990,- AUD (580,- EUR)

ŠTUDENTSKA 495,- AUD (300,- EUR) 650,- AUD (380,- EUR)

DNEVNA NI NA VOLJO 395,- AUD (235,- EUR)

ŠTUDENTSKA DNEVNA NI NA VOLJO 295,- AUD (175,- EUR)

in vključuje: vsa kongresna srečanja od ponedeljka, 25. 07.

2005, do vključno četrta, 28. 07. 2005

otviritvena slovesnost 24. 07. 2005

kongresni infopaket z materiali

kosila ter postrežba čaja dopoldan in popoldan v času kongresa

DOPLAČILA: enoposteljna soba 103.000,- SIT (430,- EUR)

Skladno z 900. členom Obligacijskega zakonika si pridržujemo pravico do zvišanja cene (če pride do sprememb v menjalnih valutnih tečajih ali do sprememb v cenikih prevoznikov) in skladno z 902. členom istega zakona pravico do odpovedi potovanja (če se za potovanje ne prijavi vsaj najmanjše število potnikov, potrebnih za izvedbo potovanja). **Cena potovanja je izračunana dne 15. 01. 2005 pri udeležbi – PO TABELI - os-eb.** Splošni pogoji so sestavni del tega programa.

CONDOR TRAVEL

Tel.: 03 492 46 40, 03 428 4550, Faks: 03 4284552,

E-mail: info@condor-travel.com, www.condor-travel.com

Delegacija društva medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana na obisku v Sarajevu

Zdenka Dovč

Na poti iz Zlatibora v Srbiji, kjer smo, kot smo že poročali, predstavniki Društva medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana pripravili *Dan slovenske zdravstvene nege*, smo se v ponedeljek, 25. oktobra 2004 v popoldanskih urah ustavili še v Sarajevu. Po namestitvi v Grand hotelu smo si pod strokovnim vodstvom ogledali mesto. Najprej smo iz avtobusa opazovali mestni utrip Sarajeva, kasneje pa smo se sprehodili po znani Štrosmajerjevi ulici mimo Katedrale, ki je center krščanske vere v BIH. Ogledali smo si tudi njihovo tržnico. Pogled na Baščaršijo ostaja enak, kot je bil pred 25 leti, ko sem bila nazadnje v Sarajevu.

Za trenutek smo radovednice vstopile tudi v največjo džamijo na Balkanu – Gazi Husrev-begovo džamijo. Nadeti smo si morale pokrivala in le za hip smo lahko pokukale v notranjost, kajti verniki še niso končali s svojim obredom.

Vodička nas je nato peljala na »kraj zločina«, na vogal hiše pri Latinskem mostu, kjer je Gavriilo Princip leta 1914 naredil atentat na Franca Ferdinanda in njegovo ženo Sofijo. Bolj kot daljna zgodovina je v zraku visel še živ spomin na zadnjo vojno, na grozote, ki smo jih v tistih časih spremljali po televiziji, in marsikje so vidne sledi brezumnega početja, ki ga bodo pomnile še generacije. O tem bodo najbrž še dolgo pričala tudi pročelja zgradb in nova pokopališča.

Proti večeru smo si izpred restavracije Park prinčeva, ki leži na jugozahodnem bregu Sarajeva, privoščili čudovit panoramski razgled na celotno Sarajevo, na Baščaršijo, narodno knjižnico, olimpijsko dvorano Zetra in okoliške griče.

V torek zjutraj smo si najbolj sladkosnedi v slaščičarni Bosna-Saraj nakupili najboljših baklav in drugih pregrešno sladkih dobrot.

Sledil je strokovni obisk Kliničnega centra v Sarajevu.

Vodstvo centra nas je pristrčno sprejelo, kar je posnela tudi televizija BIH Hayat. Sprejela sta nas glavna medicinska sestra ga. Svada Švrakić in g. Sead Džomba, predsednik njihove »komore« (zbornice). V sejni sobi smo, po pozdravnih govorih z obeh strani, imeli zanimivo diskusijo. Ga. Darinka Klemenc in g. Peter Požun sta predstavila naše društvo, pa tudi krovno organizacijo Zbornico – Zvezo, njuno delovanje in organiziranost. Najbolj aktualna dogajanja v Sloveniji se trenutno nanašajo na pridobitev zakonskih podlag našega strokovnega delovanja (priprava registra, strokovnega nadzora, licenc) ter vključenost Slovenije in s tem tudi medicinskih sester v evropske tokove, med drugim tudi v ICN, kar kolegice in kolege iz bivše »Juge« zelo zanima.

Glavna medicinska sestra ga. Švrakić je opozorila na vprašanje šolanja in zaposlovanja medicinskih sester. V



Glavna medicinska sestra KC Sarajevo, ga. Svada Švrakić in g. Sead Džomba, predsednik zbornice (v sredini), z delegacijo DMSZT Ljubljana

BIH imajo kar 28 srednjih šol za medicinske sestre, v kantonu Sarajevo je tako 2500 medicinskih sester (zdravstvenih tehnikov?) na borzi. Ga. Švrakić nas je seznanila, da veliko njihovih kolegic in kolegov išče delo v arabsko govorečih deželah. Da je medicinskih sester res veliko, pove podatek, da imajo v celotni BIH 48 000 srednjih in 4800 višjih medicinskih sester. Imajo pa tudi veliko težav z organizacijo medicinskih sester na ravni države, saj je to tudi politično vprašanje. Pohvalili so se, da so njihove medicinske sestre zastopane celo v nekaterih upravnih odborih.

Po uradnem delu obiska smo se z glavnimi medicinskimi sestrami odpravili na ogled bolnišnice. Sama sem si ogledala kirurški oddelek, kjer imajo tudi depo za transfuzijo. Drugi so se prav tako razdelili v manjše skupine in vsak od nas je imel možnost ogledati si tisto, kar je želel. Klinični center Sarajevo je arhitekturno zanimiva, moderen grajena bolnišnica, kjer pa se že izkazuje pomanjkanje prostora, še posebno, ker so morali med vojno sem seliti porodnišnico, ki je bila porušena.

Prijaznim gostiteljem smo se lepo zahvalili in se razšli v želji, da bo naše srečanje le uvod v niz aktivnosti in dobro medsebojno sodelovanje v prihodnosti.

Na koncu smo posneli še skupno fotografijo za spomin in se z najboljšimi željami poslovili. Po dolgi, a živahni nočni vožnji smo v zgodnjih jutranjih urah utrujeni prispeli v Ljubljano. Naša maksimo vožnja v mini avtobusu je naredila svoje, čeprav se bomo našega potovanja v Srbijo in BIH še dolgo spominjali. Nenazadnje je takšno druženje tudi priložnost, da se ljudje med seboj dodatno spoznamo, si izmenjamo zanimive informacije, se tudi pošteno nasmejemo. Vzkljujejo nove ideje in padejo dodatne zadolžitve. Moja je bila, potem ko je žreb določil, da napišem tole poročilo.

Strokovna ekskurzija v Brescia in Mestre ali La bella Italia

Anita Prelec

Zvstopom Slovenije v Evropsko unijo so se spremenile kompetence in delo babic na področju babiške nege, prav tako tudi njihovo izobraževanje. Ker smo pred dvema letoma podrobneje spoznali delo babic v Avstriji in si ogledali porodnišnico v Feldbachu, smo za to ekskurzijo izbrali nam prav tako bližnjo sosedo – Italijo. S pomočjo tajnika italijanske babiške zveze Angela Moresa smo stopili v stik s pristojnimi v Splošni bolnišnici Brescia, na Medicinski fakulteti v Brescii – oddelku za babištvo, in v Bolnišnici Villa Salus v Mestrah.

Naše pobožne želje o lepem vremenu in dobrih razmerah na cestah je očitno slišal še kdo, kajti za strokovno ekskurzijo smo si izbrali najlepši, najbolj sončen vikend v mesecu decembru. Po šestih urah vožnje z avtobusom smo prispeli v Brescia, staro rimsko mesto z imenom Castrum Brixia, v srednjem veku pa cvetoče gospodarsko središče s številnimi delavnicami orožja.

Na oddelku za babištvo Medicinske fakultete v Brescii sta nas sprejeli predstojnica oddelka Miriam Guana in njena pomočnica Lucia Grassi. Sprejem tako velike delegacije (39 babic in medicinskih sester z Ginekološke klinike Kliničnega centra v Ljubljani) je bil prav veličasten – s šampanjcem in panetoni.

Predstavile so nam izobraževanje babic v Italiji, ki je v skladu s sektorskimi direktivami Evropske unije. Letno sprejmejo na oddelku 30 študentk (moških interesentov za zdaj še niso imeli), med prakso študentke opravijo predvidene posege (150 PAP brisov, 100 predporodnih pregledov, 40 porodov, 10 epiziotomij, šivanje raztrganin in epiziotomij, 5-krat samostojno inštrumentirajo pri carskem rezu ...). Možnosti zaposlitve za babice so dobre tako na primarni kot sekundarni ravni. Klinično prakso študentke opravljajo na ginekološko-porodniškem oddelku Splošne bolnišnice Brescia.

Tam nas je sprejel predstojnik oddelka, ki je bil zelo počaščen, saj dobro pozna Ginekološko kliniko v Ljubljani in dosežke ginekološke onkologije.

Ogled porodniško-ginekološkega oddelka je trajal kar nekaj časa, saj so bili pri informiranju tako velike skupine zelo natančni. Način dela na oddelkih je drugačen kot pri nas, saj ne omogočajo sobivanja matere in novorojenčka (le-ti so na štacijah), v isti sobi ležijo nosečnice, porodnice po carskem rezu in po porodu, dojenja ne podpirajo aktivno, na enoto intenzivne nege novorojenčkov pa je bilo nemogoče priti, saj imajo tudi starši le 30 minut na dan za obisk novorojenčka. V porodnih sobah, ki so bile videti zelo »bolnišnično«, je bilo v letu 2003 3600 porodov. Carskih rezov (v spinalnem bloku) imajo več kot kot 30 %, epiduralna analgezija med porod pa je mogoča kot nadstandardna storitev.

Večer smo preživeli v prelepem okolju Gardskega jezera v mestecu Sirmione z gradom iz 13. stoletja.



