

UTRID

INFORMATIVNI BILTEN



PREIZKUŠENO MED SLOVENSKIMI ZDRAVNIKI

Naj bo pomlad spet najboljši letni čas

LETIZEN®

*cetirizin
tablete
peroralna raztopina*

Livostin®

*levokabastin
kapljice za oko
pršilo za nos*

 KRKA

UTRIP

INFORMATIVNI BILTEN

ZBORNICA ZDRAVSTVENE NEGE SLOVENIJE - ZVEZA DRUŠTEV MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV SLOVENIJE

ODGOVORNA UREDNICA: mag. Brigita Skela Savič

UREDNIŠKI ODBOR:

Petra Kersnič, Irena Kersič Ramšak,
Veronika Pretnar Kunstek,
mag. Brigita Skela Savič

LEKTORICA: prof. Cvetana Tavzes

PREVAJALEC: Primož Trobevšek

NAKLADA: 12800 izvodov

NASLOV UREDNIŠTVA:

UTRIP, Ljubljana, Vidovdanska 9
telefon, telefaks: 01/ 2316-055,
tajništvo Zbornice - Zveze
telefon, telefaks: 01/ 4344-903, naročnine, računi
e-mail: zveza.med.sester@siol.net
TRR ZDMSZTS pri NLB, posl. Tavčarjeva 7, Ljubljana,
številka: 02031-0016512314

TRŽENJE OGLASNEGA PROSTORA:

KRASNA d.o.o. Ljubljana, Preglov trg 6,
tel.: 01/ 5461-800, 5408-202, faks: 5400-315
e-mail: krasna@krasna.si

PRIPRAVA ZA TISK:

STARLING d.o.o., Vrhnika, Krožna pot 2
tel.: 01/ 7557-850, faks: 01/ 7557-855
e-mail: starling@starling.si

TISK:

Tiskarna POVŠE, Povšetova 36 a, Ljubljana,
tel./faks: 01/ 2301-542, e-mail: tisk.povse@siol.net

FOTOGRAFIJA NA NASLOVNICI:

Foto: Jelka Simončič

SPLETNA STRAN ZBORNICE-ZVEZE:

www.zveza-dmszts.si Utrip (Online)

Elektronski naslovi:

zveza.med.sester@siol.net
tajništvo@zveza-dmszts.si
narcnina@zveza-dmszts.si

ISSN 1581-3738

Utrip je glasilo – informativni bilten Zbornice zdravstvene nege Slovenije – Zveze društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. 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 da-vek na dodano vrednost.

uvodnik

4 NABERITE SI MOČI

delo zbornice - zveze

16 KRONIKA DOGODKOV V JUNIJU 2004
7 JULIJ 2004 - PREDLOG ZAKONA O DOPOLNITVAH ZAKONA O ZDRAVSTVENI DEJAVNOSTI (ZZDEJ-H) - EPA 1212-III NA POTI V DRŽAVNI ZBOR

ICN

24 POGLED OD ZNOTRAJ

aktualno

11 NOVE SMERNICE V SVETOVANJU POSTKOITALNE KONTRACEPCIJE, KONTRACEPCIJE PO UMETNI PREKINITVI NOSEČNOSTI (UPN) TER KONTRACEPCIJE PO PORODU
13 NOVI OBRAZI REVŠČINE

predstavljamo vam

15 PREDSTAVITEV DEJAVNOSTI IN PREGLED AKTIVNOSTI PREPREČEVANJA IN OBVLADOVANJA BOLNIŠNIČNIH OKUŽB V KLINIČNEM CENTRU LJUBLJANA NA PODROČJU ZDRAVSTVENE NEGE IN OSKRBE
17 VLOGA KOORDINATORICE ZDRAVSTVENE NEGE V SPECIALISTIČNI AMBULANTNI DEJAVNOSTI KLINIČNEGA CENTRA (KC) LJUBLJANA

poročila - strokovna srečanja

19 "BILO JE NAPORNO, A VREDNO!"
20 RAZVOJNI PRESEJALNI TEST DENVER II V PEDIATRIČNI ZDRAVSTVENI NEGI
21 SREČANJE PATRONAŽNIH MEDICINSKIH SESTER V VUHREDU
22 KATEGORIZACIJA V PATRONAŽNI ZDRAVSTVENI NEGI

23 izobraževanja

59 mednarodna srečanja

zanimivo

27 DAN ODPRTIH VRAT ZDRAVSTVENE NEGE 2004 KLINIČNEGA CENTRA LJUBLJANA
29 KONCERT ZA BOLNIKE IN ODPRTJE RAZSTAVE V AVLI KLINIČNEGA CENTRA LJUBLJANA
30 TEDEN ZDRAVJA NI DOVOLJ – JE PA DOBRA VZPODBUDA ...
32 SREČANJE DELOVNE SKUPINE LEONARDO DA VINCI
33 SPOZNAJMO KOMPLEMENTARNO IN NARAVNO ZDRAVILSTVO TUDI V ZDRAVSTVENI NEGI ALI NI VSE ZLATO, KAR SE SVETI
35 DOBILI SMO KANDIDATURO ZA ORGANIZACIJO SVETOVNEGA KONGRESA S PODROČJA ENTEROSTOMALNE TERAPIJE V SLOVENIJI LETA 2008

mi med seboj

36 OBISK ČLANOV SKCJEJE ŠTUDENTOV ZDRAVSTVENE NEGE NA VISOKI ZDRAVSTVENI ŠOLI V MARIBORU
37 VOLITVE V DRUŠTVU MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV CELJE

udeležili smo se

38 POROČILO O UDELEŽBI NA 12. MEDNARODNI KONFERENCI "HEALTH PROMOTING HOSPITALS" V MOSKVI

s humorjem je lažje in lepše

39 »DOPUST«

predlagajte, povejte

40 PISMO VARUHU ČLOVEKOVIH PRAVIC

medicinske sestre v prostem času

41 POHOD NA PECO
42 UPOKOJENE MEDICINSKE SESTRE DMSZT CELJE NA PRAZNIKU ČEŠENJ
43 POTEP PO BELI KRAJINI

izleti - strokovne ekskurzije

44 POHOD NA VRŠIČ IN OKOLICO

44 obvestila

NABERITE SI MOČI!



Čeprav narava v času pisanja uvodnika še ne kaže prave poletne »mrzlice«, so zdravstveni zavodi že postavili dogovore za delo čez poletje, vsak izmed nas pa kljub muhastemu vremenu že načrtuje poletne užitke zase in svoje najdražje. Ko načrtujete poletna potovanja ne pozabite na dobro knjigo, obiščite prijatelje, ki jih že dolgo niste, delajte tisto, kar vas osrečuje, razmislite o odnosih, ki vas pestijo in gojite tiste, ki vas izpopolnjujejo.

Nekje sem prebrala, da so znanstveniki ene izmed univerz v ZDA odkrili, da je človekova najpomembnejša psihična potreba in hkrati najpomembnejši pogoj za človekovo občutenje sreče, doseganje avtonomije. To pomeni, da si človek večino svojih dejavnosti lahko izbira sam.

Če pomislimo, koliko časa zaposleni v zdravstveni negi preživimo na delovnih mestih, kjer se vsak glede na svoje kompetence in delovne naloge trudi doseči tudi avtonomijo stroke, ki na papirju in v očeh mnogih še vedno ni priznana, potem zaposleni v zdravstveni negi ne dosegamo ravno veliko sreče povezane s poklicnim delom. Poklicna avtonomija naj bi bila potrebna zato, da bi občutili srečo in zadovoljstvo pri opravljanju osnovnega poslanstva poklica.

Pomemben del doseganja in pričakovanj v zvezi s poklicno avtonomijo se po mojem mnenju skriva v dojemanju odnosov in razmerij med poklicnimi skupinami v zdravstvu. Ključnega pomena je zavedanje in dojetje vpliva različnega načina izobraževanja dveh največjih poklicnih skupin v zdravstvu, to so zdravniki in medicinske sestre. Pomemben raziskovalec na tem področju je Stein, ki ugotavlja, da so zdravniki v času študija strogo tehnično usmerjeni v zdravljenje bolezni in niso dovolj usmerjeni v humanistični aspekt zdravstvene obravnave, kot so zagotoviti zdravstveno izobraženost, preprečevanje bolezni, pomoč bolnikom in svojem pri soočanju z boleznijo. To so tri področja, ki so domena zdravstvene nege oziroma študijskih programov tega študija. Poleg tega so številne raziskave avtorja Degelinga, narejene v Veliki Britaniji, Novi Zelandiji in Avstraliji pokazale, da zdravniki v prvi vrsti delujejo kot individualisti v procesu zdravstvene obravnave, medicinske sestre pa so bolj usposobljene za delo v skupini in lažje sprejemajo spremembe. Zaradi različnosti pogleda na celovito obravnavo bolnika, lahko prihaja do razlik med zdravniki in medicinskimi sestrami, kar pogloblja razlike v subkulturalah obeh poklicev, ki se kaže na odnosni in delovni ravni.

Zato svoje lastne avtonomije - sreče ne iščimo v uresničenju želje, da bi postali enakovredni zdravnikom in da bodo tisti, ki vodijo zdravstveni sistem prepoznali vlogo in pomen zdravstvene nege v skrbi za zdrave populacije. Ni še čas za to, kljub temu, da je svetovalec Ministra za zdravje, Don Hindl večkrat opozoril, da v slovenskem prostoru preveč pozabljamo na moč in vire, ki jih ima zdravstvena nega. Nase bomo opozorili, ko se bomo osredotočili na svoje lastne procese dela, jih analizirali, predlagali izboljšave,

vrednotili spremembe in jih pokazali kot pomemben del integriranega zdravstvenega sistema. Zdravstvena nega bo dobila svoje priznanje takrat, ko bo svoje delo tako v klinični praksi in managementu podkrepila z raziskovalnim delom, ki bo objavljeno v domačih in tujih revijah. Priznanje ji morajo dati uporabniki storitev, zato jih povprašajmo kako nas vidijo, dojemajo in ocenjujejo. Ni dovolj, da jim zastavimo vprašanje ali so bili zadovoljni z delom medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov. Vprašajmo jih, ali so medicinske sestre in zdravstveni tehniki podali informacije pred opravljanjem različnih posegov, kako hitro so se odzvali na obstojni zvonec, ali so aplicirali zdravila ob predpisanem času, ali so varovali bolnikovo zasebnost

Ali smo pripravljeni na to, da ignoriramo tako imenovano perečo odnosno raven in vso svojo znanje in energijo vložimo v razvoj stroke in dojetje bolnika kot partnerja? Ali pa nam mogoče obstoječe stanje daje občutek varnosti in je dober izgovor v smislu saj mi bi že, pa nam drugi ne dopustijo? Ali smo dovolj pogumni, da tisto kar je predvidljivo in že poznamo, spremenimo?

Danes si strokovnjaki in managerji v zdravstveni negi želimo primerljivo avtonomijo svoje stroke in dobro definirano področje dela, z jasnimi kompetencami. Želimo delati kooperativno, kot enakopravni člani zdravstvenega tima in biti vključeni v management zdravstvenih ustanov, želimo prispevati svoj delež pri zdravstveni reformi v takšnem obsegu, kot je to v razvitem svetu. Očitno nismo bili povabljeni v takšni meri kot to zmoremo, pričakujemo in si želimo. Ali smo res izrabili vse naše notranje kadrovske resurse in ali smo od ljudi, ki smo jih predlagali v projektne skupine zdravstvene reforme, zahtevali povratne informacije in predloge izboljšav za prakso zdravstvene nege?

Poskusite v teh počitniških dneh razmišljati o napisanih vprašanjih. Razmislite o tem, zakaj mnogi še vedno dojemajo delo medicinske sestre le kot pomoč zdravniku. Za prikaz obsega dela medicinske sestre je potrebno v neposredni praksi dejansko prikazati, kaj dela medicinska sestra za bolnika, poleg tega da izvrši naročila zdravnika. To pa je poleg vsem nam znane procesne metode dela, standardizacije, spremljanje kakovosti, raziskovanja itd, pomeni velikokrat podvajanje evidenc, dodatno administrativno delo, nikjer vidno vendar za bolnika izjemno pomembno zdravstveno vzgojno delo...

Številne raziskave v razvitih državah so pokazale pozitivne korelacije med razvojem zdravstvene nege in izboljšanjem zdravstvenega stanja populacije. Zakaj ne bi tega pokazali tudi mi? Razmišljajte, uživajte v poletnih dneh, naj vam utrip poletja da novih moči za vaše in naše skupne projekte.

Mag. Brigita Skela Savič
Odgovorna urednica

KRONIKA DOGODKOV V JUNIJU 2004

Za nami je maj, ko smo s številnimi aktivnostmi pokazali, kako se spopadamo z revščino v naši stroki, saj so medicinske sestre v stiku z njo tako rekoč povsod in vsak dan. Promovirali smo naš plakat MOČ MEDICINSKIH SESTER V SLUŽBI ČLOVEKA in z njim povedali, kdo smo, kaj zmoremo in zakaj čutimo v svojem delu moč. Podelili smo Zlate znake Zbornice – Zveze, naše najvišje priznanje za sooblikovanje organizacije, stroke in ugleda našega poklica. Letošnji junij je za nas tudi mesec, ko smo veliko časa ali natančneje – največ časa doslej, če uporabim desetletno povprečje, prebili na Ministrstvu za zdravje in to z ministrom in njegovimi sodelavci in razreševali našo zahtevo po dodelitvi javnih pooblastil. Veliki zaključek bodo te aktivnosti imele v prvih dneh julija, najprej na matičnem delovnem telesu Državnega zbora – Odboru za zdravstvo, delo, družino, socialno politiko in invalide, nato pa na zadnji seji Državnega zbora v tem mandatnem obdobju oziroma pred volitvami.

Kaj smo delali in kje smo bili v mesecu juniju:

1. junij in 10. junij

- razgovori članov Častnega razsodišča z udeleženci iz prijavljenih primerov

2. junij

- seja Uredniškega odbora Utripa
- sestanek na Ministrstvu za zdravje na temo – Zbornice v zdravstveni dejavnosti

7. junij

- sestanek z ministrom na temo zakonodaje in zdravstvene nege

14. junij

- sestanek z ministrom

15. junij

- 14. seja Odbora regijskih društev na Svetini pri Celju

Dnevni red:

1. Sprejem zapisnikov 12. seje ORD z dne 10. 2. 2004 in 13. seje ORD z dne 14. 4. 2004
2. Poročila s sej Upravnega odbora Zbornice – Zveze
3. Odgovori na vprašanja – Petra Kersnič
4. Aktivnosti v zvezi z zakonodajo za področje zdravstvene nege – mag. Bojana Filej
5. Stališče UO Zbornice – Zveze o organizacijskih spremembah v Zbornici – Zvezi
6. 12. maj – Mednarodni dan medicinskih sester, poročila predsednic o aktivnostih

7. Pobuda občnega zbora DMSZT Gorenjske – točka predstavljena na naslednjo sejo

8. Razno.

Na seji so člani ORD in Upravni odbor na podlagi pobude DMSZT Ljubljana o spremembi Pogodbe o povezovanju opravili zadnjo razpravo in poenotili stališča o sestavi in nalogah skupščine in Upravnega odbora. Na podlagi teh stališč bodo oblikovani predlogi novih členov v pogodbi o povezovanju, ki jih bodo podpisale zakonite zastopnice društev.

22. junij

- 28. seja Koordinacijskega odbora strokovnih sekcij

1. SPregled in sprejem zapisnika 27. seje KOSS-a z dne 25. 2. 2004
2. SPregled aktivnosti organov Zbornice – Zveze
3. SPoročilo delovne skupine KOSS-a
4. SPoročilo o aktivnostih Delovne skupine za revizijo dokumenta Razmejitev zdravstvene nege
5. SDogovor za oblikovanje plana izobraževanj in strokovnih izpopolnjevanj za leto 2005
6. SPobude in predlogi
7. SRazno

24. junij

- sestanek z ministrom za zdravje

30. junij

- sestanek s poslansko skupino LDS, ministrstvom za zdravje in predstavniki zbornic in združenj v zdravstvu.



Odbor regijskih društev "visoko nad celjskimi hribi"

Od desne proti levi Lidija Časl – predsednica DMSZT Velenje, Monika Ažman – predsednica DMSZT Gorenjske, Darinak Klemenc – podpredsednica Zbornice – Zveze za koordinacijo regijskih društev in predsednica DMSZT Ljubljana, Marjanca Vengušt – predsednica DMSZT Celje in gostiteljica srečanja, Peter Požun – podpredsednik Zbornice – Zveze za splošne zadeve in podpredsednik DMSZT Ljubljana, mag. Milica Lahe – predsednica DMSZT Maribor, Tadeja Bizjak – predsednica DMSZT Koper, Renata Trampuž – predsednica DMSZT Nova Gorica, Vesna Krof – predsednica DMSZT Ptuj – Ormož, Petra Štigl – predsednica DMSZT Slovenj Gradec in Petra Kersnič, generalna sekretarka Zbornice – Zveze; pred slikanjem sta odšli mag. Bojana Filej in Emilija Kavaš

SPOMNIMO SE IN PLANIRAJMO ZDRAVSTVENOVZGOJNE AKTIVNOSTI

JUNIJ

- 4. junij – dan slovenskega krvodajalstva
- 4. junij – mednarodni dan otrok, žrtev agresije
- 5. junij – svetovni dan ekologije
- 16. junij – mednarodni dan beguncev
- 24. junij – svetovni dan osteoporoze
- 25. junij – svetovni dan multiple skleroze
- 26. junij – mednarodni dan žrtev mučenja
- 26. junij – mednarodni dan boja proti zlorabi drog

JULIJ

- 11. julij – svetovni dan populacije

AVGUST

- 2. avgust – mednarodni dan dojenja

SEPTEMBER

- 14–21. september – Teden aktivnosti za preprečevanje kajenja
- Tretji teden septembra – Evropski teden mobilnosti
- 13. september – Svetovni dan prve pomoči
- 14. september – Slovenski dan inkontinence
- 17. september – Mednarodni dan miru
- 18. september – Evropski dan brez tobaka
- 20. september – Mednarodni dan gluhih
- 21. september – Svetovni dan obolelih za Alzheimerjevo boleznijo
- 29. september – Svetovni dan srca

»Skrivnost sreče je v tem, da pričakuješ mnogo od sebe in malo od drugih.«

Guionon

JULIJ 2004 - PREDLOG ZAKONA O DOPOLNITVAH ZAKONA O ZDRAVSTVENI DEJAVNOSTI (ZZDEJ-H) - EPA 1212-III NA POTI V DRŽAVNI ZBOR

2. julija 2004 JE bil PREDLOG ZAKONA.... po celomesečnem usklajevanju z vlado na 43. seji Odbora Državnega zbora Republike Slovenije za zdravstvo, delo, družino, socialno politiko in invalide potrjen in pripravljen za obravnavo na zadnji seji Državnega zbora v mesecu juliju.

Članom odbora smo dan pred zasedanjem poslali naslednje pismo:

“Spoštovani, jutri, v petek 9. julija 2004, boste na seji Odbora za zdravstvo, delo, družino, socialno politiko in invalide ponovno obravnavali Predlog zakona o dopolnitvah zakona o zdravstveni dejavnosti - ZZDej-H – skrajšani postopek - EPA 1212.

Pred vami bo predlog amandmajev vlade Republike Slovenije, pri oblikovanju katerih smo tokrat sodelovali. Za nas pomenijo amandmaji zaključek dvanajstletnih prizadevanj za zakonsko ureditev na področju dejavnosti zdravstvene nege in končno možnost za pridobitev javnih pooblastil.

Kot že velikokrat doslej, se ponovno obračamo na Vas s prošnjo, da tokrat predlog podprete predvsem zaradi strokovnih argumentov in pripravljenosti vlade, da na ta način razreši nakopičeno problematiko v zdravstvenih strokah, posebej pa v največji poklicni skupini v zdravstvu – med izvajalci zdravstvene nege.

Naj vas ob tej priložnosti ponovno spomnimo na našo sosedo Hrvaško, ki je v avgustu 2003 sprejela »Zakon o sestrinstvu«, s katerim je opredelila način delovanja, standarde izobraževanja, pogoje za opravljanje dejavnosti, dolžnosti, kontrolo kakovosti in strokovni nadzor nad delom medicinskih sester in medicinskih tehnikov. Z zakonom so ustanovili Hrvaško zbornico medicinskih sester, ki izdaja, obnavlja in odvzema dovoljenje za samostojno delo, poleg tega ima še javna pooblastila vodenja registra in izvajanja strokovnega nadzora.

Zahvaljujemo se Vam, če boste prepoznali pomen in potrebo po zakonski ureditvi tega področja ter ta predlog podprli. S tem boste pokazali, da vam je pomembna skrb za državljanke, ki so vas izvolili in pred katere boste morda stopili tudi v naslednjem mandatu.

*Predsednica Zbornice zdravstvene nege Slovenije –
Zveze društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov
Slovenije*

Mag. Bojana Filej”

Po zaključku seje
Odbora

*Doc.dr. Borut
Božič – predsednik
Zbornice
laboratorijske
medicine,
prof.dr. Dušan
Keber - minister za
zdravje,
mag. Bojana Filej –
predsednica
Zbornice – Zveze,
mag. Friderika
Kresal –
predsednica
Zbornice
fizioterapevtov in
Petra Kersnič -
državna svetnica
za zdravstvo.*



Zakon bomo objavili takoj, ko ga bo sprejel Državni zbor. Z predlaganim tekstom se uresničuje naša dolgoletna zahteva po javnih pooblastilih. Tisto, kar pa je pri tem zelo pomembno, je, da predlog ureja področje vseh poklicev v zdravstvu – to je bila tudi cena našega popuščanja v pogajanjih z vlado. Zadovoljni smo in veseli, da smo lahko v dani situaciji izkazali solidarnost z vsemi poklici, ki sodelujejo v zdravstvenem timu.

O javnih pooblastilih govori predlog "87.c člena, ki pravi:

Zbornica ali strokovno združenje, ki mu minister, pristojen za zdravje, podeli pooblastilo, opravlja kot javno pooblastilo naslednje naloge:

- vodi register izvajalcev posamezne zdravstvene dejavnosti;
- izdaja potrdila o vpisu in izbrisu iz registra za zasebne izvajalce;
- izvaja strokovni nadzor s svetovanjem;
- izdaja, podaljšuje in odvzema licence izvajalcem posamezne zdravstvene dejavnosti;
- načrtuje specializacije in specialistične izpite;
- v soglasju z ministrom, pristojnim za zdravje, izda pravilnike, s katerimi podrobneje uredi področje, na katerem izvaja naloge javnega pooblastila;
- v soglasju z ministrom, pristojnim za zdravje, določa priporočene tarife za izvajalce.

Pri izvajanju nalog iz tega člena zbornica ali strokovno združenje upošteva zakon, ki ureja splošni upravni postopek in zakon, ki ureja upravni spor. Zoper odločitev zbornice oziroma strokovnega združenja je dovoljena pritožba na ministrstvo, pristojno za zdravje.

Izvajanje nalog, ki jih zbornica oziroma strokovno združenje opravlja kot javno pooblastilo, nadzira ministrstvo, pristojno za zdravje."

*Pred parlamentom naš lobist Vili Graddolnik in
»Zbornica – Zveza«*



POGLED OD ZNOTRAJ



Regulacija – pri njej moramo sodelovati!

“Globalizacija, liberalizacija trgovine in reforme javnega sektorja imajo veliko skupnega, sem nedvomno spada regulacija – najpogosteje v obliki deregulacije ali ponovne regulacije. Številne vlade so se odločile, da spremenijo regulacije, s čimer so odstranile veliko zaščit za potrošnike in poklicne strokovnjake. Desetletje reform je v zdravstveni negi zmanjšalo število delovnih mest, število izkušenih medicinskih sester in število novink, spremenilo pa je tudi pravila. Deregulirani svet ne služi preveč dobro pacientom.

Z mednarodnega vidika Svetovna trgovinska organizacija promovira regulacijo za poklice, je transparentna, fleksibilna in »kar najmanj omejujoča za trgovino«. Namen, da se procese naredi transparentne, je sicer hvalevreden, vendar pa ni jasno, do katere mere lahko države ali poklici izgubijo svojo zdajšnjo stopnjo regulacije, če se jim bo uspešno oporekalo v zvezi s standardi in procesi.

Evropska unija zdaj gleda na regulirane poklice s perspektive politike konkurenčnosti – glede na ekonomski učinek reguliranja poklicev ter glede na to, ali umetno dušenje konkurence presega javni interes. Ob spremembah v Evropski uniji bodo pobude za reformo regulacije močne.

Predstavljajte si zdravstveno varstvo brez regulacij – po eni strani bi to odpravilo ovire za migracijo, vendar pa bi se brez regulacije vsakdo lahko izdajal za medicinsko sestro; sprejemljivi bi bili vsi standardi in učni načrti; pacienti in njihove družine ne bi mogli vedeti, ali smo kompetentni; katerakoli druga skupina bi si lahko lastila naše področje prakse. Izginile bi norme za kakovost zdravstvene nege pacientov. V bistvu bi se vrnili na začetek devetnajstega stoletja.

Prvi interes medicinskih sester je kakovostna zdravstvena nega. Standardi, kompetence, etični kodeksi – torej regulacije – so orodja, ki zagotavljajo, da smo kompetentne in da je naše delovno mesto varno. Trdo smo delale, da si zagotovimo pravico do reguliranja naše prakse. Zakaj se potem ne zanimamo bolj za regulacijo zdravstvene nege? Zakaj ne vemo, k čemu so se naše vlade zavezale na področju trgovine s splošnimi sporazumi o carinah in kaj to lahko pomeni za paciente?

Sprejeti moramo cilje regulacije – definiranje poklica in obsega njegove prakse; določanje izobraževalnih standardov in standardov etične ter kompetentne prakse; vzpostavljanje sistemov konkretne odgovornosti ter procesov akreditiranja. Prepričati se moramo, da je regulacija ažurna, relevantna, zasnovana na jasnih definicijah, zadostno široka in fleksibilna, tako da se dosežejo smotri ter omogoči prostor za inovativnost, rast in spreminjanje ter da se zagotovi pravično obravnavanje ljudi, na katere se regulacija nanaša. (ICN on Regulation: Towards 21st Century Models. ICN, 1997.)

Mednarodni svet medicinskih sester meni, da je treba poskrbeti:

- za visoke standarde za osebno in poklicno rast ter uspešnost medicinskih sester;
- za javno podporo medicinskim sestram, da opravljajo svoje delo v mejah svojih zmožnosti;
- za sodelovanje poklica pri razvijanju javnih politik;
- za konkretno odgovornost poklica do javnosti za upravljanje svojega dela v korist javnosti; in
- za ustrezno priznanje in nagrajevanje prispevka poklica ter za priložnosti za samouresničitev njenih članic in članov.

Zavedati se moramo trendov, ki vplivajo na regulacijo, kot so sodelovalna področja prakse, skupne kompetence, stroški in birokratizacija regulatornih sistemov, spreminjajoča se okolja prakse, enovita in raznovrstna regulacija in vladna ter mednarodna pravila, ki vplivajo na poklic.

Pogosto najbolj cenimo to, kar izgubimo. Poskrbimo, da ne pride do takšnega položaja v zvezi z regulacijo zdravstvene nege in varno zdravstveno nego pacientov.”

Judith A. Oulton

Glavna direktorica Mednarodni svet medicinskih sester

Izjave za tisk

1. Mednarodni svet medicinskih sester obsoja Libijo, ker je obsodila na smrt bolgarske medicinske sestre in palestinskega zdravnika

Mednarodni svet medicinskih sester roti libijsko vlado, da prekliče obsodbo.

Ženeva, Švica, 8. maj 2004 - Mednarodni svet medicinskih sester (ICN) je z najbolj močnimi besedami, ki so možne, obsodil nedavno smrtno obsodbo, ki jo je izreklo libijsko sodišče petim bolgarskim medicinskim sestram in palestinskemu zdravniku. Ti zdravstveni strokovnjaki so bili aretirani leta 1999, ker naj bi širili okužbo s HIV v otroški bolnišnici v libijskem mestu Bengaziju, kjer so delali leta 1998. Devet Libijcev, ki so delali v isti bolnišnici, je bilo oproščenih.

“Obsodba je krivična, nezaslužena in nesprejemljiva”, je izjavila predsednica Mednarodnega sveta medicinskih sester Christine Hancock. “Rotimo libijsko vlado, da čimprej popravi to grozljivo situacijo. Te zdravstvene delavce se nepravilno krivi za tragedijo, ki je izzvala ogorčenje v Libiji.”

Izvedenske priče, vključno z znanim francoskim raziskovalcem, doktorjem Lucom Montagnierjem, ki je prvi izoliral virus HIV, so na procesu pričale, da so okužbo otrok povzročile slabe higienske razmere v bol-

nišnici, ne pa kakršnakoli mednarodna zarota ali namer-na dejanja medicinskih sester in zdravnikov. Profesor Montagnier je predstavil poročilo, ki ga je izdelal za ta primer – poročilo kaže na to, da se je okužba začela, še preden so obtoženi začeli delati v bolnišnici, še naprej pa se je širila tudi potem, ko so bili aretirani. Sodišče je lani zaradi pomanjkanja dokazov opustilo obtožbo proti zdravstvenim delavcem. Do obsodbe 6. maja je prišlo, ker je tožilstvo obnovilo obtožbe.

Mednarodni svet medicinskih sester je stopil v stik s posebnim raziskovalcem Združenih narodov za pravico do zdravja, ki je zadolžen tudi za varovanje zdravstvenih strokovnjakov ter tudi za varovanje drugih človekovih pravic in drugih poklicnih skupin v zdravstvu. Mednarodni svet medicinskih sester bo še naprej sodeloval z drugimi službami ter se bo neposredno obračal na libijsko vlado z zahtevo, da se obsodba prekličie in osvobodijo omenjeni zdravstveni delavci.

2. Po mednarodni anketi med zdravstvenimi strokovnjaki so srčne bolezni, debelost in rak glavna zdravstvena vprašanja

Ženeva, Švica, 7. junij 2004 – Anketa, ki je zajela globalne predstavnike zdravstvene nege, medicine in farmacije, je pokazala, da se za srčne bolezni, debelost in rak pričakuje, da bodo v naslednjih petih ali desetih letih predstavljali glavna zdravstvena vprašanja tako v razvitih državah, kot v državah v razvoju. Neuradna anketa je potekala na zgodovinski prvi konferenci Svetovne zveze poklicev v zdravstvu (WHPA) v Ženevi pred Svetovno zdravstveno skupščino Svetovne zdravstvene organizacije.

Srečanje medicinskih sester, farmacevtov in zdravnikov iz več kot šestdesetih držav je prepoznalo spremembe pri prehranjevanju, neenak dostop do informacij in trgovinske politike kot glavne trende, ki vplivajo na te zdravstvene izzive, medtem ko je terorizem kot trend, ki vpliva na zdravje, zanemarljivega pomena.

HIV/AIDS in tuberkuloza sta bila prav tako na seznamu prioritet v državah v razvoju, vendar pa dejstvo, da se ti veliki ubijalci na splošno uvrščajo nizko na lestvici zdravstvenih izzivov (10. in 11. mesto na seznamu s šestnajstimi postavkami), priča o tem, da ozaveščenost o nujnosti boja s pandemijo še vedno ni povsem prodrla med vse zdravstvene strokovnjake. Težke delovne obremenitve, stresno delovno okolje in nezadostno število osebja so na vrhu seznama trendov in skrbi samih zdravstvenih strokovnjakov. Celotne rezultate ankete si lahko ogledate na spletnem mestu www-whpa.org.

“Ko kažejo na srčne bolezni, debelost in raka kot na glavne zdravstvene izzive sedanjosti in bližnje prihodnosti, zdravstveni strokovnjaki poudarjajo pomen spreminjanja življenjskega sloga, ki mu je zdaj priča svet: življenje s čedalje več sedenja in nezdravo prehranjevanje,” je dejal Delon Human, generalni sekretar Svetovne zdravniške zveze, ki je bila partnerica pri ustanovitvi Svetovne zveze poklicev v zdravstvu (WHPA) skupaj z Mednarodnim svetom medicinskih sester (ICN) in Mednarodno farmacevtsko federacijo (FIP).

“Čeprav se je HIV/AIDS v anketi uvrstil na nizko mesto, smo bili zelo zadovoljni, da je resolucija, ki so jo izdali delegati, pozvala zdravnike, medicinske sestre in farmacevte, naj nastopijo kot močni zagovorniki in družbeni voditelji v vojni proti HIV/AIDS,” je izjavil Ton Hoek, generalni sekretar Mednarodne farmacevtske federacije.

“Zaskrbljenost zaradi stresa, delovnih obremenitev in zadržanja osebja, ki se je pokazala v rezultatih ankete, govori o vprašanih migracije in potrebe, da države najdejo način, da obdržijo in nadalje usposabljujejo obstoječe osebje ter tudi ponovno aktivirajo osebje, ki je zapustilo zdravstveni sistem,” je pojasnila Judith Oulton, glavna direktorica Mednarodnega sveta medicinskih sester.

Konferenca je prvič združila člane in članice Mednarodnega sveta medicinskih sester, Mednarodne farmacevtske federacije in Svetovne zdravniške zveze, ponudila je inovativno platformo za medpoklicno in mednarodno sodelovanje pri zdravstvenih zadevah.

