



R2289

# UPEL

foto: foto spring

babice in zdravstvenih tehnikov Slovenije



**GLASILO**

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

**UVODNIK**

Biti babica nekoč in zdaj

**ICN**

12. maj - mednarodni dan medicinskih sester

**TEMA MESECA**

Vizija pediatrične zdravstvene nege

**ZLATI ZNAK ZBORNICE - ZVEZE 2005**

**Xalatan**<sup>®</sup>  
latanoprost

temelj novega standarda



**XALATAN** (latanoprost 0,005%) je indiciran za znižanje povišanega očesnega tlaka pri bolnikih z glaukomom z odprtim zakotjem in očesno hipertenzijo.

Priporočljiv odmerek je ena kapljica v prizadeto oko enkrat na dan, zvečer.

Pred predpisovanjem si prosimo preberite *povzetek temeljnih značilnosti zdravila*.

**Xalacom**<sup>®</sup>  
latanoprost/timolol maleat

...ko monoterapija  
ne zadošča...

**XALACOM** je fiksna kombinacija latanoprostu 0,005% (XALATAN) in timololu 0,5%. Xalacom je indiciran za znižanje povišanega očesnega tlaka pri bolnikih z glaukomom z odprtim zakotjem in očesno hipertenzijo, pri katerih terapija z zaviralci beta adrenergičnih receptorjev ni zadovoljivo znižala očesnega tlaka.

Priporočljiv odmerek je ena kapljica v prizadeto oko enkrat na dan, zjutraj.

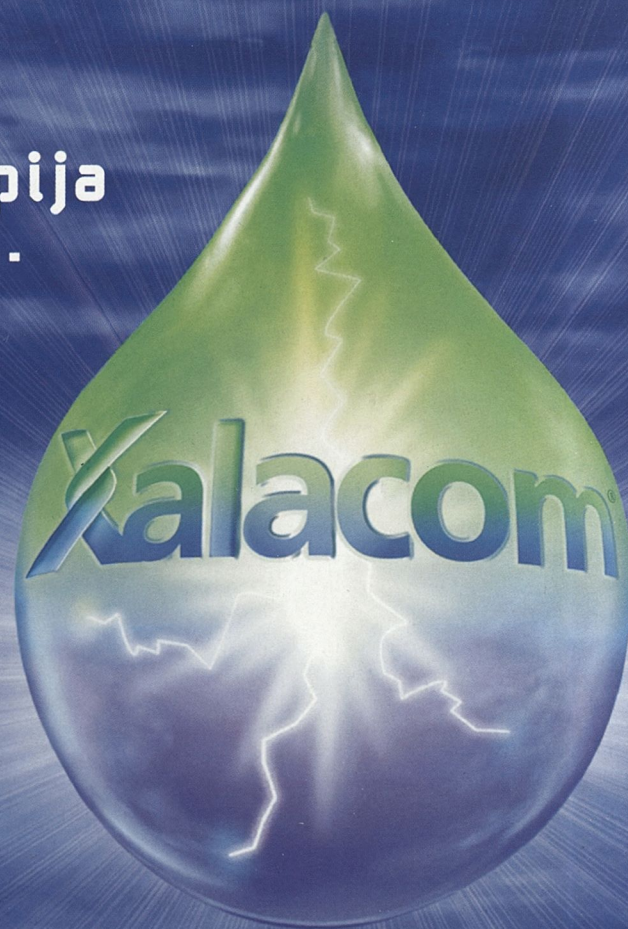
Pred predpisovanjem si prosimo preberite *povzetek temeljnih značilnosti zdravila*.

Podrobnejše informacije so na voljo pri:



Pfizer Luxembourg SARL

Pfizer, podružnica za svetovanje s področja farmacevtske dejavnosti, Ljubljana  
Letališka cesta 3c, 1000 Ljubljana



# TRIP

# Vsebina

● UVODNIK .....	4
Biti babica nekoč in zdaj	
● DELO ZBORNICE .....	6
Kronika dogodkov v aprilu 2005	
● AKTUALNO.....	8
Analiza preskrbljenosti z medicinskimi sestrami ter ovrednotenje stopenjskih ukrepov in projekcij do leta 2033	
● ICN .....	13
Medicinske sestre za varnost pacientov: boj proti ponarejenim in podstandardnim zdravilom	
● TEMA MESECA .....	18
Vizija medicinskih sester v pediatrični zdravstveni negi	
Definicija medicinske sestre v pediatrični zdravstveni negi z vidika Evropskega združenja pediatričnih medicinskih sester	20
Pomen standardov za izboljšanje kakovosti v zdravstveni negi v Splošni bolnišnici Celje	22
Standardi v primarni zdravstveni negi - zakaj jih ni?	24
● RSK.....	28
Sprejeta definicija dolgotrajne oskrbe	
● POROČILA-STROKOVNA SREČANJA.....	30
Tudi gluhi so med nami	
● MEDNARODNA SREČANJA .....	39
ACENDIO – mednarodna konferenca v Sloveniji	
● UDELEŽILI SMO SE.....	40
Ogled proizvodnje in sterilizacije operacijskih materialov za enkratno uporabo	40
Strokovno srečanje "zdravstvena nega in duhovnost"	41
● ZANIMIVO .....	44
Zgodovinski razvoj zasebne dejavnosti na področju patronažne zdravstvene nege	44
Alergije	46
● MI MED SEBOJ .....	47
Vidi Rus v slovo	
● S HUMORJEM JE LAŽJE IN LEPŠE .....	49
»Pogum«	
● IZLETI - STROKOVNE EKSKURZIJE.....	50
Pohod na Polhograjsko grmado DMSZT Ljubljana	
● PRAZNOVALI SMO .....	52
Nova pomlad življenja	
● MEDICINSKE SESTRE IN PROSTI ČAS.....	54
Halo, ali je tam vljudnost?	
● IZ DRUŠTEV.....	57
Občni zbor DMSZT Gorenjske	
● OBVESTILA.....	58
Vokalna skupina Cvet	
● PREDLAGAJTE - POVEJTE.....	59
Odziv na prispevek »Oskrba ran in dekubitusov z Ligasano materialom«	
● IZOBRAŽEVANJE .....	61

Utrip - strokovno informativni bilten Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveze društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. ODGOVORNA UREDNICA: mag. Brigita Skela Savič UREDNIŠKI ODBOR: Petra Kersnič, Irena Keršič Ramsak, Veronika Pretnar, Kunstek, mag. Brigita Skela Savič LEKTORICA: prof. Cvetana Tavzes PREVAJALEC: Primož Trobevšek NAKLADA: 13200 izvodov NASLOV UREDNIŠTVA: UTRIP, Vidovdanska 9, Ljubljana, T./F. 01/ 2316-055 - tajništvo Zbornice - Zveze, T. 01/ 4344-903, naročnine, računi, e-mail: zveza.med.sester@siol.net, TRR ZDMSZTS pri NLB, posl. Tavčarjeva 7, Ljubljana, številka: 02031-0016512314 TRZENJE : ATELIER IM, d.o.o. Breg 22, Ljubljana, T. 01/2411-932/4, F. 01/2411-939, e-mail: atelier-im@siol.net  
PRIPRAVA ZA TISK: STARLING, d.o.o., Opekarska cesta 38, Vrhnika, T. 01/ 7557-850, F. 01/ 7557-855, e-mail: starling@starling.si TISK: Tiskarna POVŠE, Povšetova 36 a, Ljubljana, T./F. 01/ 2301-542, e-mail: tisk.povse@siol.net FOTOGRAFIJA NA NASLOVNICI: Foto Spring SPLETNA STRAN ZBORNICE-ZVEZE: www.zveza-dmszts.si Utrip (Online) ELEKTRONSKI NASLOVI: zveza.med.sester@siol.net, tajnistvo@zveza-dmszts.si, narocnina@zveza-dmszts.si ISSN 1581-3738

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



## Biti babica nekoč in zdaj



**Z**dvema besedama: NE LAHKO – ne nekoč, ne zdaj. V zgodovini, v srednjem veku, so ženske, ki so pomagale porodnicam pri porodu in imele opravka s porodi, krojo, posteljicami – po ljudskem mnenju nečistimi zadevami – sežigali na grmadi. Takratne pomočnice so znale iz zelišč pripraviti zvarke, ki so pospešili popadke, pa tudi neželjeno nosečnost. Kasneje so pomagale ženskam in novorojenčkom na domu že bolj usposobljene porodne pomočnice. A še vedno so bile priča pogosti smrti porodnic in novorojenčkov. Po drugi svetovni vojni je vse več žensk rojevalo v varnih porodnišnicah, delo babic pa se je tako preselilo v bolnišnično okolje. Še vedno so bile dejavne v posvetovalnicah za ženske in v patronažni službi.

Zdaj, v 21. stoletju, se babice srečujemo z drugačnimi izzivi. Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije še vedno več kot polovica žensk na svetu rodi brez prisotnosti strokovne osebe. Umrljivost žensk je, predvsem v državah v razvoju, še vedno zelo visoka zaradi najpogostejšega poporodnega zapleta – krvavitve. Globalni cilj, ki si ga je zadala Svetovna zdravstvena organizacija v začetku devetdesetih let prejšnjega stoletja, je, da se do leta 2015 zmanjša maternalna umrljivost za tretjino, predvsem z usposabljanjem in izobraževanjem strokovnih oseb – babic. Le tako bodo omogočili porod ženskam v varnem okolju.