Na porodniškem oddelku Bolnišnice Villa Salus v Mestrah nas je sprejel vodja dr. Roberto Fraioli in nadzorna babica porodnega bloka Suzana Pistolato. V kratkem predavanju so nam predstavili porodniški oddelku: 1200 porodov letno, 12 babic, 10 ginekologov, 4 pediatri. Njihova tendenca so predvsem naravni porodi, individualen pristop (ena porodnica – ena babica), pri svojem delu upoštevajo načela SZO o fiziološkem poteku poroda. Vsi njihovi postopki so po načelu »evidence based medicine«. Daleč naokoli so znani po porodih v vodi, ki ga izvajajo od leta 2001. Po besedah gostiteljev so bili na začetku skeptični (babice in ginekologi), danes 20 % žensk tudi rodi v vodi. Takih porodov ne stimulirajo, ne uporabljajo analgetikov, porodnica pa vstopi v banjo s 600 litri vode v aktivni fazi poroda (4–5cm). O porodu v vodi smo si tudi ogledali kratek film. Trenutno so vključeni v mednarodno raziskavo o porodih v vodi in izidih takega načina poroda. Njihove ugotovitve so, da voda stimulira drugo porodno dobo, zmanjša uporabo zdravil in manj je poškodb presredka in nožnice.

Še vedno pa se 25 % nosečnosti (tudi vse medenične vstave) končajo s carskim rezom (druge po Italiji številka precej višja), poseg napravijo v spinalnem bloku. Delež izhodnih porodniških operacij je 2 %, kleščnega poroda ne uporabljajo. Vse porodnice pred 34. tednom nosečnosti napotijo v terciarni center v Padovo ali Treviso.

Seveda upoštevajo željo porodnice po epiduralnem bloku (7 %), čeprav je delovanje oddelka usmerjeno bolj v naravne metode. Babice lahko med porodom uporabljajo tudi aromaterapijo. Epiziotomijo naredijo le redko, poškodbe presredka in epiziotomijsko rano zašije babica. Večje raztrganine oskrbi ginekolog. Prisotnost partnerjev med porodom je 100-odstotna, velik poudarek pa dajejo pripravi na starševstvo med nosečnostjo.

Na oddelku otročnic omogočajo 24-urno sobivanje matere in otroka, v času hospitalizacije 97 % žensk doji, po 3 mesecih pa okoli 80 %. Hospitalizacija po normalnem porodu traja 4 dni, po carskem rezu 6 dni.

Naš dvodnevni izlet je bil pri koncu. Polni novih informacij smo se vrnil tja, kjer je nam najlepše – domov.



Poročilo z delovnega srečanja Evropskega združenja za enterostomalno terapijo v Newcastlu v Veliki Britaniji

Renata Batas

Od 3.–5. decembra 2004 je potekalo delovno srečanje predstavnikov evropskih držav v okviru Evropskega združenja enterostomalne terapije (ECET – European Council of Enterostomal Therapy). Udeležile so se ga enterostomalne terapevtke iz Velike Britanije, Češke, Slovaške, Madžarske, Španije, Portugalske, Avstrije, Nemčije, Finske, Danske in Slovenije. Program srečanja je potekal po naslednjem dnevnem redu:

1. Pozdrav predsednice Christel Ravenschlag (Nemčija);



Slika 1. Udeležence delovnega srečanja ECET (od leve proti desni): Marta Strnadova – Češka, Slavka Gramblichkova – Slovaška, Irja VIRKKI – Finska, Kirsten BACH – Danska, Jean PRESTON – Velika Britanija, Christel RAVENSCHLAG – Nemčija, Gerlinde WIESINGER – Avstrija, Maria DOLORES RUIZ – Španija, Marija MANUEL CASTRO – Portugalska, Renata BATAS – Slovenija, Ibolya JUHASZ – Madžarska.

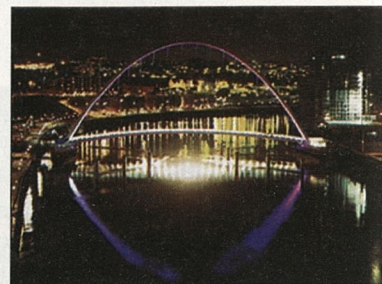
2. Pregled zadnjega zapisnika.

3. Letna članarina je 10 EUR. Prijavnice za članstvo so dosegljive pri predstavnikih držav članic.

4. Sestava upravnega odbora ECET:

- predsednica: Christel Ravenschlag, Nemčija;
- podpredsednica/tajnica: Jean Preston, VB;
- blagajničarka: Rosine Van Den Bulck, Belgija;
- ref. za odnose z javnostjo: Kirsten Bach, Danska.

5. Izdelan je bil logotip evropskega združenja.



6. Izdelane so zloženke ECET, v katerih je v angleškem jeziku opisan nastanek združenja, njegova filozofija, glavni cilji.

Zloženka ECET

Predsednica ECET Christel Ravenschlag. E-naslov: christel.ravenschlag@mednet.uni-muenster.de



Matični urad združenja: 25, Avenue de Floreal, 1180 Brussels, Belgium

Evropsko združenje enterostomalne terapije je bilo ustanovljeno in uradno registrirano v Münchnu junija 2003 kot neprofitna organizacija za vse zdravstvene delavce, ki skrbijo za paciente s stomo, stomiste. Filozofija tega združenja je razvijati skupno identiteto in pomen ciljev za vse medicinske sestre in zdravstvene delavce, ki se zanimajo za enterostomalno terapijo ali delajo na tem področju.

Glavni cilji združenja so:

- premestiti mednarodne zapreke in oblikovati enotno evropsko identiteto;

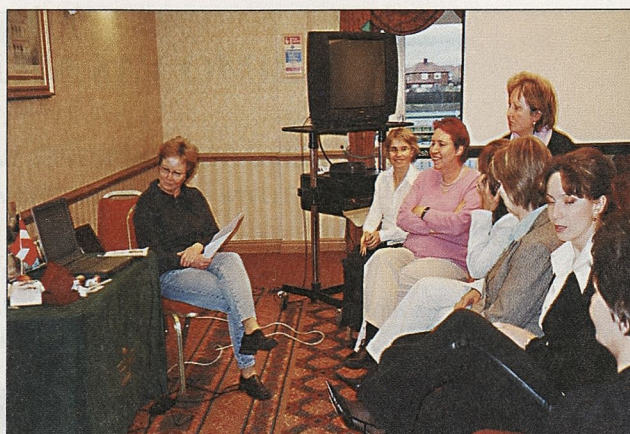
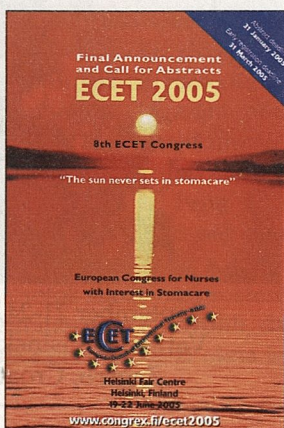
- enotno delovanje, kot eno telo na poti do skupnih ciljev;
- promovirati izmenjavo informacij, osnovati učinkovit sistem komunikacije po Evropi;
- razvijati izobraževalne, poučne standarde, ki so sprejemljivi za vse;
- organizirati kongrese, seminarje in krajše tečaje;
- promovirati kakovost enterostomalne terapije in etične standarde;
- promovirati raziskovanje in deliti znanje po Evropi;
- zagotavljati podporo vsem za optimalen osebni strokovni razvoj;
- omogočiti prepoznavnost medicinskih sester v enterostomalni terapiji po Evropi;
- spoznati druge enterostomalne terapevtke v Evropi, izmenjati izkušnje in znanje.

7. Jean Preston je pokazala osnutek spletne strani, ki bo namenjena enterostomalnim terapevtom in tudi drugim zdravstvenim delavcem. Do začetne strani bo imel dostop vsak, za podrobnejše informacije pa bo potrebno geslo. Geslo za uporabo spletne strani bo dobil vsak član ECET. Na spletni strani bo možno izpolniti prijavnico za članstvo, dobiti informacije o kongresih in drugih dogodkih, kontakti s predsedstvom, objavljeni bodo različni članki. Naslov spletne strani bodo kasneje posredovali predstavnikom držav, članom.



Pri delu je dobra volja najboljša. „KLIK“ in steče komunikacija (od leve proti desni: Ibolya JUHASZ – Madžarska, Renata BATAS – Slovenija, Maria DOLORES RUIZ – Španija, Marta STRNADOVA – Češka).

8. ECET namerava ustanoviti tudi edukacijsko delovno skupino.
9. Potrebno bo izdelati Kodeks delovanja ECET in ET.
10. 19.–22. junija 2005 bo 8. evropski kongres enterostomalne terapije na Finskem, v Helsinkih.



Predstavnica iz Finske, Irja VIRKKI, je z videoposnetkom predstavila kraj kongresa.

11. Leta 2007 bo kongres ECET v Salzburgu, Avstrija.



Predstavnica Avstrije, Gerlinde WIESINGER (na sliki levo) je predstavila z video posnetkom mesto načrtovanega kongresa.



Po celodnevem delu je večerni sprehod najboljša sprostitvev.

Po končanem delovnem vikendu smo se polne pozitivnega elana razšle, vsaka proti svojemu delčku Evrope. „Na svidenje v Helsinkih!“ so bile naše zadnje besede. Podpredsednici ge. Jean PRESTON smo se iskreno zahvalili za ves trud glede organizacije tokratnega srečanja v Newcastleu. V spominu so mi še vedno ostale njene besede: „Vsak cilj je dosegljiv, če res verjameš vanj in si pripravljen zanj vložiti tudi nekaj truda!“

Uspešno realizacijo udeležbe na delovnem srečanju ECET v Newcastleu so omogočili: 3M (East), VALENCIA – Stoma medical d.o.o., TOSAMA d.o.o., Cestno podjetje Ljubljana, Tiskarna POVŠE d.o.o.



VABIMO VAS NA KONGRESA BABIC:

- MEDNARODNI KONGRES BABIC – ICM – 24.–28. JULIJ 2005
- 7. SVETOVNI KONGRES PERINATALNE MEDICINE – 21.–24. 9. 2005

Spoštovane kolegice!

Tri leta so že naokoli, ko smo se v velikem številu udeležile Mednarodnega kongresa babic ICM na Dunaju v Avstriji, ki je le dober lučaj od Slovenije.



Pozdrav slovenskim predstavnicam na kongresu leta 2002

Naslednji kongres ICM bo od 24.–28. julija 2005 v Brisbanu v Avstraliji, zato vas vabimo, da si poskusite zagotoviti udeležbo na tem kongresu. Sekcija medicinskih sester – babic je organizirala potovanje za udeležbo na tem kongresu. Več informacij glede kongresa dobite na spletni strani www.icm-congress.com.