Opomba urednika

Svetovna zveza poklicev v zdravstvu združuje medicino, zdravstveno nego in farmacijo preko njihovih predstavniških mednarodnih organizacij, Mednarodnega sveta medicinskih sester (ICN), Mednarodne farmacevtske federacije (FIP) in Svetovne zdravniške zveze (WMA) ter predstavlja več kot 20 milijonov zdravstvenih strokovnjakov z vsega sveta.

Mednarodni svet medicinskih sester (ICN) je federacija več kot 120 nacionalnih organizacij zdravstvene nege, ki predstavlja milijone medicinskih sester z vsega sveta. Ker ga od leta 1899 vodijo medicinske sestre za medicinske sestre, je Mednarodni svet medicinskih sester mednarodni glas zdravstvene nege in s svojim delovanjem zagotavlja kakovostno nego za vse ter trdne globalne zdravstvene politike.

Mednarodna farmacevtska federacija (FIP) je svetovna federacija farmacevtov in farmacevtskih znanstvenikov, katere poslanstvo je predstavljanje in služenje farmaciji ter farmacevtskim znanostim po vsem svetu.

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

Za dodatne informacije se obrnite na

Lindo Carrier-Walker

Tel.: (+ 41 22) 908 0100 – Faks: (+ 41 22) 908 0101;

Elektronska pošta: carrwalk@icn.ch

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

MEDNARODNI SVET MEDICINSKIH SESTER PREDLAGA USMERITVE O GLOBALNIH KOMPETENCAH MEDICINSKE SESTRE



Zaradi česa je medicinska sestra to, kar je? Ker iz celega sveta prihajajo prošnje glede poklicnih kompetenc v zdravstveni negi, je Mednarodni svet medicinskih sester objavil prve tovrstne smernice. Okvir kompetenc za medicinsko sestro je tako zadosti širok, da se lahko uporablja v vseh državah, vendar je tudi dovolj specifičen, da zagotavlja vodila državam, ki razvijajo lastne kompetence.

Zdajšnji globalni trg vključuje prost pretok poklicnih strokovnjakov med državami in regijami. Posledično prihaja do čedalje večjega interesa za skupne standarde in kompetence medicinskih sester.

»Mednarodni svet medicinskih sester zaradi svoje vloge globalnega vodstva v zdravstveni negi in glede na dejstvo, da predstavlja glas zdravstvene nege v mednarodnem merilu, meni, da je pravi čas za uveljavljanje globalnih kompetenc za medicinsko sestro«, je situacijo komentirala Judith Oulton, izvršna direktorica Mednarodnega sveta medicinskih sester. »V trenutni klimi globalizacije in mobilnosti moramo delovati skupaj, da zagotovimo varno profesionalno zdravstveno nego«, je pripomnila Oultonova.

Mednarodni svet medicinskih sester meni, da bodo te kompetence pomagale pojasniti vlogo medicinskih sester in usmerjale bodoče sporazume o vzajemnem priznavanju ter programe licenciranja, ki vključujejo več držav. Mednarodni svet medicinskih sester pričakuje, da bodo kompetence zahtevale razpravo in interpretacijo v okviru posamezne države, tako da bodo dovolj široke za nacionalni kontekst; temu pripisuje tudi zelo velik pomen. Države si morda želijo nadgraditi okvir, ki ga zagotavlja Mednarodni svet medicinskih sester, obenem pa razvijati dodatne kompetence, ki odsevajo trenutne zahteve delovne sile v zdravstveni negi, ki so specifične za posamezno državo.

Publikacija predstavlja okvir kompetenc za splošno medicinsko sestro na točki vstopa v prakso – potem ko je študentka zdravstvene nege uspešno zaključila bazični izobraževalni program za medicinske sestre v svoji državi. Kompetence so bile oblikovane s pomočjo obsežnega pregleda strokovne literature iz številnih držav in po nizu posvetovanj.

Medicinske sestre, ki so pregledale okvir, so ga sprejele z odobravanjem. Zaradi hitro se spreminjajočega okolja zdravstvenega varstva bo Mednarodni svet medicinskih sester poskrbel, da bodo kompetence vedno relevantne, ker se jih bo stalno pregledovalo, ustrezno posodabljalno ter ponovno izdajalo in bodo stalno vodilo za države.

Okvir kompetenc za medicinsko sestro Mednarodnega sveta medicinskih sester - ICN

Poročilo o procesu razvoja in svetovanju

Okvir sta za ICN razvili profesorica **Margaret F Alexander** potrjena izobraževalka za dojenje, članica kraljevega kolidža za zdravstveno nego, častna doktorica znanosti, doktorica filozofije, diplomirana medicinska sestra, medicinska sestra prve ravni, babica prve ravni, medicinska sestra mentorica in

Phyllis J Runciman, magistrica filozofije, magistrica zdravstvene nege, diplomirana medicinska sestra, medicinska sestra prve ravni, babica prve ravni, patronažna medicinska sestra prve ravni, medicinska sestra mentorica

Vsebina

Prvo poglavje: Postavljanje temeljev

Drugo poglavje: Kontekst okvira kompetenc ICN

Globalni kontekst Kontekst zdravstvenega varstva
Poklicni kontekst zdravstvene nege

Tretje poglavje: Oblikovanje okvira kompetenc ICN
Ključni koraki pri oblikovanju okvira kompetenc

Četrto poglavje: Okvir kompetenc za medicinsko sestro ICN

Poklicna, etična in pravna praksa
Zagotavljanje in upravljanje nege
Razvoj poklica

Peto poglavje: Model za izvajanje okvira kompetenc ICN

Izvajanje v državah, v katerih obstajajo kompetence za medicinske sestre, vendar želijo sprejeti okvir ICN
Izvajanje v državah, v katerih kompetence za medicinske sestre ne obstajajo

Zahvale

Svetovalke se za podporo zahvaljujejo: **Fadwi A. Affari**, bivši svetovalki za zdravstveno nego in zdravstvene politike pri ICN, **Nacionalnim zvezam medicinskih sester**, članicam mreže ICN, upravnemu odboru ICN in vsem drugim, ki so se odzvali tako, da so prispevali svoj čas ter razmišljanje.

Na splošno je bilo sodelovanje nadvse pozitivno – iz držav, ki so že imele razvit svoj okvir kompetenc, še posebej pa iz držav, ki tega še niso storile. Brez podpore in strokovnega znanja vseh medicinskih sester iz številnih delov sveta tega dokumenta ICN ne bi mogli sestaviti.

Prvo poglavje: Postavljanje temeljev

1.1 Ozadje

ICN, ki je bil ustanovljen leta 1899, že več kot stoletje deluje kot globalni zagovornik zdravstvene nege in zdravstvenega varstva z namenom, da promovira najvišjo možno kakovost storitev zdravstvene nege. V stoletju se je svet, v katerem se zagotavlja zdravstvena nega in zdravstveno varstvo, dra-

matično spremenil. ICN ni samo šel v korak s temi spremembami, ampak je tudi vzdrževal in načrtno razvijal svojo proaktivno vodstveno vlogo v zdravstveni negi.

Na začetku enainvajsetega stoletja je realnost globalni trg, ki vključuje prost in hiter pretok poklicnih strokovnjakov po celem svetu, vključno z medicinskimi sestrami. Zaradi tega obstaja znaten interes, da bi se doseglo mednarodno priznanje poklicnih kvalifikacij in pripadajočih kompetenc številnih različnih skupin poklicnih strokovnjakov. Medicinske sestre so ena takšnih skupin.

Ker ima ICN globalno vodstveno vlogo v zdravstveni negi in ker v mednarodnem merilu predstavlja glas zdravstvene nege, meni, da je pravi čas za določitev mednarodnih kompetenc za medicinsko sestro. ICN verjame, da bodo te kompetence pomagale pojasniti vlogo medicinskih sester in usmerjale bodoče sporazume o vzajemnem priznavanju ter programe licenciranja, ki vključujejo več držav. Povpraševanje po tem narašča (ICN 2000a).

Pričujoči dokument predstavlja okvir kompetenc ICN za medicinsko sestro na točki vstopa v prakso – potem ko je študentka zdravstvene nege uspešno zaključila začetni izobraževalni program za medicinske sestre v svoji državi. Kompetence so dovolj široke za mednarodno uporabo, vendar tudi dovolj specifične, da jih lahko kot vodilo uporabijo tiste države, ki morajo še razviti kompetence za medicinske sestre. Ker so bile kompetence razvite po obsežnem pregledu strokovne literature iz mnogih držav ter po nizu posvetov, ICN verjame, da so te kompetence veljavne in bistvenega pomena za prakso zdravstvene nege na začetku enainvajsetega stoletja. Vendar pa ICN pričakuje, da bo o kompetencah potrebna razprava in interpretacija znotraj posamezne države, s čemer se bo zagotovilo, da bodo dovolj obsežne za nacionalni kontekst; po mnenju ICN je to nadvse pomembno. Nekatere države bodo nadgradile okvir ICN z razvijanjem dodatnih kompetenc, ki odsevajo trenutne zahteve, ki so specifične za njihovo delovno silo v zdravstveni negi. ICN se seveda zaveda, da v hitro se spreminjajočem globalnem okolju noben okvir kompetenc ne bo ostal dolgo ustrezen. ICN bo zato poskrbel, da se kompetence ICN redno pregleduje, po potrebi posodablja ter ponovno izdaja kot stalne usmeritve za države.

Naslednje štiri definicije podpirajo okvir ICN, kot ga podpira tudi Etični kodeks ICN (ICN 2000b). Od vseh nacionalnih zvez medicinskih sester, ki so članice ICN, se pričakuje, da bodo pristale na te definicije in na Etični kodeks ICN. Definicije so navedene v naslednjih štirih razdelkih tega poglavja.

1.2 Definicija medicinske sestre ICN

Definicija medicinske sestre, ki podpira kompetence, je delovna definicija, ki jo je potrdil Odbor nacionalnih predstavnih ICN.

»Medicinska sestra je oseba, ki je zaključila program bazičnega splošnega izobraževanja za medicinske sestre in jo je ustrezná institucija pooblastila za izvajanje zdravstvene nege v njeni državi. Osnovno izobraževanje medicinskih sester je formalno priznan program študija, ki zagotavlja širok in trden temelj behaviorističnih in naravoslovnih ved ter ved zdravstvene nege za prakso zdravstvene nege, za vodstveno vlogo in za podiplomsko izobraževanje, ki je namenjeno specializaciji zdravstvene nege. Medicinska sestra je pripravljena in pooblašena, (1) da deluje v praksi zdravstvene nege, vključno s promoviranjem zdravja, preprečevanjem bolezni, zdravstveno nego fizično ter duševno bolnih in invalidnih oseb vseh

starosti ter v vseh okoljih zdravstvenega varstva in v drugih okoljih skupnosti; (2) da izvaja poučevanje zdravstvenega nege; (3) da sodeluje kot članica tima zdravstvenega varstva; (4) da nadzoruje in usposablja pomožne osebe v zdravstveni negi ter zdravstvenem varstvu; (5) da sodeluje v raziskovanju.« (ICN 1987)

1.3 Definicija zdravstvene nege ICN

»Zdravstvena nega kot sestavni del sistema zdravstvenega varstva zaobjema promocijo zdravja, preprečevanje bolezni, zdravstveno nego fizično ter duševno bolnih in invalidnih oseb vseh starosti in v vseh okoljih zdravstvenega varstva ter v drugih okoljih skupnosti. V tem širokem spektru zdravstvenega varstva so za medicinske sestre še posebej pomembni pojavi, ko se posameznik, družina in skupina »odziva na dejanske ali potencialne zdravstvene probleme« (ANA 1980:9). Ti človeški odzivi se v grobem gibljejo od reakcij v smeri obnavljanja zdravja do posamezne epizode bolezni in razvijanja politike za promoviranje dolgoročnega zdravja populacije.

Enkratna funkcija medicinskih sester pri zdravstveni negi posameznikov, bolnih ali zdravih, je oceniti njihove odzive na njihovo zdravstveno stanje in jim pomagati pri opravljanju tistih dejavnosti, ki prispevajo k zdravju ali okrevanju ali dostojanstveni smrti in ki bi jih opravili brez pomoči, če bi imeli potrebno moč, voljo ali znanje; medicinske sestre to storijo tako, da jim pomagajo karseda hitro pridobiti popolno ali delno neodvisnost (Henderson 1977:4). V celotnem okolju zdravstvenega varstva si medicinske sestre z drugimi zdravstvenimi poklici in tistimi iz drugih sektorjev javnih služb delijo funkcije načrtovanja, izvajanja in vrednotenja, s čemer se zagotavlja ustreznost zdravstvenega sistema za promoviranje zdravja, preprečevanje bolezni in zdravstvene nege bolnih ter invalidnih oseb.« (ICN 1987)

1.4 Definicija vloge medicinske sestre ICN

Kompetence, ki so vključene v ta dokument, se nanašajo na medicinsko sestro. V nekaterih državah medicinsko sestro ob vstopu v prakso po uspešnem zaključku začetnega izobraževanja za medicinske sestre imenujejo medicinska sestra prve ravni; v drugih državah licencirana medicinska sestra ali kvalificirana medicinska sestra. V pričujočem dokumentu se te izraze pojmuje kot sinonime. Obseg priprav in prakse zagotavlja medicinski sestri zmožnosti in pooblastila, da kompetentno prakticira primarno, sekundarno in terciarno zdravstveno varstvo v vseh okoljih in področjih zdravstvene nege (ICN 1986). Vloga medicinske sestre je zgoščeno opisana v dokumentu ICN - Specifikacija projekta in vključuje:

»promocijo zdravja in preprečevanje bolezni posameznikov vseh starosti, družin in skupnosti; načrtovanje in upravljanje zdravstvene nege posameznikov vseh starosti, družin in skupnosti s fizičnimi ali duševnimi boleznimi, invalidnostmi ali potrebami po rehabilitaciji v institucionalnih okoljih in v okoljih skupnosti ter zdravstveno nego ob koncu življenja.« (ICN 2000a)

1.5 Definicija kompetence ICN

Definicija kompetence, na kateri so zasnovane kompetence, je:

»raven uspešnosti, ki kaže učinkovito uporabo znanja, veščin in presoje.« (ICN 1997:4)

1.6 Etični kodeks ICN

Etični kodeks ICN (ICN 2000b) podpira kompetence in je temeljnega pomena za prakso zdravstvene nege, neglede kje in s kom se zdravstvena nega izvaja.

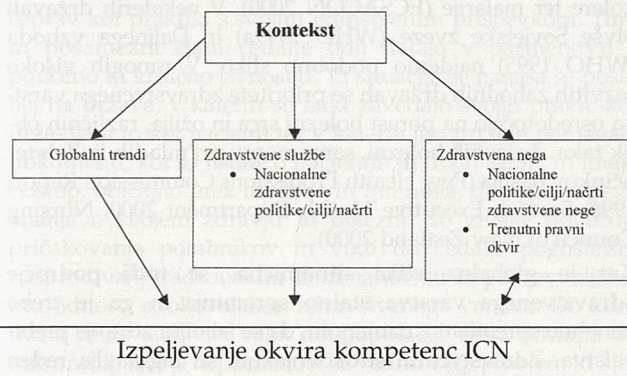
1.7 Struktura dokumenta

Po tem uvodnem poglavju drugo poglavje predstavlja stalno se spreminjajoči globalni kontekst zdravstvenega varstva in zdravstvene nege, v katerem delajo medicinske sestre in ki vpliva na to delo bodisi neposredno ali posredno. Tretje poglavje opisuje proces, ki se uporablja za oblikovanje okvira kompetenc ICN in vključuje kratek povzetek prednosti in omejitev okvirov kompetenc. Četrto poglavje predstavlja okvir kompetenc ICN za medicinsko sestro. Peto poglavje ponuja predloge za uveljavljanje okvira ICN znotraj posamezne države ter vsebuje model za identificiranje kompetenc. Poglavje se zaključí s ponovno zavezo ICN, da bo redno pregledoval in popravil okvir kompetenc za medicinsko sestro ICN.

Drugo poglavje: Kontekst za okvir kompetenc ICN

Medicinske sestre po celem svetu so največja poklicna skupina zdravstvenega varstva, zato predstavljajo glavni in bistveni vir. Nujno je, da se jim omogoči razviti maksimalni potencial v dinamični in razvijajoči se zdravstveni službi, pri promoviranju zdravja in zdravstveni negi bolnih.

To poglavje pregleduje globalne kontekste zdravstvene nege, kontekste, ki so specifični za zdravstvene službe ter poklicne kontekste, v katerih delajo medicinske sestre.



Slika 1 Kontekst okvira kompetenc ICN za medicinsko sestro

2.1 Globalni kontekst

Pogosto slišimo, da je »svet postal manjši«, da živimo v »globalni vasi«. Zaradi presenetljivih tehnoloških in elektronskih izumov na tisoče ljudi premaguje ogromne razdalje po svetu le v nekaj urah, prav tako pa tudi blago in storitve. Hitro razvijajoča se globalna ekonomija in bliskovit prenos informacij ter podob po celem svetu ilustrirata razvoj skupnih interesov. Osvetljujeja pa tudi močne kontraste, na primer trajen in čedalje večji razkorak med bogatimi in revnimi.

Z globalizacijo trgovine nekatere regije doživljajo zaton nacionalne države in znaten prenos odgovornosti od centralizirane vlade v smeri devolucije in decentralizacije. To spremlja večanje števila in vpliva lokalnih družbenopolitičnih skupin (ICN 1997 in 2000c). V drugih regijah prihaja do nasprotnega procesa – krepí se nadzor centralne vlade, ki preprečuje razvoj demokratičnih procesov. Nekatere svetovne regije so priča vojnám in družbenim nemiróm, kar

spremlja uničevanje infrastruktur, ki so bistvene za obstoj humane in civilizirane družbe. Druge regije so relativno stabilne in imajo trdno infrastrukturo.

Politične, družbene, ekonomske in okoljske spremembe izgledajo endemične. Razvojni premiki v tehnologiji vplivajo na večino področij našega življenja. Tehnologija ne vpliva samo na to, kje delamo in kako delamo, ampak tudi na naravo organizacij, v katerih delamo. Konkurenca se bohóti, k temu pripomore večja zavest javnosti o dostopnosti dobrin in storitev. Organizacije se odzivajo na povpraševanje s povečano proizvodnjo in dobavo; to se dogaja v klimi, v kateri prevladuje potreba po tem, da se pokaže učinkovitost, ekonomičnost in dostopne cene v vseh vidikih podjetja. V nekaterih organizacijah je pritisk v smeri ekonomičnosti in dostopnih cenah povzročil zmanjševanje dobro izobraženega poklicnega osebja, obenem pa osebju, ki je ostalo, postavlja zahtevo, da pri delu razširi svoje vloge. Uvaja se koncept večstranskega usposabljanja, tako da se delavce usposablja za več različnih nalog. Včasih večstransko usposabljanje prehaja meje poklicev, s tem pa prispeva k nadomeščanju dragega, visokokvalificiranega osebja z manj usposobljenimi delavci (ICN 1997). V državah v razvoju je povpraševanje po blagu in storitvah pogosto povzročilo povečano izkoriščanje delavcev, ki se ne zavedajo pravic, ki jim pripadajo kot državljanom in zaposlenim, ali pa se nanje gleda, kot da takšnih pravic nimajo.

Pojav globalnega trga spremlja več regionalno pogojenih pogodb ali sporazumov, ki si prizadevajo zagotoviti prost pretok blaga, storitev in ljudi, še posebej poklicnih strokovnjakov, prek nacionalnih meja. Med primere spadajo različne direktive Evropske unije (EC 1998), ki uravnavajo prosto gibanje medicinskih sester po državah, ki so članice EU, Poenostavljena zakonodaja Evropske unije za notranji trg (SLIN) (EC 1996), Severnoameriški sporazum o prosti trgovini (NAFTA) (Microsoft® Encarta® 2001) in Transtasmanijski sporazum o vzajemnem priznanju med Novo Zelandijo in Avstralijo (1997). V nekaterih primerih imajo te pogodbe lahko pozitiven vpliv na standarde, ker promovirajo enovitost in zmanjšujejo nepotrebne birokratske ovire, ki ovirajo mobilnost. V drugih primerih, tam kjer se absolutni minimalni standardi sprejemajo kot norma, pa lahko zavirajo izboljšave. To ne gre mimo čedalje bolj obveščene javnosti, katere pričakovanja se v odnosu do njej razpoložljivih storitev in standardov kompetentnosti ter vedenja poklicnih strokovnjakov povečujejo, neglede na to, za katero področje gre.

Za področje zdravstvenega varstva so neposrednega pomena dejavnosti Svetovne trgovinske organizacije (WTO), ki je napovedala premik k mednarodnemu priznanju številnih različnih poklicnih kvalifikacij. Svetovna trgovinska organizacija namerava pregledati kvalifikacije na področju medicine in na sorodnih zdravstvenih področjih, kamor spada tudi zdravstvena nega.

2.2 Kontekst zdravstvenega varstva

Zdravstveno varstvo ne poteka v izolaciji od političnih, ekonomskih, družbenih in kulturnih danosti vsake države; v bistvu te danosti nanj močno vplivajo. Zagotavljanje zdravstvenega varstva se na primer v današnjem globalnem kontekstu sooča s perečimi problemi določanja prioritet in racioniranja, ki delujejo proti splošno sprejeti filozofiji Svetovne zdravstvene organizacije (WHO), po kateri je treba doseči maksimalni zdravstveni potencial za vse.

Zdravstveno varstvo se mora odzvati, po možnosti proaktivno, na eksplozijo znanja, hitrih komunikacij, visoke tehnologije in etičnih dilem na takšen način, da se izboljša kakovost zagotavljanja zdravstvenega varstva.

Na ravni države običajno najdemo nacionalne zdravstvene politike in nacionalni zdravstveni načrt, ki pokaže ključne poteze zagotavljanja zdravstvenega varstva v posamezni državi. Kljub pomembnim razlikam med temi politikami in načrti, ki nastanejo zaradi specifičnih kontekstov, pa dejansko v vsaki državi sveta potekajo večje reforme zdravstvenega varstva. Morda je najbolj pomembna poteza teh reform postopen a stalen premik od prvenstveno službe za »bolne« (poudarek na zelo dragi visoki tehnologiji in zdravstveni negi bolnikov v bolnišnicah) k poudarjanju zdravja in storitev, ki jih vodi primarno zdravstveno varstvo. To je treba doseči, ne da bi pri tem zanemarili zdravstvene službe za akutne primere.

Za te zelo razširjene reforme obstajata dva razloga. Prvi je čisto pragmatičen. Nobena država nima neomejenih finančnih virov, da bi financirala čedalje dražje zdravstvene storitve, še posebej v kontekstu, v katerem se akumulirajo na raziskovanju zasnovana dognanja o zelo kompleksnih determinantah zdravja. Te determinante so tesno povezane z okoliščinami, v katerih živijo ljudje, z revščino ali premožnostjo, okoljem (tako fizičnim kot genetskim), njihovimi bivališči in njihovimi priložnostmi za delo in prosti čas. To potem vpliva na njihovo vedenje v zvezi z življenjskim slogom in tako seveda tudi na zdravje. Ta dognanja jasno kažejo na potrebo po proaktivnem promoviranju zdravja v sodelovanju s posamezniki, družinami in skupnostmi, ne pa da se čaka toliko časa, da se je treba ukvarjati s posledicami uničenega zdravja.

Drugi razlog za reformo zdravstvenega varstva je humanitaren. Širi se spoznanje, da je temeljna pravica vseh ljudi, bogatih in revnih, mladih in starih, da imajo enak dostop do zdravstvenega varstva in da živijo zdrava življenja. Evropska regija Svetovne zdravstvene organizacije v svojem dokumentu o politiki za enainvajseto stoletje, ZDRAVJE21, naveda dva glavna cilja v svojem okviru akcije. To sta:

»promoviranje in zaščita zdravja ljudi skozi njihova celotna življenja; in zmanjševanje pojavov trpljenja zaradi najbolj razširjenih boleznih in poškodb.« (WHO 1999a:4)

Nekaj let pred tem je na drugem koncu sveta zahodnopaciifiška regija Svetovne zdravstvene organizacije izdala svoj dokument o politiki z naslovom »Nova obzorja v zdravstvu«. V njem opisuje reformo zdravstvenega varstva kot »spreminjanje usmeritev«:

»od osredotočenosti na bolezen k osredotočenosti na človeka ... s poudarkom na dejanskem zdravju kot delu človekovega razvoja; od reaktivnega zdravljenja k proaktivnemu preprečevanju ... premik od same bolezni k dejavnikom tveganja, ki prispevajo k problemu; in od zdravstvenega sektorja k skupnemu multisektorskemu pristopu ... da se vpliva na zunanje dejavnike v zvezi z zdravjem.« (WHO 1995)

Pregled mednarodne strokovne literature v angleškem jeziku o razvoju kompetenc za medicinske sestre pokaže skupne trende v svetovnem kontekstu zdravstvenega varstva, čeprav se poudarki med nekaterimi državami razlikujejo (National Council of State Boards of Nursing 1996, World Health Organization 1996, Hospital Authority of Hong Kong 1997, ICN 1997, National Nursing Competency Project 1997, Pew Health Professions Commission Fourth Report 1998, ECSACON 2000, Nurses Association of Botswana 1999,

Nursing Council of New Zealand 2000).

Večina držav na primer opozarja na učinek, ki ga ima na storitve zdravstvenega varstva:

- njihov spreminjajoči demografski profil in povečan delež starih ljudi, ki nič več ne prispevajo k nacionalnemu bruto proizvodu njihove države, a se čedalje bolj zanašajo na podporo zdravstvenih ter socialnih služb;
- širjenje nalezljivih boleznih – za nekatere smo dolgo mislili, da so bile izkoreninjene, druge pa so čedalje bolj virulentne;
- porast nekaterih določenih nenalezljivih boleznih, kot so bolezni srca in ožilja, različne oblike raka ter kronične motnje, kot je diabetes mellitus;
- porast motenj duševnega zdravja, zloraba drog in samomori;
- čedalje več nesreč, poškodb in nasilja, vključno z večjimi nesrečami, kot je uhajanje radioaktivnega sevanja; učinki vojn, družbenih nemirov in masovni premiki prebivalstva;
- učinki naravnih nesreč (WHO 1999a), kot so potresi, suše, lakota in poplave.

Regije, kot so vzhodna, centralna in južna Afrika, opozarjajo na svoje rastoče breme boleznih. Še posebej poudarjajo več epizod hudih suš in lakot, ki so povzročile nizko proizvodnjo hrane in posledično slabo prehranjevalno ter zdravstveno stanje družin, to je še posebej prizadelo otroke in nosečnice. Poudarjajo tudi previsoke stopnje obolevnosti in umrljivosti zaradi tuberkuloze, ki se zdaj meša s HIV/AIDS, in zaradi kolere ter malarije (ECSACON 2000). V nekaterih državah bivše Sovjetske zveze (WHO 1999a) in Daljnega vzhoda (WHO 1995) najdemo podobno sliko. V mnogih visoko razvitih zahodnih državah se prioritete zdravstvenega varstva osredotočajo na porast bolezni srca in ožilja, različnih oblik raka, duševnih boleznih, samomorov pri mladih ljudeh ter učinkov nasilja (Pew Health Professions Commission Report 1998, Scottish Executive Health Department 2000, Nursing Council of New Zealand 2000).

Ker je globalna slika dinamična, se tudi področje zdravstvenega varstva stalno spreminja in ga je treba nenehno spremljati z namenom, da se izboljša zdravje prebivalstva. Zdravstvenim strokovnjakom se zagotavlja reden dotok novih informacij, k čemer prispeva širitev elektronskega komuniciranja, znanstveno raziskovanje in razvoj ter razvijajoča se zbirka dognanj v zvezi z zdravjem oziroma njegovo odsotnostjo. To prinaša nove izzive. Ne samo da je treba tiste, ki vstopajo v poklice zdravstvenega varstva, izobraževati in usposabljanje za današnje okoliščine, ampak morajo biti, skupaj z obstoječo kvalificirano delovno silo zdravstvene nege, pripravljeni nadaljevati svoje poklicno izobraževanje in razvoj, da bodo pripravljeni na kompetentno delovanje v prihodnosti.

2.3 Poklicni kontekst zdravstvene nege

»Potreba po zdravstveni negi je univerzalna« (ICN 2000b)

V vsaki državi so medicinske sestre ključne članice služb zdravstvenega varstva. Njihova vloga in status, njihove izobraževalne priprave, njihov poklicni, pravni in regulatorni status ter njihovi delovni pogoji se po svetu močno razlikujejo. Ne razlikujejo pa se v svoji predanosti, da negujejo ljudi in jim služijo.

Na rastočo osveščenost glede ključnega pomena medicinskih sester v timu zdravstvenega varstva kaže Münchenska deklaracija (WHO 2000), ki so jo podprli ministri za zdravst-

vo držav članic evropske regije Svetovne zdravstvene organizacije; v deklaraciji je zapisano:

»Mislimo, da igrajo medicinske sestre ključne in čedalje bolj pomembne vloge v prizadevanjih družbe, da se uspešno sooči z zdravstvenimi izzivi našega časa, kot tudi pri zagotavljanju visokokakovostnih, dostopnih, pravičnih, učinkovitih in senzibilnih zdravstvenih storitev, ki zagotavljajo kontinuiteto zdravstvene nege in se lotevajo pravic ljudi ter njihovih spreminjajočih se potreb.« (WHO 2000)

Zdravstveno varstvo se ne dogaja ločeno od političnih, ekonomskih, družbenih in kulturnih realnosti vsake države, tako tudi na zdravstveno nego močno vplivajo te iste danosti. Te danosti tvorijo kontekst, v katerem se zagotavlja zdravstvena nega v vseh svojih vidikih. Vsi dejavniki, ki so navedeni v prejšnjih dveh razdelkih tega poglavja, imajo učinek na poklicni kontekst zdravstvene nege.

Najbrž je najbolj bistven od teh vplivov premik od zagotavljanja zdravstvene nege bolnih v bolnišničnih okoljih za akutne primere na promocijo zdravja in zagotavljanje več zdravstvene nege v skupnosti ter v okoljih primarnega zdravstvenega varstva. To spremembo spremljajo razvojni premiki v zdravstveni tehnologiji, ki imajo za posledico krajše bivanje v bolnišnicah, ker so bolj akutno bolni ljudje lahko napoteni domov in prepuščeni zdravstveni negi v skupnosti. Poleg tega obstaja istočasni premik k multisektorskemu in multidisciplinarnemu timskeemu delu.

Medicinske sestre delajo kot enakovredne članice teh timov, čeprav kot praktiki s svojim edinstvenim prispevkom. Timi in posamezni člani čedalje bolj delajo v partnerstvu s poučeno in kritično javnostjo. Ta situacija se nanaša še posebej na države, v katerih se laiki zavedajo svojih pravic kot državljanji in kot pacienti ter v katerih jim pri tem pomagajo dokumenti, kot so listine o pacientih in državljanjih, in imajo dostop, običajno prek medijev in interneta, do najnovejšega znanja o svojem zdravju in bolezni. To znanje povečuje pričakovanja porabnikov in vodi do čedalje pogostejših nasprotovanj tradicionalni dominantnosti in pokroviteljskemu odnosu strokovnjakov zdravstvenega varstva. Do kontrasta pride tam, kjer velik del populacije nima dostopa do informacij, kjer je nepismenost še vedno večji problem in kjer se ne spoštuje človekovih pravic. Ta situacija širi razkorak med tistimi, ki začenjajo dobivati moč, da vplivajo na svoje zdravje in zdravstveno varstvo, in tistimi, ki so pasivni prejemniki zdravstvenih storitev in storitev zdravstvene nege, ki morda ne zadovoljujejo njihovih potreb.

V iskanju ekonomičnosti se od medicinskih sester zahteva, da upoštevajo standarde kakovostne zdravstvene nege, ki so po možnosti zasnovani na dognanjih. V vzdušju obvladovanja stroškov se lahko pojavijo etična vprašanja kot posledica določanja prioritete in morebitne racionalizacije zdravstvene nege. Medicinske sestre morajo biti sposobne prepoznati ta vprašanja in o njih razpravljati, tako da se pogosto znajdejo v vlogi zagovornic pacientov.

Drugi ključni vidiki konteksta zdravstvene nege vključujejo imperativ, da se učinkovito odzivamo – takoj, srednjeročno in dolgoročno – na učinke vojne, terorizma in nasilja etničnega, verskega in/ali spolnega izvora (University of Ulster 2001, WHO 1999b); povečanje specializacije v primerjavi z ohranjanjem »holistične narave zdravstvene nege« (ICN 1997:13); uvajanje zdravstvene tehnologije, vključno z zdravstveno nego preko telefona, ki medicinskim sestram omogoča, da opravijo zdravstveno oceno in v nekaterih primerih predpišejo zdravljenje »na daljavo« ter imajo

dostop do ocen specialistov preko elektronskih komunikacijskih sredstev, in potekajoča razprava o obsegu prakse medicinske sestre ob vstopu v poklic (Milholland 2000). Drug ključni vidik je to, da smo sposobne zagotoviti kulturno in občutljivo zdravstveno nego v čedalje bolj multikulturnih družbah (Nursing Council of New Zealand 2000).