Kaj pa v Sloveniji? Celotna država je pokrita z javno mrežo večjih in manjših varnih porodnišnic, kjer rodi 99,9 % žensk, 0,01 % pa doma ali na poti do porodnišnice (reševalci, hvala za pomoč!). Moderna družba prinaša poleg razvoja in napredka na vseh področjih spremembe tudi v družine same. Ženske zaradi poklicne kariere prenašajo reprodukcijsko kariero v kasnejše

življenjsko obdobje. V Porodnišnici Ljubljana je bila v letu 2004 povprečna starost žensk že 30,7 let, 10 % jih je bilo starejših od 36 let, skoraj 3 % pa je ob rojstvu otroka dopolnilo 40 let. Mislim, da je slika podobna tudi v ostalih trinajstih porodnišnicah. Babice, ki delamo z nosečnicami in porodnicami vsak dan, vemo, da to pomeni tudi bolj ogrožene, bolj bolne ženske in bolj tvegane porode, kjer je potrebno več nadzora in več medicinskih intervencij. Pravica do porodniškega dopusta, ki je najdaljši med državami v Evropski skupnosti, pa vseeno ne zadošča, da bi se družine odločale za več otrok.

Prijatelj, ki poučuje babištvo na Univerzi v Rotterdamu, mi je nekoč dejal: dobra je tista babica, ki sedi na rokah. Ker sem bila še na začetku poklicne poti, si nisem znala prav razložiti pomena tega stavka. Zdaj vem, da je babištvo in babiška nega dejavnost, ki pojmuje nosečnost in porod kot dva fiziološka pojavi in daje prednost naravnim, spontanim dogodkom, s čim manj medicinskih posegov. Babiška nega mora biti v žensko osrediščena skrb, kjer imata pomembno vlogo ženska in njen partner. Večina nosečnic ve, kakšne so njene pravice glede poroda, imajo možnost soodločanja in želijo vedeti, kaj se z njo in njenim otrokom med porodom dogaja. Imajo tudi pravico do izbire zdravstvene ustanove, kjer želijo roditi. Trendi glede načina poroda, položaja med porodom in porodne analgezije se iz leta v leto spreminjajo, zdravstveni delavci pa smo tisti, ki moramo znati prisluhniti ženskam in jim omogočiti, da doživijo pozitivno porodno izkušnjo. Mišljenje, ki trenutno vlada v Sloveniji, je, da ima babica najbolj pomembno vlogo ob porodu. To je seveda res, toda nekako smo pozabili na njeno vlogo v predporodnem in poporodnem varstvu. Rečem lahko, da

politika zdravstvenega varstva in reforme v zadnjih 20. letih niso bile do babic najbolj prijazne. Mogoče smo krive tudi same, saj smo se kot majhna poklicna skupina težko uveljavljale v javnem življenju. Tudi izobraževanje je bilo (po znanih zapletih) prekinjeno in po letu 1996 ponovno vzpostavljeno.

5. maj – mednarodni dan babic – je bil letos še posebej slavnosten, saj smo ga počastili s prevodom Mednarodnega kodeksa etike za babice. Na svečanosti, ki je bila na Ginekološki kliniki v Ljubljani, smo poslušali dve predavanji: dr. Irene Rožman, etnologinja, z naslovom Babištvo – najstarejši ženski poklic – nekoč in danes, in predavanje gospe Majde Pahor z naslovom Kodeksu etike za babice na pot. O kulturi rojstva na slovenskem podežlju v 20. stoletju je dr. Rožmanova napisala tudi knjigo Peč se je podrla – toplo jo priporočam! Z obiskom nas je počastila tudi predstavnica centralne evropske regije v ICM, gospa Renske Drejer. Ob zaključku mandata bo posnela kratek film o poklicnem življenju babic v državah članicah.

Svetovni babiški kongres, ki ga organizira ICM že sedmič zapored, bo letos med 24. in 28. julijem v daljnem Brisbanu. Trudimo se, da bi se ga udeležilo (predvsem s pomočjo donatorskih sredstev) čim več naših predstavnic, ki bi tako imele priložnost spoznati delo babic na drugih celinah, ob drugačnih pogojih (boljših in slabših), si izmenjati izkušnje in kaj novega prenesti tudi v domače delovno okolje. Vsekakor bo to tudi priložnost za promocijo slovenskega babištva, saj bomo na kongresu aktivno sodelovali s štirimi prispevki. Na kongresu bo prav tako predstavljen film Renske Drejer o babištvo v centralni evropski regiji.

Moto letošnjega 7. aprila – svetovnega dneva zdravja, je bil *Za vsako mamo in vsakega otroka*. Inštitut za varovanje zdravlja je ob proslavi praznika izdal vodnik po pravicah nosečnic, kjer so zapisane pravice, ki izhajajo iz osnovnega zdravstvenega zavarovanja v zvezi s pregledi v nosečnosti pri ginekologu in babici, laboratorijskimi preiskavami in ultrazvočnimi pregledi. Na žalost v Sloveniji še vedno letno rodi okoli 1 % žensk, ki v času nosečnosti niso imele nobenega pregleda. Tukaj vidim izziv za medicinske sestre in babice, ki bi lahko z bolj aktivno vlogo v predporodnem varstvu nekako našle pot tudi do teh, pogosto socialno ogroženih žensk.

O pravicah mater in novorojenčkov govori tudi Barcelonska deklaracija, ki je bila sprejeta leta 2001 na 5. kongresu svetovnega perinatalnega združenja v Španiji. Deklaracija je bila predstavljena 5. maja ob dnevu odprtih vrat v Kliničnem centru v Ljubljani.

Na skupščini meseca februarja je bila potrjena sprememba imena Zbornice – Zveze. Sprememba je plod dogovarjanja, ki daje po dolgih letih bolj vidno vlogo majhni, a tradicionalno močni skupini babic in njihovi dejavnosti – babiški negi.

Kaj bi si želela v prihodnosti?

Predvsem to, da bi babištvo (p)ostal samostojen poklic, da bi z izobraževanjem novih generacij razvijali in nadgrajevali poklic, da bi nekoč napisali lasten kodeks etike, da bi že končno lahko povedali, koliko babic in babičarjev v Sloveniji imamo ... in da bi znali še bolj prisluhniti ženskam!

Anita Prelec



# Kronika dogodkov v aprilu 2005

Petra Kersnič

April – mesec, ki oznanja pomlad in s tem zbudi tudi vse večje želje po ustvarjanju in spreminjanju sveta. To pa seveda vedno ni mogoče, zato gredo koraki včasih dva naprej enega nazaj in včasih tudi obratno.

Minister za zdravje, mag. Andrej Bručan je v intervjuju s Petro Ilar za revijo Tajnica na vprašanje, kateri so njegovi glavni cilji ministirovanja v tem mandatu, zapisal:

»\* Krepitev zdravja in preventiva, ki temelji na razumevanju zdravja kot vrednote posameznika in kot dobrine na ravni družbe in je pogoj za uspešen gospodarski in socialni razvoj države.

\* Projekt zdravstvenega varstva: mreža osnovnega zdravstvenega varstva, standardizacija diagnostičnih postopkov in postopkov za zdravljenje bolezni; preučevanje obsega in oblik zbolevanja v prihodnosti; kategorizacija bolnišnic; oblikovanje strokovnih kadrovskih standardov za delo v javnih zdravstvenih zavodih; strokovno medicinski standardi za ugotavljanje izrabe prostorov in opreme; razvoj hospitalne urgence.

\* Razvoj modela spremljanja in presoje kakovosti v zdravstvenem sistemu; uvajanje modela nagrade za poslovno odličnost v zdravstvu; kazalci učinkovitosti in uspešnosti zdravstvenega sistema, zavodov in managementa.«

*Kaj smo delali in kje smo bili:*

## 4. april

- sestanek delovne skupine za revizijo dokumenta Razmejitev zdravstvene nege

## 11. april

- razširjeni sestanek Nacionalne koordinacije Zbornice – Zveze, na katerega so bili vabljeni vsi funkcionarji Zbornice – Zveze ter drugih organizacij, ministrstev, glavne medicinske sestre bolnišnic, zdravstvenih domov, socialnih zavodov in predstavniki visokih zdravstvenih šol. Sestanka se je udeležilo 85 udeležencev.

Po sklepu Zdravstvenega sveta je bila na Inštitutu za varovanje zdravja in s sodelovanjem Zbornice – Zveze opravljena študija, ki nosi naslov Analiza preskrbljenosti z medicinskimi sestrami ter vrednotenje stopenjskih ukrepov in projekcij do leta 2033. Besedilo, ki so ga prejeli udeleženci, je bilo obravnavano na Zdravstvenem svetu, ki je sklepne ugotovitve in predloge ukrepov, ki so v zaključku besedila, na svoji seji tudi potrdil.