Vabimo Vas tudi k udeležbi na 7. svetovnem kongresu perinatalne medicine, ki bo od 21.–24. septembra 2005 v Zagrebu.

Organizacijski odbor 7. kongresa je ponudil Udruzi Hrvaških primalja, da bi v sklopu tega kongresa imele tudi srečanje babice. Po dogovoru v Izvršilnem odboru sekcije smo se odločili za sodelovanje. Pri organizaciji tega srečanja bodo sodelovale babice Hrvaške, Bosne in Hercegovine in Slovenije.

Mednarodno strokovno srečanje za babice bo 22.–23. 09. 2005 v hali Vatroslav Lisinski v Zagrebu. Ker je zaželena tudi aktivna udeležba, vas vabimo, da nam sporočite, če želite aktivno sodelovati, na e-naslov: gordana.njenic@kclj.si. Več informacij o kongresnih dogodkih najdete na spletni strani www.wcpm7.com.

Gordana Njenjić, predsednica sekcije

7th World Congress of Perinatal Medicine



September 21-24, 2005
Vatroslav Lisinski Hall
Zagreb, Croatia

Feng Shui v Dunajski bolnišnici

Darinka Klemenc



Pogled od vhodnih vrat na urološki oddelek

Naključje me je v prednovoletnem času pripeljalo v eno izmed dunajskih splošnih bolnišnic, o kateri smo pred časom brali, da so enega od bolniških oddelkov prenovili in ob tem upoštevali priporočila ekspertov feng shuija.

Feng shui, katerega pravila so plod tisočletnega opazovanja, zapisovanja in računanja, so Kitajci iz dogajanja v naravi prenesli v neke sisteme in razvili metode, ki temeljijo na zelo dobrem poznavanju dogajanj pod zemljo in nad njo. Življenjska energija, ki jo Kitajci imenujejo čí, lajša in bogati naše življenje, če je pravilno usmerjena v našem bivalnem in delovnem okolju. Feng shui pozna osem glavnih in osem stranskih strani neba; iz vsake prihaja različna življenjska energija (čí), ki naj bi ji omogočili svoboden in umirjen pretok skozi vse prostore v stanovanju, v hiši, na delovnem mestu in ji dovolili, da bo utrujena in izrabljena zapustila prostor skozi okna in

vrata. To ji omogočimo s pravilno razporeditvijo prostorov in opreme (povzeto po prilogi Dela in Slovenskih novic Delo in dom 2001, 2002).

Bežen, kratek pogled v prenovljeni urološki oddelek je bil zanimiv. Ne, prav impresiven je bil vtis ob vstopu, kjer na tleh zagledaš oziroma stopiš na poseben okrogel mozaik, v premeru približno enega metra, sestavljen iz manjših opečno rjavih in beige talnih ploščic, položenih v obliki geometrijskih likov, kot jih vidimo pri mandali (fotografija 4).

Na hodniku vlada neka spokojnost, sliši se pritajena, umirjena glasba, ki se usklajeno prepleta z zvokom počasi tekoče vode. V steni na sredini hodnika je namreč v večjo odprtino nameščena osvetljena skala – videti je kot monolit, po kateri se razliva voda (fotografiji 2 in 3).



Kamen, svetloba in počasi tekoča voda, spredaj se zadržujejo pacienti

V bližini so postavljeni dva do trije stoli, na njih sedijo pacienti, nekateri tudi na invalidskih vozičkih.

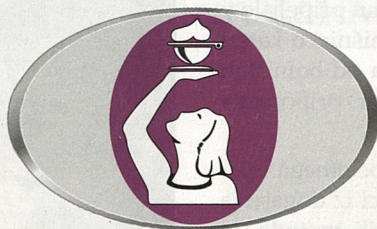
Impresiven je pogled na strop, ki je na sredini hodnika pregrajen z obokom, na katerem je kot dekor narisana zavesa (fotografija1), kot bi bilo blago viselo na karnisi, povezano s trakovi ali z vozli, ali bi viselo prosto na tej površini. Barvna paleta na stenah predstavlja zanimivo igro in razkošje živahnih barv, začnši s toplimi, bolj umirjenimi, ki naprej po hodniku proti bolniškim sobam preidejo v hladne, zelene, lila in druge odtenke, vmes pa intenzivno oranžna in rdeča barva. Nisem prepričana, če je to pravi opis igre barv in oblik, kajti prvi vtis je bil tako zanimiv, da si podrobnosti nisem zapomnila. Spokojnost in usklajenost glasbe, vode in barv, vzdušje brez hrupa in telefonov (samo eden je zmerno glasno zazvonil na delovni mizi medicinske sestre), so zlit skoraj v nirvano. Prav tako nisem čisto prepričana, če nisem na delovnem pultu medicinske sestre videla tudi pripomočkov za aromaterapijo; povsod je precej zelenja.

Vtis, ki sem ga dobila ob soočenju in prepletanju klasične šolske medicine in zdravstvene nege, z namenoma vkomponirano tisočletja staro zakonitostjo feng shuija, je vreden razmisleka – o sožitju klasičnih metod zdravstvene obravnave s komplementarnimi in naravnimi metodami, tudi dejstva, kako naši severni sosedje sledijo trendom sodobnega celostnega pristopa k pacientu.

Morda jim je malo lažje, saj so v njihovih apotekah in farmacevtskih trgovinah že dolgo na voljo različni tovrstni preparati in pripomočki, tudi homeopatska zdravila. Najbrž so ocenili, da klasični kirurški obravnavi pacienta nekaj feng shuija ne more škoditi; če bo koristilo, pa toliko bolje. Bravo, Avstrijci ...



Mozaik na tleh ob vstopu na bolniški oddelek





Praznični Salzburg

Marjeta Berkopec



Medicinske sestre iz sterilizacije v parku Mirbell

Kljub mrazu nasmejana Joško in Romana

Z decembrom pridejo najlepši prazniki, ko tudi odrasli postanemo kakor majhni otroci. Ta veseli čas pričakovanj postane čarobna zimska pravljica. V pravo pravljичno mesto se decembra spremeni praznično okrašeni Salzburg.

V začetku decembra smo Salzburg obiskale tudi dolenske medicinske sestre. Odhod sodobnega avtobusa ob petih zjutraj, je pisalo na programu. Rada imam izlete z avtobusom, spominjajo me na babico, ki me je vzela s seboj na božje poti. Spomnim se, da sem bila lačna že za prvim ovinkom. Ta navada se me še vedno drži. Nahrbtniki so pokali po šivih, toliko dobrot smo stlačile vanje. Že pred Trebnjem je zadišalo po štrudlu, kolačih, domačem kruhu, pogači in seveda "pohanju". O antiprehladnih zvarkih vsake izmed nas raje ne bi govorila, ker bi nas še kdo proglasil za kronike. Seveda smo vse vzele s seboj samo zato, da nas ne bi zeblo. Dobro volje znamo biti tudi brez alkohola. Če sediš v bližini naše "Frklje", ki se smeje, kot bi raztresal zlate orehe, je smeh tako nalezljiv kakor ošpice. Veselje nas je prevzemalo tudi zaradi sončnega jutra, ki se je budilo na avstrijski strani. Na sončni strani Alp smo že pozabili, kdaj smo ga nazadnje videli, saj je bil november vlažen in meglen.

Romantični Salzburg slovi kot eno najlepših baročnih mest. Mesto je bilo zaradi soli, ki so jo včasih menjali 1:1 za zlato, neizmerno bogato in knezoškofje, ki so imeli svo

oblast, so si privoščili pravo razkošje, saj so najemali italijanske arhitekta, da so jim gradili cerkve, dvorce in palače. Sprehod po starem mestnem jedru je svojevrstno doživetje. Najraje bi ostale že kar na prvi božični tržnici, saj je s stojnic omamno dišalo po kadilu, vaniliji, cimetu in kuhanemu vinu. Oči se niso mogle odtrgati od božičnih okraskov pisanih barv, ki bi jih želele za spomin. Ampak Frenk je neusmiljeno priganjal na ogled mesta. Kaj vse bi se našlo v izložbah znamenite Getraidegasse, ki je še bolj kot po izložbah znana po Mozartovi rojstni hiši. Zanimiva pa je predvsem zaradi ozkih prehodov in skritih dvorišč, ki jo povezujejo s sosednjimi ulicami in nabrežjem reke Salz, ki leno teče skozi mesto. Park palače Mirabell najbrž v vsej svoji lepoti zasije spomladi. V skritem predelu vrtov so na ogled figure pritlikavcev in vsak pripoveduje svojo zgodbo. Z vrta palače Mirabell se odpira krasen panoramski pogled na Salzburg z gradom v ozadju.

Pevci pred katedralo so prepevali božične pesmi, ko smo se pomešali med množico in se prepustili prazničnemu vzdušju adventnega sejma. Domačinke grejejo topla krzna, me smo se ogrele s kuhanim vinom, si ogledale, kaj vse ponujajo, kupile nekaj malenkosti in že se je bilo treba pripraviti na odhod. Noč se je spuščala na zemljo, ko smo zapuščali mesto, v katerem se je začelo prižigati na milijone lučk.



Strokovna ekskurzija v Splošno bolnišnico Murska Sobota

Zmaga Donkov



Udeleženci ekskurzije in prijazen gostilničarjev pes

Kolegij higienikov Kliničnega centra Ljubljana sestavljajo medicinske sestre, sanitarni inženirji, fizioterapevti in številni drugi strokovnjaki iz bolnišnice, ki sodelujejo v procesih zagotavljanja bolnišnične higiene in v procesih preprečevanja in obvladovanja bolnišničnih okužb. Sodelovanje poglobljamo tudi z udeležbo na strokovnih ekskurzijah, kot je bila 12. novembra 2004 v Splošno bolnišnico Murska Sobota.

Strokovne ekskurzije so le majhen del aktivnosti omenjene delovne skupine, več o preprečevanju in obvladovanju bolnišničnih okužb v Kliničnem centru Ljubljana ste si lahko prebrali v 7-8 številki Utripa leta 2004.