Glede na to, da bodo »prakso zdravstvene nege vedno pretresali vrtinci družbenopolitičnih, ekonomskih in tehnoloških sil v družbi« (ICN 1997:14) in da mora biti poklic proaktiven, ko se sooča s spremembami, je nujno, da ICN pripravi in objavi usmeritve glede razvoja kompetenc, skupaj z okvirom kompetenc medicinske sestre ICN. Naslednje poglavje opisuje proces, ki se je uporabil pri oblikovanju tega okvira.

Tretje poglavje: Oblikovanje okvira kompetenc ICN

To poglavje opisuje proces, ki je bil uporabljen za oblikovanje okvira kompetenc za medicinsko sestro ICN. Čeprav se skozi celotno poglavje sklicujemo specifično na okvir ICN, pa se sam proces lahko uporabi za oblikovanje okvira kompetenc za medicinske sestre v katerikoli državi.

3.1 Ključni koraki pri oblikovanju okvira kompetenc

Za proces oblikovanja okvira kompetenc je bistvenega pomena več ključnih korakov. Ti so navedeni v nadaljevanju. Povedati je treba, da so pri oblikovanju okvira kompetenc za medicinsko sestro ICN bili prvi trije že izvedeni. ICN je v svoji globalni vodstveni vlogi angažiral svetovalce, da pripravijo okvir kompetenc za medicinsko sestro ICN. ICN je zagotovil vire in pojasnil, da je namen pobude poskrbeti za usmerjanje tistih držav, ki želijo popraviti ali razviti lasten okvir kompetenc. Ključni koraki, razen prvih treh, so razloženi v istem vrstnem redu, kot so navedeni v spodnjem seznamu.

Ključni koraki pri oblikovanju okvira kompetenc zajemajo:

- ustanavljanje nacionalnega odbora za kompetence v zdravstveni negi ali ekvivalentnega odbora, v katerem so zadostno zastopani pomembni akterji;
- zagotavljanje finančnih in drugih virov, s katerimi se podpre pobudo;
- pojasnitev namena pobude;
- izbiranje definicije kompetence;
- identificiranje ključnih dokumentov, sem spadajo:
 1. dokumenti o mednarodnih politikah, na primer od WHO, ICN in ILO;
 2. nacionalni in/ali regionalni dokumenti, kot so raziskave in statistike o zdravstvenem stanju prebivalstva, trenutne prioritete zdravstvenega varstva ter dokumenti o strategijah, ki se nanašajo na načrte zagotavljanja zdravstvenega varstva in izobraževanje ter razvoj strokovnjakov zdravstvenega varstva, vključno z delovno silo zdravstvene nege;
 3. bistveni podporni dokumenti zdravstvene nege, na primer zakoni in uredbe o zdravstveni negi, etični kodeks, kodeks poklicne prakse in/ali obseg poklicne prakse zdravstvene nege, dokumenti mednarodnih organizacij, kot sta ICN in WHO;
- iskanje tem v zvezi s kompetencami zdravstvene nege po strokovni literaturi, ki mu sledi analiza in kritičen pregled

strokovne literature, vključno s ključnimi dokumenti;

- priprava osnutka okvira kompetenc;
- posvet s ključnimi akterji;
- pregled osnutka okvira, ki mu sledi izdaja in razpošiljanje okvira kompetenc.

3.1.1 Definicija kompetenc

Obstaja veliko definicij kompetence, v nekaterih strokovnih besedilih se beseda »kompetenca« uporabljata kot sinonim za besedo »standard« (Hospital Authority 1997, Nurses Association of Botswana 1999, Australian Nursing Council Inc. ŠANCC 2000). Strokovna literatura na področju izobraževanja običajno opisuje kompetenco v smislu učnih rezultatov. Delodajalci in izvajalci zdravstvenega varstva radi opisujejo kompetenco glede na uspešnost posameznika v njegovi poklicni vlogi. Mednarodna organizacija dela (ILO 2000) opisuje kompetence v odnosu do delovnih vlog na treh različnih ravneh specifičnosti. »Jedrne kompetence« Mednarodna organizacija dela opisuje kot široke, generične kompetence, ki se jih pričakuje od vseh zaposlenih, neglede na njihov položaj ali vlogo v organizaciji; »nivojske kompetence« so tiste, ki se jih zahteva od oseba na specifičnih položajih; »specifične kompetence« pa so najbolj detajlne in ozko osredotočene.

Medtem ko se ključne besede ali konstrukti v definicijah kompetence razlikujejo (Eraut 1998), pa v strokovni literaturi zdravstvene nege obstaja splošen konsenz, da je kompetenca zasnovana na sintezi različnih komponent in da »je celota večja od vsote posameznih delov« (National Nursing Competency Project 1997). Pri definicijah zdravstvene nege obstaja splošno strinjanje, da pri izvajanju vlog zdravstvene nege po standardih, ki jih zahteva zaposlovanje, kompetenca odseva naslednje:

- znanje, razumevanje in presojo;
- niz veščin – kognitivne, tehnične ali psihomotorične ter medosebne; in
- niz osebnih lastnosti in drž.

Definicija kompetence, ki podpira ta okvir mednarodnih kompetenc za medicinsko sestro, je:

»raven uspešnosti, ki kaže učinkovito uporabo znanja, veščin in presoje.« (ICN 1997:44)

3.1.2 Identificiranje ključnih dokumentov

Večina držav se drži politike Svetovne zdravstvene organizacije za promocijo doseganja maksimalnega zdravstvenega potenciala za vse in politik Svetovne zdravstvene organizacije, ki so specifične za regijo posamezne države. Večina ima tudi vladne publikacije, ki so pomembne za zagotavljanje zdravstvenega varstva, vključno s strategijami za delovno silo, in so vključene v njihove okvire za urejanje in zakonodajo. Številne države so že razvile ali razvijajo zakonski in okvir, v katerem delujejo medicinske sestre, etične kodekse in kodekse poklicne prakse (UKCC 1992). ICN redno pregleduje svoj lastni »Etični kodeks za medicinske sestre«, zadnja izdaja kodeksa podpira okvir kompetenc za medicinsko sestro (ICN 2000b). Poleg tega stališča okvir in smernice glede urejanja, ki jih je sprejel ICN, pogosto uporabljajo države, ki hočejo vzpostaviti ali reformirati svoj poklicni regulatorni sistem, tako da to zagotavlja trdno vodstvo glede bodočih usmeritev za poklicno regulacijo (ICN 1986, ICN 1997). Vse te relevantne dokumente je treba uporabiti pri oblikovanju

procesa izpeljevanja kompetenc za medicinske sestre.

3.1.3 Iskanje tem v zvezi s kompetencami zdravstvene nege po strokovni literaturi, ki mu sledi analiza in kritičen pregled

Obstaja veliko strokovne literature v zvezi s konceptom kompetence, razvijanjem okvira kompetenc in njihovo uporabo v kontekstu urejanja, izobraževanja in zaposlovanja v poklicu.

Pri razvijanju okvira kompetenc zdravstvene nege, ki jih tu predstavljamo, smo pregledali veliko elektronskih zbirk podatkov s področij zdravstvene nege, zdravstva in izobraževanja. Vse so bile v angleščini. Poleg tega je strokovno literaturo zagotovil tudi ICN. Več nacionalnih zvez medicinskih sester se je odzvalo na vprašalnik in poslalo ustrezno strokovno literaturo v tiskani obliki ali pa posredovalo naslove spletnih strani.

Specifični cilji iskanja po strokovni literaturi so bili:

- identificirati obstoječe okvire kompetenc;
- analizirati in primerjati te okvire;
- sintetizirati rezultate te analize in ustvariti okvir mednarodnih kompetenc za medicinsko sestro;
- beležiti procese, s katerimi so izpeljevali okvire v posameznih državah;
- identificirati ključne nacionalne kontekstualne dejavnike, ki vplivajo ali naj bi vplivali, v nekaterih primerih (Bellack in O'Neil 2000, Nursing Council of New Zealand 2000, Pew Health Professions Commission Fourth Report 1998), na zagotavljanje zdravstvenega varstva in na okvire kompetenc zdravstvene nege; in
- identificirati glavne prednosti in omejitve okvirov kompetenc.

Pregled strokovne literature je odkril več obstoječih okvirov kompetenc, ki so vsebovali ali se osredotočali samo na kompetence za medicinsko sestro (American Association of Colleges of Nursing ŠAACNC 1998, Australian Nursing Council Inc. ŠANCIC 2000, East, Central and Southern Africa College of Nursing ŠECSACONC 2000, European Commission ŠECC 1998, Eichelberger in Hewlet 1999, Hospital Authority of Hong Kong 1997, National Nursing Competency Project 1997, New Mexico Consortium for Nursing Workforce Development 2000, Nurses Association of Botswana 1999, Nurses Board for Health and Welfare ŠSocialstyrelsen, Švedska 1995, Trinidad and Tobago Nurses Association ŠnedatiranoC, United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting 2000). Dokument *The Pew Health Professions Commission Fourth Report* (O'Neil and the Pew Health Professions Commission 1998) navaja enaindvajset kompetenc za enaindvajseto stoletje, ki so prišle v poštev za vse strokovnjake zdravstvenega varstva.

Strokovna literatura je odkrila več različnih procesov za izpeljevanje okvirov kompetenc in doseganje soglasja. Med temi metodami najdemo sorazmerno kratke a obsežne konzultacije v obdobju nekaj mesecev (UKCC 2000) pa tudi večje raziskovalne projekte na nacionalni ravni, ki so trajali tudi do treh let (NNCP 1997). Številne države so ustanovile nacionalne skupine za kompetence ali ekvivalentne skupine, katerih članstvo je zajemalo širok izbor zainteresiranih akterjev. Mednje spadajo na primer aktivne medicinske sestre, upravitelji, delodajalci, izobraževalci, raziskovalci, predstavniki sorodnih poklicev, kot so socialni delavci, nacionalne zveze medicinskih sester, sindikati, pacienti/skrbniki, raziskovalci,

predstavniki pravnikov, vladni uradniki in ministri. Svet medicinskih sester Nove Zelandije (The Nursing Council of New Zealand 2000) je najel večje podjetje za svetovanje v zvezi z mednarodnim upravljanjem z namenom, da se izvede širše svetovanje, ki bi zagotovilo zastopnost dveh glavnih etničnih manjšin v državi. Sprejetih je bilo veliko inovativnih načinov iskanja svetovanja in soglasja. Pri nekaterih projektih so uporabljali spletne strani. V Bocvani, kjer je nacionalna zveza medicinskih sester (Nurses Association of Botswana 1999) pripravila osnutek standardov za prakso zdravstvene nege (kot predpogoj za pripravo kompetenc), je zveza močno razširila informacije – pri tem se je posebej potrudila, da je dobila komentarje najširše javnosti, ker je objavila standarde v lokalnem časopisju. Svetovna zdravstvena organizacija (1996) je pri opisovanju »dejavnosti zdravstvene nege«, ki so bile podobne kompetencam, uporabila mednarodni odbor strokovnjakov, ki je zastopal vseh šest regij njihove organizacije.

Vprašalniki po pošti, ciljne skupine in tehnike Delphi ali modificirane tehnike Delphi se je pogosto uporabljalo v procesu oblikovanja kompetenc in pri doseganju soglasja o bistvenih kompetencah.

3.1.3(a) Prednosti okvirov kompetenc

Strokovna literatura navaja več pomembnih prednosti oblikovanja in uporabe okvirov kompetenc (Eraut 1994 in 1998, McAllister 1998). Takšni okviri naj bi:

- zagotavljali jasno sliko vloge in odgovornosti medicinske sestre;
- vplivali na proces zagotavljanja zaščite javnosti;
- pospeševali prosto globalno gibanje medicinskih sester in s tem gibanje preko državnih meja;
- zagotavljali osnovo za določanje standardov;
- prispevali k individualni in kolektivni poklicni odgovornosti;
- pojasnili prispevek medicinske sestre v odnosu do prispevka strokovnjakov zdravstvenega varstva in drugih poklicnih strokovnjakov v multidisciplinarnem timu;
- zagotovili temelj za oblikovanje učnega načrta za študij zdravstvene nege in procese ocenjevanja tako v teoretičnih kot praktičnih okoljih, zaradi česar bodo medicinske sestre imele takšno izobrazbo in usposabljanje, da bodo lahko zadovoljile zdajšnje potrebe zdravstvenega varstva in zdravstvene nege v svojih državah, obenem pa se s tem vzdržuje njihove kompetence;
- pomagati pri določanju poklicnih pričakovanj v zvezi z vlogami v zdravstveni negi; in
- zagotoviti osnovo za kriterije uspešnosti, ki so specifični za posamezno delo.

Okviri kompetenc so torej zelo uporabni pri urejanju poklica, zagotavljanju kakovosti, pregledovanju izobraževanja, novačenju in razvijanju delovne sile medicinskih sester, razvijanju vlog in/ali specifikiranju delovnih mest ter ocenjevanju uspešnosti.

3.1.3(b) Omejitve okvirov kompetenc

Strokovna literatura je tudi pokazala, da imajo kompetence določene omejitve (Chapman 1999). Najbolj pogosto slišana kritika okvirov kompetenc pravi, da so okviri enostranski, da se osredotočajo prvenstveno na ločene naloge ali vedenja, da ne odsevajo pomena konteksta, v katerem se odvija praksa zdravstvene nege, ter da ne prikazujejo integrativne,

holistične narave zdravstvene nege – da je celota večja od vsote posameznih delov (WHO 2001). Nedvomno je ta kritika upravičena, če so okviri izpeljani iz analize delovnega mesta/funkcije ali večšine/naloge posamezne vloge v zdravstveni negi. Takšni sezname kompetenc so običajno dolgi in zelo podrobni, preveč poudarjajo večšine in ne posvečajo dovolj pozornosti različnim oblikam znanja, ki podpirajo kompetentno prakso. Poleg tega lahko preveč zanemarijo osebne lastnosti, ki jih mora imeti in pokazati kompetentna medicinska sestra. V določenih situacijah so takšne podrobne kompetence za specifično delovno mesto upravičene. Vendar pa kompleksno in integrativno vlogo poklicne medicinske sestre bolje odsevajo generične izjave, kakršne najdemo v okviru kompetenc za medicinsko sestro ICN.

3.1.4 Oblikovanje osnutka okvira kompetenc ICN

Svetovalci so neodvisno pregledali vse pomembne dokumente, njihova vsebina je bila podrobno analizirana in izvedle so se primerjave. Potem so bile kompetence zdravstvene nege razdeljene v tri glavne skupine. Te so bile:

- okviri, ki so bili napisani predvsem v kontekstu obstoječe nacionalne zakonodaje/urejanja zdravstvene nege. V teh so bile kompetence običajno uvrščene v več področij ali »domen« prakse in opisane na splošno;
- okviri v zvezi s programi izobraževanja medicinskih sester in razvojem učnega načrta. V teh so bile kompetence opisane v obliki učnih rezultatov za specifične module ali predmete v programu, v nekaterih primerih so jim dodani pripadajoči kriteriji uspešnosti; in
- okviri, ki so diferencirani glede na raven praksa in/ali izobraževanja, na primer asistent v zdravstvenem varstvu ali zdravstveni negi, medicinska sestra, specializirana medicinska sestra (ko gre za raven praksa), diploma, dodiplomska stopnja, medicinska sestra s fakultetno izobrazbo, magisterij in/ali doktorat (ko gre za izobraževanje).

Okvir mednarodnih kompetenc za medicinsko sestro sledi prvemu formatu. Kompetence so dovolj široke, da se jih lahko uporablja v mednarodnem merilu, vendar tudi dovolj specifične, da se jih lahko uporablja znotraj države za usmerjanje v zvezi z vlogami zdravstvene nege in dosegom prakse v trenutnih nacionalnih pravnih okvirih. Kompetence so bile razvrščene v tri rubrike:

- poklicna, etična in pravna praksa
- upravljanje in zagotavljanje zdravstvene nege
- razvoj poklica

Iz skupka več kot 300 kompetenc, ki so bile najdene v pregledanih dokumentih, je bilo pripravljena serija šestih osnutkov okvirov. Vsak naslednji osnutek je rafiniral izjave o kompetencah tako, da je pojasnil termine in poskrbel, da se ni ničesar izpustilo, vendar pa je preprečil ponavljanje. Ta proces je proizvedel osnutek okvira osemindesetih kompetenc za medicinsko sestro ICN.

3.1.5 Vprašalnik za nacionalne zveze medicinskih sester

Svetovalci so se zavedali, da so nekatere države že imele utrjene pravne in etične okvire za zdravstveno nego ter da so objavile rezultate v zvezi s prakso zdravstvene nege in kompetencami. Druge so bile v procesu, ko so se lotevale takšnega dela, nekatere med temi so bile na zelo zgodnji stopnji razvoja. Nekatere pa se tega dela sploh še niso lotile. Po

začetnem pregledovanju strokovne literature so svetovalci skušali identificirati obstoječe in tekoče delo v zvezi s kompetencami ter so oblikovali vprašalnik. ICN je ta vprašalnik poslal nacionalnim zvezam medicinskih sester januarja 2001. Vprašalnik in odgovori ter seznam izpraševancev najdete v Dodatku 2. Čeprav se na vprašalnik ni odzvalo veliko izpraševancev, pa smo prišli do dragocenih informacij, ker so nekatere zveze medicinskih sester k odgovorom priložile primere svojih lastnih nacionalnih okvirov kompetenc zdravstvene nege in/ali standardov zdravstvene nege. Manjši del nacionalnih zvez medicinskih sester je odgovoril, da v njihovih državah obstajajo kompetence za medicinsko sestro. Nekaj jih je povedalo, da v tej smeri poteka delo.

3.1.6 Proces svetovanja o osnutku okvira kompetenc za splošno medicinsko sestro ICN

3.1.6(a) Prva faza svetovanja

Prvotni osnutek okvira kompetenc za medicinsko sestro ICN so svetovalci predložili ICN konec marca 2001. Petega aprila ga je ICN predložil v pregled svojemu upravnemu odboru, članicam mreže v nacionalnih zvezah medicinskih sester in drugim ključnim osebam. Vsi so bili naprošeni, da svoje komentarje pošljejo do 22. aprila. Nekaj respondentov je zaprosilo za podaljšanje tega roka in ugodilo se jim je. Novi rok je bil 11. maj, dodatni odgovori so bili do tega datuma prejeti. Upravni odbor ICN je bil naprošen, da se loti naslednjih vprašanj:

- je okvir skladen s poslanstvom, vizijo, vrednotami in strateškimi cilji ICN;
- ali ima okvir mednarodni značaj, ali ima potencial, da je takšen;
- ali je okvir sposoben povečati vpliv zdravstvene nege ali ICN, ali pripomore k uresničevanju programa ICN;
- ali zahteva dodatno pozornost, če je tako, ali naj to zagotovi ICN ali kakšna druga skupina;
- ali je okvir v interesu članic ICN; in
- ali okvir ustreza virom, ki so na voljo ICN?

Vsi drugi respondenti so bili zaproseni, naj pošljejo povratne informacije o: osnutku okvira kompetenc ICN, procesu, ki so ga svetovalci uporabili za oblikovanje kompetenc, modelu (ali načrtu), ki so ga priporočili za nacionalno uvajanje okvira kompetenc ICN (vključno z identifikacijo morebitnih dodatnih kompetenc, ki so specifične za posamezno državo) in globalnem pomenu kontekstualnih vplivov, ki so navedeni v poročilu svetovalcev. Dobrodošli so bili tudi predlogi za nacionalno uporabo okvira.

3.1.6(b) Analiza odzivov na prvo fazo svetovanja

Odzivi na svetovanje so bili večinoma pozitivni. Komentarji so prišli iz celega sveta, iz držav, kjer medicinske sestre delajo v zelo različnih kontekstih in kjer se sistemi zdravstvenega varstva ter prioritete močno razlikujejo.

Upravni odbor ICN se je odzval soglasno pozitivno in ni menil, da je okviru treba nameniti dodatno pozornost. Kompetence so bile potrjene kot skladne s poslanstvom, vizijo, vrednotami in strateškimi cilji ICN.

Veliko število koristnih komentarjev so prispevale nacionalne zveze medicinskih sester, ki so včlanjene v mrežo ICN, in druge ključne osebe. Nekateri komentarji so dokumentu povsem sprejemali, nekateri pa so bili pretežno poziti-

vnostni, a so zastavljali produktivna vprašanja. Prišla so na primer vprašanja o terminologiji in definicijah, o ubeseditivni nekaterih kompetenc, o odnosu med kompetencami in standardi prakse zdravstvene nege ter o procesu in obsegu svetovanja. Prejeli smo tudi različne uredniške predloge, na primer predlog, da se Etični kodeks ICN vključi kot dodatek v končno izdajo dokumenta. Nekateri komentarji so bili široki, drugi pa podrobni. Odzivi nacionalnih zvez medicinskih sester so prišli iz držav, ki imajo okvire kompetenc, iz tistih, v katerih poteka proces razvijanja kompetenc, in iz tistih, ki jih nimajo. Večina držav, ki imajo okvire, je dejala, da se njihovi okviri dobro ujemajo z okvirom mednarodnih kompetenc, ki ga predlaga ICN. Nobenega primera ni bilo, da bi za osnutek okvira kompetenc Mednarodnega sveta medicinskih sester dejali, da je v konfliktu z nacionalnimi okviri kompetenc. Države, ki do takrat še niso razvile okvira kompetenc, so izrazile navdušenje nad pobudo ICN in podporo, ki naj bi jo bila po njihovem mnenju deležna zdravstvena nega v njihovih državah zaradi uvajanja takšnega okvira.

3.1.6(c) Dejanja, ki so bila izvedena po prvi fazi svetovanja

Po analizi vseh odzivov na prvo fazo svetovanja so svetovalci pripravili vmesno poročilo, v katerem so identificirali potrebo po treh glavnih kategorijah dejanj. Ta so bila: druga faza svetovanja, ki bo omogočila nadaljnjo razpravo o vprašanih, ki so se pojavila v prvi fazi svetovanja dejanja, ki jih morajo izvesti neposredno svetovalci problematika, ki se je mora lotiti ICN

3.1.6(d) Druga faza svetovanja

Druga faza svetovanja se je odvijala na srečanju mreže, ki je potekalo v času kongresa ICN junija 2001 v Kopenhagnu, na Danskem. Problematika in ključna vprašanja, o katerih je, glede na rezultate posveta z nacionalnimi zvezami medicinskih sester, treba še razpravljati, so bila predstavljena na sestanku, ki je potekal v obliki delavnice. Vsi navzoči so dobili vmesno poročilo svetovalcev. Kratkemu uvodu Fadwe Affare je sledila zgoščena predstavitev – dva svetovalca sta povzela dotedanje delo in razložila naloge, ki jih je treba še opraviti. Udeleženci delavnice (N=50) so delali v skupinah in svetovalcem zagotovili pisne komentarje o vprašanih, ki so navedena spodaj.

• Kakšne definicije lahko sprejmemo kot ustrezne v tem dokumentu glede na dolgotrajno nedoslednost pri uporabi terminov »standardi« in »kompetence«? Prosimo, navedite primere.

• Specifično glede okvira kompetenc ICN ob upoštevanju, da okvir navaja, kaj se lahko pričakuje od medicinske sestre ob vstopu v prakso:

I Ali naj se vključi kompetence, ki so povezane z nego beguncev in žrtev vojne ter mučenja? Opomba: Morda medicinske sestre v državah, kjer je mir, ne bodo mogle imeti prakse na teh področjih.

II Ali naj se vključijo kompetence, ki so povezane z uporabo zdravstvene tehnologije in zdravstveno nego po telefonu? Opomba: Ti razvojni premiki, čeprav gre za globalne trende, so v različnih državah v zelo različnih fazah razvoja.

III Pri veččinah upravljanja in organizacije je svetovanje pokazalo različne poglede na zahtevane kompetence.

tence, na primer v zvezi s upravljanjem enot/oddelkov in upravljanjem osebja. Kakšne zmožnosti bi pričakovali od medicinske sestre ob vstopu v prakso?

Kakšna pričakovanja imajo člani skupine glede nacionalnega uvajanja okvira mednarodnih kompetenc?

3.1.6(e) Dejanja, ki jih izvajajo neposredno svetovalci

V zvezi z definicijami »standardov« in »kompetenc« je bilo jasno, da je še vedno obstajala zmeda – skupine, ki so sodelovale v delavnici, saj so ponujale nasprotujoče si interpretacije. V besednjak se je zato dodalo dodatno definicijo »standardov« - definicijo Mednarodne organizacije za standardizacijo. Vendar pa se je, zaradi množice definicij terminov »kompetenca« in »kompetence« v strokovni literaturi v angleščini, ohranila definicija ICN, kot se uporablja v izvirnem dokumentu.

Člani skupin so menili, da je treba ohraniti vse tri kompetence, o katerih je bilo govora, predlagali so več inачič ubeseditve kompetenc. Vključenih je bilo nekaj novih ubeseditvev.

Večina odzivov v zvezi z nacionalnim uvajanjem je poudarjala, da mora biti povsem jasno, da je okvir kompetenc ICN mišljen kot vodilo za države. To je bil namen ICN že od samega začetka pobude, to se v dokumentu tudi dodatno poudarja.

Ena od skupin se je spraševala o veljavnosti kompetenc, ki so vključene v okvir ICN. Veljavnost je zasnovana na dejstvu, da so bile kompetence oblikovane po obsežnem iskanju po strokovni literaturi in analizi obstoječih okvirov. Kompetence so bile potem modificirane, kar je bil rezultat procesov svetovanja.

Svetovalci so pregledali dokument, pri tem so upoštevali odzive na obe fazi svetovanja. Razjasnili so status in namen dokumenta ter uvedli dodatne definicije ključnih terminov, še posebej tistih, ki se nanašajo na medicinsko sestro. Prav tako so razširili besednjak ter povečali poudarek vzajemne povezanosti kompetenc in varne prakse, kar je v interesu zaščite javnosti. Lotili so se tudi uredniških predlogov, vključno z vključitvijo Etičnega kodeksa ICN 2000b kot dodatka. Dokument in okvir mednarodnih kompetenc za medicinsko sestro ICN sta bila predložena ICN pred koncem julija 2001.

3.1.6(f) Problematika, ki jo je obravnaval ICN

Med svetovanjem se je pojavilo več zadev, ki jih je bilo treba

pojasniti. Stališče ICN o teh zadevah je:

- Okvir kompetenc za medicinsko sestro ICN je zamišljen kot vodilo za države. Vendar pa bo ICN uporabil okvir na mednarodni ravni kot orodje za pogajanje z mednarodnimi službami, kot so Svetovna zdravstvena organizacija in Svetovna trgovinska organizacija, ko bo zastopal interese zdravstvene nege.

- Končna verzija dokumenta bo na voljo v treh delovnih jezikih ICN – v angleščini, francoščini in španščini.

- Informacije o okviru in spremljajoča dokumentacija bo razposlana po komunikacijskih kanalih ICN, vključno z vsemi nacionalnimi zvezami medicinskih sester in članstvom ICN, drugimi na seznamu poštnih naslovov ICN, mreži ICN, bilteni ICN in spletno stranjo ICN. Informacije bodo tudi na seznamu publikacij ICN in navedene na spletni knjigarni ICN.

- ICN bo tudi v prihodnosti nadaljeval s sodelovanjem z nacionalnimi zvezami medicinskih sester in drugimi partnerji, s čemer bo pomagal in pooblašal zdravstveno nego, kjer je to potrebno, da uveljavi okvir kompetenc za medicinsko sestro ICN.

- ICN bo redno pregledoval okvir.

3.1.6(g) Tretja faza svetovanja

Septembra 2001 je ICN ponovno izdal končni osnutek okvira kompetenc za medicinsko sestro ICN zaradi posvetovanja z upravnim odborom, nacionalnimi zvezami medicinskih sester, člani mreže in drugimi ključnimi osebami. Respondente se je prosilo, naj se osredotočijo na četrto in peto poglavje. V zvezi s četrtem poglavjem – Okvir kompetenc ICN – se jih je prosilo, naj komentirajo njegovo relevantnost, jasnost, celostnost in uporabnost. V zvezi s petim poglavjem se je respondente prosilo, naj komentirajo model uveljavljanja okvira ICN. Odgovore smo pričakovali do 14. oktobra 2001.

3.1.6(h) Analiza tretje faze svetovanja in opravljena dejanja

Prejetih je bilo devetindvajset odgovorov. Dvanajst od teh respondentov je prispevalo že k prejšnjim svetovanjem. Nekatere države so zagotovile odgovore več kot ene jurisdikcije/organizacije v skupnem dokumentu.

Vse odgovore so svetovalci in ICN neodvisno podrobno pregledali. Obe strani sta se strinjali glede končnih popravkov.

Četrto poglavje predstavlja okvir kompetenc za medicinsko sestro ICN.

Slika 2 Pregled okvira kompetenc za medicinsko sestro

OKVIR KOMPETENC ICN

Poklicna, etična pravna praksa		Zagotavljanje zdravstvene nege in upravljanje			Poklicni razvoj		
Odgovornost	Etična praksa	Pravna praksa	Ključna načela prakse		Poudarjanje poklica	Izboljševanje kakovosti	Nadaljevalno izobraževanje
Zagotavljanje zdravstvene nege			Upravljanje zdravstvene nege				
Ocenjevanje	Načrtovanje	Izvajanje	Ovrednotenje	Terapevtska komunikacija in medosebni odnosi	Promocija zdravja	Varno okolje	Medpoklicno zdravstveno varstvo in supervizija

Četrto poglavje: Okvir kompetenc za medicinsko sestro ICN

Okvir kompetenc za medicinsko sestro ICN je bil oblikovan na osnovi analize obstoječih objavljenih okvirov kompetenc (razdelek 3.1.3) in v procesu obsežnega mednarodnega posvetovanja (razdelek 3.1.6). Okvir ICN ne odseva samo pogledov številnih medicinskih sester iz celega sveta in iz številnih različnih kultur, ki so oblikovale takšne okvire, ampak tudi izkušnje tistih, ki te okvire trenutno uporabljajo.

Okvir ICN se nanaša na medicinsko sestro, ki dela s posamezniki, družinami in skupnostmi v različnih institucionalnih in skupnostnih okoljih zdravstvenega varstva v partnerstvu z drugimi dobavitelji zdravstvenega ter socialnega varstva.

Kompetence za medicinsko sestro ICN so navedene v treh rubrikah:

- Poklicna, etična in pravna praksa
- Upravljanje in zagotavljanje zdravstvene nege
- Razvoj poklica

Slika 2 ponuja pregled okvira kompetenc z glavnimi rubrikami in podrubrikami.

Kompetence so oštevilčene zaradi lažjega pregledovanja. Oštevilčenja si ne smete razlagati, kot da pomeni kakšno hierarhičnost. Vse kompetence so enako pomembne. Povedati je treba tudi, da tu niso navedeni kriteriji za merjenje doseganja vsake kompetence. To nadaljnje bistveno delo je treba izvesti v posameznih državah, pri čemer je treba upoštevati lokalne kontekstualne dejavnike, ki vplivajo na prakso zdravstvene nege.

1 POKLICNA, ETIČNA IN PRAVNA PRAKSA

1.1 Odgovornost

- a. Sprejema konkretno odgovornost za lastno poklicno presojo in dejanja
- b. Se zaveda omejitev lastne vloge in kompetenc.
- c. Se posvetuje z medicinsko sestro, ki ima potrebno strokovno znanje, ki ga sama nima.
- d. Posvetuje se z drugimi strokovnjaki zdravstvenega varstva in ustreznimi organizacijami/slужbami, ko zadovoljevanje potreb posameznika ali skupine ni več v dosegu prakse zdravstvene nege.

Etična praksa

- a. Deluje na način, ki se sklada z Etičnim kodeksom ICN.
- b. Učinkovito sodeluje pri etičnem odločanju.
- c. Deluje v vlogi zagovornice, da zaščiti človekove pravice, kot je opisano v Etičnem kodeksu ICN 2000.
- d. Spoštuje pacientovo pravico do informacij.
- e. Zagotavlja zaupnost podatkov in varnost pisnih ter ustnih informacij, ki jih dobi, ker opravlja svoj poklic.
- f. Spoštuje pacientovo pravico do zasebnosti.
- g. Spoštuje pacientovo pravico do izbire in odločitev v zdravstveni negi in zdravstvenem varstvu.
- h. Ustrezno nasprotuje praksi zdravstvenega varstva, ki bi lahko škodila varnosti, zasebnosti ali dostojanstvu pacienta.
- i. Prepozna nevarno prakso in ustrezno ukrepa.

- j. Pozna lastna prepričanja in vrednote ter ve, kako to lahko vpliva na zagotavljanje zdravstvene nege.
- k. Spoštuje vrednote, običaje, duhovna prepričanja in prakse posameznikov in skupin.
- l. Zagotavlja zdravstveno nego, ki je dojemljiva za različne kulture.
- m. Kaže razumevanje izzivov za etično odločanje in določanje prednosti v vojnih, nasilnih, konfliktnih situacijah ter ob naravnih nesrečah.

Pravna praksa

- a. Deluje v skladu z veljavno zakonodajo.
- b. Deluje v skladu z nacionalnimi in lokalnimi politikami ter proceduralnimi smernicami.
- c. Prepozna in reagira na kršitve zakonov, ki se nanašajo na prakso zdravstvene nege, in/ali poklicnega kodeksa vedenja/kodeksa prakse.