*V razpravi na sestanku nacionalne koordinacije so udeleženci poudarili naslednje:*

- začetki pomanjkanja medicinskih sester segajo 18–20 let nazaj,
- nikoli ni uspela ustrezna delitev dela med profili zdravstvene nege,
- ni znanega stanja, koliko je kadrov in kakšne so strokovne zahteve po kadrih,
- preštevanje kadrov iz opravljenih ur je nerealno,

- preprečiti je potrebno minimaliziranje kadrovskih potreb, še posebej v povezavi s privatizacijo zdravstva,
- kadrovska zasedba v javni mreži na zasebni ravni mora biti enaka kot v javnih zavodih,
- javna pooblastila bodo omogočila natančno preštete vseh profilov v zdravstveni negi – register,
- strokovni nadzor bo z javnim pooblastilom omogočal urediti razmere v zasebni dejavnosti,
- ureditev zaposlovanja kadrov brez strokovnih izpitov v zasebni dejavnosti,
- pristojnosti kadrov lahko oceni le stroka,
- kategorizacija bo postala orodje za merjenje obremenitev in izračun potreb,
- certifikatno izobraževanje na področjih, kjer so potrebna dodatna znanja,
- usklajevanje izobraževanj po programih EU,
- plačilo storitev ZZZS po programih – kako se iz tega vidi kadrovska zasedba.

## 11. april

- seja Komisije za priznanja Zbornice – Zveze

**KOMISIJA JE V ROKU PREJELA 24 PREDLOGOV ZA PODELITEV ZLATEGA ZNAKA ZBORNICE – ZVEZE ZA LETO 2005:**

### 1. Berkopec Marjeta

Predlagatelj: Jožica Rešetič, Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Novo mesto

### 2. Bohnc Milena

Predlagatelj: Mira Slak, Elizabeta Stepanovič, KC; Klinični oddelek za endokrinologijo in presnovne bolezni

### 3. Čalić Mirjana

Predlagatelj: Irma Rijavec, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kirurgiji in Mirjana Rep, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v nefrologiji, dialize in transplantaciji

### 4. Čepon Vera

Predlagatelj: Irena Buček Hajdarevič, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v nefrologiji, dializi in transplantaciji

### 5. Kavšek Marta

Predlagatelj: Jožica Rešetič, Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Novo mesto

### 6. Koren Majda

Predlagatelj: Marjana Vengušt, Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Celje

### 7. Kramar Janez

Predlagatelj: Lidija Časl, Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Velenje

### 8. Majerle Stanislava

Predlagatelj: mag. Lili Leskovic in IO Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v socialnih zavodih,

Valerija Lekič Poljšak, vodja aktiva vodij služb zdravstvene nege in oskrbe v socialnih zavodih in članice vodij služb zdravstvene nege in oskrbe dolenske regije socialnih zavodov in Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Novo mesto

#### 9. Mavrič Ruža

Predlagatelj: Đurđa Sima, predsednica sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v oftalmologiji in Služba za zdravstveno nego ter kolektiv očesnega oddelka, Splošna bolnišnica Celje

#### 10. Medved Majda

Predlagatelj: mag. Milica Lahe, Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Maribor

#### 11. Medven Marija

Predlagatelj: IO Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v socialnih zavodih

#### 12. Mertelj Oti

Predlagatelj: Monika Ažman, Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Gorenjske

#### 13. Mihevc Mojca

Predlagatelj: Jožica Rešetič, Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Novo mesto

#### 14. Sima Đurđa

Predlagatelj: Darinka Klemenc, Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana

#### 15. Skočir Ana Polona

Predlagatelj: Anita Prelec, Sekcija medicinskih sester babilic

#### 16. Slabe Damjan

Predlagatelj: Majda Šmit s sodelavci, Zdravstveni dom Ljubljana Vič Rudnik

#### 17. Trstenjak Jožica

Predlagatelj: Monika Ažman, Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Gorenjske

#### 18. Tul Sonja

Predlagatelj: Tadeja Bizjak, Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Koper

#### 19. Vitek Vida

Predlagatelj: mag. Milica Lahe, Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Maribor

#### 20. Vošnjak Anica

Predlagatelj: Darja Podsedenšek, Oddelek za intenzivno interno medicino, Splošna bolnišnica Celje

#### 21. Žilavec Erika

Predlagatelj: Marija Zrim, Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Pomurja

**22. Delovna skupina Zbornice – Zveze za nenasilje v zdravstveni negi**

Predlagatelj: Upravni odbor Zbornice – Zveze

**23. Kolektiv patronažnega varstva Zdravstvenega doma Ljubljana – Šiška**

Predlagatelj: Brigita Kraševac, Zdravstveni dom Ljubljana Šiška, Patronažno varstvo

**24. Raziskovalna skupina Društva medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana**

Predlagatelj: Darinka Klemenc, Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana

**Komisija je sprejela sklep, da se na proslavi Mednarodnega dneva medicinskih sester in otvoritvi 5. kongresa zdravstvene nege, 12. maja 2005 podeli Zlati znak Zbornice – Zveze naslednjim članom in delovni skupini:**

1. Bohnec Mileni
2. Čalić Mirjani
3. Kramar Janezu
4. Majerle Stanislavi
5. Medved Majdi
6. Sima Đurđi
7. Skočir Ani Poloni
8. Trstenjak Jožici
9. Žilavec Eriki
10. Delovni skupini Zbornice – Zveze za nenasilje v zdravstveni negi

#### 14. april

- 2. seja Častnega razsodišča

#### 19. april

- udeležili smo se redne letne skupščine Sindikata delavcev v zdravstveni negi Slovenije

#### 22. april

- 43. seja Komisije za izobraževanje

#### 26. april

- sestanek Delovne skupine za revizijo dokumenta Razmejitev zdravstvene nege
- seja Statutarne komisije

### SPOMNIMO SE IN PLANIRAJMO ZDRAVSTVENOVZGOJNE AKTIVNOSTI

#### APRIL

Prvi teden aprila – *Teden boja proti raku*

7. april – *Svetovni dan zdravja*

15. april – *Svetovni dan prostovoljcev*

22. april – *Dan zemlje*

#### MAJ

3. maj – *Svetovni dan boja proti astmi*

5. maj – *Svetovni dan medicinskih sester - babilic*

8.–15. maj – *Mednarodni dan Rdečega križa*

12. maj – *Mednarodni dan medicinskih sester*

15. maj – *Svetovni dan družine*

31. maj – *Svetovni dan športa*

#### 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 prosti zlorabi drog*

# Analiza preskrbljenosti z medicinskimi sestrami ter ovrednotenje stopenjskih ukrepov in projekcij do leta 2033

- Ljubljana, november 2004

asist. mag. Tit Albreht, Inštitut za varovanje zdravja

## Uvod

Vprašanje preskrbljenosti z medicinskimi sestrami je že vrsto let pereče in se zaostri ob različnih okoliščinah. Največ preglavic je že dolgo časa z opredelitvijo, kdo je medicinska sestra, kakšna je njena zahtevana minimalna izobrazba in obseg dela. Glede na številna gradiva s tega področja je jasno, da gre za deloma umetno dilemo, ki je najpogosteje posledica nepoznavanja tega specifičnega področja. V tem gradivu bo poklic poimenovan le po ženski različici zaradi enostavnosti, pa tudi zaradi tega, ker je 85–90 % vseh zaposlenih v tem poklicu žensk.

Definicije, ki jih je za to področje že sprejela Evropska unija, so precej jasne in nedvoumne, zato jih bo potrebno v celoti in dosledno uveljaviti tudi v Sloveniji. Pri tem velja seveda hkrati poudariti, da je prvo vprašanje tisto, ki se nanaša na definiranje poklica medicinske sestre, drugo vprašanje, ki nekoliko bolj variira med državami, pa je, kakšen natančen delokrog ima medicinska sestra, tako v razmejitvi do dela zdravnika, kot tudi v razmejitvi do dela zdravstvenega tehnika. Tukaj prikazane definicije so povzete po Eurostatovem gradivu<sup>1</sup>.

## Opredelitev medicinskih sester – uporaba različnih definicij in podatkov

Eurostatova ad hoc delovna skupina je pripravila izčrpno poročilo<sup>2</sup> o ugotovitvah, do katerih je prišla pri raziskovanju vprašanja, kako so medicinske sestre definirane v različnih državah. Ta vprašanja in dileme so pomembni ne le za pravilno poročanje mednarodnim ustanovam, temveč tudi pri usklajevanju domačih rešitev – od izobraževanja do organizacije in strokovnih pooblastil – z evropskimi. Skupina je predlagala naslednje kategorije kadra pod širšim pojmom 'zdravstvene nege', in sicer:

### I. Kategorija diplomiranih medicinskih sester in babic

a. Diplomirane babice

b. Diplomirane medicinske sestre

II. Kategorija 'associated nurses' (zdravstveni tehniki in drugi z izobrazbo na področju zdravstvene nege)

I. + II. Skupna kategorija negovalnega osebja («nursing»)

III. Kategorija pomožnega osebja za oskrbo («care») (bolničarji, zdravstveni pomočniki, ipd.)

Seveda s tem predlogom razprava še zdaleč ni zaključena, temveč je šele sprožena. Zaradi poenotenja poimenovanj oziroma razvrščanja kadra s področja zdravstvene nege bo zagotovo prišlo tudi do teženj po poenotenju strokovnega dela in izobraževanja. Vendar je to proces, ki se bo še razvijal, in ki ga zaradi tega nismo upoštevali pri pripravi tega gradiva. Poleg tega pa je stal-

ni odbor medicinskih sester pri EU izrazil številne pomisleke in zadržke glede takšnega razvrščanja na področju zdravstvene nege.