Ob 7. uri zjutraj smo se vsi udeleženci, bilo nas je 43, zbrali pri Zavodu za transfuzijsko medicino v Ljubljani, kjer nas je že čakal udoben avtobus. Po triurni vožnji, začinjeni z medsebojnimi pogovori, ogledu videokaset o krajih in običajih, kamor smo bili namenjeni, smo prispeli v Splošno bolnišnico Murska Sobota. Tu sta nas prisrčno pozdravili glavna medicinska sestra gospa Daniela Morec, dipl.m.s., gospa Šarika Benko, medicinska sestra-higienik, in gospa Vera Novak, glavna medicinska sestra ušesnega oddelka in vodja čistilne ekipe v bolnišnici. Bolnišnica ima več kot stoletno zgodovino. Zgrajena je bila leta 1893 za prebivalce na območju zdajšnje soboške in lendavske občine in leži v Rakičanu, obdana z zeleno pomursko nižino.

Poslovni direktor bolnišnice Danijel Grabar, dr. med. spec., je povedal, da je v bolnišnici zadnja leta zaposlenih od 750 do 800 ljudi in da so v bolnišnici zastopane vse stroke, ki so za obstoj regijske bolnišnice potrebne. Zaposleni svoje znanje poglobljajo doma in v tujini ter v

okviru finančnih možnosti tudi z opremo sledijo razvoju medicinskih strok.

Pomočnica direktorja za področje zdravstvene nege Daniela Morec, dipl.m.s., nam je predstavila bolnišnico in organizacijo zdravstvene nege (ZN). Da bi sledili razvoju ZN, so ustanovili delovne skupine za pripravo standardov ZN, za kategorizacijo pacienta, za negovalne diagnoze, za dokumentacijo v ZN. Uvedli so negovalne vizite, organizirajo interna strokovna izobraževanja, udeležujejo se strokovnih seminarjev in kongresov s področja ZN. Zaposleni v ZN se dodiplomsko izobražujejo in sledijo napisani filozofiji in strategiji ZN njihove bolnišnice.

Kolegica Šarika Benko, dipl.m.s., deluje kot higienik samostojno in v sodelovanju z zdravnikom za obvladovanje bolnišničnih okužb ob podpori glavne medicinske sestre bolnišnice. Imajo Komisijo za obvladovanje okužb in člana te skupine sta tudi strokovni direktor bolnišnice in pomočnica direktorja za zdravstveno nego – glavna medicinska sestra, kar gotovo daje težo in veljavnost ciljem in sklepom. Prikazala nam je projekt *HIGIENA ROK* za vse zaposlene v bolnišnici. Leta 2003 so organizirali delavnico, ki je trajala 6 mesecev in se jo je udeležilo 519 zaposlenih. Delavnica je bila izvedena 58-krat in je trajala povprečno eno uro. V predstavitvi je posebej poudarila, da je higiena rok najpomembnejši, najenostavnejši, najcenejši ukrep za preprečevanje bolnišničnih okužb. Med postopki higiene rok je bil poseben poudarek na razkuževanju rok. Povedala nam je, da je dnevno prisotna pri opravljanju negovalnih intervencij na oddelkih, kar bistveno prispeva k poenotenju ukrepov, pomembnih za preprečevanje bolnišničnih okužb. Sodeluje tudi pri stalnem izobraževanju in uvajanju novosti, pomembnih za kakovost dela.



Gostiteljice iz SB Murska Sobota in udeleženci iz KC

Zdravnik za obvladovanje bolnišničnih okužb gospod Ivan Prelog, dr. med., nam je predaval, kako praktično spremljajo problematiko pacientov z rezistentnimi bakterijami, predvsem paciente z MRSA, zbirajo in sledijo podatke na ravni bolnišnice. Rezultati njihovega dela, usmerjenega v preprečevanje in širjenje okužb z MRSA, so pozitivni, saj število primerov pacientov z MRSA pada.

Sledil je ogled bolnišnice. Razdelili smo se v več skupin, tako da smo čim manj motili delo na oddelkih. Obenem pa si je vsak od nas lahko ogledal, kar ga je najbolj zanimalo, in se pogovarjal o tem, saj smo si poleg bolniških oddelkov lahko ogledali tudi Sterilizacijo in sodobno urejeno bolnišnično kuhinjo. Občudovali smo vzorno urejene in čiste prostore, občudovali prostorske razmere, ki jih pri nas v Kliničnem centru marsikje ne dosežemo.

Da bi o bolnišnici in zaposlenih izvedeli več, so nam organizatorji srečanja poklonili knjigo *Sto let bolnišnice v Murski soboti 1893–1993*, nekaj izvodov glasila Splošne bolnišnice Murska Sobota »Krog življenja«. Čudovito! Oboje z zanimanjem prebiram in spoznavam njihovo zgodovino, delo, ljudi, cilje, razmišljanja in vse tisto, kar naše življenje je – tudi v prostem času zunaj bolnišnice.

Po ogledu bolnišnice smo se odpeljali na kosilo in v pravem prekmurskem ambientu uživali v specialitetah njihove kuhinje. Vsi vemo, kako je za zdravje in dobro počutje poleg dobrih medsebojnih odnosov in hrane pomembna tudi rekreacija, in tako je ga. Mojca Dolinšek, vodja kolegija higienikov v zdravstveni negi in oskrbi v KC poskrbela tudi za to. Odločitev, za kaj od ponujenega se bomo odločili, je bila stvar vsakega posameznika. Kdor me pozna, ve, za kaj sem se odločila jaz. Privoščila sem si dveurno plavanje v Moravskih toplicah in uživala s kolegicami, ki so izbrale kopanje v bazenu. Nekateri iz skupine so se odločili za sprehod, žal tisti dan ni bilo son-

ca, drugi so odšli po nakupih v trgovino Mura in še kam ali pa so uživali v druženju ob kavi. Del skupine si je ogledal nove prostore fizioterapevtske zdraviliške dejavnosti. Bili smo tudi ob pravem času na pravem mestu, saj smo uspešno nudili pomoč enemu od obiskovalcev zdravilišča. V skupini higienikov imamo tudi kolega Toneta Posavca, dipl. zdrav. z Reševalne postaje in kolegico Marjeto Oblak, viš. med. s. iz KO za anesteziologijo in intenzivno terapijo operativnih strok in hitro sta bila ekipa. Ker smo predvsem »preventivno« usmerjeni, smo imeli s seboj tudi kovček z nujno reševalno opremo, ki nam je prišel še kako prav.

V Ljubljano smo se odpeljali zvečer in na poti smo uživali v ogledu filma *Povest o dobrih ljudeh*, ki nam je približal prekmurske ljudi in pokrajino. Mislim, da govorim v imenu vseh udeležencev ekskurzije, ko pravim: »Bilo je poučno, zanimivo in prijetno«. Taka druženja nas bogatijo in nam veliko pomenijo. So priložnost, da si izmenjamo izkušnje, se med seboj spoznavamo in spletamo osebne vezi, ki so pomembne tudi za naše vsakdanje delo.

Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v endoskopiji VABI na

STROKOVNO EKSURZIJO V ALGEMEINE KRANKENHAUS NA DUNAJU,

KI BO 21. IN 22. APRILA 2005.

Prvi dan si bomo ogledali endoskopski center za gastroenterologijo in pulmologijo. Morda si bomo lahko ogledali tudi operativni blok, kjer potekajo ostale endoskopske operacije.

Drugi dan si bomo ogledali še malo Dunaja in se nato vrnili domov.

Izvršni odbor sekcije vas vabi, da se strokovne ekskurzije udeležijo vsi, ki imajo kakorkoli opraviti z organizacijo in delom v endoskopskih enotah.

Cena strokovne ekskurzije bo 30.000 sit in jo nakažite na TRR ZDMSZTS pri NLB, posl. Tavčarjeva 7, Ljubljana, 02031 – 0016512314, sklic na št. 00 12019 s pripisom za strokovno ekskurzijo.

Cena vključuje prevoz z udobnim turističnim avtobusom Lj–Ce–Mb–Dunaj, cestne in ostale pristojbine, nočitev z zajtrkom – 3 zvezdice na Dunaju, vodenje in organizacija potovanja.

Za bogatejši aranžma, ki vključuje še večerjo v Grinzingu, vstopnino za Schönbrunn ter kosilo na dunajskem stolpu z dvigalom, je potrebno doplačati 7000 sit.

Avtobus bo štel 50 mest, zato pohitite s prijavi.

Prijave sprejema:

Stanka Popovič, Klinični center, Klinični oddelek za abdominalno kirurgijo, Zaloška 7, Ljubljana, Tel.: 01 522 3520 ali 01 522 2677, in Faks.: 015222209 ter e-naslov: stanka.popovic@kclj.si

Odločitev, Izpoved o kruti izkušnji z rakom

mag. Brigita Skela Savič



Knjiga *Odločitev* je na knjižnih policah že eno leto. Avtorica prvenca je Koprčanka (ki ima svoje korenine v Dobravljah pri Ajdovščini), Neva Štokelj, srednja medicinska sestra, s sedemnajstimi leti dela v zdravstveni negi, v različnih zdravstvenih zavodih na Primorskem.

Odločitev je avtobiografsko delo o usodni prelomnici v življenju avtorice, ko se nenadoma sooči s kruto resnico, da v sebi ne nosi le težko pričakovanega otroka, temveč tudi zasevke zahrbtnih bolezni. Avtorica opisuje svojo odločitev med dvema kalvaričnima potema, kjer



mora izbrati sprejemljivejšo, vendar zanj nadvse razdiralno. Izbrati mora med svojim in življenjem še nerojenega otroka, ki si ga srčno želi.

Avtorica pravi, da s knjigo želi pomagati soljudem v stiski, zlasti tistim, ki jim je življenje v temelju zamajala bolezen – rak.

Knjiga je naletela na ugodne odmeve in je bila predstavljena v prilogi *Dela, Književni list*, kjer je ocenjena kot delo, v katerem avtorica ne zavzame šolmoštrske poze vsevednosti, ampak trajno nerazrešena vprašanja pušča bralcu in sebi samo v razmislek: »Bom kdaj, čez čas, le našla odgovor, zakaj jaz? Zakaj v najlepšem trenutku?« – Zakaj moramo prav skozi sebi lastno izkušnjo, ki je značilna prav za nas? – »Je življenje mar tako nedoumljivo, da vidimo le njegove izseke, ne pa tudi celote? Nam je to lahko v tolažbo?«

V *Primorskih novicah* je ob izidu knjige zapisano, da je avtorica knjigo nosila v sebi dobro desetletje. Knjiga predstavlja svojevrsten obračun z minulo bolečino. Avtorica je izkušnje v drugem delu knjige strnila v niz napotkov, nasvetov ljudem, ki potrebujejo pomoč, predvsem pa toplo, razumevajočo besedo. Pisatelj Marjan Tomšič je izjavil, »da je knjigo prebral v eni sami noči. Besede o slovesu od nerojenega otroka v knjigi, ki je prežeta z ljubeznijo, dobroto in usmiljenjem, so ga enostavno zlomile«. Pisatelj je avtorico spričo izredne pronicljivosti in občutljivosti primerjal s seizmografom človeške duše.