2 ZAGOTAVLJANJE ZDRAVSTVENE NEGE IN UPRAVLJANJE

2.1 Ključna načela zagotavljanja zdravstvene nege in upravljanja

- a. Uporablja ustrezno znanje in veščine v praksi zdravstvene nege.
- b. V prakso vključuje veljavna in relevantna raziskovalna odkritja ter druga dognanja.
- c. Daje pobude in sodeluje v razpravi o inovacijah in spremembah v zdravstvenem varstvu in zdravstveni negi.
- d. Uporablja kritično mišljenje in veščine za reševanje problemov.
- e. Uporablja trezno klinično presojo in sprejemanje odločitev v različnih poklicnih kontekstih in v kontekstih zagotavljanja zdravstvene nege.
- f. Zagotavlja logične razlage za zagotovljeno zdravstveno nego.
- g. Določa prednostne naloge v delovnih obremenitvah in uspešno upravlja s časom.
- h. Kaže razumevanje procesa zagovorništva.
- i. Deluje kot vir za posameznike, družine in skupnosti, ki se soočajo s spremembami v zdravju, z invalidnostjo in smrtjo.
- j. Informacije predstavlja jasno in jedrnat.
- k. Točno interpretira objektivne in subjektivne podatke ter njihov pomen za varno izvajanje zdravstvene nege.
- l. Kaže razumevanje za načrtovanje v primeru katastrof.

2.2 Zagotavljanja zdravstvene nege

2.2.1 Promocija zdravja

- a. Kaže razumevanje nacionalnih politik zdravstvenega in socialnega varstva.
- b. Pri delu sodeluje z drugimi poklicnimi strokovnjaki in skupnostmi.
- c. Na posameznika, družino in skupnost gleda s holistične perspektive ter upošteva mnogovrstne determinante zdravja.
- d. Sodeluje pri promociji zdravja in preprečevanju bolezni

- ter prispeva k njenemu vrednotenju.
- e. Uporablja znanje razpoložljivih virov za promocijo zdravja in zdravstveno vzgojo.
- f. Deluje tako, da posamezniku, družini in skupnosti omogoči sprejemanje zdravih načinov življenja.
- g. Posameznikom, družinam in skupnostim zagotavlja ustrezne zdravstvene informacije, s čimer jim pomaga pri doseganju optimalnega zdravja in rehabilitacije.
- h. Kaže razumevanje tradicionalnega zdravilstva v okviru zdravstvenih prepričanj posameznika, družine in/ali skupnosti.
- i. Zagotavlja podporo/izobraževanje pri razvijanju in/ali vzdrževanju veščin neodvisnega življenja.
- j. Zdravstveno poučuje izvajanje negovalnih intervencij.
- k. Pri posameznikih, družinah in skupnostih uporablja poznavanje različnih strategij učenja in poučevanja.
- l. Vrednoti učenje o zdravstvenih praksah in njihovo razumevanje.

2.2.2 Ocenjevanje

- a. Izvaja relevantno in sistematično vrednotenje zdravstva in zdravstvene nege.
- b. Točno analizira, interpretira in dokumentira podatke.

2.2.3 Načrtovanje

- a. Formulira načrt zdravstvene nege, kjer je to možno v sodelovanju s pacienti in/ali negovalci.
- b. Posvetuje se s člani tima zdravstvenega in socialnega varstva.
- c. Poskrbi, da pacienti in/ali negovalci dobijo in razumejo informacije, na podlagi katerih se pride do pristanka o zdravstveni negi.
- d. Vključi zagovornika, ko pacient in/ali negovalec zahteva podporo ali ko imajo omejene sposobnosti za sprejemanje odločitev.
- e. Določi prednostne naloge zdravstvene nege, kjer je to možno v sodelovanju s pacienti in/ali negovalci.
- f. Identificira pričakovane rezultate in časovni okvir za njihovo doseganje in/ali pregled v sodelovanju s pacienti in/ali negovalci.
- g. Redno pregleduje in popravlja načrt zdravstvene nege, kjer je to možno v sodelovanju s pacienti in/ali negovalci.
- h. Dokumentira načrt zdravstvene nege.

2.2.4 Izvajanje

- a. Izvaja načrtovano zdravstveno nego, da doseže načrtovane rezultate.
- b. Izvaja zdravstveno nego na način, ki spoštuje meje poklicnega odnosa s pacientom.
- d. Dokumentira izvajanje postopkov in posegov.
- e. Učinkovito se odziva v nepričakovanih ali hitro spreminjajočih se situacijah.
- f. Učinkovito se odziva v nujnih primerih ali v primeru katastrof.

2.2.5 Vrednotenje

- a. Vrednoti in dokumentira napredek v smeri pričakovanih rezultatov.
- b. Sodeluje s pacienti in/ali negovalci pri pregledovanju

napredka v smeri pričakovanih rezultatov.

- c. Uporabi vrednotenje, za modificiranje načrta zdravstvene nege.

2.2.6. Terapevtska komunikacija in medosebni odnosi

- a. Začne, razvija in prekine terapevtske odnose z uporabo ustreznih komunikacijskih in medosebnih veščin s pacienti in/ali negovalci.
- b. Dosledno posreduje relevantne, točne in celostne informacije o zdravstvenem stanju pacineta, ustno, pisno ali v elektronski obliki.
- c. Poskrbi, da so informacije, ki jih dobi pacient in/ali negovalci, predstavljene na ustrezen in jasen način.
- d. Ustrezno se odziva na vprašanja in probleme pacienta in/ali negovalcev.
- e. Komunicira na način, ki pomaga pacientu in/ali negovalcem.
- f. Učinkovito in pravilno uporablja razpoložljivo informacijsko tehnologijo.
- g. Kaže poznavanje razvojnih premikov/lokalnih aplikacij na področju zdravstvene tehnologije.

2.3. Upravljanje zdravstvene nege

2.3.1 Varno okolje

- a. Ustvarja in vzdržuje varno okolje zdravstvene nege z uporabo strategij za zagotavljanje kakovosti in upravljanje s tveganji.
- b. Uporablja ustrezna orodja za ocenjevanje, da identificira dejanska in potencialna tveganja.
- c. Poskrbi za varno uporabo terapevtskih substanc.
- d. Izvaja postopke za nadzor nad okužbami.
- e. Beleži in posreduje varnostna vprašanja relevantnim nadrejenim.

2.3.2 Medpoklicno zdravstveno varstvo

- a. Uporablja znanje o učinkovitih medpoklicnih praksah.
- b. Vzpostavlja in vzdržuje konstruktivne delovne odnose z medicinskimi sestrami in drugimi kolegi.
- c. Z vzdrževanjem sodelovalnih odnosov prispeva k učinkovitemu multidisciplinarnemu timskeemu delu.
- d. Ceni vloge in veščine vseh članov timov zdravstvenega in socialnega varstva.
- e. Sodeluje s člani timov zdravstvenega in socialnega varstva pri sprejemanju odločitev v zvezi s pacienti.
- f. Pregleduje in vrednoti zdravstveno nego s člani timov zdravstvenega in socialnega varstva.
- g. Upošteva mnenja pacientov in/ali negovalcev, ko medpoklicni tim sprejema odločitve.

Delegiranje in supervizija

- a. Drugim delegira dejavnosti, ki so primerne njihovim sposobnostim in dosegu prakse.
- b. Uporablja različne podporne strategije, ko nadzoruje vidike zdravstvene nege, ki so bili delegirani drugim.
- c. Vzdržuje konkretno odgovornost, ko delegira vidike zdravstvene nege drugim.

3. RAZVOJ POKLICIA

3.1 Utrjevanje poklica

- Promovira in vzdržuje poklicno podobo zdravstvene nege.
- Zagovarja pravico do udeležbe pri razvijanju zdravstvene politike in načrtovanju programov.
- Prispeva k razvoju poklicne prakse zdravstvene nege.
- Ceni raziskovanje, ki prispeva k razvojnim premikom v e. zdravstveni negi in izboljšuje standarde zdravstvene nege.
- S svojim delovanjem ponuja učinkovit zgled.
- Prevzame vodstvene odgovornosti, kjer je to ustrezno pri zagotavljanju zdravstvene nege in zdravstvenega varstva.

3.2 Izboljševanje kakovosti

- Uporablja veljavna dognanja pri vrednotenju kakovosti prakse zdravstvene nege.
- Sodeluje pri postopkih za izboljševanje in zagotavljanje kakovosti.

3.3 Nadaljevalno izobraževanje

- Sledi razvoju prakse zdravstvene nege.
- Prevzema odgovornost za vseživljenjsko učenje in vzdrževanje kompetenc.
- Deluje tako, da zadosti potrebam po nadaljevalnem izobraževanju.
- Prispeva k izobraževanju in poklicnemu razvoju študentk in kolegic.
- Deluje kot učinkovita mentorica.
- Izkorišča priložnosti za učenje skupaj z drugimi, ki prispevajo k zdravstvenemu varstvu.

Naslednje poglavje predstavlja model uveljavljanja okvira kompetenc in identificiranja kompetenc.

Peto poglavje: Model za izvajanje okvira kompetenc ICN

To poglavje predstavlja predloge za nacionalno uvajanje okvira kompetenc za medicinsko sestro ICN ter vsebuje model za identificiranje kompetenc. Zavedati se je treba, da gre za *predloge ali smernice*. V primerih, ko države že imajo okvire kompetenc, ki ustrezajo njihovim potrebam v zvezi z zdravstveno nego in katere se redno pregleduje, sta možni dve varianti. Prva – država in njena zveza medicinskih sester bosta morda hoteli primerjati nacionalne kompetence s kompetencami ICN, vendar v dejanjih ne bosta šli dlje. Druga – država in njena zveza medicinskih sester bosta morda hoteli popraviti nacionalne kompetence tako, da bodo ustrezale okviru ICN. V primeru, da sta država in njena zveza medicinskih sester v procesu razvijanja okvira kompetenc ali tega še nista storili, je material v tem poglavju namenjen usmerjanju. ICN tudi upa, da bo zagotovil podporo nacionalnim zvezam medicinskih sester, ki bodo prosile za nasvet v zvezi z razvijanjem njihovega okvira kompetenc.

ICN upa, da bodo stroka zdravstvene nege in regulatorna telesa uporabljala okvir kompetenc za medicinsko sestro pri razvijanju ali pregledovanju definicij, še posebej tistih, ki se nanašajo na doseg prakse. Poleg tega ga lahko uporabijo izobraževalci pri razvijanju in/ali pregledovanju učnih načrtov za programe, ki medicinske sestre pripravljajo na vstop v prakso. Vse medicinske sestre ga lahko uporabijo kot orodje,

ko formulirajo standarde prakse. ICN zaradi svoje vodilne globalne vloge v zdravstveni negi tudi pričakuje, da se bo okvir uporabljalo pri usmerjanju bodočih sporazumov o vzajemnem priznanju in programov licenciranja med državami. Nacionalne zveze medicinskih sester bo torej, skupaj z urejevalnimi telesi za zdravstveno nego (kjer le ta obstajajo) in ključnimi akterji, zanimal obseg, v katerem medicinske sestre v njihovih državah ob vstopu v prakso dosežajo te kompetence ICN, skupaj z morebitnimi dodatnimi kompetencami, ki so specifične za posamezne države in so v teh državah nujne.

Obseg, v katerem se bo okvir kompetenc sprejel v različnih državah, bo odvisen od razvojne stopnje kompetenc medicinske sestre v posameznih državah. Postal je jasno – po pregledu strokovne literature in posvetu o osnutku okvira kompetenc za splošno medicinsko sestro – da so države in njihove nacionalne zveze medicinskih sester na eni od naslednjih treh stopenj:

Države, v katerih je razvoj kompetenc za medicinske sestre močno uveljavljen, imajo sisteme za izvajanje prakse, izobraževanja in upravljanja ki so utemeljeni na kompetencah, zraven pa je poskrbljeno tudi za redno pregledovanje

Države, v katerih je razvoj kompetenc za medicinske sestre v teku – v to skupino spadajo številne države, nekatere so že v zaključnih fazah, nekatere pa šele začenjajo z delom.

Države, v katerih razvoj kompetenc za medicinske sestre ne obstaja in se koncepta kompetenc v zdravstveni negi še ni raziskalo.

V državah, kjer kompetence obstajajo, je možnost, da pregledajo svoje kompetence in jih primerjajo z okvirom ICN. ICN sprejema dejstvo, da bodo nekatere države zadovoljne s svojim obstoječim okvirom kompetenc, vključno z njihovimi procesi pregledovanja in posodabljanja, ter da si ne bodo želele ničesar več. Drugi dve skupini držav lahko uporabita to poglavje, skupaj s projekti, ki so usmerjeni v specifične cilje, za usmerjanje v času uvajanja okvira kompetenc ter za dodajanje potrebnih kompetenc, ki so specifične za posamezno državo.

Okvir poleg tega zagotavlja usmeritev in vodenje na drugih področjih razvoja zdravstvene nege. Izobraževalci ga lahko uporabijo za razvijanje in/ali pregledovanje učnih načrtov za programe, ki medicinske sestre pripravljajo na vstop v prakso. Vse medicinske sestre ga lahko uporabijo kot orodje, ko formulirajo standarde prakse. Stroka zdravstvene nege in regulatorna telesa si lahko pomagajo z okvirom ICN pri razvijanju ali pregledovanju definicij, še posebej tistih, ki so povezane z dosegom prakse ali kot vodilo pri bodočih sporazumih o vzajemnem priznanju in programih licenciranja med državami.

Uveljavljanje v državah, kjer obstajajo kompetence za medicinske sestre in ki želijo sprejeti okvir ICN

Sestati se mora nacionalni odbor za kompetence v zdravstveni negi ali ekvivalentno telo, ki zagotavlja široko članstvo relevantnih akterjev. Člani odbora morajo pregledati okvir kompetenc ICN in ga primerjati z lastnimi kompetencami. Potem morajo organizirati obsežno posvetovanje o kompetencah ICN, posvetovati se je treba tudi o pregledu teh kompetenc s strani odbora. Informacije o utemeljitvi razvijanja kompetenc ICN je treba posredovati vsem, ki svetujejo, tako da ti razumejo status in namen dokumenta, zakaj so se kompetence razvile in njihov odnos do obstoječih na-

cionalnih kompetenc. Glede na rezultate svetovanja je treba, kjer je to potrebno in možno, nacionalne kompetence uskladiti s kompetencami ICN, ohraniti morebitne kompetence, ki so specifične za državo, končni okvir pa razposlati na čimveč naslovov v domači državi. Procesom uvajanja in pregledovanja obstoječih nacionalnih kompetenc morajo slediti vse potrebne priprave na uvajanje in redno pregledovanje. ICN je treba zagotoviti povratne informacije o celotnem procesu.

Uvajanje v državah, v katerih kompetence za medicinske sestre ne obstajajo

Strokovna literatura in proces svetovanja sta odkrila več ključnih korakov pri različnih načinih razvijanja in uveljavljanja kompetenc v različnih državah. Ti koraki so ilustrirani v tretjem poglavju, kjer je opisan proces oblikovanja okvira kompetenc ICN. Tu jih navajamo v obliki modela po korakih za uvajanje okvira ICN ter za identificiranje dodatnih kompetenc, ki so specifične za posamezno državo, če jih država hoče imeti. Poudarjamo, da noben model najbrž ne bo ustrezal vsem državam in nacionalnim zvezam medicinskih sester. Upamo, da bo model, ki ga tukaj predlagamo, zagotovil koristno usmeritev državam, ki hočejo pomoč pri procesu uvajanja okvira ICN ter pri identifikaciji in razvoju dodatnih kompetenc.

Ustanavljanje nacionalnega odbora za kompetence v zdravstveni negi (ali skupine)

Vodilno vlogo pri ustanavljanju tega odbora ali skupine bo imela nacionalna zveza medicinskih sester. Članstvo odbora mora vključevati vsaj predstavnice izvajalcev zdravstvene nege, izobraževanja medicinskih sester, upravljanja zdravstvene nege in, kjer je to možno, predstavnice raziskovanja v zdravstveni negi. Odbor mora biti optimalnega obsega, da lahko učinkovito deluje, vendar pa je priporočljivo, da vključuje predstavnike drugih akterjev, vključno z laično javnostjo.

Zagotavljanje finančnih in drugih virov, s katerimi se podpre pobuda

Projektu je treba dodeliti ustrezen proračun in človeške vire.

Pojasnitev namena in uporabe okvira ICN

Namen in način uporabe okvira ICN je treba jasno navesti in interpretirati v kontekstu, ki je specifičen za državo.

Interpretacija nacionalnega konteksta

Potrebno je analizirati ključne dejavnike v nacionalnem kontekstu države ali regije, kot so specifične prioritete zdravstvenega varstva, konfiguracija delovne sile in/ali dojemljivost za kulturne razlike. Naslednje korake je treba izvesti v luči te analize.

Pregled definicij in okvira ICN

Bistveno je, da se definicije medicinske sestre, zdravstvene nege in medicinske sestre ICN pregleda v nacionalnem kontekstu in da se tudi pregleda Etični kodeks ICN, vse to podpira okvir kompetenc ICN. S tem se poskrbi, da so te kompetence kompatibilne z nacionalnimi definicijami teh ključnih terminov in z nacionalnim etičnim kodeksom zdravstvene nege. Potem je treba premisliti, ali so potrebne dodatne kompetence, ki so specifične za državo. Če se ugo-

tovi, da so potrebne, je treba poskrbeti, da so skladne s kompetencami za medicinsko sestro ICN, s čemer se omogoči enoten razvoj poklica pri zagotavljanju visokokakovostne zdravstvene nege. Poleg tega menimo, da bo okvir ICN omogočil prosto gibanje medicinskih sester ter v končni fazi prispeval k sporazumom o vzajemnem priznanju. Vendar pa se moramo vedno zavedati, da je okvir kompetenc ICN smernica, ki jo je treba obravnavati v kontekstu posamezne države.

Pregledovanje ustrezne strokovne literature

To je pomembno, da se zagotovi vključevanje strokovne literature v jeziku države.

Priprava osnutka okvira kompetenc

Osnutek okvira je treba sestaviti tako, da vključuje okvir kompetenc za medicinsko sestro ICN in morebitne dodatne kompetence, ki so specifične za državo.

Svetovanje

Osnutek okvira kompetenc, skupaj z utemeljitvijo za njegov razvoj, je treba zaradi svetovanja poslati na čimveč naslovov. V svetovanje je treba vključiti različne ključne akterje, na primer oblikovalce politik, člane zakonodaje, delodajalce, sindikate, izobraževalce, raziskovalce, praktike, paciente/kliente, negovalce in druge člane skupnosti. Predlagano je bilo, da »morajo razvoj kompetenc v končni fazi nadzirati praktiki in ne vlade, delodajalci ali ozka skupina strokovnjakov«, s čemer se zagotovi stik s prakso« (Sutton in Arbon 1994:391). Seveda pa praktiki izražajo trenutne realnosti prakse na račun bodočih ciljev in namenov poklica. Zato je pomembno, da se v čim večjem obsegu posvetujemo glede identificiranja, uporabe in pregledovanja okvirov kompetenc. Ti posveti morajo upoštevati ne le trenutne skrbi zdravstvene nege, ampak tudi predvidevanja glede delovanja poklica v prihodnosti, ki se bo odvijalo v multidisciplinarnem in čedalje bolj multisektorskem timu zdravstvenega varstva ter v drugih relevantnih partnerstvih.

Analiza rezultatov svetovanja in priprava nacionalnih kompetenc

Rezultate svetovanja mora nacionalni odbor za kompetence v zdravstveni negi zbrati, pregledati, analizirati in pretehtati, potem se odbor odloči za ustrezne popravke nacionalnega okvira kompetenc. Pripravi se končni nacionalni okvir kompetenc, ki mora vsebovati okvir kompetenc ICN.

Razpošiljanje okvira in načrtovanje rednega pregledovanja ter posodabljanja

Znotraj države je treba okvir poslati na čimveč naslovov. Ustrezno telo ali telesa v državi morajo narediti načrte za uvajanje in redno pregledovanje nacionalnega okvira kompetenc.

Zagotavljanje povratnih informacij ICN

Nacionalna zveza medicinskih sester mora, v sodelovanju z urejevalnim telesom, če le to obstaja, zagotoviti ICN ovratne informacije o celotnem procesu priprave nacionalnega okvira kompetenc.

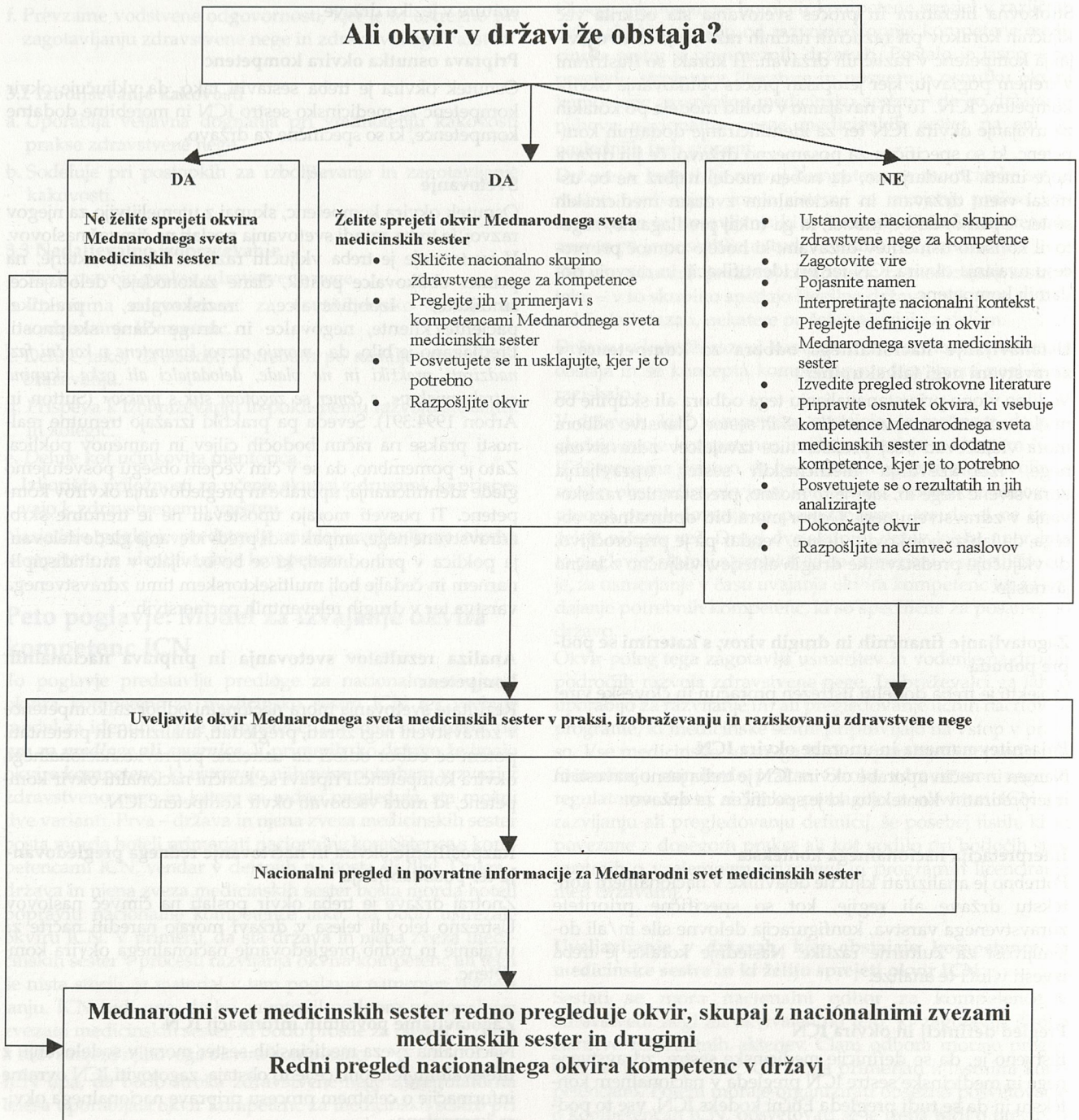
ICN se zavezuje h kakovosti

ICN se zavezuje, da bo deloval z nacionalnimi organizacijami medicinskih sester in jih podpiral v njihovih prizadevan-

jih, da delajo s ključnimi partnerji. Redno pregledovanje in posodabljanje teh kompetenc za medicinsko sestro ICN bo zagotovilo, da ostanejo za zdravstveno nego relevantne tudi v prihodnosti.

ICN je priznan kot globalni zagovornik visokih standardov v zdravstveni negi in zdravstvenem varstvu. ICN »se že dolgo zaveda svoje vloge pri promoviranju sistemov, ki ustvarjajo moč, povezanost in integriteto v poklicu zdravstvene nege in med njenim članstvom« (ICN 1997:1). ICN se zdaj zaveda potrebe identificiranja okvira kompetenc za medicinsko sestro ICN,

kar predstavlja logičen in nujen razvoj. Glede na dinamično naravo zagotavljanja zdravstvenega varstva po celem svetu in pomen prispevka zdravstvene nege k izboljšanju zdravja ljudi ter k zdravstveni negi bolnih se od tega okvira ICN pričakuje, da bo postal bistveni del temelja, na katerem bo zasnovano mednarodno priznanje poklicnih kvalifikacij v zdravstveni negi. Usmerjal bo tudi sporazume o vzajemnem priznavanju ter programe licenciranja, ki vključujejo več držav.



Slika 3. Model uvajanja okvira

ICN – Ženeva – februar 2003

Prevod: Primož Trobevošek

Literatura je na voljo na sedežu Zbornice – Zveze.

Strokovno lektoriranje: mag. Bojana Filej, Petra Kersnič

Bojana Pinter, Alenka Pretnar-Darovec

NOVE SMERNICE V SVETOVANJU POSTKOITALNE KONTRACEPCIJE, KONTRACEPCIJE PO UMETNI PREKINITVI NOSEČNOSTI (UPN) TER KONTRACEPCIJE PO PORODU

Svetovanje postkoitalne kontracepcije

Najnovejše študije o postkoitalni kontracepciji (PKK), ki se uporablja kot izhod v sili po nezaščitenem spolnem odnosu, dokazujejo, da hormonska PKK dovolj učinkovito prepreči neželjeno zanositev tudi do 120 ur po spolnem odnosu in ne le v 72 urah, kot je veljalo do sedaj. Na podlagi študij o varnosti in učinkovitosti PKK pri preprečevanju neželene nosečnosti, priporočil mednarodnih strokovnih forumov in stanja glede dostopnosti posameznih vrst PKK v Sloveniji je Republiški strokovni kolegij za ginekologijo in perinatologijo na seji dne 13.11.2003 sprejel nove smernice o uporabi PKK v Sloveniji:

PKK, imenovana tudi »urgentna kontracepcija«, v prvih 5 dneh (120 urah) po spolnem odnosu:

- prva izbira: enojni oralni odmerek 1,5 mg levonorgestrela (dve tableti NorLevo hkrati) ali dva oralna odmerka 0,75 mg levonorgestrela v razmiku 12 ur (dve tableti NorLevo v razmiku 12 ur);

- druga izbira: dva oralna odmerka kombinirane oralne kontracepcije z 0,1 mg etinestradiola in 0,5 mg levonorgestrela v razmiku 12 ur (Yuzpejeva metoda: 2 + 2 tableti Stediril-d v razmiku 12 ur);

- tretja izbira: vložitev materničnega vložka (MV) pri ženskah brez kontraindikacij za vložitev MV.

Še vedno sicer velja, da je hormonska PKK kontracepcija najučinkovitejša, če je uporabljena čimprej po odnosu (v prvih 12–24 urah), zato je pomembno, da je PKK čim bolj dostopna, tudi med vikendi, in da so v predpisovanje vključeni vsi zdravniki (ginekologi, splošni in družinski zdravniki, šolski zdravniki in pediatri). Levonorgestrelna PKK je trenutno na voljo na samoplačniški recept, je pa stroka dala pobudo za uvrstitev zdravila na listo zdravil, v lekarnah dostopnih brez recepta (OTC).

Svetovanje kontracepcije po UPN in po porodu

Splavnost (št. umetnih prekinitev nosečnosti – UPN – na 1000 žensk) kot kazalec neželenih nosečnosti je bila le-

ta 2001 v Sloveniji 15/1000 žensk, starih 15–49 let. Te številke nas uvrščajo med slabše evropske države, saj so najuspešnejše države (Nizozemska, Belgija) znižale delež UPN na 5/1000 žensk. Analiza splavnosti v Sloveniji ne kaže pomembnih razlik v deležu UPN glede na starost ženske, kaže pa, da je delež UPN bistveno višji v prvih letih po UPN (povratnice za UPN) in v prvih letih po porodu. Delež povratnic z UPN v Sloveniji je bil 29 % v letu 2001. V subpopulaciji žensk, ki so imele UPN pred 1–12 meseci, je bil v letu 2001 delež UPN 71/1000, med ženskami z UPN pred 13–24 meseci 53/1000 žensk ter med ženskami z UPN pred 25–36 meseci 40/1000 žensk. V prav tako ogroženi subpopulaciji žensk po porodu je bil delež UPN med ženskami, ki so rodile pred 1–12 meseci 40/1000, med ženskami, ki so rodile pred 13–24 meseci 38/1000 žensk ter med ženskami, ki so rodile pred 25–36 meseci 22/1000 žensk (diagram 1). V prvem oz. drugem letu po porodu je torej verjetnost, da ženska neželjeno zanosi oz. umetno prekine nosečnost, za 2,6-krat višja kot med splošno populacijo žensk v rodni dobi, v prvem letu po UPN pa kar 4,7-krat višja (oz. v drugem letu po UPN 3,5-krat višja), kot v splošni populaciji!

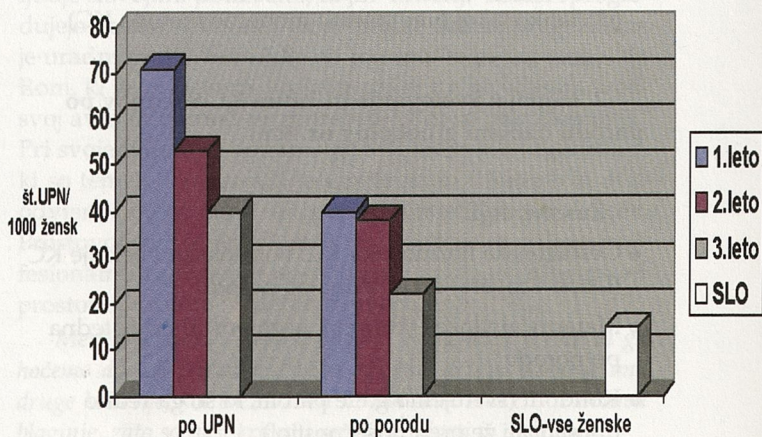


Diagram 1: Delež UPN v prvih treh letih po UPN in po porodu ter med splošno populacijo žensk v rodni dobi, Slovenija 2001

Zelo visok delež neželenih zanositev oz. UPN v prvih letih po UPN in po porodu kaže na slabo svetovanje in izbiro kontracepcije (KC), kar lahko izboljšamo z boljšo kvaliteto ginekološke službe. Zato je Republiški strokovni kolegij za ginekologijo in perinatologijo na seji dne 11. 3. 2004 sprejel večstopenjske ukrepe za izboljšanje rabe KC po UPN in po porodu, ki naj jih izvedeta izbrani in lečeči ginekolog, po možnosti s sodelovanjem celotnega ginekološkega tima.

Kontracepcija po UPN:

1. stopnja: Svetovanje in izbira KC ob napotitvi na UPN (izbrani ginekolog oz. tim)

2. stopnja: Svetovanje in izbira KC ob posegu UPN (lečeči ginekolog oz. tim)

- Knjižica »Načrtujmo družino«
- Ev. Rp za hormonsko kontracepcijo (ki jo začne jemati 3. dan po UPN) ali vložitev materničnega vložka ob UPN
- Spolna abstinenca do kontrolnega pregleda

3. stopnja: Izbira KC ob kontrolnem pregledu (izbrani ginekolog oz. tim)

- Kontrolni pregled že po 2–3 tednih (in ne šele po 4–6 tednih), z izbiro KC, če ni bila izbrana že prej.

Kontracepcija po porodu:

Dojenje je nezanesljiva metoda KC!

1. stopnja: Svetovanje o KC vsaj 1 mesec pred porodom (izbrani ginekolog oz. tim)

- Odločitev o KC po porodu
- Ev. Rp. za hormonsko postkoitalno kontracepcijo že vnaprej (NorLevo)
- Svetovati spolno abstinenco do 1. pregleda po porodu (da lahko takoj predpišemo moderne metode KC).

2. stopnja: Svetovanje in izbira KC 6 tednov po porodu (izbrani ginekolog oz. tim)

Ženska doji:

- Gestagenska hormonska KC: hormonske injekcije KC (Depo-Provera) od 6. tedna po porodu
- Maternični vložek (bakreni, hormonski) od 6. tedna po porodu
- Kondom (svetujemo ga le parom, ki so ga redno uporabljali že pred nosečnostjo!)
- Spermicidi (Patentex Oval, ponovno na voljo v lekarnah brez recepta)
- Postkoitalna kontracepcija (Norlevo) kot dodatna

zaščita ob manj zanesljivih metodah (kondom, spermicidi, prekinjeni odnos).

Ženska ne doji:

- Kombinirana hormonska KC (oralna KC, kožni obliži in nožnični prstani – ko bodo na voljo v Sloveniji)
- Maternični vložek (bakreni, hormonski)
- Vse druge zanesljive metode (gestagenska KC in drugo).