## Definicija minimalnih standardov

EU je določila minimalne zahteve za šolanje in usposabljanje medicinskih sester in babic, kar naj bi omogočilo prosto gibanje za oba profila, hkrati pa to pomeni tudi priporočilo glede usklajevanja izobraževanja. To področje urejata dve direktivi in njuni dve dopolnili<sup>3</sup>. Gre za opredelitev medicinskih sester, odgovornih za splošno nego, ta opredelitev pa vsebinsko vključuje tudi babice, seveda z ustreznimi prilagoditvami. Zahteve vključujejo naslednja dva sklopa in sicer:

1. splošno temeljno izobrazbo v trajanju najmanj 10 let, ki se konča z diplomom, spričevalom ali drugo ustrezno formalno izobrazbo, ki jo podela pooblaščen ustanova v državi članici ali spričevalo, izdano na podlagi ustreznega kvalifikacijskega izpita, ki opredeli ustreznost kandidata/ke za vpis v ustrezno šolo za medicinske sestre (Direktivi 77/453/EEC in 89/595/EEC, člen 2(B)) in

2. izpopolnjevanje v polnem delovnem času, posebej opredeljeno, ki mora zajeti predmete, opredeljene v Prilogi k Direktivi, in zajemati triletno izobraževanje ali 4600 ur teoretičnega in kliničnega pouka (Direktivi 77/453/EEC in 89/595/EEC, člen 2(B)).

Iz te opredelitve je seveda jasno, da takim zahtevam lahko zadostijo samo tiste medicinske sestre v Sloveniji, ki so že (oziroma bodo) dokončale program za poklic diplomirane medicinske sestre. Nedvomno v tako postavljene zahteve ni moč uvrstiti zdravstvenih tehnikov. Eurostat pričakuje tudi, da bodo razmejene številke za tisto osebje, ki nedvomno opravlja storitve zunaj zdravstvenega sektorja, predvsem v dejavnosti socialnega varstva, kar je druga temeljna zahteva, ki ji je potrebno zadostiti.

Spremembe na ravni EU pa še vedno niso zaključene, tako da je sedaj Eurostat predlagal novo, kompromisno definicijo, ki navaja nekoliko spremenjene kategorije kadra (glej zgoraj).

## Razmere v Sloveniji

V Sloveniji imamo na področju zdravstvene nege različne poklice, ki so se oblikovali v zadnjih 30 letih, na podlagi različnih programov, ki so bili v veljavi v tem relativno dolgem časovnem obdobju. Vsekakor so najbolj pomembne naslednje kategorije:

1. diplomirana medicinska sestra
2. diplomirana babica





3. višja medicinska sestra

4. zdravstveni tehnik

Glede na to, da naj bi bil nosilni poklic na področju zdravstvene nege poklic diplomirane medicinske sestre oziroma diplomirane babice, tako po domačih smernicah kot tudi po že opisanih smernicah EU, bo potrebno v projekcije vključiti predvsem ta dva profila. Zdravstveni tehnik je vsekakor del tima v zdravstveni negi, je njen izvajalec, vendar ne more imeti nosilne vloge, prav tako tudi ne more biti samostojni nosilec dejavnosti (npr. zasebnega opravljanja dejavnosti).

### **Sedanje stanje**

Sedanje stanje označuje po eni strani heterogenost vrst in stopenj izobrazbe v različnih poklicih na področju zdravstvene nege. Izstopa seveda relativno majhno število diplomiranih in višjih medicinskih sester v primerjavi s številom zdravstvenih tehnikov. Kljub temu, da so potrebe po slednjih v zadnjih letih precej omejene in kljub njihovi brezposelnosti, srednje zdravstvene šole še naprej vpisujejo nezmanjšano število novih dijakov na tej srednješolski smeri. Hkrati so zmogljivosti Visokih zdravstvenih šol omejene, tako da niti ni pogojev, da bi bile zmožne absorbirati večji naval srednješolskih diplomantov v študijske programe. Poleg tega pa je tudi res, da niti zmogljivosti bolnišnic ne omogočajo nadaljnega bistveno povečanega obsega izobraževanja za smer zdravstvene nege, ki seveda mora potekati ob bolniku. Dejstvo je, da v sedanjem stanju ne moremo govoriti o pokritosti vseh delovnih mest, na katerih so predvidene medicinske sestre. To velja tudi za normative, ki so bili pilotno preverjeni tako v projektu ovrednotenja dela medicinske sestre na primarni ravni kot tudi za tiste, ki so jih pripravili v Kliničnem centru.

### **Primerjave z EU**

Na tem mestu velja še enkrat poudariti, da so primerjave z Evropsko Unijo nevhvaležne, saj so razlike v definicijah med posameznimi državami zelo velike. Tako imamo države, ki kot medicinske sestre definirajo le tiste, ki so diplomirale na visokošolskih programih zdravstvene nege, kot tiste, ki jih opredelijo podobno, kot je veljalo v Sloveniji pred približno 15 leti. Tako na primer Nemčija trenutno ne more nobene od kategorij profilov na področju zdravstvene nege razvrstiti v najvišjo kategorijo, ki jo predlaga Eurostatova delovna skupina.

### **Projekcije potreb**

Pri projekciji potreb se v prihodnje srečamo z vrsto metodoloških in praktičnih vprašanj in sicer:

1. projekcijo potreb po diplomiranih medicinskih sestrah glede na pričakovano razdelitev strokovnih nalog v okviru tima,

2. projekcijo povpraševanja, povezanega z demografskimi in drugimi spremembami v družbi,

3. načrtovano in nato realizirano izboljševanje kvalifikacijske strukture medicinskih sester v Sloveniji.

Na ta tri vprašanja ni moč z zanesljivostjo in matematično natančno odgovoriti v tem trenutku. Zaradi tega in

zaradi drugih okoliščin, povezanih tako s sedanjim stanjem kot s tistim v bližnji prihodnosti, je moč postaviti naslednje sheme projekcij potreb po medicinskih sestrah:

1. zagotavljanje stagnantnega števila skladno z demografskimi značilnostmi populacije medicinskih sester (minimalna, ničelna opcija),

2. povečevanje števila medicinskih sester zaradi izpopolnjevanja timov, ki se bodo povečali po številu zaradi postopnega zvečevanja števila zdravnikov (srednja, opcija z začetnim razvojem),

3. povečevanje števila medicinskih sester zaradi prenosa pooblastil na medicinske sestre in nove opredelitve njihovih standardov (maksimalna, razširjena razvojna opcija).

Minimalna ali ničelna opcija omogoča le ohranjanje sedanjega stanja in še to le ob pogoju, da bo izobraževalni sistem (in morebitni uvoz) zmožgel premostiti povečane potrebe ob povečanem upokojevanju v naslednjih desetih letih oziroma ob generacijski spremeni. To pomeni v bistvu le zagotavljanje sedanjega števila medicinskih sester in ne omogoča niti že napovedanega oziroma nakazanega prenosa pooblastil na kader v zdravstveni negi. Seveda bi takšno stanje oziroma razvoj privedla do vzdrževanja sedanjega nezadovoljivega stanja. To ne velja le za babice, ki se vračajo kot dodatni profil, vendar bodo imele tudi zelo jasno opredeljen delokrog v specifičnem delu obravnave bolnikov. Glede na demografske značilnosti populacije medicinskih sester in asimetričnost profesionalne demografske strukture zaradi nihanj v njihovem izobraževanju v preteklosti je pričakovati relativno pomemben odliv medicinskih sester v pokoj v naslednjih 10 do 15 letih. To bo samo po sebi zahtevalo dodaten kader, tudi preko obsega trenutnih zmogljivosti visokih zdravstvenih šol v Sloveniji (glede na prihajajoče število diplomantov).

### **Metodologija projekcij**

Pri pripravi projekcij smo upoštevali veljavne definicije za poklic medicinske sestre, kot jo je določilo mednarodno združenje medicinskih sester ICN in ki jo je smiselno povzela tudi SZO. Tak pristop pri nas vključuje diplomirane medicinske sestre in diplomirane babice ter višje medicinske sestre. Drugih profilov s področja zdravstvene nege v te projekcije zato nismo zajemali.

Elementi projekcij:

1. obstoječi kader na področju zdravstvene nege,
2. priliv z visokih šol za zdravstvo, in sicer s smeri zdravstvena nega,
3. upokojevanje (ob upoštevanju spreminjajočih se predpisov ter deloma retrospektivnih trendov),
4. špekulativna ocena odseljavanja,
5. umrljivost na podlagi dvajsetletnih retrospektivnih podatkov,
6. možen uvoz kadra,
7. različne stopnje rasti povpraševanja – realna rast potreb po medicinskih sestrah.