Neva Štokelj še najbolj osmišlja življenje zavest, da more, izhajajoč iz pekočih izkušenj, pomagati drugim, da lahko osrečuje paciente in lajša trpljenje ostarelim v Domu upokojencev na Markovem hribu, kjer dela prostovoljno dve uri na dan. Stik s starostniki in pacienti jo bogati, saj s svojim delom želi v obdobje starosti, ki ga opisuje kot obdobje brez pričakovanj, vnesti delček sonca.

Knjigo lahko naročite na naslovu:
Neva Štokelj, Ul. Sergeja Mašere 3, 6000 Koper,
tel. 05 628-33-25, 040 686 148.

Kako malo je potrebn **»Reklama«**

Za vaš nasmeh in kaj več se trudi Petra Kersnič

DOMAČA NALOGA

»Janez, povej no vendar, kdo pa pri vas danes tako kriči, predvsem pa na koga?«

»Veste, moj oče ne more prepričati dedka, kako naj reši mojo domačo nalogo!«

KAVA

»Fani, danes si pa res skuhala tako dobro kavo, kot še nikoli. Kaj za ena kava pa je to?«

»Kaj ne bo dobra, saj je iz Brazilije!« se pohvali Fani.

»Si pa dobra, saj je še vroča, pa tako od daleč je prišla!«

GOBE

»Fanta, te gobe, ki jih imata v košari, so neužitne« ju svari gozdar Bine sredi gozda.

»Ne skrbite, gozdar Bine, saj jih ne bova jedla, jih bova prodala.«

NADZOR

»Že petdeset let živim pod zdravniškim nadzorom,« se hvali Tone.

»A res, nisem vedel, da si tako bolan!«

»Saj nisem bolan, le poročen sem z zdravnico,« se izvleče Tone.

PRIČA

»Gospod Košir, a vi veste, kaj vas čaka, če boste krivo pričali,« sprašuje sodnik.

»Da, vem, gospod sodnik. Obtoženi mi je obljubil nov avto!«

BESEDA

»Veš, pravijo, da alkohol razveže jezik,« se pogovarjat vinska bratca Jože in Miha.

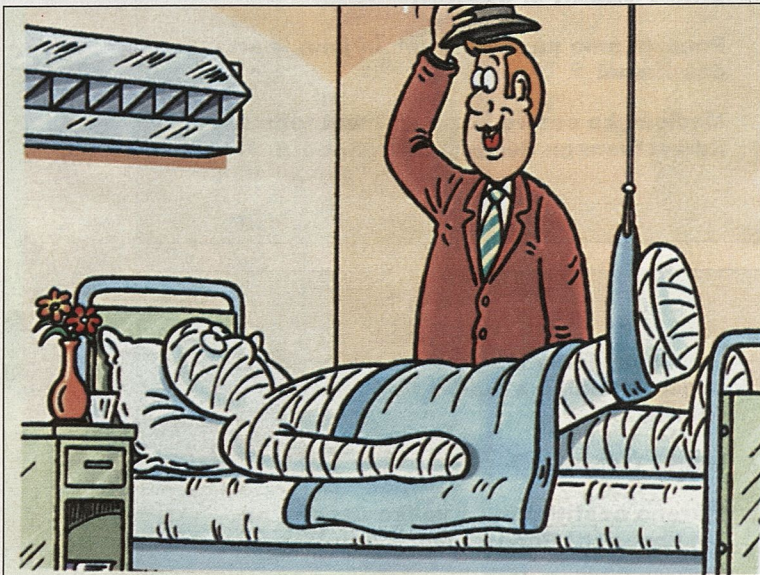
Miha pa doda: »To pa ne bo držalo, moja Frida nič ne pije, pa je skozi odvezana.«

IZGUBA

»Joži, z Adrio se ne bom več peljala.«

»A se bojiš,« jo sprašuje Marija.

»Ne, ampak v časopisu je pisalo, da je Adria v prejšnjem letu izgubila 18 % potnikov.«



»Pozdravljeni, gospod Kos, z vami bi rad podpisal pogodbo za reklamiranje našega gipsa!«

REKLI SO – DA BI SPREMINJALI SVET IN LJUDI!

Samo največji modreci in največji bedaki se nikoli ne spremenijo.

Konfucij

Vest, razum in duha si pokvarimo prav tako, kakor si pokvarimo želodec.

Chamfort

Življenje naj ne bo roman, ki so nam ga dali, marveč roman, ki smo ga sami naredili.

Novalis

Kdor se poda na visoko goro, začne s počasnim korakom.

Shakespeare

Na Visoki zdravstveni šoli v Mariboru sta diplomirali naši sodelavki iz Zdravstvenega doma Murska Sobota

ERIKA ČASAR in BLANKA DUGAR

Ponosni smo na njun uspeh in jima iz srca čestitamo!

**Medicinske sestre in zdravstveni tehniki
Zdravstvenega doma Murska Sobota**

Na Visoki šoli v Mariboru je v mesecu decembru 2004 z odliko diplomirala moja hčerka

ERIKA ČASAR.

Iskrene čestitke in še veliko uspeha na poklicni poti! Ponosni smo nanjo!

**Mama in vsi njeni iz Križevca
v Prekmurju**

MARIJI HOLSEDL

**ISKRENE ČESTITKE
ob opravljeni diplomi na Visoki zdravstveni
šoli v Mariboru!**

**Sodelavke in sodelavci PLJUČNEGA
ODDELKA Splošne bolnišnice
Murska Sobota.**

**Na visoki šoli za zdravstvo v Ljubljani je
28. decembra 2004 diplomirala naša
sodelavka**

ANA PLAMBERGER.

**Iskrene čestitke in še veliko uspeha na
nadaljnji poklicni poti!**

**Medicinske sestre in zdravstveni tehniki
ZD 'dr. Jožeta Potrate' Žalec**

Pust

*Ringaraja
pust prihaja,
mlado in staro
pusta obhaja.*

*Vse se veseli
veselih pustnih dni,
pusta bomo praznovali
in se pustno namaškarali.*

*Cvrtje vsepovsod diši,
krof v ustih se topi,
z rujnim vinčkom ga zalijmo
in v maskah zaplešimo.*

*Veseli, suhi, debeli,
veliki, majhni, čokati,
lepi, grdi, bradati –
gremo zabavo iskati.*

*Pust je dan veselja,
zabaval se bo vsak občan,
petam bomo duška dali
in po slovensko zaplesali.*

*Ko bo ura polnoči
obraz se maske osvobodi,
jezik se bo razvozljaj
pustnim šegam v pozdrav!*

Tone Frantar

Kako malo je potrebno, da je svet prijaznejši

Orjana Zonta Bajec in Tjaša Poljšak Miklavc



Praznično vzdušje v bolnišnici, dijakinje in dijaki SZŠI

Izola, december 2004. V skladu s poslanstvom poklica, za katerega se naši dijaki in dijakinje usposablajo, smo se odločili, da bomo vsaj nekaterim osamljenim ali bolnim pričarali kakšen trenutek sreče.

Tako so v predprazničnih decembrskih dneh dijaki Srednje zdravstvene šole Izola z mentoricama Orjano Zonta Bajec in Tjašo Poljšak Miklavc pripravili nekaj veselih uric za varovance Doma upokojencev Izola, za delavce Splošne bolnišnice Izola, za otroke na pediatričnem oddelku ter za ostale paciente v tej ustanovi. Obiskali so še Obalni dom upokojencev v Kopru.

V četrtek, 15. 12. 2004 so dijaki predstavili igrano predstavo in zapeli nekaj pesmi za varovance v Domu za ostarele Izola. S svojo živahnostjo, optimizmom in energijo so stanovalcem doma približali praznično vzdušje. Varovanci so se kljub svoji starosti ob ogledu predstave razživali. Ko je eden od dijakov zaigral na harmoniko, je zavladovalo nepopisno navdušenje, kar nekaj varovancev pa se je ob glasbi tudi zavrtelo. Vsaj za nekaj časa so pozabili na žalost, bolezn, bolečine. Zadovoljni smo, da smo z našim obiskom prižgali luč v njihovih očeh.

V sredo, 22. 12. 2004 so se odpravili na obisk bolnišnice. Najprej so dijaki z otroško predstavo razveselili otroke, ki ta čarobni mesec preživljajo v bolnišnici. Nato so se v svojih pravljčnih kostumih odpravili na sprehod po bolnišničnih oddelkih. S pesmijo so obdarili zaposlene in paciente in skušali prinesiti vsaj nekaj prazničnega vzdušja v vsakdanjost bolnišnice.

Tudi tukaj je bil odziv pozitiven. Mali pacienti so očarani strmeli v naše živalice in se vživeli v njihovo doživljanje božiča. Z Božičkom in živalmi so ob spremljavi kitare zapeli nekaj pesmi. Zelo čustven je bil tudi odziv mnogih pacientov, ki predpraznični čas preživljajo v bolniških sobah. Z dijaki so peli, veliko je bilo prijaznih nasmehov, veselja, pa tudi kakšna solza je pritekla.

Tudi zaposleni so nas spremljali z zadovoljstvom.

V delo je bilo vložena veliko truda in dobre volje, upamo, da se je vsaj nekaj preneslo tudi na vse, ki so dejavnosti spremljali.



Zajčki in božič, dijakinje in dijaki SZŠI

Ljubljana, dne 2. 11. 54.

Najpotrebnejše ustanove za preprečevanje moralnega propadanja in prevzgoje mladih deklet v Ljubljani

Iz naftalina potegnili – Peter Požun (dobesedni prepis)

Vsi socialni delavci v Ljubljani srečujejo dnevno ob reševanju socialnih vprašanja dva zelo pereča problema.