Viri:

1. Rodrigues I, Grou F, Joly J. Effectiveness of emergency contraceptive pills between 72 and 120 hours after unprotected sexual intercourse. *Am J Obstet Gynecol* 2001;184:531–7.

2. von Hertzen H, Piaggio G, Ding J, Chen J, Song S, Bártfai G, Ng E, Gemzell-Danielsson K, Oyubbileg A, Wu S, Cheng W, Lüdicke F, Pretnar-Darovec A, Kirkman R, Mittal S, Khomassuridze A, Apter D, Peregoudov A. Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicentre randomised trial. *Lancet* 2002; 360: 1803–10.

3. International Planned Parenthood Federation. IMAP recommendation on single-dose levonorgestrel for emergency contraception. *IPPF Medical Bulletin* 2003; 37(3): 4.

4. Pinter B. Medico-legal aspects of abortion in Europe. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2002; 7:15–9.

5. Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. Informacijski sistem spremljanja fetalnih smrti v Sloveniji. Primerjava podatkov med zdravstvenimi zavodi in regijami za leto 2001. *Zdrav Var* 2002; 41 (Suppl 8).

6. Boise R, Petersen R, Curtis KM et al. Reproductive health counseling at pregnancy testing: a pilot study. *Contraception* 2003; 68:377–83.



Srečko Zajc

NOVI OBRAZI REVŠČINE

Za tako široko področje je potrebna temeljita študija, še več – potrebne so vzporedne študije. Trditev, da se obrazi revščine spreminjajo, pa kljub temu ni težko dokazati tudi s preprostimi trditvami.

V tednu od 8. maja do 15. maja se spominjamo dveh pomembnih imen v humanitarni zgodovini sveta. Prvo ime je poznano mnogim, še posebno pa medicinskim sestram: Florence Nightingale, ki se je rodila 12. maja 1820 v premožni družini, je dobila odlično izobrazbo in se usmerila na pot, ki ženski njenega stanu ni pritikalala – postala je medicinska sestra in opravila pomembno pionirsko delo v času krimske vojne. Ob tem ne smemo pozabiti pomembne podrobnosti: bila je odlična matematičarka in to svoje znanje in svojo strast je uporabila kot metodo pri svojem delu. Empirija s teorijo in praktično delo so dali za takratne čase neverjetne rezultate.

Malo kasneje, pa ne ravno veliko, se je rodil Henry Dunant, začetnik Rdečega križa, gibanja, ki zdaj obsega 181 društev Rdečega križa posameznih držav, Rdečega polmeseca in Rdeče Davidove zvezde, združene v Mednarodni federaciji ter Mednarodni odbor Rdečega križa. Henry Dunant je začetnik tistega, kar poznamo danes kot gibanje, ki ima za podlago ženevske konvencije, načela in strategijo delovanja in pomoči potrebnim tako v oboroženih spopadih kot v miru.

Vseh sedem načel je pomembnih, dve pa za današnji dan še posebej, ker povezujeta tako F. Nightingale kot H. Dunanta:

- HUMANOST

Mednarodno gibanje Rdečega križa in Rdečega polmeseca, rojeno iz želje, da bi brez razlikovanja pomagalo ranjencem na bojišču, si v mednarodnem in državnem okviru prizadeva preprečevati in lajšati človeško trpljenje, kjerkoli naleti nanj. Varovati želi življenje in zdravje in zagotavljati spoštovanje človeškega bitja. Spodbuja medsebojno razumevanje, prijateljstvo, sodelovanje in trajen mir med vsemi narodi.

- NEPRISTRANSKOST

Gibanje ne razlikuje ljudi po narodnosti, rasi, verskem prepričanju, družbenem razredu ali političnem mnenju. Prizadeva si, da bi blažilo trpljenje posameznikov, pri čemer ga vodijo samo potrebe kakorkoli prizadetih ljudi, med katerimi daje prednost najnujnejšim primerom nesreče.

Za današnjo priložnost je dovolj, da se ozremo samo na ti dve načeli, ki povezujeta delo medicinskih sester in humanitarne organizacije. Delo, ki ga opravljate, mora biti nepristransko in opravljate ga na najbolj human način. Tudi sam se moram vsak dan posebej spraševati, ali sem human in ali delam nepristransko. Načela niso nekaj samoumevnega in tudi ne vedno nekaj skupnega, kar si med seboj izmenjujemo in delimo, ampak so področje, ki zahteva našo aktivno pozornost, samospraševanje in negovanje.

Vsem dvomom navkljub lahko z gotovostjo zaključimo, da so nekatera načela:

- *Univerzalna načela humanosti, kakor so jih postavili Florence Nightingale ter Henry Dunant s sodelavci.*

- *Načela so preživela njihove tvorce in mnogi so preživeli zaradi univerzalnosti teh načel. Brez njih bi bil svet veliko slabši.*

Kdo je potreben naše pomoči?

Vsaka doba zahteva natančno definicijo ljudi in družbenih skupin, ki nimajo pravice do glasu in ki so izključeni.

Za definicijo potrebujemo natančne primerjalne podatke in jasne kriterije, da bi lahko omejeno pomoč pravično podarili najbolj potrebnim. F. Nightingale je ravno z matematično statistično metodo in takrat sodobnimi metodami mnogim ohranila življenje in jim povrnila zdravje. Od prepoznavanja ranljivih skupin in posameznikov je odvisna tudi strategija našega dela in delovanja. Od metod dela je odvisna učinkovitost naše pomoči. Oboji, medicinske sestre in delavci v humanitarnih organizacijah, se srečujemo z najbolj pozabljenimi, najbolj skritimi sodržavljanji. Morda se spomnite neprimerne oddaje o delitvi pomoči v Mariboru? Avtorice oddaje ni zanimalo, da je Maribor mesto, ki ima največ ne-prebivalcev, tako rekoč ne-oseb: nimajo nobenega dokumenta, niso na nobenem seznamu, pa vendar živijo med nami in potrebujejo pomoč. Uradna statistika in statistika Rdečega križa nista vedno istovetni – pogosto je med njima razlika in v tej razliki so skriti živi ljudje s svojimi potrebami, ki jih 'kriteriji' bodisi spregledujejo bodisi za malenkost presegajo uradni prag. Kaj pa je uradni prag, razen črka na papirju: kako naj vemo, da Rom, ki se pripelje po socialni paket z mercedesom, vozi svoj avto in pomoči ne potrebuje? Kaj so pravi kriteriji? Pri svojem delu se opiramo na 992 krajevnih organizacij, ki so temelj delovanja Rdečega križa in v katerih je delo odvisno od znanja in prizadevnosti prostovoljcev. Prostovoljstvo je temelj naše organizacije in naloga profesionalno zaposlenih je spodbujati, razvijati in negovati prostovoljno delo za dobro drugega.

Merila so vedno stvar dogovora. Pomemben je cilj, ki ga hočemo doseči. Socialna družba oziroma država blaginje ima druge kriterije, kot brezobziren liberalizem. Naš cilj je država blaginje, zato so naši kriteriji revščine odprti in dinamični.

Obrazi revščine včeraj niso enaki današnjim obrazom revščine in izključenosti.

Revščina včeraj je bil kos kruha, zdaj pa se kažejo drugačni obrazi revščine: razlika med tistimi, ki imajo

veliko, in tistimi, ki imajo malo, je vse večja. Vse več jih je, ki bi lahko pomagali, in vse več jih je, ki so pomoči potrebni. To ni fraza, ker ne gre za kos kruha, ampak za dostop do zdravnika, oskrbe na domu, za dostop do dobre izobrazbe. Dostop do znanja bo najpomembnejši za vse, ki bi radi živeli spodobno življenje. Sprejeti moramo preprosto dejstvo: živimo v kapitalizmu, in to ne v socialnem kapitalizmu, ampak v najtršem liberalnem kapitalizmu. Tranzicija pomeni prerazporejanje bogastva, virov in informacij iz mnogih rok (družbenih) v nekaj rok, kar ustvarja družbo razlik, večjih, kot kdajkoli. Zato je potrebno obraze revščine prepoznati in jih pokazati, da bi lahko ljudje s poslanstvom, načeli in humanostjo pomagali pomoči potrebnim. Mit enakosti je pokopan, nadomestili so ga mit trošenja v neizmerni izbiri, mit večne mladosti in mit nadčloveka tehnološke dobe. Imamo tri osnovne tipe ljudi, ki tvorijo družino sodobne revščine:

- Tisti, ki vedno zadnji pride do informacije in za katerega je običajno že prepozno.

- Tisti, ki nima besede, ni slišen in ni viden.

- Tisti, ki se ne bo nikoli dvignil nad svoje okolje, v katerem vlada alkohol, droge in vsakršno nasilje.

Pri vsakem od njih lahko predvidimo njegovo usodo, ki bi jo bilo mogoče spremeniti, če bi za to obstajala ne samo volja, ampak družbeni sistem, ki bi bil naravnani v to smer. Poglejmo, kaj se bo zgodilo s prvim, drugim in tretjim:

Ker nima informacije, nima dostopa do znanja, samopomoči in pomoči. (Stari, tako v mestih kot na podeželju.)

Ker nima besede, ne more izraziti svojih potreb in, če jih že uspe izraziti, jih nihče ne sliši, ali pa jih slišimo prepozno. (Izbrisani in drugačni ne-državljanji, ki stojijo v vrsti za pakete, recimo v Mariboru.)

Nikoli ne bo pridobil ne znanja in ne izobrazbe ali socialnega kapitala, s katerim bi lahko pomagal sebi in okolici. (Otroci iz družin z nasiljem, ki bodo v neskončnost ponavljali obrazec iz svojega družinskega okolja, če jim ne bo kdo pomagal izstopiti iz začaranega kroga tradicije.)

In kako jih prepoznamo? Ne nastopajo na naslovnih, tam za njih ni prostora. Največji dosežek je, če pridejo njihove inicialke v črno kroniko. To so anonimni junaki, na las podobni običajnim ljudem, zato je njihovo prepoznavanje težko. Za medije nezanimivo: ne oglašujejo, ne oglašajo se in nimajo moči. Ali poznamo koga od treh opisanih tipov?

- Veliko: v vsakem kraju so in stojijo v vrstah za pomoč. Naše moči pa so omejene.

- Zbiramo podatke na terenu: uradni podatki in naši podatki se običajno ne ujemajo. Število raste.

- Nimamo natančne statistike: predvidevamo, da jih je veliko. Nekateri pravijo, da govorimo o 1/5 slovenske populacije.

Ali lahko že zdaj prepoznamo nekatere druge, ki sestavljajo vse večjo skupino državljanov, za katere bomo jutri rekli, da so potrebni posebne pozornosti in pomoči? Zanesljivo je to 'Starajoča se populacija, ki ostaja brez srednje in najmlajše generacije, izgubljena v svetu sodobnih tehnologij,

brez znanja za dostop do informacij preko njih. Starajoča se populacija, izgubljena v vse bolj sofisticirani in tehnološko izpopolnjeni medicini in tržni farmaciji.'

Vloga zdravstvenih delavcev in še posebej medicinskih sester je na tem področju še kako pomembna in občutljiva, kajti vi ste tisti, ki prinesete zdravila, preko vas in seveda zdravnikov poskušajo farmacevti (zanimivo – ena izmed najbolj razvijajočih se industrijskih vej) vstopiti v svet potrošnika, ki je praviloma laik in zaupljiv. Z etičnega stališča je to zelo zanimivo področje, kjer je meja med dobrim in slabim zelo tanka. Ali morda druga etična vprašanja: jutri bomo morda soočeni z ekonomskimi pribežniki, ki jih naš zdravstveni sistem ne bo vključeval. Kakšno zdravstveno oskrbo jim bomo nudili? Ali bo naš humanizem, bodo naša načela na preizkušnji? Za katero pot se bomo odločili med ekonomiko in humanostjo?

Soočeni z novimi obrazi revščine in izključenosti iščemo svoje mesto – vi pri svojem humanem delu in mi v humanitarnih organizacijah. Kaj lahko storimo?

- Stojimo na mestu in nemočno opazujemo?

- Stopimo skupaj in na istih osnovah vsak po svojih močeh dodajmo podatke, naredimo analize in postavimo strategije za izboljšanje.

- Podpiramo drug drugega v naših prizadevanjih za izboljšanje družbenega okolja, za zmanjšanje trpljenja neoključenih in prezrtih.

Tudi če se človek odpravi na običajen potep po slovenskih planinah, mora poskrbeti za opremo, kaj šele, če se odpravimo v svet socialnih krivic, nevklučenosti in revščine. Za začetek ne potrebujemo veliko opreme, ampak brez nje ne pridemo daleč:

- Voljo in dušo. Imamo načela in znanje. Znanje je zelo pomembno in dobimo ga lahko še več. Čeprav stane.

- Nove prostovoljce, ki ne bodo dajali samo volje, ampak tudi svoje strokovno znanje. Izobraževali bodo laike, da bi opravili kar se da veliko dela s pomoči potrebnimi.

Vseeno potrebujemo tudi načrt. Na pot ni dobro iti sam, zato poskrbimo, da svoje namene in cilje jasno sporočimo. Komu?

- Najprej sebi. Potem poiščimo somišljenike, partnerje, s katerimi si delimo načela in cilje.

- Izdelajmo si zemljevide in mreže za podporo, informacijski sistem, ki ga vsi enako razumemo. Preprosto govorico altruizma: dam, ker s tem že dobim.

Mesec maj ni pomemben samo zaradi pomladi. Začeli smo z dvema pomembnima majema v zgodovini. Kaj imajo maji skupnega?

- Humanost.

- Pripravljenost.

- To naj bo začetek, točka preloma v obdobjem, ko je vsak zase poskušal na tem svetu delati, delovati in pomagati po najboljših močeh.

- Opominjajo nas, da smo nekaj pozabili in da smo torej znali in ne bo težko tega znova priklicati med nas. Tudi v teh časih. Živeti za drugega. Zato se Rdeči križ Slovenije vrača tja, kjer bi moral biti. Z veseljem bomo sodelovali!

Zbornica zdravstvene nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije
SEKCIJA KIRURŠKIH MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV SLOVENIJE

vabi na dvodnevni seminar

ZDRAVSTVENA NEGA KIRURŠKEGA BOLNIKA V SPLOŠNI BOLNIŠNICI IZOLA (SBI) – VLOGA IN POMEN SKOZI ČAS IN PROSTOR,

ki bo v Portorožu – hotel Marko, dne 23. in 24. septembra 2004

Program seminarja:

ČETRTEK, 23. 9. 2004

- 08.30–09.30 Registracija
09.30–10.00 Uvod in pozdravni nagovori
10.00–10.20 **Prostor bolnišnice v slovenski Istri**, Alenka Šau, dipl.m.s., glavna med. sestra bolnišnice
10.20–10.40 **Predstavitel kirurškega oddelka Splošne bolnišnice Izola**, Erika Omerzelj, dipl.m.s.
10.40–11.10 **Operacije ščitnic in obščitnic**, Alenka Uršič Polh, dr. med., specialist splošne kirurgije
11.10–11.30 **Zdravstvena nega bolnika pred operacijo in po operaciji ščitnice**, Katjuša Hrvatina, dipl. bab.
11.30–11.40 Diskusija
11.40–11.50 *Predstavitel sponzorjev*
11.50–12.10 *Odmor*
12.10–12.40 **Torakalna drenaža**, Dulio Peroša, dr. med., specialist kirurg
12.40–13.00 **Zdravstvena nega bolnika s torakalno drenažo**, Jasmina Božič, SMS, in Vida Mrkonjić, dipl.m.s.
13.00–13.15 Diskusija
13.15–15.00 *Kosilo*
15.00–15.30 **Laparoskopska kirurgija debelege črevesa in danke**, Felica Žiža, dr. med., specialist splošne kirurgije
15.30–15.50 **Pooperativna zdravstvena nega bolnika po laparoskopski operaciji debelega črevesa**, Diana Nastovski, ZT
15.50–16.10 **Vloga anestezijske medicinske sestre pri pripravi bolnika na operacijo**, Sonja Trafela, dipl.m.s.
16.10–16.20 Diskusija
16.20–16.30 *Predstavitel sponzorjev*
16.30–17.45 **Madagaskar – predstavitev življenja in dela medicinske sestre malo drugače**, Ana Rožac, viš.med.ses.
19.00–20.00 *Kulturni program*
20.00 *Skupna večerja*

PETEK, 24. 9. 2004

- 08.00–09.00 **Sestanek IO sekcije**
09.00–09.15 *Predstavitel sponzorjev*
09.15–10.00 **Supervizija – izkušnje pri delu z medicinskimi sestrami in zdravstvenimi tehnikami v SBI**, dr. Aleksander Zadel, univ. dipl. psiholog
10.00–11.00 **Z glasbo do zdravja**, Marija Bon, predmetna učiteljica glasbene vzgoje
11.00–11.15 *Odmor*
11.15–12.00 **Videnje vloge medicinske sestre v današnjem času**, doc. dr. Tonči – Ante Kuzmanić, univ. dipl. pol.
12.00–12.30 **Kategorizacija bolnikov po zahtevnosti zdravstvene nege – prikaz stanja v SBI**, Doroteja Rebec, viš.med.ses.
12.30–12.40 Diskusija
12.40–13.00 *Zaključek seminarja*

SPLOŠNE INFORMACIJE: Udeležba na seminarju se šteje za strokovno izpopolnjevanje. **Kotizacija:** Za dvodnevni seminar za člane znaša skupaj z DDV 32.000,00 sit, za nečlane pa 49.500,00 sit. V kotizacijo sta všteti večerja in zbornik predavanj. Kotizacijo nakažete na TRR: NLB, posl. Tavčarjeva 7, LJ – ZDMSZTS: št. 02031 - 0016512314, sklic na št. 00 12014 s pripisom »za sekcijo kirurških medicinskih sester«, ali pa jo boste poravnali na dan seminarja, ob prijavi, z gotovino v tolarjih. **Pisne prijave:** Na seminar se, prosim, prijavite **pisno na prijavnici**, ki je objavljena v vsaki številki Utripa, **najkasneje do 11. septembra**. Prijavnice pošljite na naslov:

SPLOŠNA BOLNIŠNICA »DR. FRANCA DERGANCA« NOVA GORICA, KIRURGIJA – Vida Volk, viš.med.ses.
Ul. Padlih borcev 13.a, 5290 Šempeter pri Gorici

Registracija: Potrebujete člansko izkaznico, potrdilo o plačani kotizaciji (virman). Če se ne boste predhodno pisno prijavili, prosim, prinesite natančno izpolnjeno prijavnico s seboj, na njej naj bo razvidno, kdo je plačnik seminarja, in ali je kotizacija poravnana (obvezna je davčna št. zavoda). **Za dodatne informacije** v zvezi s seminarjem smo vam na voljo na telefonskih št.: 05 330 1611 ali 05 330 1610 Irma Rijavec ali Vida Volk.

Rezervacija prenočišča: 05/ 617 40 00 ali po faksu: 05/ 617 40 11 – Hotel Marko d.o.o., Obala 28, 6330 Portorož
Strokovno organizacijski odbor: Irma Rijavec, Vida Volk, Cvetka Lorger - Rekić in organizacijski odbor kirurških med. sester iz Splošne bolnišnice Izola

Vljudno vabljeni!

Predsednica sekcije: IRMA RIJAVEC

Zbornica zdravstvene nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije
SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER V VZGOJI IN IZOBRAŽEVANJU

Vabi na strokovno srečanje

POENOTENJE NEGOVALNIH INTERVENCIJ V KABINETIH ZDRAVSTVENE NEGE (učne delavnice)

ki bo 25. 09. 2004

Srednja zdravstvena šola Maribor, Trg Miloša Zidanška 3, Maribor
v amfiteatrski učilnici

PROGRAM:

- 09.00–10.00 Registracija udeležencev
10.00–10.30 Otvoritev srečanja in kulturni program
10.30–12.00 **Kateterizacija urinskega mehurja in vloga tehnika zdravstvene nege**, Zdenka Mencigar Kladnik, dipl.m.s.
Zdravstvena nega bolnika s trajnim urinskim katetrom, Marjana Senekovič, dipl.m.s.
12.00–12.30 Odmor
12.30–14.00 **Enteralno hranjenje**, Mateja Božič, dipl.m.s., Jasna Kolar, viš.med.ses.
14.00–15.30 **Merjenje krvnega tlaka**, Nikica Grkman, dipl.m.s.
15.30–16.00 Zaključek

OBVESTILA

Strokovni seminar je namenjen medicinskim sestram, ki so v pedagoškem poklicu, in vsem, ki se pri svojem poklicnem delu srečujejo s poučevanjem v zdravstvenih ustanovah.

SPLOŠNE INFORMACIJE

Udeležba na seminarju se šteje za strokovno izpopolnjevanje. Kotizacija za člane znaša 14.000 – za nečlane 28.000 sit in jo nakažete na transakcijski račun: **NLB, posl. Tavčarjeva 7, Lj – ZDMSZTS št. 02031-0016512314, sklic na stroškovno mesto 00 12010.**

Pisne prijave so obvezne na prijavnici, objavljeni v vsaki številki Utripa. Pošljete jih na naslov: Darinka Babič, Srednja zdravstvena šola Maribor, Trg Miloša Zidanška 3, 2000 Maribor, najkasneje do 23. 09. 2004.

Ob registraciji potrebujete člansko izkaznico in potrdilo o plačani kotizaciji.

Organizacijski odbor: Darinka Babič, Marija Bravar, Marija Rozman

Vljudno vabljeni!

Predsednica sekcije: Darinka Babič

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

POVABILO K SODELOVANJU

V OKVIRU REDNEGA POSVETOVANJA O TEORII IN PRAKSI ZDRAVSTVENE NEGE

14. IN 15. OKTOBRA 2004 ORGANIZIRAMO NA BLEDU

DVODNEVNI STROKOVNI SEMINAR NA TEMO NEGOVALNIH DIAGNOZ V PSIHIATRIČNI ZDRAVSTVENI NEGI.
VABIMO VSE, KI BI ŽELELI AKTIVNO SODELOVATI S PRISPEVKI ALI V DELAVNICAH, DA SE NAM PRIDRUŽIJO
IN SOOBLIKUJEJO PROGRAM.

Kontaktna oseba:

Predsednica Vesna Čuk
Psihiatrična bolnišnica Idrija
Pot sv. Antona 49, 5280 Idrija
Tel. 053734435, 041499161
e-mail: vesna.cuk@pb-idrija.si

Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana
SEKCIJA UPOKOJENIH MEDICINSKIH SESTER

V A B I na

strokovno srečanje in druženje



v sredo, 6. oktobra 2004 v prostorih Srednje zdravstvene šole v Ljubljani, na Poljanski 61,
s pričetkom ob 10.00 uri.

Program:

Tatjana Kumar, viš.med.ses.: Zgodnje odkrivanje raka dojk

Po strokovnem srečanju se bomo z avtobusom, ki nas bo čakal pred šolo, odpeljali v Naravni zdravilni gaj – Tunjice pri Kamniku in se podali v svet zdravilne energije. Ogledali si bomo tudi krajevno znamenitost – baročno cerkev sv. Ane. Sprehodili se bomo tudi do izvira termalne vode Snovik, kjer si boste lahko natočili zdravilno vodo.

Dan bomo zaključili s poznim kosilom in prihodom v Ljubljano na Kongresni trg ob 19.00 uri.

Prijave sprejema Cilka Potokar na tel. 01 5481 303 samo v ponedeljek, 27. 9. 2004 med 16. in 18. uro. Število udeležencev je omejeno do zasedbe mest v avtobusu.

Vabimo Vas, da se srečanja udeležite v čim večjem številu!

Predsednica sekcije Cilka Potokar

Zbornica zdravstvene nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov
Slovenije
SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV V MEDICINI DELA

OBVESTILO

S sklepom Izvršilnega odbora Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v medicini dela
dne 11. 06. 2004 bo

STROKOVNO SREČANJE SEKCIJE DNE 10. 12. 2004 V NOVEM MESTU
in ne 15. 10. 2004, kot je bilo prvotno objavljeno.

Program teme
PREVENTIVNO DELO MEDICINSKE SESTRE, ZDRAVSTVENEGA TEHNIKA V MEDICINI DELA, PROMETA
IN ŠPORTA bo objavljen v novembrskem Utripu.

Prosimo za razumevanje.

Predsednica sekcije

Ana Nuša LAVRIH

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

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 _____

Žig _____

Podpis odgovorne osebe: _____

Mojca Dolinšek

PREDSTAVITEV DEJAVNOSTI IN PREGLED AKTIVNOSTI PREPREČEVANJA IN OBVLADOVANJA BOLNIŠNIČNIH OKUŽB V KLINIČNEM CENTRU LJUBLJANA NA PODROČJU ZDRAVSTVENE NEGE IN OSKRBE

Preprečevanje in obvladovanje bolnišničnih okužb je odgovornost vodstva vsake bolnišnice, ki želi doseči kriterije kakovosti delovanja, kamor sodi tudi obvladovanje in nizka stopnja bolnišničnih okužb.

Sistemski pristop k obvladovanju bolnišničnih okužb v Kliničnem centru (v nadaljevanju KC) sega že v osemdeseta leta.

Prva skupina medicinskih sester je zaključila podiplomsko izobraževanje iz bolnišnične higijene na Medicinski fakulteti leta 1984. Na podlagi 45. člena Zakona o **nalezljivih boleznih** (Uradni list RS, št. 69/95) in iz **pravilnika o Pogojih za pripravo in izvajanje programa preprečevanja in obvladovanja bolnišničnih okužb** (Uradni list, št. 74/99) mora imeti vsaka bolnišnica Komisijo za obvladovanje bolnišničnih okužb, zdravnika in medicinsko sestro za obvladovanje bolnišničnih okužb ali več glede na velikost bolnišnice.

ORGANIZACIJA IN KADROVANJE NA PODROČJU BOLNIŠNIČNE HIGIENE IN PREPREČEVANJA BOLNIŠNIČNIH OKUŽB V ZDRAVSTVENI NEGI IN OSKRBI

V Pravilniku o organizaciji zdravstvene nege in oskrbe v Kliničnem centru (Sprejet na Svetu zavoda, maj 2000) je opredeljena tudi **Delovna skupina zdravstvene nege na področju bolnišnične higijene**. Delovna skupina se je oblikovala skozi desetletno delovanje in sedaj je število članov že preseгло 100, kar vključuje vse zainteresirane medicinske sestre in sanitarne inženirje, ki delujejo za preprečevanje in obvladovanje bolnišničnih okužb. Med člani skupine jih je do sedaj zaključilo podiplomsko izobraževanje že 58. Delovna skupina zdravstvene nege spremlja, usklajuje izvajanje strokovnih, organizacijskih in izobraževalnih smernic na področju bolnišnične higijene in posreduje predloge za izboljšave vodstvu zdravstvene nege oziroma pomočnici glavne medicinske sestre za higiensko epidemiološko področje.

Med prvimi izvedenimi projekti je bil projekt za **izboljšanje splošne higijene prostorov, površin in pripomočkov**. Z reorganizacijo dela bolniških strežnic in bolničarjev smo dosegli zmanjšanje tveganja za prenos okužb. Ob reorganizaciji smo upoštevali kriterije racionalizacije materialov in kadrov ter tudi ekološke

smernice. Oblikovali smo t. i. oskrbovalne službe zdravstvene nege in tako ustvarili osnovne pogoje za obvladovanje bolnišnične higijene. Ustrezna higijena rok je osnoven in najbolj učinkovit ukrep preprečevanja prenosa bolnišničnih okužb in začeli smo s sistematičnim učenjem. Teoretična in praktična znanja smo podprli s plakatom o higieni rok za zdravstvene delavce, ki vsebuje navodila za umivanje in razkuževanje rok. S **projektom "higijena rok"**, ki poteka še zdaj, smo začeli v letu 1992. Izbor izdelkov za ustrezno higijeno rok je bil začetek standardizacije materialov, opreme in pripomočkov v KC, ki pa se nadaljuje na podlagi in ob podpori znanstveno podprtih spoznanj v svetu in ekonomskih kriterijev. Vključeni smo tudi v vzgojne procese svojcev in obiskovalcev, da vplivamo na osveščanje in dobro prakso bolnikov in obiskovalcev.

Projekt »**zagotavljanje osebne higijene bolnika in zaposlenih**« je sledil namenu, da zagotovimo dnevno čisto delovno obleko in da zagotovimo neoporečno posteljno in osebno perilo bolnika. Zagotavljanje osebne higijene pacientov in zaposlenih smo zaključili tudi s **projektom standardizacije opreme in vzdrževanja sanitarnih prostorov ter umivalnih mest**.

Projekt zaščite zdravstvenih delavcev pred poškodbo in okužbo poteka že deseto leto z zelo aktivnim sodelovanjem delovne skupine higienikov. Izdelali smo plakat, ki je pripomogel k boljši informiranosti in ozaveščanju, da se lahko okuži s krvjo. V okviru tega projekta je potekala standardizacija varovalnih sredstev pri delu in standardizacija embalaž za odlaganje ostrih predmetov ter nadzorovan transport infektivnih odpadkov. Za doseganje neoporečne pitne vode aktivno sodelujemo pri nadzoru čistosti vodovodnih instalacij in pri projektu obvladovanja odpadkov, ki se kaže v učinkovitem zmanjševanju količine odpadkov v skladu z ekološkimi in ekonomskimi smernicami. S higieniki sodelujemo v številnih strokovnih skupinah, sodelujemo pri oblikovanju standardov v zdravstveni negi in oskrbi in se vključujemo v pridobivanje podatkov o bolnišničnih



Strokovna ekskurzija v Bolnišnico Sežana, 19. september 2003, Delovna skupina zdravstvene nege na področju bolnišnične higiene v Kliničnem centru Ljubljana.

okužbah. Sodelovali smo pri pripravi knjige **Bolnišnična higiena, sodelovali v delavnicah mednarodne organizacije za nadzor okužb IFIC**. Sodelovali smo pri pripravi posodobljenih Navodil za preprečevanje bolnišničnih okužb za KC in sodelovali smo tudi pri pisanju **Strokovnih podlag za preprečevanje in obvladovanje bolnišničnih okužb 2000/2003**. Aktivni smo pri izobraževanju novozaposlenih kadrov na področju zdravstvene nege in oskrbe ter študentov zdravstvene nege in medicine. Vključujemo se v izobraževalne programe sekcij medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, zdravnikov in sanitarnih inženirjev. Sodelujemo tudi v **programih podiplomskega izobraževanja** zaposlenih za področje preprečevanja bolnišničnih okužb na Medicinski fakulteti in načrtujemo tesnejše sodelovanje tudi z Visokimi šolami za zdravstvo.

Na podlagi strokovnih navodil KOBO izvajamo ukrepe za preprečevanje prenosov rezistentnih bakterij. Sistematično spremljamo ta vprašanja od leta 1999 in ob doslednem izvajanju higienskih ukrepov in upoštevanju navodil zaznavamo izboljšanje.

V letu 2001 smo sodelovali v vseslovenskem projektu, ki ga je razpisalo Ministrstvo za zdravje, da se ugotovi število bolnišničnih okužb, v enodnevni raziskavi v 19 slovenskih bolnišnicah. Glede na rezultate smo tudi pri nas usmerili vsa prizadevanja v enote intenzivne nege in intenzivne terapije, da bi s poučevanjem, preverjanjem znanja, opazovanjem postopkov ob strokovnem nadzoru zmanjšali tveganja za prenos okužb. Na podlagi Pravilnika o strokovnem nadzoru ali strokovni presoji, ki je bil sprejet v KC v letu 2000, smo v letu 2003 na področju zdravstvene nege in oskrbe izvedli **strokovni nadzor**. Epidemiološko spremljanje bolnišničnih okužb je nujen sestavni del obvladovanja področja bolnišnične higiene in kontrole okužb. V letu 2003 smo sodelovali pri ustanavljanju **Službe za preprečevanje in obvladovanje bolnišničnih okužb**. Njena prioriteta vloga bo posvečena kvalitetnemu zbiranju in analiziranju podatkov ter pripravi strokovnih smernic za učinkovito ukrepanje.

Prispevek je bil predstavljen na Dnevu odprtih vrat KC Ljubljana, v maju 2003.

Darinka Klemenc

VLOGA KOORDINATORICE ZDRAVSTVENE NEGE V SPECIALISTIČNI AMBULANTNI DEJAVNOSTI KLINIČNEGA CENTRA (KC) LJUBLJANA

Specialistična ambulantna dejavnost dobiva v zdravstveni obravnavi pacientov vedno večjo veljavo in razsežnost, saj se ležalna doba v bolnišnicah skrajšuje.



Zdravstvenovzgojne publikacije so na Dnevu odprtih vrat zdravstvene nege KC Ljubljana pritegnile pozornost tudi zdravstvenih delavcev, saj so pomemben del celostne obravnave bolnikov v specialistični ambulantni dejavnosti.

Opravljam dela in naloge koordinatorice zdravstvene nege v specialistični ambulantni dejavnosti, pretežno na Polikliniki. Vedno bolj pa se povezujemo vse medicinske sestre, ki delamo v ambulantni dejavnosti v KC Ljubljana, kar je pomembno tako s stališča stroke, kot organizacije, predvsem pa zagotavljanja kakovosti in enakih možnosti obravnave vseh ambulantnih bolnikov v zavodu. Sestajamo se na kolegijih nadzornih medicinskih sester in drugih vodij (laboratorij, radiološki oddenek, fizioterapija ...) približno enkrat mesečno.