Pojasnila po posameznih elementih:

1. Obstoječi kader je zajet po podatkih iz Baze podatkov izvajalcev zdravstvene dejavnosti, ki jo upravlja IVZ RS. Kader zajema vse diplomirane in višje medicinske sestre, ki delajo v poklicu, ne glede na kraj opravljanja poklica. Izločili smo le medicinske sestre, ki delajo izključno v izobraževanju.

2. Priliv z visokih šol za zdravstvo je za prihodnje obdobje ocenjen glede na vpis v zadnjih štirih letih. Zadnji vpis je ocenjen kot trenutno največji in kot za zdaj nespremenljiv v celovitih izračunih, ki so bili uporabljeni. Kot možna varianta je možno povečanje priliv s šol, in sicer po nižji varianti za 6 % in po višji za 16 %.

3. Upokojevanje je, glede na obstoječe in pričakovane spremembe, relativno nestabilen element. Kljub temu smo upoštevali maksimalno ohranjanje delovne aktivnosti medicinskih sester do zakonsko predpisanih starosti za doseganje polne starostne pokojnine.

4. Emigracijo je vedno težko oceniti, saj je odvisna od številnih gibanj, ki lahko vplivajo na to odločitev. Stopnja, ki smo jo vgradili, je zelo majhna, tako da je le na ravni do 0,5 % celotne populacije medicinskih sester.

5. Umrljivost aktivnega dela populacije medicinskih sester je ocenjena kot nespremenljiva in takšna, kot je bila po retrospektivnih podatkih. Morda bo ob zaposlenosti do nekoliko višje starosti postala nekoliko večja, vendar ne bi smela bistveno vplivati na preskrbljenost z medicinskimi sestrami.

6. Uvoz kadra bo seveda reguliran po eni strani s prostim pretokom delovne sile v EU, po drugi strani pa s potrebami v slovenskem zdravstvu. Nanj je sicer do določene mere možno in potrebno vplivati tudi z državno regulativo, vendar bo po vstopu v EU to veljalo le za kader nečlanice.

7. Vsak poklic ima neko svojo stopnjo realnega povpraševanja glede na potrebe po storitvah tega kadra in glede na druge splošne okoliščine v dejavnosti. Pri realnem povpraševanju smo imeli namen upoštevati le tisto povpraševanje, do katerega bi lahko prišlo zaradi potreb po zdravstveni negi in po terenskem delu medicinskih sester. To povpraševanje zato ne vključuje posrednega povpraševanja, do katerega bo prišlo zaradi hitrejšega povečevanja števila zdravnikov ter zaradi tehnoloških in procesnih sprememb v zdravstvu.

Čeprav smo pri pripravi tega gradiva pregledali obsežno analitično gradivo, ki je nastalo pri pripravi normativov za področje zdravstvene nege v okviru primarnega zdravstvenega varstva<sup>iv</sup> in za področje bolnišnične dejavnosti<sup>v</sup>, smo se osredotočili predvsem na vsedržavni in celoviti vidik projekcije potreb po medicinskih sestrah. Alokacija kadra po dejavnostih, zvrsteh in celo izvajalcih je stvar mikroalokacije ter tudi načrtovanja na isti ravni in je ni smiselno predpisovati na administrativni način. Vsekakor pa je potrebno trdno strokovno opredeliti vsebine in obseg dela zaradi njegovega kakovostnega vrednotenja znotraj stroke (vloga Zbornice zdravstvene nege), kot tudi zaradi organizacije in nemotenega poteka dela pri izvajalcih zdravstvene dejavnosti.

## Rezultati

Prišlo bo do počasnega, vendar vztrajnega upokojevanja medicinskih sester, katerih vitalno demografski podatki kažejo pomik v desno, torej k večjim starostim. Zato je pričakovati večji odliv v pokoj pomembnega števila medicinskih sester v prihodnjih 10 do 15 letih. V istem obdobju bo prišlo tudi do stabilizacije števila študentov na vseh treh visokih šolah za zdravstvo, ki bodo zato dajale stabilno število diplomantov.

Pri zmerni varianti projekcij (C) vidimo, da bi se v desetih letih povečalo število sester le na podlagi demografskih gibanj populacije medicinskih sester samo za 18 %. Taka rast bi zaostajala za rastjo realnega povpraševanja po medicinskih sestrah za približno deset odstotnih točk po najbolj skromni varianti (1-odstotna realna letna rast). Poudariti velja, da bo v istem obdobju število zdravnikov najverjetneje narastlo za približno 16 % zaradi demografskih vzrokov znotraj zdravniške populacije in bo to dejstvo vsekakor posredno vplivalo tudi na potrebe po medicinskih sestrah – posredni vpliv medicinske inflacije. Primanjkljaj v absolutnem številu bi znašal približno 400 medicinskih sester, kar bi bilo možno prebroditi z uvozom približno 40 medicinskih sester letno v prihodnjih desetih letih. Povečanje števila diplomantov bi bil drug možen ukrep, vendar bi ta lahko dal rezultate šele po letu 2009/2010, torej v drugi polovici tega desetletnega obdobja. Če se izrazimo drugače, bi bilo tako leta 2014 206 oziroma 224 medicinskih sester na 100 000 prebivalcev (glede na ocenjeno število prebivalcev Slovenije – projekcije SURS).

Čez dvajset let bi tako prišlo samo zaradi demografskih gibanj med medicinskimi sestrami do povečanja njihovega števila za 53 % glede na leto 2004. Z upoštevanjem 'zdravstvene inflacije' bi se število povečalo za 77 % glede na leto 2004. Na kompenzacijo razlike med demografskimi gibanji in rastjo potreb v tem obdobju bi lahko vplivali ponovno tako s povečanim prilivom diplomantov visokih zdravstvenih šol v Slovenijo ali/in z uvozom.

Čez trideset let pa bi dosegli raven, pri kateri bi bilo, na podlagi demografskih gibanj, 90 % več medicinskih sester kot leta 2004 oziroma na podlagi upoštevanja rasti povpraševanja za 130 % več medicinskih sester. Sam uvoz na nizki ravni v tem obdobju sploh ne bi več zadostoval, temveč bi ga bilo potrebno še povečati oziroma bi bilo vsekakor potrebno povečati priliv diplomantov z visokih zdravstvenih šol.

## Razprava

Naslednje obdobje v slovenskem zdravstvu bodo glede potreb po medicinskih sestrah močno zaznamovali naslednji dejavniki, in sicer:

1. demografske značilnosti medicinskih sester,
2. gibanje števila diplomantov na smeri zdravstvena nega na visokih zdravstvenih šolah,
3. povečane posredne potrebe zaradi medicinske inflacije, ki jo bo deloma povzročilo povečanje števila zdravnikov in je načrtovano za naslednje dvajsetletno obdobje,

4. povečane neposredne potrebe po medicinskih sestrah, ki bo odraz naslednjih procesov v zdravstvu in družbi:

- staranja prebivalstva in posledične potrebe po prilagodljivejši zdravstveni dejavnosti z raznovrstnostjo storitev, posebno na področju zdravstvene nege ter skrbi in obravnave na domu,
- prenosa pooblastil na diplomirane medicinske sestre in s tem povečanega obsega njihovega dela in storitev – trenutno je to področje težko ovrednotiti v povečanju potreb po medicinskih sestrah,
- reorganizacije v obravnavi bolnikov, pri kateri bo prišlo do intenzivnejše obravnave v krajšem časovnem obdobju, kar bo povečalo potrebe po medicinskih sestrah.

Pri rezultatih oziroma izračunih nismo upoštevali korekcijskega faktorja, o katerem pa bi kazalo razmisliti. Gre za popravek, ki nam prilagodi število kadra na njegov realni izkoristek, saj v tem primeru odštejemo povprečni čas, ko je posameznik odsoten z delovnega mesta zaradi katerega koli vzroka. Večinoma se prizna, da je potrebna korekcija pri ženskah približno 20 %, torej je potrebno za tak odstotek povečati število žensk v kolektivu, da bi bilo možno prilagajanje ob izpadih. Ob sedanjem normiranju pa nikakor ni tako in je ta razlika v odsotnostih eden bistvenih vzrokov, da so ženske prikrajšane.

#### Predlog sklepnih ugotovitev in ukrepov

1. V Sloveniji bomo v prihodnjih desetletjih potrebovali pomembno dodatno število medicinskih sester, ki ga ne moremo v celoti pridobiti le z domačim izobraževanjem.

2. Vitalno demografski podatki populacije medicinskih sester kažejo, da bo v prihodnjih 10 do 15 letih prišlo do prvega dela velike generacijske premene na področju zdravstvene nege.

3. Gre seveda za ocene trendov in ne za natančne izračune, saj je težko načrtovati kadrovske zmogljivosti za toliko časa vnaprej. Vseeno pa se kaže ravnati po grobih značilnostih opisanih trendov.

4. Potrebno bo upoštevati medicinsko in drugo zdravstveno inflacijo ter temu prilagoditi načrtovanje izobraževanja na področju zdravstvene nege. Primerno bi

bilo presoditi o povečanju vpisa na smer zdravstvena nega za še nadaljnjih 10 % na ravni celotne Slovenije.