Mlada dekleta, ki prihajajo z dežele, največ iz Prekmurja v Ljubljano iskat zaslužka, so prepuščena sama sebi. Zlasti v dneh, preden dobijo zaposlitev, tavajo brez sredstev in stanovanja po mestu. Kot osebnost še nezrele in labilne, morda razočarane, ker ne gre vse tako kot so pričakovale, stopijo zelo pogosto na pot prostitucije. Tudi če pozneje dobijo službo, jim pogosto ostane tudi še takrat družba moralno pokvarjenih ljudi, ki jih potegne za seboj. Posledica, kot so mešanje zakonov, nezakonski otroci, spolne bolezni, prostitucija so izbežne in usodne ne le za ta dekleta, ampak tudi za njihov otroke kot tudi za poročene družine.

Drugi problem, ki izhaja iz prvega in je pri nas zelo pereč, so moralno že padla dekleta, ki so pogosto tudi že matere. Njihov odnos do otroka in okolice zahteva prevzgojo, zlasti še, ker s svojim slabim vedenjem zelo negativno vplivajo na druga dekleta in matere in propagirajo svoj način življenja. Največ težav imajo z njimi socialni delavci Dečjih domov. Svoje otroke pogosto mrzijo in jih skušajo odriniti v oskrbo zavodov, kjer jim ne bo treba žrtvovati za otroke prav ničesar. Na pozive Dečjega doma, naj poskrbijo za usodo njihovih otrok, odgovorijo: »Kar dajte ga iz zavoda, če ga imate kam.« Te izjave dokazujejo, da so si v svesti, da uživa otrok v taki meri zaščito, da smo proti njenemu obnašanju popolnoma brez moči in brez sankcij za njen malomaren odnos do otroka.

Oba problema nujno zahtevata rešitev, ki bi obstajala v ureditvi dveh zavodov.

Prvi zavod, namenjen še nepokvarjenim dekletom iz dežele, bi moral poskrbeti za vse ukrepe, da bi zaščitil ta dekleta pred padcem. Nuditi bi jim moral moralno pomoč in prenočišče ter hrano v najbolj kritičnih prvih dneh do zaposlitve. V tem času bi moral tem dekletom svetovati, kam naj se obrnejo, jih ev. napotiti nazaj domov ter voditi tudi kasneje, ko bi se tako dekleta že zaposlila v Ljubljani, kontrolo nad njihovim moralnim zadržanjem.

Drugi zavod za prevzgojo moralno že bolj ali manj padlih deklet ali mater pa bi moral imeti značaj zaprtega internata, kjer bi oskrbovanke morale delati in se po potrebi tudi izučiti

Ljubljana, dne 2. 11. 54.

Najpotrebnejše ustanove za preprečevanje moralnega propadanja in prevzgoje mladih deklet v Ljubljani.

Vsi socialni delavci v Ljubljani srečujejo dnevno ob reševanju socialnih vprašanj dva zelo pereča problema.

1./Mlada dekleta, ki prihajajo z dežele, največ iz Prekmurja v Ljubljano iskat zaslužka, so prepuščena same sebi. Zlasti v dneh, preden dobijo zaposlitev, tavajo brez sredstev in stanovanja po mestu. Kot osebnost še nezrele in labilne, morda razočarane, ker ne gre vse tako kot so pričakovale, zrele in labilne, morda razočarane, ker ne gre vse tako kot so pričakovale, stopijo zelo pogosto na pot prostitucije. Tudi če pozneje dobijo službo, jim pogosto ostane tudi še takrat družba moralno pokvarjenih ljudi, ki jih potegne za seboj. Posledica, kot so mešanje zakonov, nezakonski otroci, spolne bolezni, prostitucija so izbežne in usodne ne le za ta dekleta, ampak tudi za njihov otroke kot tudi za poročene družine.

2./Drugi problem, ki izhaja iz prvega in je pri nas zelo pereč so moralno že padla dekleta, ki so pogosto tudi že matere. Njihov odnos do otroka in okolice zahteva prevzgojo, zlasti še, ker s svojim slabim vedenjem zelo negativno vplivajo na druga dekleta, in matere in propagirajo svoj način življenja. Največ težav imajo z njimi socialni delavci Dečjih domov. Svoje otroke pogosto mrzijo in jih skušajo odriniti v oskrbo zavodov, kjer jim ne bo treba žrtvovati za otroke prav ničesar. Na pozive Dečjega doma, naj poskrbijo za usodo njihovih otrok, odgovorijo: »Kar dajte ga iz zavoda, če ga imate kam.« Te izjave dokazujejo, da so si v svesti, da uživa otrok v taki meri zaščito, da smo proti njenemu obnašanju popolnoma brez moči in brez sankcij za njen malomaren odnos do otroka.

Oba problema nujno zahtevata rešitev, ki bi obstajala v ureditvi dveh zavodov.

Prvi zavod namenjen še nepokvarjenim dekletom iz dežele, bi moral poskrbeti za vse ukrepe, da bi zaščitil ta dekleta pred padcem. Nuditi bi jim moral moralno pomoč in prenočišče ter hrano v najbolj kritičnih prvih dneh do zaposlitve. V tem času bi moral tem dekletom svetovati, kam naj se obrnejo, jih ev. napotiti nazaj domov ter voditi tudi kasneje, ko bi se tako dekleta že zaposlila v Ljubljani, kontrolo nad njihovim moralnim zadržanjem.

Drugi zavod za prevzgojo moralno že bolj ali manj padlih deklet ali mater pa bi moral imeti značaj zaprtega internata, kjer bi oskrbovanke ali mater pa bi moral imeti značaj zaprtega internata, kjer bi oskrbovanke morale delati in se po potrebi tudi izučiti.

Oba zavoda morata biti po lokalizaciji strogo ločena, da se prepreči vsak možen kontakt med oskrbovankami enega in drugega. Oba sta zelo važna, vendar je prvi zaradi svoje preventivne vloge še važnejši in pristojni k njegovi organizaciji je nujnejši.

Upravnik Dečjega doma:
Dr. Vendramin Dragica.

določnega dela, ki jim bo omogočalo preživljanje na pošten način. Ta dekleta bi moral zavod imeti v evidenci tudi po odpustu. Po možnosti naj bi jih napotili v domovinsko občino kjer je ta kontrola lažja. Zavod te vrste bi bil lahko organiziran n.p. v obliki kake ekonomije tudi izven Ljubljane. Vendar se postavlja ob tem problem kontakta mater z njihovimi otroci. Ne smemo namreč dopustiti, da bi se še tista šibka vez, ki veže tako mater z otrokom pretrgala, ampak je treba storiti vse, da se ohrani in po možnosti učvrsti. Tak zavod naj bi bil torej le v kraju, kjer je Dečji dom ali dobro urejena rejniška kolonija, da se materam omogoči kontakt z njihovimi otroci.

Oba zavoda morata biti po lokalizaciji strogo ločena, da se prepreči vsak možen kontakt med oskrbovankami enega in drugega. Oba sta zelo važna, vendar je prvi zaradi svoje preventivne vloge še važnejši in pristojni k njegovi organizaciji je nujnejši.

Upravnik Dečjega doma: Dr. Vendramin Dragica.

RAZPIS ZA PODELITEV

SREBRNEGA ZNAKA

DMSZT SLOVENJ GRADEC

Izvršilni odbor DMSZT Slovenj Gradec razpisuje zbiranje predlogov za podelitev SREBRNEGA ZNAKA na podlagi 6. člena Pravilnika o priznanjih DMSZT Slovenj Gradec.

Na občnem zboru društva, ki bo 20. 05. 2005, bo podeljenih 5 priznanj.

Priznanje prejme član/ica za nesebično in uspešno poklicno delo na področju zdravstvene nege, za prispevek k humanizaciji odnosov med uporabniki in izvajalci, za prispevek k uspešnemu uresničevanju programov zdravstvenega varstva, zlasti še prednostnih nalog, za vidne uspehe pri doseganju ciljev, uresničevanje ter uveljavljanje nalog ZZNS, za pomembno publicistično delo.

Kandidate za priznanja lahko predlagajo člani, delovna telesa in organi društva.

Pisne vloge z utemeljitvijo pošljite na naslov: DMSZT Slovenj Gradec, komisija za priznanja, ga. Bojana Zemljič, Gosposvetska c. 3, 2380 Slovenj Gradec, do 31. marca 2005.

Predsednica DMSZT Slovenj Gradec:

Petra Štigl, dipl. med. ses.

DMSZT GORENJSKE VABI

Spoštovani prijatelji čaja!

Ob skodelici čaja, zanimivem gostu in dišečih čajih se nam obeta prijazna Čajanka.

V naši družbi bo gospod Miha Mazzini - pisatelj, režiser, scenarist, računalniški genij in ljubitelj čaja!

**Čajnica bo samo za nas kot vedno v
Hotelu Kompas na Bledu,**

v četrtek , 17. februarja 2005 ob 18.00 uri.

Vaša najljubša skodelica za čaj je nepogrešljiva, zaželen je tudi prostovoljni prispevek 500.- sit.

Nasvidenje na Bledu!

Mnenje o programu »Pot k dobremu počutju«

Andreja Jerič

Predstavila bom nekaj osebnih izkušenj s programom "Pot k dobremu počutju", programom za zdravo življenje in obvladovanje telesne mase pri pacientih z duševno motnjo.

Za vodjo skupine sem bila določena po naključju in čeprav sem se že srečala s podobnimi skupinami, je to zame na začetku predstavljalo velik izziv in negotovost. Kasneje se je izkazalo, da je bil strah odveč.

Prevzela sem sedem delavnic na temo prehrane ter uvodno in zaključno skupino oziroma delavnico. Pridružila sta se mi še dva inštruktorja – gospod Ivo Marincelj, ki je prevzel šest delavnic na temo telesna aktivnost, ter gospa Nataša Ilič, ki je prevzela eno delavnico na temo prehrabena piramida.

Delavnice smo izvajali enkrat tedensko. Na začetku je skupina štela devet udeleženk. Večinoma so bile iz bolnišnice, dve pa sta bili ambulantni bolnici. Celotni program je uspešno zaključilo pet udeleženk. Skupina je imela tudi nekaj opazovalcev. Vzdušje v skupini je bilo precej sproščeno. Načini dela so bili naslednji:

- delo z grafoskopom in prosojnicami;
- podajanje snovi frontalno, v obliki predavanj;
- delo na primerih;
- pogovor, izmenjava izkušenj.