Polikliniko, ki predstavlja okrog 50 odstotkov vse ambulantne dejavnosti v KC Ljubljana, obišče dnevno 2000 do 3000 pacientov, torej se srečujemo z velikim številom ljudi, ki v kratkem času pričakujejo vrhunsko zdravstveno obravnavo. Dotrajana zgradba, ponekod tudi dolge čakalne dobe, neugodne delovne in bivalne razmere ne pomenijo tudi slabe kakovosti opravljenih storitev. Kljub težavam, s katerimi se srečujemo, je osnovni cilj našega delovanja vezan na vizijo KC Ljubljana: "prijazna bolnišnica".

Pri spremljanju in merjenju kakovosti našega dela izhajamo iz definicije kakovosti, ki opredeljuje tri temeljne razsežnosti kakovosti: za bolnike, za stroko in za management. Približno deset let si tudi sama prizadevam za izboljševanje kakovosti ambulantne obravnave. Med drugim smo postali občutljivi za zasebnost, bolj prijazni, pozorni na nekatera strokovna področja, npr. skrb za bolnišnično higieno, pa še bodo potrebne izboljšave. Zadovoljstvo pacientov smo pričeli spremljati leta 1993 in prvi smo namestili nabiralnik za pohvale in pritožbe. Komunikacijo s pacienti ocenjujemo kot eno pomembnih postavk, čeprav gre pri pregledu za časovno omejene možnosti vzpostavitve stika, pogovora, predvsem pridobitve bolnikovega zaupanja, tudi zdravstvenovzgojnega dela.

Svoje področje delovanja bi lahko razdelila na dva dela:

- sodelovanje pri večjih projektih, ki se nanašajo na specialistično ambulantno dejavnost,
- vzdrževanje kontinuitete že utečenega dela in reševanje sprotnih zadev.

V zadnjem času sem aktivno sodelovala ali še sodelujem v naslednjih projektih oz. delovnih skupinah:

- Celostna ureditev ambulantne dejavnosti KC,
- Delovna skupina za varovanje bolnikovih podatkov,
- Delovna skupina za presojo kakovosti v specialistični ambulantni dejavnosti KC,
- Delovna skupina za pripravo intranetnih strani za področje zdravstvene nege v KC,
- Delovna skupina za posodobitev knjižice za paciente,
- Delovna skupina za pripravo Dneva odprtih vrat zdravstvene nege in oskrbe KC.

Tekoče zadeve in problematiko ambulantne dejavnosti rešujemo na več načinov, glede na lokacijo, naravo dela, predvsem v sodelovanju z vodstvom zdravstvene nege, z nadzornimi medicinskimi sestrami in drugimi vodji specialističnih ambulant. Poleg tega je potrebno tudi sodelovanje z drugimi službami, organizacijskimi enotami in zaposlenimi v KC ter zunanjimi sodelavci. Skrb za higiensko urejeno mikro in makro okolje je dnevno prisotna na delovnem mestu. V ta namen sem opravila tudi postdiplomsko izobraževanje iz bolnišnične higiene. Čiščenje zgradbe Poliklinike je v pristojnosti zunanjega čistilnega servisa, zato je pomembno usklajevanje tudi na tem področju. Sem tudi članica kolegija higienikov KC.

Veliko časa je namenjenega spremljanju kakovosti, sprotnemu reševanju tekočih zadev, tudi pobud, predlogov, pripomb in pritožb pacientov. Usklajevanje je potrebno tudi zato, ker Poliklinika nima skupnega vodstva, ampak je vsaka enota pripojena matični klini-

ki oz. kliničnemu oddelku.

Najpomembnejši elementi kakovostne ambulantne obravnave so po moji presoji naslednji:

ČAS: gre za nikoli končano zgodbo (pre)dolгих čakalnih dob. Naročanje na ure je sicer zaživel, vendar se urniki dela zaradi velikega števila bolnikov težko izidejo v splošno zadovoljstvo, predvsem bolnikov. Pri organizaciji so pomembni: vodenje čakalnih knjig, točni pričetki dela zdravnikov, obveščanje pacientov, usklajenost urnikov dela in izdelani časovni normativi. Na teh področjih nas čaka še precej dela.

ZAPOSLENI: dorečeni kadrovski normativi in zadostno število medicinskih sester, strokovna usposobljenost, dober pretok informacij, redno strokovno izpopolnjevanje, racionalna razporeditev kadra, profesionalni pristop, dostopnost, primerna komunikacija, prijaznost, urejen videz in smisel za delo z ljudmi so v ambulanti najbolj pomembni. Morda bi bila dobrodošla kategorizacija ambulantnih bolnikov.

STROKA: pomembno vlogo imajo izdelane strokovne smernice, priporočila, standardi, seznanjenost z zakonodajo in različnimi predpisi, internimi navodili, upoštevanje higienskih predpisov in kriterijev, dobra organizacija dela, zdravstvenovzgojno delo, skrb za bolnikovo varnost, stalni strokovni, organizacijski in administrativni nadzori.

PROSTOR: glede na širitev dejavnosti in vsakoletno povečanje ambulantnih pregledov v KC prostora vedno primanjkuje. Z malo iznajdljivosti pa je mogoče tudi staro stavbo primerno urediti. Največjo težavo predstavlja prezračevanje zgradbe in neprijazen dostop ter težave s parkiranjem. Za dobro počutje bolnikov so včasih dovolj že manjše adaptacije, prostorske razporeditve, ki omogočajo večjo zasebnost, prijazne barve, zanimiva oprema čakalnic, urejanje vrst čakajočih z zaporednimi številkami in drugo.

Pomembno je spoštovanje bolnikovih pravic: varovanje njegovih osebnih in drugih podatkov, seznanjanje in pridobitev njegovega pristanka na zdravstveno obravnavo, tudi za potrebe raziskovalnega dela in izobraževanja, pristanek za posredovanje njegovih podatkov v druge namene (policija, mediji), spoštovanje poklicnega kodeksa in drugo.

Koordinacijo specialistične ambulantne dejavnosti ocenjujem kot pomembno, odgovorno in koristno delo, saj se je v zadnjih letih Poliklinika uspela v nekaterih zadevah posodobiti, posredno s tem pa tudi ostala ambulantna dejavnost v KC. Povezovanje medicinskih sester v tej dejavnosti ni zanemarljivo. Gre za dober pretok informacij, povezovanje, in sodelovanje vseh z vsemi za skupni cilj: prijazna ambulantna obravnava pacientov v našem zavodu.

Prispevek je bil predstavljen na Dnevu odprtih vrat zdravstvene nege KC Ljubljana v maju 2003

Jože Lavrinc

»BILO JE NAPORNO, A VREDNO!«

Edukacija prehranskih edukatorjev v nefrologiji, je za nami!

Kar nekaj časa sem si vzel, preden sem zapisal tole poročilo, tistega časa, potrebnega za razmislek in vrednotenje. In dejansko je sedaj pisanje poročila lažje in upam, tudi bolj objektivno.

Sredi aprila, natančneje od 15. do 17. aprila je v Celju potekalo funkcionalno izobraževanje medicinskih sester za področje prehranskega svetovanja v nefrologiji. Izobraževanje je pripravila »Delovna skupina za prehransko svetovanje na področju nefrologije in nadomestnega zdravljenja«, ki deluje pod okriljem Sekcije medicinskih sester za področje nefrologije, dialize in transplantacije.

Delovni dnevi so bili razdeljeni po tematiki: andragoške vsebine, dietetika in bromatologija ter praktično delo. In kot zanimivost: večino predavanj in delavnic smo pripravili posamezniki iz zdravstvene nege; gostje so bili le Verena Koch, Stojan Kostanjevec, oba odlična pedagoga s Pedagoške fakultete, ter Bernarda Logar, klična psihologinja s Kliničnega centra Ljubljana.

Vsi udeleženci in organizatorji smo prišli v Celje s tremo in zadrego: kako bo šlo in kaj bo! A po začetnih dilemah se je kmalu razjasnilo. Čeprav je bil program izjemno obširen, je šlo, deloma po zaslugi predavateljev, deloma po zaslugi zelo zainteresiranih ter za sodelovanje pripravljenih udeležencev. Celo težave, ki so se porajale, smo razreševali sproti in zaradi doseganja končnega cilja nekatere delavnice celo prilagajali.

Tako smo prvi dan spregovorili:

- o pomenu zdravstvenovzgojnega dela pri nefrološkem bolniku, pa o težavah, na katere naletimo pri tem,
- o rezultatih zdravstvenovzgojnega dela v Bolnišnici dr. Franca Derganca,
- o posameznih psiholoških značilnostih bolnikov,
- o oblikovanju in spreminjanju prehranskih navad
- ter o oblikovanju različnih metod pri delu s posameznikom in skupino
- in vse skupaj zaključili z okroglo mizo o problematiki zdravstvenovzgojnega dela.

Naslednji dan je bil nekoliko bolj naporen. Tako smo se pogovarjali o:

- izbranih poglavjih iz bromatologije (ogljikovi hidrati, beljakovine, maščobe, problematične rudnine...),
- pa o načrtovanju prehrane,
- sistemu ledvičnih izbir in še in še...

večer pa smo zaključili, ne boste verjeli, z delavnico, ki je razgrela prav vse.

Zadnji dan smo zamenjali prizorišče. Delo, ki je do tedaj potekalo v nekoliko motečih gostinskih prostorih, se je v lepo urejeni in prostorni predavalnici celjske bolnišnice nadaljevalo s polnim žarom. Praktični primeri, enkratno igranje vlog, med katerim smo se našli prav vsi prisotni, in računanje, računanje ter sestavljanje jedilnikov. Ta dan so naše delovno vzdušje precenjevale tudi glavne medicinske sestre iz večjega števila dializnih centrov. In mislim, da jim ni bilo žal.

Udeleženci so se z udeležbo obvezali, da bodo vsak v svojem centru poskušali organizirati prehransko svetovanje po predstavljenih evropskih načelih. Vsi se zavedamo, da to ne bo ravno enostavno, da bo potrebno vložiti veliko truda in še več volje, a upamo, da dober učinek ne bo izostal. Da bodo naloge vsaj nekoliko lažje, bo nad vsemi bedela »Delovna skupina za prehransko svetovanje na področju nefrologije in nadomestnega zdravljenja«.

Za prenos pridobljenega znanja smo pripravili še ene delavnice. Namenjene so vsem udeležencem omenjenega funkcionalnega izobraževanja in bodo potekale 12. junija v predavalnici Splošne bolnišnice Celje od 9.00 pa vse do 15.00. Ker smo z zbrano kotizacijo prvega izobraževanja ravnali zelo ekonomično, bo udeležba na novih delavnicah brezplačna.



Slika: utrinek iz Celja – foto: Gordana Turk

Beisa Žabkar

RAZVOJNI PRESEJALNI TEST DENVER II V PEDIATRICNI ZDRAVSTVENI NEGI

Od 20. 05. do 22. 05. 2004 je na Debelem rtiču potekal eden izmed zadnjih tečajev za pridobitev licence za izvajanje Denverskega razvojnega presejalnega testa II v Sloveniji za medicinske sestre in zdravnike. Za zaključek izobraževanja smo izbrali mesec maj, najlepši mesec v letu. Mesec, ko vse cveti in se prebuja. Čeprav letos nekoliko zamuja vse, tudi na Primorskem, smo v teh treh dneh okusili toplino in vonj morja.

Tečaj je bil podoben vsem prejšnjim tečajem. Za izvedbo je poskrbel Učni center Koper v sodelovanju z ostalima dvema centroma iz Maribora in Velenja.

Prvi dan tečaja je bil teoretičen del in sicer smo poslušali sklop štirih predavanj, ki so zajemala socialni razvoj otroka, razvoj fine motorike, govora in grobe motorike. Drugi dan smo opravili učne delavnice v vrtcu Ankaran z otroki od 5 do 6 let, katerih namen je bil, da znanje osvojimo v praksi in se dobro pripravimo na teoretični del izpita. Popoldan smo pridobljeno znanje utrjevali in razlagali vse morebitne nejasnosti. Tretji dan je bil teoretični izpit in čez približno 14 dni do 1 meseca bo sledil praktični del izpita. Po opravljenem teoretičnem in praktičnem delu izpita bo sledila pridobitev certifikata za samostojno izvajanje testa. Certifikat se obnovi na tri leta. Namen tečaja je bil tudi dokumentirati izvedbo samega tečaja in pripraviti videoposnetek, kar nam je tudi uspelo.

Strokovnega izobraževanja so se udeležile medicinske sestre in zdravniki iz Cerknice, Ljubljane, Nove Gorice in Novega Mesta. Na tečaju se nam je pridružila tudi odgovorna medicinska sestra Zdravstvenega doma Koper Boja Pahor, dipl.med.ses., in se seznanila s celotnim potekom izobraževanj.



Udeleženci na tečaju na Debelem rtiču

Izobraževanje je med letom potekalo v vseh treh centrih brezhibno. Imeli smo priložnost spoznati delo v predšolskih dispanzerjih po vsej Sloveniji. Lahko se pohvalimo z odnosi in razumevanjem na tečajih ter z resnim pristopom k uvajanju testa Denver II v predšolske dispanzerje. Veliko težje je to bilo v dispanzerjih, kjer je izvajalcev zdravstvene nege premalo. Tudi tu se čuti, da management zdravstvene nege potrebuje za uvajanje

novosti zadostno število kadra. Sam presejalni test vsebuje tudi veliko vprašanj katera se nanšajo na samostojnost otroka. Tu vsi ugotavljamo, da bomo imeli veliko dela pri zdravstveni vzgoji strašev in otrok. Tečaj je prilagojen za izobraževanje tako medicinskih sester kot zdravnikov. Medicinska sestra je izvajalka testa, končno oceno testa pa poda otrokov izbran zdravnik. Tu gre za povezovanje ene stroke z drugo in timsko delo. Medicinska sestra pri izvedbi testa mora upoštevati model proces zdravstvene nege in kakovost zdravstvene nege.

Veliko sodelovanje v skupini in dobro organizirano delo smo opravili:



Delovna skupina Denver II: Ivanka Limonšek, Milena Frankič, Martin Bigec, Alenka Melink in Beisa Žabkar. Manjkata še dva člani delovne skupine: Margareta Seher-Zupančič in Alojzija Čepin

Radi bi se zahvali ponovno vsem, ki so nam omogočili, da smo izvajali izobraževanja v vseh treh učnih centrih. Učni center Maribor, Učni center Velenje in Učni center Koper. Samo z razumevanjem vodstva in naših sodelavcev smo uspeli do sedaj izobraziti 335 medicinskih sester in zdravnikov v treh učnih centrih. Nekateri od njih še čaka praktični del izpita in jih vse pozivamo, da se čimprej obrnejo na Učnih center kjer so opravili teoretični del izpita in opravijo še praktični del ali nam pošljejo videokaseto s posnetkom izvedbe testa po protokolu.

Našo skupino pa čaka še veliko dela v bodoče. Tečaji bodo še potekali, vendar ne v tako intenzivnem obsegu. Na področju raziskovalne dejavnosti pa se bomo spoprijeli z novimi nalogami. Vsem udeležencem tečaja želimo veliko veselja pri delu.

Magda Brložnik

SREČANJE PATRONAŽNIH MEDICINSKIH
SESTER V VUHREDU

Ker je okoli nas vedno več nasilja, statistike pa govori o tem, da ga je zelo veliko v domačem okolju, v krogu družine, smo o teh vprašanih govorili tudi na našem spomladanskem strokovnem srečanju. V lepem majskem dnevu, v torek, 25. maja, smo bile gostje naših kolegic, patronažnih sester iz ZD Radlje ob Dravi. Naše srečanje je bilo v penzionu Markač, v Vuhredu, lepem kraju ob reki Dravi, pod obronki Pohorja, kjer nas je pričakala polno obložena miza z dobrotami, ki so jih za nas pripravile naše kolegice. Verjemite, da se je prigrizek še kako prilegel, saj so nekatere od udeleženk, kolegice iz Tolmina, Kopra, Izole, Kočevja, Jesenic, odšle na pot že v zelo zgodnjih jutranjih urah. Patronažne sestre iz Radelj pa so se izkazale tudi kot dobre kuharice, saj so same pripravile potice in druge dobrote, kot so »grumpi« in ržen kruh, pečen v krušni peči. Po uvodnem pozdravu predsednice strokovne sekcije nas je pozdravil najmlajši slovenski župan, gospod **Alan Bukovnik**. Predstavil nam je svoj kraj, nam zaželel prijetno bivanje pri njih, uspešno delo in nas še povabil med svoje soobčane. Pozdravil nas je tudi direktor Zdravstvenega doma, gospod **Andrej Horvat**, ki je tudi predstavil svoj kolektiv, vso pestrost dela in težave, s katerimi se srečujejo zdravstveni delavci na tem prelepem, a s prebivalci in delovnimi mesti redko posejanem koščku naše domovine. Glavna medicinska sestra, gospa **Sonja Kevc**, nam je predstavila vlogo zdravstvene nege v njihovem kolektivu, prednosti in težave, s katerimi se na svojih delovnih mestih srečujejo vsak dan. Dekliški nonet pa nas je s svojimi ubranimi glasovi in lepo pesmijo popeljal k nadaljevanju našega dela.

Z videoposnetki nam je njihov delovni vsakdan predstavila vodja Patronažnega varstva v ZD Radlje ob Dravi, gospa **Dorica Jehart**. Še posebej lepo je bilo videti veselje na obrazih osamljenih prebivalcev lepega zelenega Pohorja, ko jih obišče njihova »sestra«. Da je tako zahtevno delo težko opravljati dobro, če ni razumevanja v kolektivu, in kako so pomembni drobni trenutki, ki nas obogatijo za delovni vsakdan, so nam lepo prikazale naše gostiteljice.

Kaj je nasilje v družini, na njegovo naravo, na znake nasilja, na vlogo zdravstvenih delavcev pri obravnavi teh vprašanj in na nekaj namigov, kako se obnašati in postavljati vprašanja, sem predstavila v svojem predavanju. Nasilje nad otroki in predvsem Načrt patronažne zdravstvene nege pri tem vprašanju nam je predstavila gospa **Martina Horvat**, patronažna sestra iz Murske Sobote. Posebej dobro nam je predstavila primarno, sekundarno in terciarno preventivo tega vprašanja. Poskrbela je tudi za celovit seznam literature s to tematiko, ki je na voljo. Svoje izkušnje pri reševanju male Leje, ki jo je zlorabljal mati, na vse težave, na katere je kot patronažna sestra naletela, in na svojo nemoč, ko nekateri niso hoteli »videti« dejanskega stanja, nam je doživeto predstavila gospa **Alojzija Fink**, ki je vrsto let delala kot patronažna sestra v Grosuplju. Še posebej pretresljive so bile slike, ki jih je deklica risala, in njihov opis. Pri tem nas je predavateljica opozorila na veliko vrednost, ki jo imajo slike in barve, ki razkrivajo otroško duševnost in pretekle izkušnje.

Da se nasilje lahko izvaja tudi nad ostarelimi in bolnimi, ki so odvisni od družine in okolja, v katerem živijo, nam je s svojim predavanjem dokazala gospa **Marija Žakelj**, patronažna sestra iz Borovnice, kar je podkrepila tudi s predstavitev praktičnih primerov.

Kljub pestrosti za predavateljsko mizo so se udeležence razveselile odmora, saj so lahko poskrbele za razgibanje teles, ki niso navajena na dolgo sedenje. Malo več časa je bilo potrebno, da smo vsi dobili kosilo, za katerega so poskrbele gospa Marija in njene kuharice. Pripravile so nam kar nekaj dobrot izpod Pohorja in marsikatera udeleženka si je rekla, da bo sem še prišla.

S predstavitevijo Kriznega tima in njegove vloge pri obravnavi nasilja v družini je naše delo nadaljevala **mag. Anica Klemenc-Žvikart** s Centra za socialno delo Dravograd. Da nasilje v družini obravnava tudi policija, je dejstvo. Kako poteka taka obravnava, koliko in kakšne oblike nasilja so najpogostejše in kako naj ravnamo, ko na nasilje naletimo, nam je na svoj zanimiv način predstavila gospa **Tatjana Mušič** iz Generalne policijske uprave. Opozorila nas je na to, da skupaj lahko naredimo več, da je naša dolžnost opozarjati na nasilje in na uporabo telefonske številke policije 113 in anonimnega brezplačnega telefona

080 1200. Nasilje v družini pa je tudi prekršek in kot takšnega ga srečajo tudi sodniki za prekrške. Kako je to zakonsko opredeljeno, kakšne oblike so najpogostejše, kako se obravnava in kaznuje, nam je predstavila gospa **Petra Čas**, sodnica za prekrške iz Dravograda. Pri tem je poudarila, da se z njihovo obravnavo in izrečeno kaznijo dejanja ne končajo, kazni velikokrat plača žrtev in z odlomkom iz knjige enega od sodnikov prikazala, kako nemočen je včasih sistem, saj tudi njega sestavljajo le ljudje. Z nasiljem se srečajo tudi na tožilstvu in kako poteka njihova obravnava, nam je predstavila gospa **Silva Cepec**, okrožna državna tožilka iz Slovenj Gradca. Opozorila nas je na našo dolžnost, da ob zaznavi nasilja nad šibkimi in nemočnimi o tem spregovorimo na ustreznih naslovih. Prav tako je pomembno, da naša opažanja zapišemo v dokumentacijo, ki jo uporabljamo. Poudarila je tudi, kako je pomembno, da se odzovemo kot priče, in na nemoč žrtve, ko se zateče k možnosti, da odkloni pričanje.

Gospa **Brigita Kraševc** s sodelavkama **Marijo Peršak** in **Vesno Jakoš** s Patronažnega varstva ZD Ljubljana Šiška, je predstavila dileme patronažne sestre, ko zazna nasilje ali je celo sama ogrožena.

V razpravi se je pojavilo vprašanje ali imamo patronažne sestre zakonsko podlago za vstop v družino. Zakonska podlaga je že definicija patronažne zdravstvene nege. Vstop v družino omogočajo Navodila Ministrstva za zdravje za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni in Delovni nalog osebnega zdravnika. Bili pa smo si edini, da je potrebno pripraviti Protokol obravnave nasilja na področju patronažne zdravstvene nege. Kot predsednica sem sprejela to obvezo, ob tem pa sem opozorila prisotne, da naj o težavah pišejo in obveščajo, saj je to podlaga za naše ukrepanje. Pa naj bo o nasilju nad zaupanimi nam varovanci, ko je treba najti primeren način komunikacije med vsemi, ki se dotikamo te problematike in so nam varovanci skupni, ali pa o nasilju med in nad nami samimi, ko lahko z zloženko **NE nasilje v zdravstveni negi** poiščemo pomoč na ustreznih naslovih.

Pri koncu srečanja sem v vlogi predsednice strokovne sekcije opozorila prisotne, da se nam približuje čas, ko bomo ob polletju prvič analizirali potek kategorizacije v patronažni zdravstveni negi. Izrekli smo povabilo na jesensko srečanje, ki bo namenjeno nadaljnji obravnavi današnjih tem in pa patronažni obravnavi marginalnih skupin prebivalstva. Gostiteljicam, ki so nas prijazno sprejele, in v misli, ki jih je prejela vsaka udeleženka, vtkale tudi del sebe, smo se zahvalili s skromnim darilom – naročilnico za nabavo majhnega hladilnika, ki jim bo pomagal v poletni vročini, in z zagotovilom, da nam bo skupni dan ostal v lepem spominu. Zahvalili smo se predavateljem, ki so se odzvali našemu vabilu, sama pa sem od gostiteljic prejela knjigo in splav, ki me bo spominjal na reko Dravo in ljudi, ki živijo ob njej. Iz Vuhreda smo odhajali z željo, da se srečamo novembra na Debelem Rtiču.

Magda Brložnik

KATEGORIZACIJA V PATRONAŽNI ZDRAVSTVENI NEGI

Na zadnji seji IO Sekcije patronažnih medicinskih sester smo sprejeli sklep, da v letu 2004 začnemo s kategorizacijo varovancev in družin. Odločili smo se za isto metodo, ki jo za kategoriziranje uporabljajo v bolnišnicah. Pomagali smo si s priročnikom Količina in kakovost zdravstvene nege v osnovni zdravstveni dejavnosti. Ker to metodo že uporabljajo v ZD Maribor, kjer je bila izvedena tudi študija, smo za pomoč zaprosili kolegice iz Patronažnega varstva ZD Maribor, ki so se prijazno odzvale in nam razložile potek in cilje kategoriziranja na našem področju dela. Najprej smo se Učne delavnice udeležile članice IO. Vsaka članica pa je potem v regionalnem področju, ki ga pokriva, prenesla znanje na vodilne medicinske sestre patronažnih varstev, te pa na vse zaposlene v patronažni zdravstveni negi. Za razjasnitev nejasnosti in morebitnih vprašanj so nam še vedno

bile v pomoč kolegice iz ZD Maribor. Domenile smo se, da bomo delne rezultate zbrale ob polletju. Sama jih bom pregledala in pripravila za obravnavo v mesecu septembru. Gospa Peroša pa spremlja tudi možnost vnosa podatkov v računalnik, za kar se ostali nismo odločili, saj je leto 2004 poskusno in bo še možno kakšno stvar doreči ali po potrebi spremeniti.

Zato vas, spoštovane kolegice, spominjam, da je junij pri koncu, da pripravite podatke o kategorijah varovancev in družin, ki jih obravnavate. Vaše vodje jih bodo posedovale članice IO, ta pa naprej. Podatki, ki jih bomo s tem pridobili, nam bodo omogočili planiranje kadrov in prikaz težavnosti dela, ki ga opravljamo. Samo skupaj zmoremo več in iti naprej po poti napredka, zato računam na vas. Ob tem pa vam želim tudi lepe počitnice in naj vam ne minejo prehitro.

mag. Maja Klančnik Gruden

DAN ODPRTIH VRAT ZDRAVSTVENE NEGE 2004 KLINIČNEGA CENTRA LJUBLJANA

V četrtek, 6. maja 2004, smo medicinske sestre in zdravstveni tehniki, babice, fizioterapevti in socialni delavci v Kliničnem centru (KC) Ljubljana ponovno na široko odprli svoja vrata, tokrat za prebivalce ljubljanske regije. Moto letošnjega Dneva odprtih vrat zdravstvene nege je bila zdravstvena vzgoja.



Prejemnice naziva »Medicinska sestra leta 2004 KC Ljubljana«, od leve – Zdenka Horvat, Ana Hameršak in Maja Jesenovec, ki je prevzela nagrado v imenu Ivanke Nartnik

Prireditve, s katero smo v KC Ljubljana želeli obeležiti tudi enega najpomembnejših praznikov za zdravstveno nego – 12. maj, mednarodni dan medicinskih sester, se je začela zgodaj dopoldne z uvodno slovesnostjo. V uvodu je vabljeni goste, obiskovalce in aktivne udeležence prireditve najprej pozdravila glavna medicinska sestra KC Ljubljana Jelka Mlakar. Sledila sta ji generalni direktor KC Ljubljana, mag. Franc Hočevar, in strokovni direktor KC Ljubljana, prof. dr. Zoran Arnež. V nadaljevanju je Veronika Pretnar Kunstek, članica »boarda« Mednarodnega sveta medicinskih sester in povezovalka programa, predala besedo glavni medicinski sestri Kirurške klinike in članici Projektne skupine za pripravo dneva odprtih vrat zdravstvene nege KC Ljubljana Zdenki Mrak. Imenovana je predstavila namen in cilje celotnega dogodka ter posebej poudarila pomen dela izvajalcev zdravstvene nege, ki velikokrat ostaja skrito in nevidno. Iz poudarka Zdenke Mrak, da zdravstvena nega poteka celo pogosteje, kot samo zdravljenje, namreč izhaja dejstvo, da smo izvajalci zdravstvene nege

pomembna in nujno potrebna poklicna skupina v zdravstvu. Nato je spregovorila Darinka Klemenc, koordinatorica specialistične ambulantne dejavnosti in vodja projektne skupine. Med obiskovalci je posebej pozdravila gostje, medicinske sestre iz Srbije, ki so bile v tem času na obisku v Sloveniji. V nadaljevanju je razložila geslo letošnjega mednarodnega dneva medicinskih sester – Medicinske sestre delajo z revnimi; proti revščini – ter povabila prisotne k sodelovanju v akciji zbiranja higienskih pripomočkov za revne. Na koncu se je zahvalila še slikarjem ljubljanskega društva za razstavljena likovna dela ob tej priložnosti.

V nadaljevanju je sledil posebej slovesen trenutek, saj smo v zgodovini KC Ljubljana na ta dan prvič podelili priznanja za naziv »medicinska sestra leta« trem medicinskim sestram.

Najprej sta Majda Kosin, glavna medicinska sestra Ortopedske klinike, in mag. Maja Klančnik Gruden, svetovalka glavne medicinske sestre KC Ljubljana in članici projektne skupine, predstavili namen in potek akcije, nato pa je glavna medicinska sestra KC Ljubljana podelila knjižne nagrade desetim medicinskim sestram, zaposlenim v KC Ljubljana, ki so prišle v ožji izbor. Glasovanje za medicinsko sestro leta je potekalo med zaposlenimi v zdravstveni negi. V ožji izbor so prišle medicinske sestre, ki so ustrezale kriterijem poklicne, zunanje in notranje podobe medicinske sestre v KC Ljubljana in so zbrale največ glasov. Izmed finalistk je izbrala tri »medicinske sestre leta 2004« Neodvisna končna izbirna komisija s področja zdravstvene nege. Priznanje za naziv »medicinska sestra leta 2004« ter tri glavne nagrade so dobile: Ana Hameršak, zaposlena na Pediatrični kliniki v Službi za neonatologijo, Zdenka Horvat, zaposlena na Kliničnem oddelku za urologijo, in Ivanka Nartnik, zaposlena na Kliničnem oddelku za kirurgijo srca in ožilja. V ožji izbor pa so prišle še: Dana Kovač, zaposlena na Kliničnem oddelku za otroško



Dan odprtih vrat zdravstvene nege so si ogledali številni obiskovalci

kirurgijo, Saša Sedej, zaposlena na Kliniki za infekcijske bolezni in vročinska stanja, Đurđa Sima, zaposlena na Očesni kliniki, Andreja Marolt, zaposlena na Očesni kliniki, Bernarda Mašera, zaposlena v Urgentnem kirurškem bloku, Katja Verdnik, zaposlena na Kliničnem oddelku za travmatologijo, in Maja Tošič, zaposlena na Kliničnem oddelku za nevrokirurgijo. Slovesnost trenutka je lepo dopolnila violinistka Manca Smolič.

Prispevke in plakate, predstavljene na lanskoletnem dnevu odprtih vrat zdravstvene nege, smo zbrali v knjigi *Zdravstvena nega se predstavlja: Dan odprtih vrat zdravstvene nege KC Ljubljana 2003*, ki so nam jo čisto svežo zgodaj zjutraj tega dne pripeljali iz tiskarne. Knjigo je avditoriju predstavila glavna medicinska sestra Očesne klinike in tudi njena glavna urednica Tatjana Nendl. Hkrati se je zahvalila avtorjem prispevkov, vodstvu KC Ljubljana, ki je omogočilo izdajo, in uredniškemu odboru, ki mu je uspelo knjigo urediti pravočasno. Knjiga je trajen zapis podatkov, s katerimi pišemo zgodovino. V njej smo medicinske sestre in zdravstveni tehniki ter babice predstavili svoje delo in zarisali strateške cilje, h katerim smo v tej točki zgodovine hiteli.

Po uvodni slovesnosti so si obiskovalci lahko ogledali bogato zbirko plakatov ter si pustili svetovati na najrazličnejših stojnicah, polnih zdravstvenovzgojnih materialov in drugih pripomočkov za nazorno demonstracijo različnih postopkov in posegov ter učenje negovalnih veščin v domačem okolju. Obiskovalci so si lahko ogledali plakate z navodili za zdravo življenje, na stojnicah Interne klinike pa so lahko dobili še dodatne informacije o pomenu gojenja zdravih življenjskih navad, o rehabilitaciji po prebolelem srčnem infarktu, o rehabilitaciji bolnikov z revmatskimi boleznimi, lahko pa so si dali izmeriti tudi krvni tlak, srčni utrip in krvni sladkor. Na plakatih kirurške klinike so si med drugim lahko ogledali, kako poteka obravnava bolnika v ambulantni

kirurgiji, kaj delajo operacijske medicinske sestre, kakšna je vloga zdravstvene nege pri obravnavi travmatoloških, nevrokirurških in uroloških bolnikov ter bolnikov z opeklinami in s spremembami v ustni votlini. Na plakatih Pediatrične klinike so si obiskovalci lahko ogledali predstavitev šole astme in šole vodenja sladkorne bolezni otroka ter vlogo medicinske sestre pri dojenju in pri obravnavi otroka, ki prejema kemoterapijo. Delovna skupina zdravstvene nege na področju bolnišnične higijene je na videoposnetku pripravila nazoren prikaz higienskega umivanja rok. Na stojnici Svetovalne službe zdravstvene nege so svetovali glede nege kroničnih ran in stom na domu. Na stojnici Očesne klinike so si obiskovalci lahko izmerili očesno dioptrijo ter si

ogledali več zdravstvenovzgojnih plakatov na temo preventive očesnih bolezni. Na plakatih Ortopedske klinike je bil med drugimi predstavljen novoustanovljeni Bolniški oddelk za poškodbe pri športnikih in rehabilitacijo po poškodbi sprednje kolenske križne vezi. Na stojnici Klinike za infekcijske bolezni in vročinska stanja so si obiskovalci lahko ogledali, kako negujemo kožo otrok z noricami. Na plakatih Ginekološke klinike so si mimoidoči lahko ogledali več plakatov na temo genetskega svetovanja in preventive poporodnih zapletov in drugih ginekoloških bolezni, med drugim je bila predstavljena tudi šola za starše in drugačni načini poroda. Na plakatih Nevrološke klinike so si obiskovalci lahko ogledali več motivov, povezanih s cerebrovaskularnimi boleznimi, in vlogo medicinske sestre predvsem pri vzgoji in izobraževanju bolnikov in njihovih svojcev. Pomen vzdrževanja ustne higijene otrok in odraslih ter različni pripomočki so bili predstavljeni na stojnici Stomatološke klinike. Klinika za otorinolaringologijo in cervikofacialno kirurgijo je predstavila več plakatov na temo zdravstvene nege po kirurški odstranitvi grla, med drugim tudi nazoren plakat, kako si bolniki lahko v domačem okolju zamenjajo trahealno kanilo. Na plakatih Dermatovenerološke klinike so si obiskovalci lahko ogledali predstavitev zdravstvene nege in zdravstvenovzgojnih aktivnosti pri bolnikih z dermatovenerološkimi boleznimi. Na stojnici Kliničnega inštituta za medicino dela, prometa in športa so predstavili več plakatov na temo priprave pacienta za sodelovanje v prometu, obiskovalci pa so si lahko testirali svoje vidne funkcije na aparatu Rhodatest. S plakati so se predstavile tudi naslednje službe: Svetovalno socialna služba, Center za medicinsko rehabilitacijo, Delovna skupina za nenasilje v zdravstveni negi, Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana ter Sindikat delavcev v zdravstveni negi Slovenije.