5. Na podlagi ocenjevanja demografskih sprememb med medicinskimi sestrami lahko pričakujemo, da bodo zadostile le potrebam po obnovi obstoječega kadra in v veliki meri krile vplive posredne učinke medicinske inflacije.

6. Za kritje realnega povečanja potreb po medicinskih sestrah bo potrebno angažirati dodatni kader, in sicer:

- V prvem obdobju do leta 2014 pretežno z uvozom potrebnega dodatnega kadra (približno 40 medicinskih sester letno),
- V nadaljnjem obdobju s povečanim prilivom diplomantov s smeri zdravstvena nega (vsaj za 15 % povečan priliv z vseh treh visokih šol).

7. Ob takih gibanjih bi se število medicinskih sester do leta 2014 povečalo za 640 oziroma za 1052, do leta 2024 za skoraj 1900 oziroma za 2750 in do leta 2033 za 3250 oziroma za 4650. Take spremembe imajo seveda pomembne javnofinančne učinke, ki jih je potrebno oceniti in celovito ovrednotiti ter niso bili predmet pričujoče analize.

8. Večji premiki v tistih elementih, ki smo jih upoštevali kot nespremenljive, npr. odseljevanje in umrljivost, bi lahko privedli do nadaljnjega povečevanja potreb po medicinskih sestrah v Sloveniji.

9. Predlagamo, da se podobno analizo s to ali sorodno metodologijo opravlja na 3 do 5 let zaradi verifikacije nekaterih podatkov.

#### Literatura

- Statistics on the numbers of nurses and midwives – Attempt to understand the definitions used – April 2003. European Commission, Eurostat, Directorate E: Social statistics, Unit E-3: Health, Education, health and culture.
- Draft final report of the ad-hoc Task force on the 'European data on nurses'.
- Direktiva 77/542/EEC, Direktiva 77/543/EEC in amandmaji z dne 10. 10. 1989 in 30. 10. 1989.
- Kersnič P (ur.), Filej B (ur.). Količina in kakovost zdravstvene nege v osnovni zdravstveni dejavnosti: metode, meritve, management in načini za doseganje ciljev. Maribor: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca, 2002.
- Elaborat Kliničnega centra v Ljubljani ob ocenjevanju dela medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov pri določanju kadrovskih standardov za različne ravni oskrbe in različne specialnosti obravnave. Ljubljana: Klinični center, 2003.



## Da noge ne bodo več bolele!







Sigvaris nogavice – edina dokazano učinkovita preventiva proti venski trombozi in otekanju nog



Za vse nas, ženske in moške, ki preveč sedimo in se premalo gibljemo, čutimo bolečine v nogah ali nam noge otekajo.

# TRAVENO

nogavice

generalno zastopstvo in prodaja  
Diafit d.o.o.  
Sp. Slemen 6, Selnica  
tel. 02/ 674 08 52



: : Sigvaris nogavice so na voljo v naših trgovinah ter v lekarnah in drugih specializiranih trgovinah : :



Mednarodni svet medicinskih sester

# Ponaredki ubijajo

Medicinske sestre v boju proti ponarejenim zdravilom



Med zdravili, ki so na voljo na trgu tako v razvitih državah kot v deželah v razvoju, je več kot 10 % ponaredkov.

**Mednarodni dan medicinskih sester**

**12. maj 2005**



# Medicinske sestre za varnost pacientov: boj proti ponarejenim in podstandardnim zdravilom



Dragi kolegi in kolegice,

medicinske sestre smo zaskrbljene zaradi varnosti bolnikov, ker jo ponarejena zdravila čedalje bolj ogrožajo. Mednarodni svet medicinskih sester je to problematiko izbral za osrednjo temo letošnjega mednarodnega dneva medicinskih sester z namenom, da medicinske sestre informira in jim zagotovi orodja za reševanje tega čedalje večjega vprašanja. Ponarejena zdravila predstavljajo več kot 10 % vseh zdravil, ki so na svetu na voljo na trgu, najdemo jih tako v razvitih državah kot v deželah v razvoju. Po ocenah Svetovne zdravstvene organizacije je do 25 % zdravil, ki se uporabljajo v deželah v razvoju, ponarejenih ali podstandardnih.

Leta 2004 so se medicinske sestre v Gallupovi raziskavi že petič v šestih letih worstile v vrh glede poštenja in etičnih standardov v različnih poklicih. Vendar pa zaupanje, ki ga strokovnjaki zdravstvenega varstva in zdravstveni sistemi uživajo v javnosti, spodkopavajo ponarejena zdravila. Zdravje bolnikov je ogroženo in trdno verjamemo, da je treba takoj ukrepati. Ponarejena zdravila so nevarna in neučinkovita. Zaradi njih se zapravljajo viri, ki so namenjeni nakupu, popisovanju, transportu in izdajanju, malo ali sploh nič ne učinkujejo ali pa celo povzročajo katastrofalne rezultate, kot so zastrupitev, invalidnost in smrt.

Tema letošnjega dneva medicinskih sester – Medicinske sestre za varnost pacientov: Boj proti ponarejenim in podstandardnim zdravilom – je začetek in osrednji del večsektorske kampanje pod vodstvom Mednarodnega sveta medicinskih sester, ki vključuje tudi druge zdravstvene poklice, skupine bolnikov, industrijo in zakonodajalce. Namen kampanje je:

- Povečati osveščenost glede obstoja in posledic ponarejenih zdravil.
- Zagotoviti orodja za prepoznavanje ponarejenih zdravil in poročati o vseh sumljivih zdravilih.
- Spodbuditi medicinske sestre in zdravstvene strokovnjake, da z lobiranjem vlade in ustreznih teles opozorijo na obstoj ponarejenih in podstandardnih zdravil ter na nevarnosti, ki jih takšna zdravila prinašajo.

Medicinske sestre so v zdravstvu na najbolj izpostavljenem položaju, zdravila dajejo in pogosto tudi predpisujejo, še posebej v okoljih primarnega zdravstvenega varstva. Smo v dobrem položaju, da spremljamo učinke in stranske učinke zdravil ter moramo biti pozorne na znake ponarejanja, kot je na primer neustrezna embalaža in etiketiranje. Medicinske sestre imajo tudi ključno vlogo pri izobraževanju javnosti o nevarnostih nakupovanja zdravil prek interneta ali na ulici iz nepooblaščenih virov.

Naši bolniki nam zaupajo; naša dolžnost je, da se izkažemo vredne tega zaupanja. Z bojem proti ponarejenim zdravilom medicinske sestre lahko pomagajo, da se bolnikom zagotovi varnost in obnovi zaupanje javnosti v sisteme zdravstvenega varstva.

S spoštovanjem,

Christine Hancock, Predsednica

*Christine Hancock*

Judith A. Oulton, Glavna direktorica

*Judith Aulton*

## Terminologija

### Aktivna sestavina

Sestavina v zdravilu, ki je sposobna delovati pod določenimi pogoji in je odgovorna za učinek na zdravje pacienta.

### Antibiotiki

Antibiotiki so snovi, ki jih proizvajajo mikroorganizmi in ubijajo ali inhibirajo druge mikroorganizme.

### Antimikrobna odpornost

Sposobnost mikroorganizma, da se upre antimikrobnemu sredstvu, kot je antibiotik. Bakterije so lahko po naravi odporne – na antibiotike se ne odzovejo ali pa razvijejo odpornost, tako da postane zdravilo neuporabno. Znana tudi kot odpornost na zdravila.

### Izdelek z znamko

Inovativen farmacevtski izdelek, zaščiten s patentom. Izdelek z znamko je tisti, ki se trži pod blagovno znamko ali

imenom znamke in ne pod kemičnim imenom. Če se zdravilo predpisuje z imenom znamke, se lahko izdaja le izdelek originalnega proizvajalca te znamke.

### Ponarejeno zdravilo

Zdravilo, ki je namerno in z namenom prevare napačno etiketirano glede identitete in/ali vira. Ponarejeni izdelki so lahko izdelki s pravilnimi sestavinami, napačnimi sestavinami, brez aktivne sestavine, z napačno količino aktivne sestavine ali s ponarejeno embalažo.

### Pomožna snov

Farmakološko neaktivna snov, ki se kombinira z zdravilom z namenom, da se zmesi zagotovi primerno fizično obliko in olajša jemanje zdravila.

### Izdelek s pretečenim rokom trajanja

Zdravila s pretečenim rokom trajanja so tista, ki jim je preteklo obdobje uporabnosti. Na zdravilih je vedno datum, do katerega se lahko uporabljajo, ker aktivna sestavina po pretečenem roku trajanja nima vedno toliko učinka ali pa postane neaktivna.



### Prva zdravila

Prva zdravila so tista, ki se predpišejo bolniku brez drugih zdravil kot prva vrsta medikacije na začetku zdravljenja. Druga zdravila se predpišejo kot dodatek prvemu zdravilu, če se stanje bolnika ne izboljša.