Vsebina programa mi je zelo blizu. Priročnik za inštruktorje je dobro osnovan, v prihodnje pa bi ga bilo potrebno nekoliko dopolniti in preurediti. Tudi vprašalnike bi morali preurediti in jih nekoliko skrajšati. Uporabljala sem namreč kar veliko dodatne literature in potrebovala nekaj dodatnega časa za pripravo na posamezno delavnico. Enako mnenje sta izrazila tudi os-

tala dva inštruktorja. V prihodnje bi lahko sodelovala pri dopolnitvah in nadgradnji vprašalnikov, pa tudi posameznih tem v priročniku za uporabnike in za inštruktorje. Zelo pozitivno ocenjujem svobodo, ki jo priročnik daje vodji skupine glede vsebine in oblike dela.

Motivacija za spremembo načina življenja je bila sprva velika, med ostalimi srečanji pa je nekoliko nihala. Skupina je bila precej različna po možnostih sprejemanja in razumevanja informacij, kar je včasih predstavljalo manjše težave. Izkazalo se je, da bi morda lahko poskusili s srečanji dvakrat tedensko, s čimer bi bolj pritegnili udeležence, ki se kasneje hitro porazgubijo. Časovna nestrnjenost je bila namreč tudi eden izmed vzrokov za osip v skupini. Željo po večji intenzivnosti programa so izrazile tudi bolnice.

Izkazalo se je, da mora biti skupina zaprtega tipa, saj se teme nadgrajujejo, tako pa se tudi lažje vzpostavi zaupanje med člani skupine. Za skupino tudi ni primerno, da ima opazovalce, saj ti motijo potek dela, ne prihajajo redno in se menjujejo. Menim, da bi bilo dobro, če bi pred začetkom programa bolnice motivirali tudi zdravniki. Prav tako menim, da morata sodelovati le dva stalna inštruktorja, saj se tako lahko vzpostavi najbolj učinkovito sodelovanje.

Vsebinsko je program »Pot k dobremu počutju« dobro in učinkovito zastavljen, kar potrjujejo tudi naše izkušnje. Koristen je pri zdravljenju pacientov z duševno motnjo in je nujen del socioterapevtskega procesa. Zelo pomembna sta motivacija in način razmišljanja pacientov, ki ju moramo marsikdaj preusmeriti k bolj zdravemu načinu življenja. Tako bomo lahko izboljšali kakovost življenja pacientov z duševno motnjo, naše zdravljenje pa bo lažje doseglo svoj namen.



Odmev na članek

»Varstvo pri delu na delovnem mestu medicinske sestre«

Utrip september 2004

UNIVAR d.o.o., Carmelo Lenzi

Naša družba že vrsto let pogodbeno izvaja strokovne naloge varnosti in zdravja pri delu za več zdravstvenih zavodov po Sloveniji (bolnišnice, zdravilišča, domovi upokojencev, zdravstveni domovi idr.). Vsa ta leta sledimo in preučujemo dogodke, ki so povezani z varstvom pri delu na tovrstnih delovnih mestih in skušamo naše ugotovitve predstaviti in uporabiti v vseh oblikah periodičnega usposabljanja, ki jih izvajamo za zaposlene v zdravstvenih zavodih, na vseh nivojih, od vodstev do izvajalcev spremljajočih del v tej dejavnosti.

S strani nekaterih zaposlenih v teh zavodih smo bil opozorjeni na članek o varstvu pri delu na delovnem mestu medicinske sestre, ki ste ga objavili v septembrski številki vaše revije. Zmotilo jih je nekoliko pomanjkljivo obdelana problematika nevarnosti, škodljivosti in obremenitev, s katero se medicinske sestre dnevno srečujejo na svojih delovnih mestih, zlasti pa pogrešajo navedbe o nekaterih potencialnih dejavnikih, ki lahko resno ogrozijo njihovo zdravje ali počutje.

Članek ne omenja:

- možnosti okužb z nalezljivimi boleznimi, pri negi pacienta, ob uporabi ostrih in špičastih pripomočkov za delo, pri jemanju ali analizi telesnih tekočin idr.,
- dela z nevarnimi kemikalijami, čistili, razkužili, reagensi, biološkimi odpadki ipd.,
- dela v okolju, ki je lahko ogroženo zaradi ionizirnih in neionizirnih sevanj,
- psiholoških vplivov pri delu z različno čustveno in drugače prizadetimi bolniki ali poškodovanci, delo v intenzivni negi in nujni medicinski pomoči kakor tudi delo na psihiatričnih in podobnih oddelkih ter delo z invalidi,
- težkega fizičnega dela pri negi bolnikov, ostarelih, nepokretnih, invalidov ipd.
- možnosti fizičnih poškodb in obremenitev pri delu s neuravnovešenimi bolniki, pri delu z osebami, ki so nagnjeni k nasilju, alkoholiki, narkomani ipd.
- dela na terenu, patronaže, babiške službe oz. nege, vožnje vozil v prometu idr.

Ti potencialni viri poškodb ali obolenj so lahko dnevno oz. dodatno prisotni na delovnih mestih medicinskih sester, ki pa se na srečo in verjetno tudi po zaslugi njihove zadostne strokovne usposobljenosti, oz. dovolj visoke stopnje zdravstvene osveščenosti, ne kažejo v neželenih posledicah v tolikšni meri, kot bi to lahko bilo glede na potencialno stopnjo ogroženosti oz. resnost.

Članek je poleg tega nekoliko nedosleden tudi v navajanju določenih strokovnih podatkov in izrazov, ki bi jih bilo potrebno, zaradi korektnosti do stroke varnosti in zdravja pri delu, pravilno uporabiti. V tem smislu naj omenim, da mora ovrednotenje teže dela ali ogroženosti na posameznem delovnem mestu medicinske sestre, izvirati in biti ugotovljeno s pomočjo metode ocene tveganja ter na podlagi predhodnih

ugotovitev stanja, morebitnih ekoloških meritev na delovnih mestih in drugih relevantnih podatkov.

Strokovno nikakor ni vzdržno, da bi vsa dela oz. delovna mesta, na katerih so zaposlene medicinske sestre ocenili enako in na podlagi tega splošno zaključili, da gre za »lahko fizično delo« ali da gre za delo »pri katerih se ne pojavljajo večje nevarnosti za poškodbe«, čeprav je res, da visokega števila poškodb v teh dejavnosti ni evidentiranega. To delno lahko pripišemo še neljubemu dejstvu, da se večina zdravstvenih delavcev čuti moralno zavezanih za nesebično nudenje, ne nujno le strokovne, ampak vsestranske in osebne, pomoči bolnikom in da svojih težav in dogodkov (marsikdaj tudi poškodb in zdravstvenih okvar), ki se jim dogodijo med delom uradno ne prijavljajo. V tem smislu tudi velikokrat ne uveljavljajo pravic iz naslova poškodbe pri delu in bolniškega staleža, ker pač to v zdravstvu ni bila nikoli razširjena praksa. Do nedavnega je bil eden takih dogodkov tudi naključen vbod z injekcijsko iglo, dokler se ni pričelo pogosteje razpravljati o možnostih tovrstnih okužb in zelo hudih posledicah teh poškodb pri delu. Velikokrat naletimo tudi na precej razširjeno mnenje zdravstvenih delavcev da okužba, ki lahko ogrozi zaposlene v zdravstvu ne šteje nujno za poškodbo pri delu ali pa, da pač to ni možno dokazati oz. dokazovati, kar je seveda zmotno. Nedvomno bi bilo število evidentiranih poškodb (okužb ipd.) v zdravstveni dejavnosti mnogo večje, v kolikor bi se dosledno prijavljalo vse dejanske poškodbe in okvare, ki pri teh delih nastanejo.

Članek navaja predpisane periodične preglede delovne opreme (na mehaniziran pogon) in dokazilo o tem, da je delovna oprema varna za uporabo, ki naj bi bilo »uporabno dovoljenje«, za prve preglede delovne opreme pred uporabo pa »obratovalno dovoljenje«. Teh izrazov za omenjene dokumente predpisi o varnosti in zdravja pri delu ne poznajo. Še vedno veljavni Pravilnik o preiskavah delovnega okolja, pregledih in preizkusih sredstev za delo (Ur.L.SRS, št.35/88), pozna **predhodne** in **periodične** preglede, za kar se izdela ustrezen zapisnik. Na podlagi zapisnika pa se sestavi **poročilo o pregledu**.

Izraz »uporabno dovoljenje« je običajen za postopke pri gradbenih objektih, »obratovalno dovoljenje« pa v postopkih za pričetek določene dejavnosti (gostinstvo in nastanitvene dejavnosti).

Navedba za periodično preskušanje el. inštalacije vsake tri leta, ker naj bi te spadale k delovni opremi, je pomanjkljiva. Ločiti je potrebno preverjanje el. zaščite na delovni opremi na el. napajanje, ki je sestavni del pregledovanja te opreme in tu rok do treh let drži. Ne drži pa ta rok za vso ostalo el. inštalacijo v objektih. Ta se praviloma ne šteje za delovno opremo in je potrebno določiti roke za njeno preverjanje in preskušanje (meritve) v ustreznem internem aktu zavoda. Pri tem je potrebno dobro poznati sisteme vgrajene zaščite na tovrstnih inštalacijah, še zlasti tam, kjer so na posebno ščiteno inštalacijo priključene zelo delikatne medicinske naprave, ki služijo za medicinske posege na osebah. Te inštalacije morajo biti podvržene pogostejšim in posebnim pregledom.



Podatek o potrebni osvetljenosti vseh delovnih mest v delovnih prostorih (najmanj 200 lx) je presplošen. Ta osvetljenost je zadostna le kot splošna, za pomožne prostore v zdravstveni dejavnosti, za delovne prostore pa se giblje potrebna osvetljenost od 300 lx pa tudi do 5000 lx, kar je razvidno iz v Sloveniji prevzetega evropskega standarda SIST pr EN 12464 (2000).

V zvezi z obveznim (občasnim) poučevanjem in preverjanjem znanja o varnosti in zdravju pri delu je potrebno ugotoviti, da Zakon o varnosti in zdravju pri delu določa dveletni rok za tovrstna preverjanja na delovnih mestih, kjer gre za dela s povečanim tveganjem. V tem smislu se je zopet potrebno poslužiti Izjave o varnosti in ocenjevanja tveganja ter ugotovitev, ki iz tega ocenjevanja izhajajo, kar bi pomenilo, da tudi tu ni vzdržno posploševanje glede rokov poučevanja, ampak jih je potrebno določiti na podlagi utemeljitev in rezultatov ocenjevanja tveganja za vsako specifično delovno mesto.