Gita Ilić Kačar

KONCERT ZA BOLNIKE IN ODPRTJE RAZSTAVE V AVLI KLINIČNEGA CENTRA LJUBLJANA

»Prvega junija bomo imeli otvoritev naše razstave«, nam je sporočila gospa Marija Caf Klun, tajnica Likovne sekcije KUD Lojz Kraiger. V predavalnici IV, kjer ustvarjamo vsak torek, je završalo. Katere slike, kakšen format, koliko slik, kateri motivi, kakšne tehnike? Pa saj nam bo v dobri veri kot vedno pomagal z izkušnjami naš mentor gospod Marjan Zaletel – akademski slikar.



Priprave na dogodek leta
(od leve proti desni: ga. Ivanka Južina, ga. Kristina Zalar, ga. Jelka Vižintrin, g. Marjan Zaletel, ga. Slavica Leban, ga. Marija Caf Klun)

Obiskovalci dogodka so pozorno prisluhnili vrhunskima pianistoma.

In potem se je dogodilo. V slovesno opravljeni avli so na stenah visela dela 17 članov, medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, zbranih v Likovni sekciji DMSZT Ljubljana. Poteze po platnih so nas vodile na obrežja kristalnih voda, v višave zasneženih gora, v vinograde, na pokošene travnike, na razcvetela polja dišečih cvetlic, na opustele skrite koticke obale morja in v slikovite vase, polne iskrivih konj. Med razstavljenimi deli je kraljeval črni klavir, na katerem sta izvajala svoj del programa priznana umetnika – pianista prof. Alenka in Igor Dekleva. Klavirski duo nam je pričaral dela na tematiko ljudske glasbe – od Antonina Dvoržaka, Francisa Poulenca do svojih skladb za klavir – štiriročno. Tudi



Vidi se, da smo vedno boljši!



zaradi tega nastopa je imela otvoritev letošnje razstave še poseben čar. Ob tej priložnosti je nekaj utrinkov oziroma videnj svojega dela z nami – amaterji – predstavil naš mentor gospod Marjan Zaletel. Za zaključek nas je vse presenetila in zbrane nagovorila še gospa Marija Kalan, upokojena pediatrična zdravnica, ki je s toplimi besedami in izbranimi verzi dala dodatno priznanje medicinskim sestram.

Z otvoritvijo razstave likovnih del in s kulturnim programom smo vnesli kanček vedrine in lepote v zaprte prostore bolnišnice ter obiskovalcem in bolnikom polepšali dan. Istočasno smo obeležili tudi 12. maj – mednarodni dan medicinskih sester.

Mojca Kirn

TEDEN ZDRAVJA NI DOVOLJ – JE PA DOBRA VZPODBUDA ...

Stavek je izrekla mati enega od učencev OŠ, kjer smo z učitelji in učenci preživele teden dni. Za našo skupino je bil pohvala in vzpodbuda obenem.



Zdravstvena vzgoja

V letošnjem šolskem letu smo kolegice Darja Arhar, Marta Romanič, Majda Šmit, Diana Zorman in podpisana Mojca Kirn, ki delujemo v okviru skupine »Vzgoja za zdravje« Zdravstvenega doma Ljubljana-Vič-Rudnik, poleg rednega programa ponovno izvedle "Teden zdravja" na treh osnovnih šolah. Spremenile smo dosednji način dela, ki je temeljil pretežno na frontalnih oblikah dela v bolj aktivne (delo v skupinah in učne delavnice). Teoretično vsi vemo, da so te oblike učinkovitejše. Do sedaj jih nismo izvajale predvsem zato, ker taki pristopi zahtevajo zaradi samih priprav in potem izvajanja dela celoten tim sodelavcev.

Na OŠ Primoža Trubarja v Velikih Laščah so v Tednu zdravja (3.11.–7.11. 2003) sodelovali učenci in razredniki vseh razredov, od prvega do osmega. Vključenih je bilo 382 otrok matične šole in treh zunanjih enot šole (Turjak, Rob in Karlovica).

Šola nam je za naše delo dala na voljo 2 šolski uri za vsak razred, za različne zdravstvenovzgojne vsebine smo se dogovorili vnaprej s tesnim sodelovanjem ravnatelja

in psihologinjo šole.

Šolarji so aktivno sodelovali, otroci na razredni stopnji so pripravili likovne izdelke na dogovorjene zdravstvenovzgojne vsebine. V višjih razredih je bila druga šolska ura namenjena predvsem odgovorom na vprašanja šolarjev, pri čemer so sodelovali tudi učitelji.

V okviru Tedna zdravja na tej šoli smo 6. 11. 2003 izvedle tudi "Preventivni dan za starše, učitelje in lokalno skupnost". Odziv je bil velik. Preventivnega dne se je udeležilo 93 udeležencev, ki so imeli na voljo brezplačne meritve (skupni holesterol, krvni tlak, krvni sladkor) in tudi možnost posvetovanja z zdravnico, ki je sodelovala z nami.

Pripravile smo kotichek, kjer smo ženske individualno vzpodbujale k rednemu samopregledovanju dojk, izvedle smo tudi dve kratki predavanji »Dejavniki tveganja« in »Kako spremeniti življenjski slog«.

Anketa, ki jo vedno izvedemo ob takih akcijah, je pokazala, da je 94 % anketirancev obiskalo šolo z namenom udeležiti se te akcije. Starostni razpon



Zdravstveni dom Vič, Postojnska 24, Ljubljana

udeležencev, ki so preventivni dan ocenili z oceno zelo dobro ali dobro, je bil tokrat od 20–80 let. Tako obliko vzpodbujanja zdravja si je za vnaprej želelo 91 % udeležencev, ostali so predlagali več individualnega svetovanja in tudi delo v skupinah.

Dan smo ocenile kot uspešen predvsem zato, ker je bila starost udeležencev nižja, kot v preventivnih dnevih, izvedenih do tedaj. Tokrat smo poleg starejše populacije zajele tudi velik delež zaposlenih, saj smo vse dejavnosti izvajale v popoldanskem času.

Tako obširna akcija, kot je Teden zdravja na osnovni šoli in znotraj tega Preventivni dan v lokalni skupnosti, zahteva veliko sodelovanja najprej znotraj tima, ki je nosilec take akcije, in prav tako tudi odgovornih ljudi v osnovni šoli in lokalni skupnosti. Potrebno je bilo natisniti plakate in vabila, ljudje so bili povabljeni tudi preko lokalne kableske TV, plakate pa so ob sodelovanju učiteljev izdelali tudi otroci sami.

Brez razumevanja in konkretne podpore našega sponzorja, podjetja Pfizer, in Društva za zdravje srca in ožilja bi bila izvedba te akcije bistveno skromnejša in manj odmevna.

Na OŠ Oskar Kovačič se je "Teden zdravja" odvijal od 5. 4.–9. 4. 2004.

Zajeti so bili vsi učenci razredne stopnje, skupaj 371 otrok. Tokrat smo dogovorjene vsebine predstavile v okviru učnih delavnic. Učenci in učitelji so se o pomenu osebne higiene, prehrane in o pomenu gibanja za naše

zdravje pogovarjali v okviru koticikov. Otroci so dobili učne liste, ki smo jih pripravile same. Vsebine so se med seboj dopolnjevale in bile strnjene v slogan "Ko se umijem in želodeček napolnim, sem srečen in visoko poskočim".

En dan smo namenile tudi učiteljem. Merile smo krvni tlak, skupni holesterol in krvni sladkor in izpeljale delavnico »Pregledujem si dojke – potrjujem si zdravje«. Tudi tokrat je z nami sodelovala zdravnica mag. Danica Pavlič-Rotar. Učitelji so tako imeli možnost takoj dobiti povratne informacije. Ob tem smo jim razdelile zdravstvenovzgojno gradivo.

Program Republike Slovenije je med prednostne naloge po skupinah prebivalstva na prvo mesto postavil varovanje zdravja otrok in mladostnikov. Na to nalogo se kot prvi ukrep navezuje izboljšanje zdravstvene vzgoje ali bolje rečeno vzgoje za zdravje. Učitelji se kot odgovorni posamezniki dobro zavedajo, da so prizadevanja za krepitev in varovanje zdravja šolskih otrok in mladine veliko uspešnejša, kadar odrasli s svojim vzgledom in ne samo z besedami pokažemo skrb za svoje zdravje. Da je res tako, kažejo vse naše dosedanje izkušnje.

Naše delo v šolah temelji na dobrem in korektnem sodelovanju in skupnem zavedanju pedagoških in zdravstvenih delavcev, da je zdravstvena vzgoja del celostne vzgoje posameznika. Motivacija in osveščanje mladih ljudi, da bodo znali sami aktivno skrbeti za lastno zdravje, pa je naša skupna skrb.

Mojca Kotnik

SREČANJE DELOVNE SKUPINE LEONARDO DA VINCI

6. in 7. marca 2004 je na Srednji zdravstveni šoli v Ljubljani potekalo mednarodno srečanje sodelujočih v projektu Leonardo da Vinci. V projektu sodelujejo predstavniki inštitucij iz 5 držav (Anglije, Češke, Italije, Nemčije in Slovenije). Koordinator projekta je Berufsforderungsinstitut iz Salzburga, ki se ukvarja s poklicnim izobraževanjem in razvojem strokovnega jezika. V našem primeru z razvojem strokovnega jezika za področje zdravstvene nege.



Namen projekta je mednarodno sodelovanje ter priprava učnega gradiva oz. učbenika za učenje vseh omenjenih jezikov kot tujega jezika na področju stroke (zdravstvene nege). SZŠ se je v projekt vključila marca 2003. Leto dni kasneje je potekalo srečanje pri nas.

Predstavniki različnih organizacij iz sodelujočih držav so predstavili svoje dosedanje delo. Učbenik bi naj sestavljali 4 moduli. Tematske sklope je delovna skupina določila s predlogom, ki so ga pripravili sodelavci BFI v sodelovanju s strokovnjaki s področja zdravstvene nege in s svetovalci podpornih članic projekta. Učbenik bo vseboval 4 tematske sklope, v katere so vključene temeljne vsebine, ki se nanašajo na proces od sprejema bolnika v bolnišnico, preko terapij, preiskav, operacij do bolnikovega odpusta iz bolnišnice. Tematski sklopi oz. moduli so tako poimenovani: *Sprejem bolnika v bolnišnico, Telo in njegove funkcije, Preiskave in zdravljenje ter Odpust bolnika iz bolnišnice*. Znotraj posameznih modulov so vsebine razdeljene na posamezne enote oz. lekcije.

Prva dva modula sta že končana. Delo se sedaj nadaljuje v tretjem in četrtem modulu. Vsak modul vsebuje osnovne enote dela z bolniki, ki so razporejene po ustreznem vrstnem redu. Vse posamezne enote so opremljene s krajšim povzetkom dejavnosti. Glavni namen učbenika je pridobivanje osnovne sporazumevalne kompetence za diplomirane medicinske sestre in tehnike

zdravstvene nege za opravljanje svojega poklica. Ob učbeniku bo izšla tudi avdiokaseta, slovarček strokovnih izrazov v petih jezikih in obrazec sprejemne dokumentacije.

Delo je potekalo v prijetnem vzdušju ob izmenjavi izkušenj, mnenj in vprašanj, ki se pojavljajo ob pisanju v posameznih organizacijah sodelujočih držav. Projekt je timski, zato je potrebno nenehno usklajevanje med predstavniki sodelujočih institucij. Toda spoznavanje razlik, ki izhajajo tako iz različnosti zdravstvenih sistemov, kot kulturnih in jezikovnih prostorov ter različnih pristopov k didaktiki tujega jezika, končno ni ovira za skupno delo, temveč je pripeljalo do sklepa, da ostanejo enotni tematski sklopi in enoten koncept učbenika, znotraj katerega bo vsaka država partnerica oz. institucija, ki jo predstavlja, samostojno pripravila svoje gradivo. Učbenik bodo ilustrirali dijaki Srednje zdravstvene šole Ljubljana. Oblikovanje učbenikov bo tudi samo deloma enotno, tako da bodo na zunaj prepoznavni kot del skupnega projekta.

Na SZŠ se s projektom ukvarja skupina 6 ljudi ter zunanja sodelavka iz Centra za slovenščino kot drugi oz. tuji jezik. Projektno delo spremlja nadzorni odbor. Njegove članice so ga. Jelka Drobne iz Centra za poklicno izobraževanje RS, ga. Alenka Krist iz Kliničnega centra in ga. Petra Kersnič iz Zbornice zdravstvene nege Slovenije. Ga. Drobne in ga. Kersnič sta se omenjenega srečanja tudi udeležili. Delovna skupina potrebuje tudi strokovno pomoč iz prakse. Na tem področju je dobrodošla pomoč ge. Krist, ki se je opravičila in nam na srečanje poslala ustrezno gradivo.

Delovna skupina načrtuje še dve strokovni srečanja (maja v Angliji in oktobra v Pragi). Sodelovanje v mednarodnih projektih je dobrodošlo za medicinske sestre in za samo stroko. Še posebno v tem času, ko je Slovenija postala članica Evropske unije in bo večja možnost izmenjave strokovnih kadrov in večja potreba po specifičnem znanju tujih jezikov.

Dodatne zanimivosti o projektu so na spletni strani: <http://www.healthylanguages.com>

Barbara Jurše

SPOZNAJMO KOMPLEMENTARNO IN NARAVNO ZDRAVILSTVO TUDI V ZDRAVSTVENI NEGI ALI NI VSE ZLATO, KAR SE SVETI

To razmišljanje je namenjeno vsem, ki so iskali ali še iščejo rešitev težav v t. i. alternativnem zdravilstvu (Complementary and Alternative Medicine – CAM), še posebno pa delavcem v zdravstveni negi (v nadaljevanju ZN), katerih naloge zajemajo tudi zdravstvenovzgojno svetovanje. Odnos slednjih do CAM je različen – od povsem odklonilnega do tega, da se celo sami aktivno vključujejo v tovrstne dejavnosti in jih svetujejo tudi varovancem oz. bolnikom (v nadaljevanju b/v). Toda – ali so (smo) za to kompetentni? Pogosto žal z nedopustnim zagovarjanjem načela »če vam pomaga, da se počutite bolje, potem to uporabljajte« in brez vsakršnega znanja o načinu delovanja in stranskih učinkih CAM lahko prekršimo enega izmed osnovnih pravil 5P – to je, da b/v dobi pravo zdravlilo. Kako bi npr. lahko bilo dopustno, da bi medicinska sestra svetovala b/v: »Če se potem, ko zaužijete pest aspirinov, počutite bolje, jih le vzemite?« Če se dotaknemo dejstva, da smo ljudje telesna, duševna in duhovna bitja, kar poudarja tudi ICN, potem ni težko razumeti, da škodljivi učinki CAM lahko sežejo na katerokoli od teh ali na vse tri sfere človekovega življenja. Najsi gre za zelišča, prehranske diete, telovadbo ali konkretne terapije CAM, za vse je potrebno imeti določeno znanje. Še zlasti to velja za sprostitvene tehnike in energetske terapije (zdravljenje z bioenergijo, terapevtski dotik, vse vrste joge, reiki, qi gong, tai chi, vizualizacija, transcendentalna meditacija, ...), kot tudi za homeopatijo in akupunkturo. Mnogi učitelji tovrstnih veščin zavajajo ljudi s tem, da predstavljajo svoje dejavnosti za izboljšanje zdravja in počutja kot uravnavanje subtilnih telesnih energij ali kot manipuliranje z univerzalno življenjsko energijo. Toda ANA (American Nurses Association) v svojem kodeksu poziva medicinske sestre, da zaščitijo javnost pred dezinformiranjem in napačnim predstavljanjem ter ohranijo integriteto ZN (ANA – Code for Nurses, 1985). V razmejitvi del ZN (Utrip, dec. 1997) se pri nas kot negovalna intervencija navaja tudi terapevtski dotik, a ta opredelitev ni jasna. Začetnica uvajanja terapevtskega dotika (TT) v ZN je bila Dolores Krieger (1975), pri čemer ne gre za klasičen človeški dotik, ampak po njenih trditvah za manipuliranje z energetskim poljem b/v s pomočjo rok izvajalca, pri čemer ta lahko uspešno deluje, če prikljiče moč z osrediščenjem, izgovarjanjem manter itd. Z raziskavo je skušala dokazati, da TT vpliva na dvig hemoglobina v eritrocitih in s tem na izboljšanje zdravstvenega stanja. Ena prvih, ki je izrazila skeptičnost glede znanstvene utemeljenosti te raziskave, je bila znana teoretičarka ZN Myra E. Levine. Skupaj z dvanajstimi medicinskimi sestrami Oddelka za zdravstveno nego na Univerzi v Washingtonu je obtožila Dolores Krieger za številne in očitne metodološke napake, kot so premajhen vzorec, samoizbira udeležencev raziskave, nepravilna uporaba statistike ter ključni spodrseljaj, da bi izmerila to, kar je

nameravala, saj raven hemoglobina ni pravi kazalec povišanja ravni kisika. NCAHF (1992) je rezultate raziskave poimenoval prevaro v imenu znanosti. Kriegerjeva ni direktno definirala svoje metode (TT) kot zdravljenje na duhovnem področju, vendar je študente spodbujala, da se vključujejo v okultne prakse, npr. raziskovanje zavesti z meditacijo, risanjem mandal, metodo I Ching, razlago sanj, vizualizacijo. Pri tem sama opozarja, da pacienti lahko izkusijo nemir, vzdražljivost, naraščajočo zaskrbljenost, bolečino (Krieger, 1993). Drugi avtorji navajajo tudi glavobol, vročino, otekanje, zlasti je nevarnost pri onkoloških bolnikih, otrocih in starejših, pri čemer nevednost teh, v kaj se spuščajo, ne more vedno preprečiti škode. Svاريو tudi same izvajalce TT in drugih tehnik, kot so TM (transcendentalna meditacija) in vizualizacija, saj so pri njih opazili halucinacije, nespečnost, nestabilnost in telesne nenormalnosti (Parkes, 1985; Yasuo, 1987; Zangpo, Feuerstein, 1995; Hillstrom, 1995). Otis (1984) navaja zaskrbljenost, depresijo, zmedenost, telesno in mentalno napetost ter nerazložljive izbruhe asocialnega vedenja pri 48 % vseh, ki so prakticirali transcendentalno meditacijo. Ena od učiteljic TT, Barbara Blattner, v svojem učbeniku ZN trdi, da je TT oblika parnormalnega zdravljenja, ki ga definira kot kanaliziranje – odpiranje podzavestnemu inteligentnemu viru življenja. Priporočala je, da medicinske sestre uporabljajo »okultne znanosti«, da si razvijejo potrebne veščine za okultno zdravljenje, še zlasti astrologijo, numerologijo, tarot, branje z dlani in grafologijo. Tudi znana teoretičarka ZN Martha Rogers je s svojim konceptualnim modelom človeškega bitja kot energetskega polja spodbudila cele generacije študentov k študiju vedeževanja, prekognicije, vzhodnega misticizma in zunajtelesnih doživetij. Janet Quinn (Univerza v Coloradu) je skušala s študijem potrditi veljavnost teorije M. Rogers, a se njene hipoteze o znižanju ravni zaskrbljenosti, znižanju krvnega tlaka in pulza s pomočjo TT niso potrdile (Fish, 1996). Tako tudi znana zdravilka, ki poučuje zdravstvene delavce, B. Brennan (1995), odkrito priznava mehanizem delovanja bioenergetskega zdravljenja, in sicer opisuje kontaktiranje z nadnaravnimi duhovnimi bitji, ki jih imenuje svoje vodnike, do katerih pride v stik z razširjanjem zavesti preko izvajanja jogijskih položajev, jogijskega dihanja in izgovarjanja manter, tako da so ti vodniki (duhovna bitja, demoni) tisti, ki opravljajo tovrstno zdravljenje; ona je le orodje v njihovih rokah. O jogi se pogosto razmišlja kot o sistemu vaj za izboljšanje telesne kondicije in se tako spregleda njen primarni cilj, to je spremenjeno stanje zavesti, v katerem lahko doživiš občutek združitve z univerzumom. Ne glede na široko uporabo joge v zdravstvu, celo pri telovadbi na šolah in univerzah, se je potrebno zavedati osnovnega pomena joge in nevarnosti, ki jih le ta prinaša. Sam učitelj joge R. Hittleman odkrito priznava, da pravi namen joge ni boljše počutje, ampak je tak učinek lahko le

sekundaren. Zanimive so tudi razlage H. Reikerja, ki pravi: »Joga ni nedolžna šala, če se zavedamo, da lahko vsako nepravilno izvajanje pomeni smrt ali psihično bolezen«. Učitelji joge pogosto svariijo pred kundalini energijo, namen joge pa je ravno ta: prebuditi kundalini, da bi se sproščena energija dvignila navzgor, preko čakler (energetskih centrov) telesa. Svariijo, da to ni šala in da človek ob tem lahko dobesečno zgori (Prenova, 2000). »Raziskovalca zavesti« Kristina in Stanislav Grof (1989) govorita o hudih transpersonalnih krizah, ki so po njihovih besedah pogosto povezane z različnimi meditativnimi praksami, ki so še posebej namenjene prebujanju duhovnih energij. Med te prištevata jogo, zen, tai chi quan, borilne veščine, pranajamo, manevre za aktivacijo kundalini energije, tibetanske psihoenergetske vaje in druge duhovnosti iskanja samega sebe. O'Mathuna (1998), Fish (1996), Shelly in Miller (1999) zlasti poudarjajo holistično škodo tovrstnih CAM, ki v glavnem kot del new age filozofije s svojimi idejami nove duhovnosti skušajo prodreti v vse pore življenja. Takšni viri zdravljenja, ki definitivno vključujejo okultne duhovne sile (bitja), imajo kratkoročne in dolgoročne škodljive posledice. Čeprav so trenutne reakcije lahko tudi ugodne, npr. izboljšanje zdravstvenega stanja, pomnjenja, sprostitve..., pa ne odtehtajo dejstva, da človeka oropajo izkušnje prijateljskega odnosa z Bogom, ki je oseba in ki vidi vse njegove težave in ga zato lahko rešuje iz njih, ter ga raje usmerijo k neosebni kozmičnemu bogu, univerzalni energiji. Mnoge new age tehnike za manipulacijo z »energijo« pa že tako ranjenega in prizadetega človeka še bolj odtujijo od Boga. Zaradi stikov z okultnimi duhovi lahko pride tudi do prave obsedenosti, pri čemer je edina rešitev osvoboditev osebe izpod sil teme z molitvijo. (Gibello in Rufus, 1998, 2000, 2002; Križanič, 2003). Fish (1996) podrobno piše o nevarnosti energetskih zdravljenj zaradi povezave z magijo (čarovništvom) in spiritizmom – klicanjem duhov, zlih bitij, demonov za potrebe zdravljenja in pridobivanja informacij o preteklosti in prihodnosti. Tudi A. Goljevšček (1992), ki je sama kot iskalka šla preko mnogih pasti new agea, opisuje nezdržljivost teh s krščanstvom ter kot primer navaja izjave znane ezoteristke E. Kuebler-Ross, ki trdi, da ji bitja, ki jih priključijo, dajejo med drugim tudi vse informacije o tem, kako je videti življenje v onostranstvu. Ponekod se zdravstveno osebe (zlasti psihiatri) že dovolj zavedajo omenjenih nevarnosti in se glede določenih primerov posvetujejo s strokovnjaki z duhovnega področja ter prireajo konference in izobraževanja na temo zdravljenja ljudi, ki imajo hude posledice zaradi udeleževanja pri določenih CAM (Vodeb, 2000; MacNutt, 2002). Tudi glede homeopatije in akupunkture so mnjenja različna, saj gre zlasti za pomanjkanje znanstvenih dokazov o učinkovitosti in za nesprejemljivost določenih vzhodnjaških oz. energetskih tehnik (Reisser et al., 2001).

In kakšno je stanje pri nas? Tovrstnih zdravitelcev, tečajev in literature je tudi na naših tleh več kot dovolj. Znanka mi je že pred leti potožila, da se je vpisala v tečaj joge z izključnim namenom rekreacije, a se je tečaj že po nekaj urah prelevil v poučevanje o budizmu in hinduizmu... Noseča M.G. se je nič hudega sluteč udeležila telovadbe za nosečnice pod vodstvom fizioterapevte, a je kmalu dobila težave – glavo ji je dobesedno vleklo na eno stran, tako da se ni mogla več vzravnati. Izkazalo se je, da je vadba za nosečnice vključevala t. i. elemente pilates, ki so del sistema joge, in šele po molitvi za osvoboditev se je

njeno stanje normaliziralo... Toda le redki lahko pridejo do pravih informacij glede CAM. V mnogih javnih občilih, pa tudi v šolah je celo možno dobiti navodila o klicanju duhov, prakticirajo ga medicinske sestre v nočnih izmenah... Tudi pri nas je možno kupiti lutke z navodili za izvajanje magije z zbadanjem igel in izgovarjanjem magičnih urokov, da ne govorim o kristalih in amuletih... Vedeževalske linije so zasedene non-stop, pri čedalje več učencih je opaziti deviantno vedenje, učiteljice numerološko spreminjajo svoja imena, da bodo srečne in zdrave... Bolniki, ki sploh več ne vedo zase, kdo so, polnijo psihiatrične oddelke, medicinske sestre se entuziastično in večinoma popolnoma nevedne spuščajo v izobraževanja pri zdravitelcih... Več b/v in njihovih svojcev me je že prosilo, da kaj napišem z namenom, da bi čim manj ljudi prišlo v roke tovrstnim »odrešilnim virom zdravja«. Tako npr. D. B. še zdaj ne more sprejeti smrti hčere, ki se na prigovarjanje neke bivše medicinske sestre, sedaj »uspešne« zdravitke, ni odločila za zdravljenje na onkologiji, ampak se je za visoke denarne zneske prepustila »holističnim« seansam pri njej. Ali npr. M. M., ki jo je zdravilec v Kranjski Gori decembra 2001 duševno skoraj uničil z izjavami: »Zdravniki nič ne vejo, z operacijo so vam uničili zdravje; kemoterapija ubija, mi pa bomo to popravili«; najbolj pa jo je prizadela njegova izjava, da je nesmrten, vsi ostali pa bodo umrli. Mnogim se je tudi že hvalil (tudi v pisnih medijih), da ima takšno moč, da lahko navzoče v trenutku pobije. Čeprav zelo rad navaja svetopisemske stavke, le malokdo lahko verjame da je njegova moč od Boga – večina ljudi se samih zavaja ob misli, da je moč (energija) njegova, redki pa so dovolj poučeni, da vedo, da gre v takšnih primerih za demonske sile. Resno se je potrebno ustaviti in se zamisliti. Kaj naj torej stori b/v, ki mu samo tehnično usmerjena medicina ne more pomagati? Kakšna je tu vloga ZN? Shelly in Miller (1999), Mason (1995) idr. vidijo prihodnost učinkovite ZN zlasti v prepoznavanju vseh potreb b/v, torej tudi duhovnih, ter v učinkovitih intervencijah ZN na tem področju. Navajajo empatično prisotnost medicinske sestre, aktivno poslušanje, optimistična pričevanja, branje spodbudnih besedil, vključevanje drugih članov zdravstvenega tima in lokalne skupnosti (duhovniki, molitvene skupine, sorodniki, znanci, prijatelji), različne načine molitev, tudi zdravstvenega osebja, seveda ob predhodni negovalni anamnezi in upoštevanju b/v verskega prepričanja in njegovih želja. Pri tem poudarjajo, da manipuliranje z energijo ni molitev, saj z Bogom pač ne moremo manipulirati. Molitev je lahko le ljubeč in zapen odnos z osebnim Bogom, ki nam edini lahko pomaga, daje smisel in odgovarja na naše stiske. Zelo poučna in ganljiva je zgodba M. Brkan (1998), ki je do tega spoznanja sama prišla po sinovi smrti: »Umiranje ni preprosto in njegovo sprejetje ne tako enostavno, da bi ga človek lahko dosegel z nekaj telesnimi vajami. Joga, takšna, kot jo ponujajo številni tečaji, mi ni dala odgovora na bivanjska vprašanja, ki me razžirajo«, in nadaljuje z opisovanjem svojega iskanja ter kako je našla pomoč pri Bogu.

Ali bodo tudi naši b/v morali priti do tega spoznanja za ceno praznjenja žepov, razočaranja in mučnega tekanja od enega do drugega »vira zdravja«, »vrelca mladosti«, ali pa bi morda delavci v ZN z večjim poslušanjem za telesne, duševne in duhovne potrebe b/v lahko pripomogli k njegovemu izboljšanju stanja, ozdravljenju ali mirni smrti?

(Vsi viri so na voljo pri avtorici prispevka.)

Darinka Klemenc



DOBILI SMO KANDIDATURO ZA ORGANIZACIJO SVETOVNEGA KONGRESA S PODROČJA ENTEROSTOMALNE TERAPIJE V SLOVENIJI LETA 2008

Hura, pa jo imamo! Kandidaturo, namreč; prvo, ki obeta, da smo slovenske medicinske sestre sposobne organizirati svetovni kongres!

Začelo se je z idejo pred leti na enem od svetovnih kongresov WCET (World Council of Enterostomal Therapists) – Svetovnega združenja enterostomalnih terapevtov, to je posebej usposobljenih medicinskih sester za področje zdravstvene nege bolnikov s stomo, kronično rano in inkontinenco. Zorelo je počasi in z vsakim kongresom, ki potekajo na dve leti na različnih koncih sveta, smo bili bližje odločitvi, da smo sposobni sprejeti izziv. Tako smo leta 2002 v Firencah pogumno dvignili roko, da se prijavljamo kot kandidati, istočasno z nami pa še Nizozemska in ZDA. Letos je bilo potrebno predstaviti kandidaturo, na kar smo se skrbno pripravljali, še posebej, ker smo imeli konkurenco, ki se je res ne veselili.

Skupaj s Cankarjevim domom in Kompasom smo dopolnjevali naše delo, tako da smo komisiji, ki jo sestavljajo vodstvo WCET-a in zastopniki sponzorjev, profesionalno predstavili našo kandidaturo. Poleg opevanja lepote naše Slovenije (dejali smo, da imamo edina država na svetu v imenu besedico »love«), do tega, da se je tu sestala že »Sveta aliansa«, pa še precej drugega smo jim natrosili, smo najbolj skrbno pripravili finančni pregled dogajanja, kar jih je silno zanimalo. Tako smo štirje predstavniki Slovenije očitno uspeli pritegniti pozornost stroge komisije, pa tudi finančni prikaz kongresa jim je očitno ustrezal.

Še ves naslednji dan so nas držali v napetosti in do zadnjega zasedanja (General Business Meetinga) nismo vedeli, kako in kaj. Nato pa odrešujoči stavek, »da res ne gre spregledati države, ki ima ljubezen že v imenu, da Sveta aliansa tudi šteje«, pa še nekaj o srečanju Putin in Bush jih je po naši presoji dodatno motiviralo, da so na koncu dodelili organizacijo prav Sloveniji, saj smo jo med drugim predstavili tudi kot oazo miru in deželo prijaznih ljudi. Upajmo, da bomo to tudi dokazali, ko bo potrebno.

Vesetje v »našem taboru« je bilo veliko, saj se za zdaj še ne zavedamo, koliko dela nas čaka. Pa vendar: izziv sprejemamo z optimizmom; ne nazadnje je to veliko priznanje zdravstveni negi, da o promociji poklicne skupine in stroke ne govorimo. Upam, da bo tudi država znala ceniti prispevek, ki ga ob takem dogodku prispeva vsaka poklicna skupina.

Veseli smo, da se je tako izšlo, prav gotovo bomo veseli, ko bo dogodek za nami. Štiri leta bodo hitro minila in vmes bomo mnogo delali. Ne bo prvič in upajmo, tudi ne zadnjič.