### Generični izdelek

Generično zdravilo je terapevtski ekvivalent izvirnega farmacevtskega izdelka, ki mu je potekel patent. Vsebuje iste aktivne snovi in mu je precej podoben, tako da lahko nadomesti izvirni izdelek. Takšna izdelka (izdelek z zaščitenim imenom in generični izdelek) sta farmacevtsko enakovredna, če vsebujeta isto aktivno sestavino ali sestavine in sta identična glede na moč, obliko doziranja in pot jemanja.

### Farmakološki/a/o

Ki se nanaša na zdravilne lastnosti ali učinke določene snovi.

### Podstandardno zdravilo

Beseda podstandarden se uporablja za opisovanje kakovosti pravega zdravila, ki ga proizvajajo pravi proizvajalci. Običajno obstajajo standardi kakovosti ali specifikacije za vsako zdravilo proizvajalcev. Takšne specifikacije so tudi objavljene v uradnih farmakopejah, npr. Farmakopeja Združenih držav, Evropska farmakopeja in Mednarodna farmakopeja Svetovne zdravstvene organizacije. Če se za zdravilo po laboratorijskem testiranju izkaže, da ne ustreza deklariranim specifikacijam, se klasificira kot podstandardno zdravilo.

### Sledilne informacije

Proizvajalci zdravil poskrbijo za sisteme, s katerimi se zdravilu lahko sledi po celotni poti distribucije, od trenutka, ko zapusti tovarno, do takrat, ko pride do bolnika. Sistemi vključujejo naprave za elektronsko sledenje, identifikacijo z radijskimi frekvencami in druge tehnike.

### Nedovoljeno poseganje

Namerno spreminjanje ali ponarejanje zdravila ali njegove embalaže, običajno prikrito ali nepošteno. Nekateri kriminalci dobijo zdravila s pretečenim rokom trajanja, zavrtnjena ali ukradena zdravila ter spremenijo rok trajanja ali sledilne informacije, da izdelke ponovno spravijo v distribucijski sistem. Drugi odstranijo iz embalaže prava zdravila in jih nadomestijo s ponaredki.

### Viri:

Churchill's Medical Dictionary (1898). Churchill Livingstone, Inc. London.  
WHO (2004). The World Medicines Situation.  
[http://www.who.int/medicines/organization/qsm/activities/qualityassurance/cft/counterfeit\\_faq.htm](http://www.who.int/medicines/organization/qsm/activities/qualityassurance/cft/counterfeit_faq.htm);  
<http://www.egagenerics.com/FAQ-generics.htm>  
<http://www.bbriefings.com/pdf/955/Creinin.pdf>

### Kaj je ponarejeno ali podstandardno zdravilo?

Sami po sebi defektni in podstandardni izdelki, kot so ponarejena zdravila, predstavljajo resno grožnjo bolnikom in javni varnosti ter kakovosti nege. Po podatkih ameriške Uprave za hrano in zdravila (FDA) ponarejena zdravila predstavljajo več kot 10 % vseh zdravil na svetu, ki so na voljo na trgu tako v razvitih državah kot v deželah v razvoju. Po ocenah je do 25 % zdravil, ki se uporabljajo v deželah v razvoju, ponarejenih ali podstandardnih.<sup>1</sup> Očitno je, da sta globalizacija in razširjenost uporabe interneta pri prodiranju na trg pripeljala do širjenja ponarejenih izdelkov.

Predvsem bolniki in potrošniki so žrtve ponarejenih zdravil. Da bi jih zaščitili pred škodljivimi učinki ponarejenih zdravil, je nujno, da jim zagotovimo ustrezne informacije in izobraževanje glede posledic ponarejenih zdravil. Medicinske sestre so glavne dobaviteljice zdravstvenega varstva in zato igrajo glavno vlogo pri povečevanju pozornosti v zvezi s ponarejenimi zdravili ter pri povečevanju poročanja o morebitnih ponarejenih zdravilih.

Po definiciji Svetovne zdravstvene organizacije je ponarejeno zdravilo tisto, ki se namerno in z namenom prevare napačno označi glede identitete in/ali vira ter je lahko izdelek s pravnimi sestavinami, a lažno embalažo, z napačnimi sestavinami, brez aktivne sestavine ali z nezadostno količino aktivne sestavine.<sup>2</sup> Mednarodna farmacevtska federacija (FIP) podobno definira ponarejeno zdravilo kot tisto, ki je namerno in z namenom prevare napačno etiketirano glede identitete, sestave in/ali vira končnega zdravilnega izdelka ali sestavine za pripravo zdravilnega izdelka.<sup>3</sup>

Podstandardno zdravilo je po definiciji Svetovne zdravstvene organizacije<sup>4</sup> pravo zdravilo, ki ga izdelata pravi proizvajalec, a ne ustreza specifikacijam in standardom glede kakovosti. Takšna zdravila so posledica neustrezne izdelave ali nepravilnih razmer za skladiščenje. Podstandardni izdelki so lahko rezultat malomarnosti, človeških napak, nezadostnih človeških in finančnih virov ali ponarejanja. Včasih se podstandardna zdravila pojavijo, če se pravi proizvajalec zaplete v kriminalno dejavnost. Če se podstandardna zdravila proizvajajo zato, da se ustvari nezakonit dobiček, postanejo ponarejena.

Ponareja se lahko tako zaščitene kot generične izdelke, zdravila na recept in tista, ki se dobijo v prosti prodaji, kot tudi tradicionalne zdravilne pripravke. Vsebujejo lahko različne sestavine, tako neškodljive kot strupene, v različnih količinah.<sup>5</sup>

Poleg ponarejenih ali spremenjenih *aktivnih* sestavin (sestavin s farmakološkim delovanjem ali drugim neposrednim vplivom na bolezen) obstajajo tudi ponarejene ali razredčene *neaktivne* sestavine (pomožne snovi), ki so prav tako lahko škodljive za paciente. Pomožne snovi se uporabljajo pri sestavljanju zdravil, včasih kot medij za jemanje zdravil, in so na splošno snovi, ki so inertne ali le malo farmakološko aktivne.

V nekaterih državah dobijo kriminalci stara, zavrtnjena ali ukradena zdravila ter spremenijo informacije o roku trajanja ali sledilne informacije, da jih lahko ponovno spravijo v promet. Obstaja tudi nedovoljeno poseganje v izdelek, kot je praznjenje embalaže in polnjenje s ponarejenim izdelkom. Ponarejena zdravila so razširjena v državah, kjer je prišlo do zloma infrastrukture zdravstvenega varstva, na primer v državah, ki jih je opustošila vojna in imajo ohlapne ali nezadostne urejevalne strukture ter sisteme nadzora. Ponarejena zdravila se prav tako lažje pojavijo tam, kjer so osnovna zdravila zelo draga in si jih večina od tistih, ki jih potrebujejo, ne more privoščiti, tako da potrošniki iščejo cenejše izdelke iz drugih virov.

Ponarejena zdravila so nevarna in neučinkovita, ne ozdravijo ali preprečujejo bolezni, za katere so namenjena, ter lahko bolniku škodujejo. Ponarejena zdravila povzročajo zapravljanje virov, ki se porabijo za nakupovanje, popisovanje, transport in izdajanje, le malo oziroma nič ne učinkujejo ali pa imajo celo katastrofalne rezultate za bolnike, kot so zasrtrpitev, invalidnost in smrt. Ponarejena zdravila spadajo med glavne razloge za antimikrobno odpornost nalezljivih



bolezni, kot je tuberkuloza. Ponarejena antimikrobna zdravila na primer lahko povzročijo, da pri bolniku s tuberkulozo, ki bi ga lahko ozdravili v treh mesecih za enajst ameriških dolarjev, bolezen postane odporna na več zdravil in zahteva dve leti zdravljenja, ki je stokrat dražje kot zdravljenje s prvimi zdravili za zdravljenje neopornih oblik bolezni.<sup>6</sup>

### Razsežnost problema

Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije lahko sklepamo, da na dežele v razvoju pride približno 60 % vseh prijavljenih primerov ponarejenih in podstandardnih zdravil.<sup>7</sup> V deželah v razvoju so zdravila, za katera se najpogosteje izkaže, da so ponarejena, na splošno tista, ki naj bi reševala življenja, ne tista, ki so povezana z življenjskim slogom – gre za zdravila, ki se uporabljajo pri življenjsko nevarnih boleznih, kot so malarija, tuberkuloza in HIV/AIDS.

Nedavna raziskava Svetovne zdravstvene organizacije v zvezi s kakovostjo zdravil za malarijo v sedmih afriških državah je pokazala, da je do 38 % tablet klorokina in do 90 % tablet sulfadoksina/pirimetamina podstandardnih. Poleg tega je raziskava, ki jo je izvedla revija Lancet, pripeljala do zaključka, da je do 40 % izdelkov z artesunatom (najboljše zdravilo proti odporni malariji) brez aktivne sestavine in torej nima nobenega terapevtskega učinka. Po ocenah Svetovne zdravstvene organizacije bi se lahko izognili okoli 200 000 smrtnim zaradi malarije letno, če bi bila zdravila tako kakovostna, da bi dejansko zdravila bolezen.