Žal je potrebno povedati, da v državi ni enotne metodologije ocenjevanja tveganja za zdravstveno dejavnost in, da so različne ocene tveganja, ki so bile izdelane za posamezne zavode praktično neprimerljive in tudi kvalitetno na zelo različnih nivojih. Iz nekaterih ni možno ugotoviti ničesar, kar bi bilo koristno pri določanju ogroženosti posameznih delovnih mest ali delokrogov, kjer so povečana tveganja. Večina ocen niti ne navaja konkretno, katera delovna mesta pa naj bi to bila.

Pisec članka ne omenja še ene zahteve glede poučevanja o varnem delu (mimogrede, vsa poučevanja in preverjanja

znanja morajo biti tako teoretična, kot tudi praktična-na delovnih mestih in sicer po predhodno pripravljenem in sprejetem programu s strani vodstva zavoda), to je za delo z nevarnimi kemikalijami. Vsi zaposleni v zdravstvu, ki kakorkoli lahko pridejo v kontakt s snovmi, ki so označene kot nevarne kemikalije (F, F+, Xi, Xn, C, T, T+ in druge), morajo biti vsako leto poučeni in preverjeni glede potrebnega znanja o delu s temi snovmi. To določa, poleg predpisov o varnosti in zdravju pri delu tudi Zakon o kemikalijah iz leta 1999.

Pripomnil bi tudi glede odgovornosti v primeru poškodbe medicinske sestre pri delu na stroju (napravi), če ta ni bil pregledan v predpisanem roku. Menim, da te odgovornosti ni moč ocenjevati tako splošno. V kolikor stroj ni bil pregledan v roku treh let, je to lahko le prekršek delodajalca, ne pa nujno tudi odgovornost za poškodbo. Ta je lahko podana naprimer, če stroj ni bil brezhiben in je bilo to vzrok za poškodbo. Pri tem pa je potrebno upoštevati še druge okoliščine, ki pa jih je moč ugotoviti le v ustreznem postopku raziskave, tako interne ali inšpekcijskih organov oz. preko sodišča.

Ne poznam razlogov, ki so pisca obravnavanega članka dovedli, da se je lotil pisanja, kakor tudi ne o potrebni natančnosti in doslednosti, v meri kot se mu je zdela primerena, zato se mu v naprej opravičujem za napisane popravke.

Vaše uredništvo vabim, da presodi utemeljenost napisanih navedb s predlogom, da jih objavi.

V kolikor želite še kakršenkoli podatek ali imate dodatna vprašanja, sem vam na razpolago.

Odgovor ge. Katarini Lokar na njeno razmišljanje v decembrskem glasilu UTRIP Z naslovom »Kje pa mene čevelj žuli« na strani 68 (rubrika »predlagajte, povejte«): Zakaj se glasilo sindikata imenuje Človek in pol?

Spoštovana kolegica!

Zelo lepo ste z navedenim citatom opisali medicinsko sestro in tudi iz teh besed se da razbrati prav to, kar smo na drugačen način želeli povedati mi. Spoštujemo vaše mnenje, vendar menimo, da je naš moto zadnje, kar bi nam v javnosti lahko škodovalo. Tisto polovičko lahko utemeljimo na več načinov, če pogledamo samo naš delovni čas, se boste verjetno strinjali z menoj, da preživimo na delovnem mestu vsak mesec toliko ur, da je teh ur skoraj za enega in pol, gotovo pa več, kot večina ljudi.

Vsak poklic ob strokovnem znanju zahteva še kaj več, za medicinsko sestro to velja toliko bolj. Gotovo poznate kakšno kolegico, ki strokovno obvlada svoje področje, pa vendar pacienti in sodelavci z njenim delom nismo zadovoljni, ker ji »nekaj« manjka. Tisto »nekaj« so gotovo lastnosti, ki pridejo do izraza pri delu z ljudmi, predvsem z bolnimi, pa vendar niso nadčloveške.

Zavedamo se in to tudi vedno poudarjamo, da podoba in status poklica ne oblikuje to, kar o sebi govorimo, ampak nas drugi ocenjujejo po dejanjih. Tako, kot se vidimo sami, nas vidijo tudi drugi in nič hudega, če se »vidim kot človek in pol«.

Malce moramo zavrteti kolesje let nazaj, ko smo se kot Sindikat delavcev v zdravstveni negi Slovenije (SDZNS) začeli uveljavljati, izražati tudi navzven naše nezado-

voljstvo s položajem medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov na Slovenskem. Takrat smo v SDZNS oblikovali plakat »Človek in pol«. Osnovni namen plakata in izhodišče za njegovo vsebinsko ter grafično zasnovano je bila promocija in večanje ugleda medicinskim sestram v javnosti in med samimi medicinskimi sestrami. V javnosti je v glavnem naletel na zelo pozitiven odziv.

Ko smo v Republiškem odboru SDZNS izbirali ime za naše glasilo, so nam bile besede »Človek in pol« smernica ter tak naslov tudi izbrali, zato ker:

- želimo poudariti strokovno zahtevnost poklica medicinskih sester, ki imajo veliko znanja, vložijo ogromno navora, čustev, potrebnih pri delu z bolnimi ljudmi in za opravljanje tega poklica,

- samopodobo poklica si krojimo sami in tudi ta moto »Človek in pol« nam daje neko priznanje »meni kot človeku« za opravljeno delo in če opraviš delo strokovno in z vso odgovornostjo, vedno za vsakega pacienta v maksimalni meri, si naziv »Človek in pol« tudi zaslužimo. Dviguje nam samospoštovanje in to je le ena od vrednot, ki šteje!

Zato naslov glasila »Človek in pol«!

Uredniški odbor glasila Človek in pol



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. dnevom. 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 honoriram.
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

Obvestila članicam/lom



Spremembe podatkov v registru članstva

Spremembe delodajalca, statusa (študent, zaposleni, upokojenec), naslova bivanja, izobrazbe in strokovnih ter akademskih naslovov javite pisno – dopisnica 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.

Znesek mesečne članarine bomo objavili vsake tri mesece v Utripu, in bo plačljiv na TR NLB 02031-0016512314 – v sklicu pod 00 navedite številko članske izkaznice. Več informacij lahko dobite na telefon 01 43 44 903.

Pristopna izjava

Ko prejmemo vašo pristopno izjavo, ki jo dobite na spletni strani www.zveza-dmszts.si ali vam jo na vašo željo pošljemo po špošti, 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 poravnati znesek 3000 sit.

Mesečna članarina za redne člane/ice znaša 0,5 % od bruto plače, letna članarina pa 5.200 za upokojenke/ce in 4.400 za študente/ke.

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 ponoven 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

Zbornica zdravstvene nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester 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 najštevilnejšo 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.

NOVO



Linola mleko

emulzija vode v olju (35% maščob)
z izvlečkom osata

**LINOLA MLEKO -
IZBRANA NEGA
SUHE KOŽE
Z OLJEM OSATA**

- kožo ščiti pred izsušitvijo
- uravna pomanjkanje maščob in vlage v koži

**Samo
v lekarnah**



Uspešno proti bolečini, vnetju in vročini

Naprosyn®

tablete
peroralna suspenzija



naproksen

Nalgesin® forte

tablete *naproksen natrij*

Odmerjanje

Naprosyn tablete: 2- do 3-krat 1 tableta po 375 mg ali 2-krat 1 tableta po 500 mg; **suspenzija:** začetni odmerek 10 mg/kg, nato 2,5 do 5 mg/kg vsakih 8 ur

Nalgesin forte tablete: 2-krat 1 tableta

Indikacije

Naprosyn Vnetne revmatske bolezni: revmatoidni artritis, serološko negativni spondilartritis, kronični juvenilni artritis, drugi artritis. Degenerativne revmatske bolezni: artroza perifernih sklepov in hrbtenice. S kristali povzročena artritis: protin in psevdoprotin. Zunajsklepne revmatske bolezni: burzitis, periartitis, tendinitis, sindrom fibrozitisa in druge. Proti bolečinam ga dajemo pri dismenoreji, pri poškodbah mehkih tkiv, po porodu, kadar mati ne doji, pri raznih stomatoloških posegih in pri zobobolu, po operacijah.

Nalgesin forte Bolečine po poškodbah, zvinih in nategih, glavobol in zobobol. Bolečine po operacijah in izdiranju zob. Preprečevanje in zdravljenje migrene. V ginekologiji za lajšanje bolečin in menstruacijskih krčev, bolečin zaradi vstavitve materničnega obročka in drugih bolečin. Bolečine v hrbtenici, zunajsklepni revmatizem in revmatske bolezni. Pri infekcijskih boleznih za lajšanje bolečin, vnetja in vročine.

Kontraindikacije: Preobčutljivost za katero koli sestavino zdravila, za salicilate in druge nesteroidne antirevmatike, ki se pokaže v obliki bronhialne astme, urtikarije ali rinitisa. Aktivna razjeda želodca in dvanajstnika, krvavitve iz prebavil. Jetrna ali ledvična odpoved ali hudo srčno popuščanje. Zadnji trije meseci nosečnosti. Otroci, mlajši od enega leta (Naprosyn) oz. lažji od 13 kg (Nalgesin forte).

Previdnostni ukrepi: Previdnost je potrebna pri bolnikih z jetrno okvaro ali srčnim popuščanjem. Bolnike z motnjami v delovanju ledvic je treba

nadzorovati in jim prilagoditi odmerek zdravila. Izogibamo se uporabi naproksena pri hudih svežih ranah in najmanj 48 ur pred večjimi kirurškimi operacijami.

Neželeni učinki: Neželeni učinki so najpogosteje povezani z večjimi odmerki. Lahko se pojavijo bolečine v trebuhu, zgaga, zaprtje, slabost, vrtoglavica, glavobol, omotičnost, srbenje, periferni edemi, šumenje v ušesih. Redko se pojavijo erozivni gastritis, peptična razjeda, krvavitve iz prebavil, perforacija želodca, preobčutljivostne reakcije.

Oprema in način izdajanja

Naprosyn: 50 tablet po 375 mg, 20 tablet po 500 mg, 100 ml peroralne suspenzije (125 mg/5 ml). Izdaja se na zdravniški recept.

Nalgesin forte: 10 tablet po 500 mg. Izdaja se na zdravniški recept.

Datum priprave besedila: julij 2004

Podrobnejše informacije so na voljo pri proizvajalcu.

Krka, d. d., Novo mesto, Šmarješka cesta 6, 8501 Novo mesto, www.krka.si

Že 50 let.

 KRKA