Hvala vsem, ki ste bili z nami, ki ste doma držali pesti in seveda vsem, ki ste omogočili, da smo kandidaturo lahko izpeljali in jo tudi dobili.

Monika Kralj

OBISK ČLANOV SEKCIJE ŠTUDENTOV ZDRAVSTVENE NEGE NA VISOKI ZDRAVSTVENI ŠOLI V MARIBORU

Prijetnega sončnega dne (21. 5.) smo se odpravili proti Mariboru, na ogled šole, kjer je potekala tudi seja Sekcije študentov zdravstvene nege. Tako smo prijetno združili s koristnim. Z majhno zamudo so nas mariborski študentje vseeno pričakali odprtih vrat in nasmejanih obrazov.

Foto: Matjaž Mohar



Študentje v modrem kabinetu

Skupaj smo se odpravili v sejno sobo, kjer sta nas je sprejeli tajnica šole viš. pred. mag. Ljudmila Kolenc in viš. pred. mag. Milica Lahe ter seveda polna miza dobrot. Gostoljubje je bilo popolno. Predstavnici šole sta na kratko predstavili program šole, povedali, kaj vse se na šoli dogaja, in z veseljem tudi poudarili, kako pridne študente imajo. Po predstavitvi sta se predstavnici šole od nas poslovili, študenti pa so nas odpeljali na ogled šole. Po šoli smo hodili odprtih ust in oči in v tem prav nič ne pretiravam. Šola je fantastična, preprosto jo morate videti, da lahko verjamete. Na šoli imajo pet kabinetov, v katerih potekajo vaje iz zdravstvene nege. Pa to niso le prostori, ti prostori so opremljeni z najnovejšo opremo.



Študentje pred najstarejšo trto

Razmere za delo so idealne, kar daje študentom še dodatno motivacijo. Tako navdušeni, kot smo bili mi, so tudi mariborski študentje. Na svojo šolo so ponosni.

Po ogledu šole smo si morali spočiti, oči zato smo se, vsi prisotni, odpravili v sobo, kjer je potekala seja IO Sekcije študentov zdravstvene nege. Pogovor je tekkel o nadaljnjih poučnih, prijetnih projektih. Dogovori so bili uspešni. Po končani seji smo se odpravili na ogled mesta Maribor. Prijazne študentke so nas vodile med mariborskimi znamenitostmi, pokazale pa so nam tudi pomembnejše izobraževalne ustanove.

Prijetno druženje smo zaključil, kot znajo to študentje, ter se že veselili naslednjega snidenja.

ZAHVALA,

Javno bi se želela iskreno zahvaliti sestri **Žani Mikloš** iz ORL klinike, njenemu **možu Zlatku** in **hčerki Jeleni** za nesebično pomoč ob prometni nesreči moje hčerke Maje.

Hvala predvsem za zdaj tako redko ponujeno roko človeka, ki ima srce in mu ni pomembna njegova lastna žrtev, da pomaga sočloveku.

Suada Majdančič z družino

ČESTITKA

Na Visoki šoli za zdravstvo Univerze v Ljubljani je v juniju 2004 diplomirala članica upravnega odbora in članica raziskovalne skupine pri Društvu medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana gospa Zlata Živic, za kar ji iskreno čestitamo.

V imenu DMSZT Ljubljana
Darinka Klemenc, predsednica

Magda Brložnik



VOLITVE V DRUŠTVU MEDICINKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV CELE

Minila so 4 leta in prišel je čas, ko se je bilo potrebno ponovno odločiti, kdo bo vodil naše društvo naslednje štiriletno obdobje. Že kmalu po začetku leta je IO društva sprejel načrt za izpeljavo volilnega občnega zbora v mesecu juniju. Pravočasno so bila posredovana tudi obvestila v vse zavode, da zagotovijo zastopstvo svojih članov. In tako je prišel ponedeljek, 21. 06, ko se je začelo naše delo. Zbrali smo se ob 9. uri, v dvorani Narodnega doma v Celju. Dnevni red našega srečanja je bil poleg volitvam novega IO in predsednika društva namenjen tudi predavanju »Alternativa med nami«. Vsi udeleženci so ob prijavi prejeli Poslovnik, Dnevni red, Poročilo predsednice za preteklo mandatno obdobje in Kandidatno listo predlaganih članov IO in predsednice društva. IO je na zadnji seji sprejel tudi predloge za imenovanja organov Volilnega občnega zbora. Gospa Mlinar je prisotne zaprosila za potrditev **Delovnega predsedstva – Volilne komisije** v sestavi **Magda Brložnik** – predsednica, **Ruža Mavrič** in **Jelka Obrez** – članici.



Delovno predsedstvo: Nataša Mlinar, Jelka Obrez, Magda Brložnik in Ruža Mavrič.

Po potrditvi se je predsednica zahvalila za zaupanje in prosila za izvolitev organov Volilnega občnega zbora: **Verifikacijska komisija: Nataša Mlinar** – predsednica, **Vesna Šipek, Albina Kokot** – članici; **zapisnikarica: Katja Hren**; **overovateljci zapisnika: Irena Vizler in Cveta Felicijan**; **komisija za sklepe: Blanka Andrejšek** – predsednica, **Nadica Herbaj, Marjana Vengušt** – članici.

Prisotni so z dvigom rok potrdili predlagano sestavo delovnih teles. Poročilo o delovanju društva za pretekli mandat je podala predsednica, gospa **Marjana Vengušt**. **Finančno poročilo** je namesto odsotne blagajničarke predstavila gospa **Vesna Šipek**. Iz podanega je bilo razvidno dobro in pozitivno poslovanje društva, kar je potrdila tudi **gospa Ruža Mavrič** s poročilom **Nadzornega odbora**. Prisotni so poročila potrdili z dvigom rok, razprav na poročila ni bilo. Gospa **Nataša Mlinar** je s poročilom **Verifikacijske komisije** dala »ze-

leno luč« za začetek volitev. Predsednica delovnega predsedstva je prisotne pozvala k razpravi na predlagano kandidatno listo in k morebitnim dopolnitvam. Ker pripomb ni bilo, so prisotni z dvigom rok potrdili:

Marjana Vengušt – predsednica

IZVRŠILNI ODBOR: Marta Lasič ZD Sevnica, **Irena Kajba Marinc** ZD Žalec, **Blanka Andrejšek** ZD Šmarje pri Jelšah, **Vesna Šipek** ZD Laško, **Matej Bončina** ZD Brežice, **Miha Pesjak** ZD Slovenske Konjice, **Darinka Pavlič** Srednja zdravstvena šola Celje, **Irena Vizler** SB Brežice, **Emma Podčedenšek** Psihatrija Vojnik, **Cveta Felicijan** SB Celje, **Katja Hren** SB Celje, **Nadica Herbaj** SB Celje, **Polona Filipšek** SB Celje

NADZORNI ODBOR: Marija Vošnjak – predsednica, **Ruža Mavrič, Magda Brložnik**

S tem je bilo volilno delo končano. Zahvalili smo se vsem za uspešno delo v preteklem obdobju in novim članom zaželeli uspehov pri delu. S skromnim šopkom smo se zahvalili gospe **Marjani Vengušt** za uspešno vodenje društva in ob tem tudi v zahvalo, da je sprejela še odgovornost za nadaljnje vodenje društva. Šopek pa sem prejela tudi sama za pomoč pri delovanju društva in za uspešna »tajniška« dela, kar dokazujem tudi s tem pisanjem.



Udeleženci volilnega občnega zbora

Med tem časom je med nas že prišel gospod **Marjan Ogorevc**, bioenergetik, ki nam je zelo pestro predstavil Integralno biorgonomijo in njeno povezavo z odkrivanjem in zdravljenjem bolezenskih težav. Po odmoru in okrepčilu nas je gospod **Albino Nesič** – homeopat poučil, kako se podobno zdravi s podobnim. Predavanji sta bili zelo zanimivi, saj sta nam predstavili še drugačen pogled na zdravje in bolezen. Kljub množici postavljenih vprašanj je še marsikaj ostalo neznano, zato smo si obljubili, da se s podobnimi temami še kdaj seznanimo. Zaželeli smo si lepe počitnice in dopuste ter izrekli željo: **Kmalu na svidenje!!!**

Alenka Šau

POROČILO O UDELEŽBI NA 12. MEDNARODNI KONFERENCI "HEALTH PROMOTING HOSPITALS" V MOSKVI

HPH (Health Promoting Hospitals) je vizija, koncept, strategija, standard in aktivnost promocije zdravja v načrtovanih aktivnostih (dejavnostih) bolnišnic.

Leta 1989 je bila prvič izbrana za poskus uvedbe promocije zdravja v bolnišnice bolnišnica »Rudolfshilfungs« na Dunaju v Avstriji. Dve leti kasneje je Svetovna zdravstvena organizacija načrtno začela z aktivnostmi pri promociji zdravja v bolnišnicah in ustanovljen je bil prvi koordinacijski center. V Budimpešti na Madžarskem je bila istega leta sprejeta tudi Deklaracija z usmeritvami promocije zdravja v bolnišnicah. V prvih letih so pilotsko izvajali projekt v dvajsetih bolnišnicah v enajstih evropskih državah. Na koncu pilotnega obdobja so bile sprejete nove usmeritve, znane kot Dunajska priporočila HPH, ki jih je izdala SZO. V ta projekt so se začele naglo vključevati bolnišnice z vseh koncev sveta. Danes je več kot šesto bolnišnic iz štirinajstih držav, članic tega projekta. Projekt koordinira »WHO European Office for Integrated Health Care services« s sedežem v Barceloni, podpira pa ga »WHO Collaborating Centre For Health Promotion in Hospitals and Health Care Services« na Dunaju.

Marca 2004 sta Splošno bolnišnico Izola obiskala predstavnika MZ R Slovenije Andrej Robida, dr. med., in Vesna Petrič-Kerstin, dr. med., ter ponudila v samoocenitev standarde, ki jih priporoča SZO.

Standarde promocije zdravja v bolnišnici sta ocenjevali dve skupini:

V prvi skupini so delavci uprave odgovarjali na vprašanja, ki so bila namenjena oceni politike vodstva do promocije zdravja (sredstva, ki jih vodstvo planira, namenja in vključuje v promocijo zdravja, kako vodstvo skrbi za zdravo delovno okolje, kako stimulira in izobražuje delavce, da krepijo in ohranjajo svoje zdravje).

V drugih standardih pa je zdravstveno osebje ocenjevalo svoja prizadevanja, izobraževanje ter podajanje informacij o promociji zdravja bolnikom in njihovim svojcem ter naključnim obiskovalcem bolnišnice (posterji, zloženke, informacije o vključevanju v društva). Vprašanja so se nanašala tudi na povezovanje in sodelovanje z drugimi ustanovami, ki skrbijo za zdravje občanov.

Komisiji sta ocenili, da so standardi napisani jasno, zato je bila možna njihova ocenitev.

Tako napisani standardi so omogočali tudi predloge na področju izboljšav promocije zdravja, ker so merljivi in uporabni.

Komisiji sta ocenili, da je v naši bolnišnici veliko narejenega (ne pa tudi dokumentiranega) za promocijo zdravja pri bolnikih in za bolnike, za osebje pa so aktivnosti in sredstva za promocijo zdravja zagotovljena le v manjši meri.

Tako izdelane in ocenjene standarde smo poslali na MZ, ki jih je nato odposlalo v Barcelono.

V tednu od 25. do 29. maja pa je potekala 12. mednarodna konferenca HPH v Moskvi, ki sva se je s predsto-

nikom internega oddelka Janijem Darničem, dr. med., specialistom pnevmologom, tudi udeležila. V prvem dnevu je predsedujoča povedala, da smo kot prva slovenska bolnišnica opravili samoocenitev in zato bili sprejeti v projekt HPH. V naslednjih dneh so se vrstila predavanja in predstavitve predstavnikov iz različnih bolnišnic, na ogled pa so bili tudi posterji. Predstavitve so bile predvsem prikaz opravljenih aktivnosti v posameznih bolnišnicah in izboljšav, ki so posledica teh aktivnosti pri promociji zdravja. Veliko bolnišnic v Evropi si je že pridobilo naziv »Smoke-free hospital«. Delavnice so bile namenjene vzpodbujanju zanimanja zaposlenih za promocijo zdravja – npr. obvladovanje stresnih okoliščin, izboljšave na področju komunikacije, opuščanje kajenja, alkohola in drog. Na učnih delavnicah sva spoznala, kaj lahko še ponudimo našim bolnikom, da bodo okrepili in obdržali svoje zdravje, predvsem pa je bila poudarjena pomembnost dokumentiranja opravljenih storitev (kar smo ugotovili že pri samoocenjevanju v naši bolnišnici). Seznanjena pa sva bila tudi z dosežki nekaterih ustanov (predvsem v Italiji) o pridobitvi naziva »Pain-free hospitals« in »Migrant Friendly Hospital«. Ugotovila sva, da je za uspešno, veljavno in učinkovito promocijo zdravja potrebno vzpodbuditi predvsem zanimanje vodstva, čigar strategija je ključ pri uveljavljanju reform promocije zdravja v novem obdobju.

Moskva je enajstmilijonsko mesto, ki skupaj z vsemi turisti utripa s trinajst milijonskim srcem. Mnogi, ki Moskve še niso videli, si rusko prestolnico predstavljajo temačno, strogo in nerazgibano, s pijanimi prebivalci in množico taksistov, ki drvi po ulicah kot cenena vodka po grlu. Nekaj od tega je tudi res. Po ulicah vidiš množice vojakov in policistov, ki stražijo spomenike in vhode v pomembne zgradbe, banke, muzeje, razstavne prostore, hotele ... Po cestah opaziš vozni park, ki je sestavljen iz najnovejših znamk avtomobilov, vmes pa je veliko tudi avtomobilov starejših letnic. Že ulica, le malo odmaknjena od samega središča Moskve, pa ponuja tisto, česar nihče ne želi pokazati, to pa sta beda in obup, pijanost in prosjačenje, prostitucija in ljudje z roba družbe.

Kolikor nama je dopuščal prosti čas, sva ga izkoristila za ogled središča Moskve (Kremlja in razstave draguljev), baletna predstava Hrestač v »Bolšoj Teatru« naju je popeljala v svet domišljije, uživala sva v nastopu folklornih skupin in kozakov med gala večerjo v hotelu »Rossia«.

Organizatorji konference so se zelo potrudili, tako pri sami organizaciji konference, ki je potekala v prostorih »Cathedral of Christ the Savior« v središču mesta, kot pri organizaciji večernih prireditev. Razen mrkih pogledov uslužbencev in čakanja v dolgi vrsti (predvsem na letališčih) in samo začasno izgubljene prtljage je bilo najin bivanje v ruski prestolnici čudovito.

»DOPUST«

NAPAKA

»Mira, zakaj pa imaš buško in modrico, ali si padla?« sprašuje Vera Miro.

»Ne, nisem padla, moj Jože me je.«

»Pa saj je rekel, da bo ves mesec na službeni poti.«

»Saj sem to mislila tudi jaz,« se izvleče Mira.

GORENJSKA

»Jože, zdravnik mi je povedal, da sem zbolela za barvno slepoto,« pripoveduje Marija.

»Nič hudega. Nasprotno, odlično. Črno-beli televizorji so za polovico cenejši.«

LJUBEZEN

»Draga Polona, jaz sem nor na otroke. Takoj, ko se bova poročila, bova imela tri srčkane hčerke.«

»Ja dragi, kako pa tako natančno veš, da bodo hčerke?«

»Veš, za zdaj moje tri hčerke živijo še pri moji mami.«

MOBITEL

»Halo, draga, ali si ti na drugi strani!«

»Da, dragi, jaz sem.«

»Vidiš, kako je dobro da sem ti kupil mobitel, sedaj te lahko pokličem, kadar si želim.«

»Že, že, to je dobro, a kdo ti je povedal, da sem pri prijateljici?«

SLEPIČ

»Doktor Koren, prosim, pridite hitro, moj sin ima vnetje slepiča.«

»Ne lomite ga, gospa Marija, saj to ni mogoče, saj ima človek samo en slepič in tega smo lani vašemu Filipu že operirali.«

»Oprostite doktor, pa ste že kdaj slišali, da ima kdo lahko dva sinova?« se odreže Marija.



»Violeta, šotorov res nikoli več ne kupuj na razprodaji, četudi imajo polovično ceno. Jutri spiš ti na polovici iz popusta – če še ne veš, je to zunaj!«

REKLI SO – DA BI SPREMINJALI SVET IN LJUDI!

Prijateljstvo podvoji radosti, žalost pa zmanjša za polovico.

Frances Bacon

Najbolje zaklenjena vrata so tista, ki jih lahko pustite odprta.

Kitajski pregovor.

Če bi morali besede kupovati, bi dosti manj govorili.

Italijanski pregovor.

Solza pove več, kot zmore beseda: solza ima svojo ceno, je sestra nasmeha.

De Museet

ZA VAŠ NASMEH IN ŠE KAJ VEČ se trudi PETRA KERSNIČ

PISMO VARUHU ČLOVEKOVIH PRAVIC



Petra Kersnič, državna svetnica za področje zdravstva

Ljubljana, 17. 6. 2004

Gospod

Matjaž Hanžek, varuh človekovih pravic



Spoštovani!

Najprej naj Vam čestitam k devetemu rednemu letnemu poročilu Varuha človekovih pravic za leto 2003, ki je bilo objavljeno v Poročevalcu Državnega zbora.

Državni svet je v celoti podprl Vaše ugotovitve. Dovolite, da se dotaknem samo nekaterih, ki zadevajo zdravstveno reformo. Državni svet se je vključil v javno razpravo o tako imenovani Beli knjigi in po posvetu s strokovno javnostjo posredoval številne pripombe in predloge za izboljšave zdravstvene reforme. Tako se je zavzel za zaščito pravic bolnikov – pacientov – državljanov, za zadovoljivo kakovost zdravstvenih storitev ter odgovornost zdravstva za ustrezne izide zdravljenja. Ob tem smo državni svetniki poudarili, da se pravice zavarovancev ne smejo zmanjševati in da je potrebno v sistemu zdravstva jasneje opredeliti področje dejavnosti zdravstvene nege na domu in tudi drugih dejavnosti, ki so lahko za zagotavljanje kakovosti storitev opravljene v okviru osnovne zdravstvene dejavnosti – ali še drugače, na državljanovem domu. Na posebnem posvetu smo se zavzeli za ohranitev dejavnosti specialistov pediatrov in specialistov ginekologov v osnovnem zdravstvu in Ministrstvom za zdravje posredovali mnoge strokovne, socialne in človeške argumente.

Ob problematiki zdravstva in varovanju pravic na tem področju naj omenim, da si Komisija Državnega sveta za družbene dejavnosti prizadeva, da bi bil predlog zakona o dopolnitvi zakona o zdravstveni dejavnosti – EPA 1212 čim prej sprejet v Državnem zboru. S tem zakonom bi Zbornica zdravstvene nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije uredila status stroke in njenih strokovnjakov, skladno z evropskimi direktivami in skladno z zakonom o zdravniški službi, kjer imajo svoj status urejeni zdravniki, in zakonom o lekarniški dejavnosti, v katerem imajo svoj status urejeni farmacevti. Predlog dopolnitve zakona se nanaša na pridobitev javnega pooblastila za vodenje registra medicinskih sester in babic v Sloveniji, za opravljanje strokovnega nadzora s svetovanjem in za podeljevanje licenc za samostojno opravljanje dejavnosti zdravstvene nege.

Zato Vas naprošam, da povesod, kjer vidite priložnost, podprete naša prizadevanja, katerih osnovni cilj je zagotavljanje varne in kakovostne zdravstvene nege državljanom Slovenije in vsem, ki pomoč izvajalcev zdravstvene nege potrebujejo.

Zahvaljujem se Vam za vso dosedanjo podporo in Vas pozdravljam!

Petra Kersnič



Marija Filipič

POHOD NA PECO DNE 12. 6. 2004

Peca je resnično krasotica v severni verigi Karavank. Notranjost gore je prepredena s številnimi rudniškimi rovi, ki so sedaj že skoraj vsi opuščeni, razen fistih, ki so preurejeni v muzej rudnika svinca. Nedaleč od kočice pod Peco pa je urejen vhod v rov, kjer počiva priljubljeni kralj Matjaž, ki ga tudi obisk številnih zapeljivih medicinskih sester ni zmotil.

Po vsej poti do Kordeževe glave, ki je najvišji vrh Pece in meri celo 2125 m nad morjem, smo opazovali čudovito alpsko rastlinje.

Peca sama bi sicer nudila številne poglede na okoliške hribe, vendar se je tokrat sebično čuvala zase in nas je z megljo tesno objemala, tako da smo se pohodnice proti vrhu lahko le slišale, videle pa ne, sploh pa nismo videle okolice. V koči pod Peco smo pred vzponom in po vrnitvi z vrha poskrbele tudi za svoje želodce in si privoščile še malo počitka.

Ob povratku proti dolini Tople pa se nam je Peca odkrila v vsej svoji mogočnosti in lepoti. Na jasi, poraščeni z zlaturumenimi kalužnicami, je bil pogled nanjo enkratni, zato nismo mogle drugače, kot da smo se ustavile, jo občudovale in naredile nekaj fotografij.

Nekaj pohodnicam se je v dolino preveč mudilo, tako da smo za njimi izgubile sled. Zato na povratku ni šlo čisto brez težav. Že precej utrujene in z bolečimi koleno smo morale prilagoditi pot do doline Tople.

Avtobus nas na zaključku poti ni čakal, mobilni telefoni pa nam tudi niso bili v pomoč zaradi pomanjkanja omrežja. Vendar se je na koncu vse dobro izteklo: videle smo veliko lepega, premagale zahtevno pot Pece brez kaplje dežja, brez poškodb. Res pa je, da smo morda porabile nekoliko več časa in da smo se precej utrujene varno odpeljale proti domu.

Poročila v radiu so nas seznanila s hudimi neurji v neposredni bližini naših avantur, pa tudi z nezgodami planincev drugod. Razšle smo se zopet z novimi cilji za ponovno srečanje in nove pohodniške preizkušnje.

Tone Frantar

MOČ NARAVE

Drišel bo čas,
ko nas ne bo,
mladi rod
zamenjal nas bo.
Rod za rodom
si roke podaja,
starost odhaja,
mladost prihaja.
Leta mladosti
so hitro minila,
že jutri bo mlade
starost pestila.
Življenje je burno,
izteka se urno,
za vse naše glave
skrbi moč narave.
Ob rojstvu otroka
so solze veselja,
ob smrti človeka
so solze trpljenja.
Dragi prijatelj,
draga prijateljica,
danes meni
jama bo skopana,
jutri tebi
sveča bo prižgana.
Vse mineva,
vse odhaja,
samo solza
in spomin
na prijatelja ostaja.

Marjana Vengušt

UPOKOJENE MEDICINSKE SESTRE DMSZT CELJE NA PRAZNIKU ČEŠENJ



DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTER
IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV
CELJE



Češnjeve dobrote

V deževnem in mrzlem nedeljskem jutru sredi meseca junija smo se zbrali na Glaziji v Celju, trdno odločeni, da bomo kljub sivini na nebu na našem druženju uživali. Bilo nas je 40. Na poti proti našemu cilju smo po Savinjski dolini z avtobusom pobirali naše člane in članice. Jutranjo kavo in sendvič smo zaužili na Lomu in nato nadaljevali pot proti Primorski. Ko smo se bližali cerkvi svetega Križa, je izza oblakov sramežljivo pokukalo sonce. Ogledali smo si cerkev in nato nadaljevali pot do vinske kleti Goriška Brda. Ogled smo zaključili s kosilom, nato pa se pridružili ogledu povorke češenj s češnjevo princeso. Na trgu se je odvijal zabavni in kulturni program, mi pa smo se do sitega najedli češenj, tako da jih je celo zmanjkalo. Uživali smo ob briški črnini in tudi zaplesali. Čas je hitro minil in prekmalu je prišlo slovo od gostoljubnih Bricov. Imeli smo se lepo in sedaj že komaj čakamo jeseni, ko se bomo podali v Belo krajino.

Veronika Viltušnik

SANJE

Nežno
s prsti se dotikam tvojega
telesa,
z rokami
grem ti skoz lase,
s poljubi
ljubkujem ti ušesa,
z očmi
pa nežno gledam te.

Medeni –
sladki so poljubi.
Toplo –
mehko je telo.
Lasje
polzijo mi med prsti,
izmikaš se mi,
spet zviješ okrog mene se
močno.

Drepuščava se nežnosti –
ljubezni,
igrava se z Amorjem tako,
mineva vse,
kot
da sva v nebesih,
le škoda,
da to sanje so samo.

Vida Železnikar



Društvo
medicinskih
sester in
zdravstvenih
tehnikov
Gorenjske

POTEP PO BELI KRAJINI

Pomladi je povsod lepo. Narava kar sama po sebi vabi v svojo družbo. Še posebno lepo je med grički in griči, kjer domuje trta. Gorenjci smo se zato odločili, da obiščemo Belo krajino. Na zadnjo soboto v maju nas tudi deževno in megleno jutro ni odvrnilo od začrtane poti.



Sladko vince piti to me veseli...

Običajna zbirališča popotnikov so bila kljub rani uri živahna. Kako tudi ne, saj nas je bilo kar za dva avtobusa. V obeh je bilo vzdušje odlično, zato je vožnja do prve jutranje kavice na Gorjancih hitro minila.

Bela krajina je vpeta med Gorjance, reko Kolpo in Kočevski rog, svojevrstno podobo in poseben pečat ji dajejo cerkvice, kamnite hiše, kašče, zidanice, vinogradi, kozolci, številne jame, drage in pečine. Prijazni in gostoljubni ljudje so ponosni na svoja izročila, navade in šege, ki jih negujejo in ohranjajo že stoletja, kakor so jih ohranjali njihovi sinovi in sinovi pred njimi. Dežela neokrnjene narave, kulinarčnih posebnosti, ljudskih šeg in narodnega izročila kar vabi popotnike v svoj nežni objem.

Le kdo ne pozna belih brez, zelenega Jurija, belokranjskih velikonočnih pisanic, steljnikov in reke Kolpe? Vinske ceste nas popeljejo v gorice, posejane z vinogradi in zidanicami.

Razlage o izvoru imena Bela krajina so zelo različne. Morda je ime povezano s prevladujočo belino apnenca, ki daje osnovni pečat kamnitemu kraškemu površju. Pokrajina se lahko imenuje tudi po belih brezah, ki prevladujejo v belokranjskih steljnikih. Nekateri pa povezujejo njeno ime z belino belokranjske narodne noše. Tako razlago nam ponuja tudi dolenski pripovednik Janez Trdina (1830–1905), ki je zapisal »Kranjci – živijo onstran Gorjancev, od ostalih pa se ločijo po beli noši«. »Bela Kranjska« se je kasneje poimenovala v Belo krajino.

Le dva kilometra od Metlike leži vas Rosalnice, kjer smo si ogledali največjo znamenitost kraja, metliške občine in sploh vrh spomeniške posesti Bele krajine, Tri fare – skupino treh cerkva, zgrajenih v 11. in 12. stoletju v pretežno gotskem slogu. V eni izmed treh cerkva so na-

jstarejše orgle v Evropi. Kakorkoli že, Tri fare ostajajo znamenita božja pot in eden najpomembnejših sakralnih spomenikov Bele krajine.

Sledil je postanek v Metliki, kjer smo se najprej odpravili v vinsko klet. V kleti smo pod strokovnim vodstvom spoznali in poskusili priznana belokranjska vina. Metliška črnina nam je poživila telo in duha.

Čebelar nam je na žalost zbolel. Zaskrbljeno in malo hudomušno smo se spraševali, če to ni v kakšni povezavi s tako zelo ogroženo slovensko čebelo. Smo si pa zato v metliškem gradu ogledali gasilski muzej z bogatimi zbirkami in se zatem sprehodili po središču mesta.

Čas je že bil, da se tudi okrepečamo, za kar so poskrbeli v gostišču v Podzemlju. Kosilo je bilo zares zelo okusno, pa tudi na pot se nam ni več mudilo, a načrt je tudi na takšni strokovni ekskurziji potrebno izpolniti. Obiskali smo še vas Adlešiče, kjer je domača obrt še vedno precej pogosta. Ogledali smo si izdelavo platna in pisanic. Naš zadnji cilj je bila Vinica, znana po velikem slovenskem pesniku Otonu Župančiču. Po dolini reke Krke smo se nato počasi odpravili proti domu.

Tako kot vedno in povsod je najlepše ravno takrat, ko je potrebno domov. Pa se nismo dali. Še postanek v Višnji gori! Veselje, petje in pozitivna energija so bili vse okrog nas. Pozabili smo celo na bolj redkobesednega vodiča in v vzdušju dobre glasbe, petja in šal kaj hitro prispeli nazaj na Gorenjsko.

Bilo je poučno in lepo. Takšna druženja nam veliko pomenijo, saj se je po vsakdanjem napornem delu lepo sprostiti. Ob tem pa se spletajo tudi nova prijateljstva.

Po vročem poletju bo verjetno sledila politično vroča jesen. V našem društvu jo bomo ohladili s pohodom v planine. Vabljeni v našo družbo, kjer je vedno zabavno!



'gasilska mora bit'

**DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTER
IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV LJUBLJANA**

VABI NA



POHOD NA VRŠIČ IN OKOLICO,

ki bo predvidoma **dne 25. 9. 2004**. Odhod z avtobusom iz Trbovelj ob 6.00 uri, iz Ljubljanske avtobusne postaje pa med 7.15–7.30.

Vse dodatne informacije dobite pri gospe Mariji Filipič, na tel. številki v službi: 03 562 41 54 ali 03 562 41 53 in doma 03 562 85 63.

Prijavite se do **20. 9. 2004**.

Jesenska preobrazba narave na predelu Vršiča bo še lepša, če jo bo opazovalo veliko naših oči, zato bo številna udeležba zelo dobrodošla.

Za pohodništvo pri DMSZT Ljubljana:

Marija Filipič

OBVESTILA

**Iščem osebo za nočno varstvo starejše osebe na domu
v Spodnjih Gameljnah pri Ljubljani.**

Možnost prevoza z mestnim avtobusom št. 16.

Tel.: 040 293 171

Plivasept®

Zanesljiv izbor izdelkov
za sistemsko higieno rok
pri preprečevanju bolnišničnih okužb



Plivasept®
peneči

detergentni
antiseptik
za roke in kožo

Plivasept®
blue

alkoholni
antiseptik
za roke

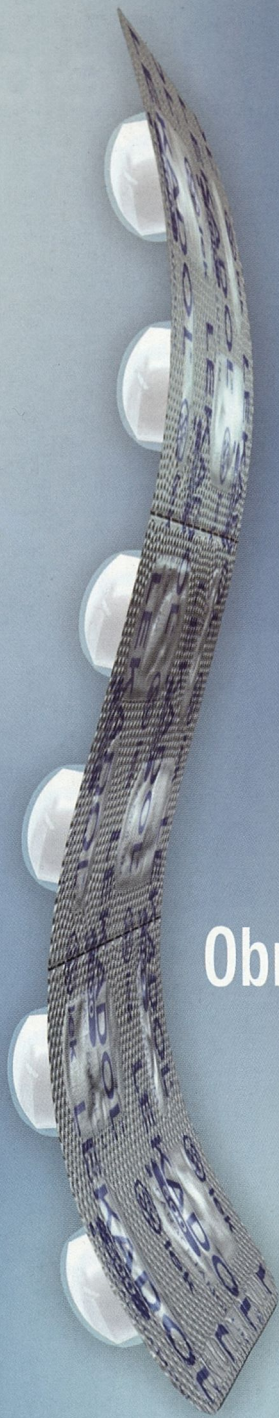
Plivasept®
losion

losion za
higiensko
umivanje
rok in kože

Odslej tudi v novi, sodobni 500-mililitrski plastenki v skladu z evropskimi standardi
in z možnostjo uporabe v Plivasept® Eurodispenserju.

 **PLIVA**

Pliva Ljubljana d.o.o., Dunajska 51, Ljubljana, Telefon: (01) 436 92 22, Fax: (01) 436 86 36, www.pliva.si



Obrnite bolečini hrbet!

Nove filmsko obložene tablete Lekadol®:

- je lažje pogoltniti, ker so ovalne oblike
- imajo oblogo, zato so brez neprijetnega okusa
- so v pretisnem omotu, ki ga lahko preprosto pretrgate – pri sebi imate le toliko tablet, kot jih potrebujete.

Lekadol® poleg glavobola učinkovito lajša tudi:

- bolečine v križu, ki so posledica nepravilne drža, natega križa ali športnih poškodb
- menstrualne bolečine
- zobobol.

Lekadol® je varen za želodec tudi, če pri močnejših bolečinah vzamete dve tableti hkrati. Za lajšanje bolečin ga lahko vzamejo tudi bolniki, ki jemljejo zdravila za zniževanje krvnega tlaka in uravnavanje sladkorja v krvi.

Varen za želodec



Brezplačen nasvet o Lekovih zdravilih brez recepta lahko dobite vsak delovnik med 12. in 14. uro na številki:

080 23 34

lek

novi član skupine Sandoz

Lekadol® vsebuje paracetamol. Pred uporabo natančno preberite navodilo! O tveganju in neželenih učinkih se posvetujte z zdravnikom ali farmacevtom.