Raziskava Svetovne zdravstvene organizacije o ponarejenih zdravilih v 20 državah med januarjem 1999 in oktobrom 2000 je odkrila, da v 60 % od 325 primerov v izdelku ni bilo aktivne sestavine.<sup>8</sup> Leta 2003 je Svetovna zdravstvena organizacija poročala, da so bili med ponarejenimi zdravili, ki so bila odkrita med letoma 1999 in 2002, analgetiki in zdravila za nadzor nad vročino, antimalariki, antiastmatiki in antialergiki, antibiotiki, hormoni in steroidi.<sup>9</sup>

Po raziskavi Svetovne zdravstvene organizacije je bilo med letoma 1992 in 1994 kar 51 % odkritih ponarejenih zdravil, da sploh niso vsebovali nobene aktivne sestavine. Med ponarejenimi je 17 % vsebovalo napačne sestavine, medtem ko je dodatnih 11 % vsebovalo manjše koncentracije aktivnega medikamenta, kot pa je priporočeno. Nekateri od teh tako imenovanih »medikamentov« so vsebovali strupe, ki lahko povzročijo resno invalidnost ali smrt. Na splošno je imelo le 4 % ponarejenih zdravil isto količino in kakovost medikamenta kot avtentična zdravila.<sup>10</sup>

Trgovanje s ponarejenimi zdravili je bolj razširjeno v državah, ki imajo šibek nadzor in nezadostno uveljavljanje predpisov, pomanjkljivo ali neustrezno ponudbo osnovnih zdravil, neurejene trge ter visoke cene zdravil.

Kot kažejo naslednji podatki, so ponarejena zdravila zelo razširjena in predstavljajo globalno vprašanje.

- Eno od desetih zdravil, ki se prodajajo na svetu, je ponarejeno, nima zdravilnega učinka in prekupčevalcem prinese 32 milijard ameriških dolarjev letno.
- V revnih državah je do 25 % zdravil ponarejenih, še posebej med zdravili, ki se prodajajo na ulici.
- Farmacevtska podjetja še posebej izpostavljajo Kitajsko, Nigerijo in republiko bivše Sovjetske zveze kot epicentre ponarejenih zdravil. Drugi omenjeni viri so Egipt, Pakistan, Indija in Indonezija.<sup>11</sup>
- Leta 1992 je najmanj 233 otrok v Bangladešu umrlo, ker so popili sirup na podlagi paracetamola, ki je vseboval tekočino proti zmrzovanju.

- Leta 1990 je v podobnih okoliščinah umrlo 109 nigerijskih otrok.

- Leta 2001 je zaradi ponarejenih zdravil po ocenah umrlo 192 000 ljudi na Kitajskem.<sup>12</sup> Nekateri umrejo zaradi toksinov v ponarejenih zdravilih, drugi pa zaradi okužbe, ki je nastane, ker ljudje namesto antibiotikov jemljejo ponarejene tablete.

- Leta 2003 je ameriška Uprava za hrano in zdravila izdala opozorilo, da je prišlo na trg skoraj 200 000 ponarejenih stekleničk Lipitorja, ki se množično uporablja za nadzor nad holesterolom, kar je predstavljalo "potencialno veliko tveganje za potrošnike."<sup>13</sup>

- V jugovzhodni Aziji je položaj zelo resen. V Bangladešu je Laboratorij za javno zdravstvo in preizkušanje zdravil med vzorci 5000 zdravil odkril 300 zdravil, ki so bila ponarejena ali pa so bila zelo slabe kakovosti.

- V bolj premožnih državah so najpogosteje ponarejena zdravila, ki spremljajo drag življenjski slog, kot so zdravila za motnje erekcije, hormoni in steroidi, največ se ponareja antihistaminike.<sup>14</sup>

- V Indiji se poleg zdravil za tuberkulozo in malarijo najpogosteje ponareja sirupe proti kašlju. Sirupi proti kašlju, ki vsebujejo dvakrat več kodeina, kot je dovoljeno, se prodajajo kot ponarejeni znanih zdravil z zaščitenim imenom. Raziskave v Indiji so odkrile tudi ponarejena zdravila, ki so vsebovala kredo.<sup>15</sup>

### Kupovanje prek interneta

Prihod interneta je zelo povečal trgovanje s ponarejenimi zdravili, ker je omogočil vzpostavljane spletnih lekarn – spletnih mest, na katerih se prodajajo zdravila. Nekatere spletne lekarne so podružnice pravih lekarn, druge pa obstajajo samo na internetu in pošiljajo zdravila neposredno iz skladišč. Nekatere internetne lekarne se ukvarjajo z nelegalnim in nevarnim predpisovanjem zdravil, pri prodaji zdravil ne zahtevajo receptov in lahko ogrozijo življenje bolnikov.

Internet je razširil trg za tiste, ki hočejo prodajati ponarejena zdravila, tako da so zdaj vsi ljudje na svetu potencialne žrtve. Spletne lekarne spodbujajo ljudi k temu, da si sami postavljajo diagnoze in se sami zdravijo, ker lahko pridejo do zdravil tudi brez zdravstvenega strokovnjaka in kompetentnega nadzora. Licencirani farmacevt na primer sploh ne more pregledati recepta in posvariti glede možnih stranskih učinkov ter polifarmacije.

V nekaterih industrializiranih državah, kjer so zdravila draga, iščejo bolniki vire cenejših farmacevtskih izdelkov. V zadnjih dveh letih se je na primer število zavojčkov z zdravili na recept, ki v Združene države pridejo iz drugih držav, povečalo za 1000 %. Ameriška Uprava za hrano in zdravila (FDA) je raziskala 71 primerov ponarejenih zdravil v zadnjih sedmih letih, vendar pravi, da še vedno prihaja v državo veliko nelegalnih zdravil.<sup>16</sup> Viagra, zdravilo, ki se uporablja za odpravljanje motenj erekcije, je po poročilih najpogostejše ponarejeno zdravilo, ki se prodaja prek interneta.

Leta 1999 je Ameriška nacionalna zveza farmacevtskih komisij (NABP) z namenom preprečevanja nelegalnih spletnih lekarn organizirala prostovoljni program spletnih mest za potrjene internetne lekarne (VIPPS). Program naj bi pomagal javnosti pri prepoznavanju ustreznih licenciranih spletnih lekarn, ki se držijo zveznih zakonov in zakonov posameznih držav. Druge države iščejo načine za vzpostavljane podobnih varovalnih mehanizmov.



Medicinske sestre lahko svetujejo bolnikom, naj ne kupujejo zdravil prek interneta, ker ni jamstva, da gre za avtentične izdelke.

### **Mednarodna potovanja**

Drug način, da ponarejena zdravila pridejo v stik s širšim krogom ljudi, je prek turistov in študentov, ki veliko potujejo. Popotniki včasih obiščejo države, kjer je ponarejanje zelo razširjeno, ker pa jih nihče ni posvaril pred nakupovanjem zdravil na odprtih trgih ali prek interneta, kupujejo zdravila iz virov, ki nimajo licenc. Tržnice na prostem po vsem svetu prodajajo tablete po dozah; nikakršnega jamstva ni, da so takšne tablete resnična zdravila.

### **Posledice ponarejenih in podstandardnih zdravil**

Ponarejena zdravila imajo lahko resne učinke. Glavne posledice so neuspešno zdravljenje, izguba zaupanja javnosti v zdravstveno varstvo, podaljšana bolezen, nepričakovani stranski učinki, antimikrobna odpornost in celo smrt.

Redna uporaba podstandardnih ali ponarejenih zdravil vodi v neuspeh terapije in v številnih primerih lahko povzroči smrt. Med epidemijo meningitisa v Nigru leta 1995 so več kot 50 000 ljudi cepili s ponarejenimi cepivi, dobili so jih kot darilo od države, ki je mislila, da gre za varen izdelek. Imunizacija s podstandardnim cepivom je povzročila 2500 smrti.

Uživanje sirupa proti kašlju s paracetamolom, ki je bil pripravljen z dietil glikolom (strupena kemikalija, ki se uporablja v tekočini proti zmrzovanju), je povzročilo 89 smrti na Haitiju leta 1995 in 30 smrti otrok v Indiji leta 1998.

Leta 1999 je vsaj 30 ljudi umrlo v Kambodži, potem ko so vzeli ponarejene antimalarike, ki so bili pripravljene s sulfadoksin-pirimetaminom (starejši, manj učinkovit anti-malarik) in so se prodajali kot zaščiteno zdravilo Artusenat.

Ponarejena zdravila spodkopavajo zaupanje javnosti v strokovnjake zdravstvenega varstva in zdravstvene sisteme, to pa lahko privede do izogibanja zdravstvenemu varstvu. Poleg tega lahko pripeljejo tudi do tega, da bolniki potrebujejo več storitev zdravstvenega varstva, ker se potem, ko ponarejena zdravila niso učinkovala, obrnejo na različne strokovnjake in centre zdravstvenega varstva.

Medicinske sestre igrajo ključno vlogo pri oskrbi z zdravili in pogosto tudi pišejo recepte in izdajajo zdravila, še posebej v okoljih primarnega zdravstvenega varstva.

Njihov položaj jim omogoča, da spremljajo učinke in stranske učinke zdravil, zato morajo biti pozorne na znake ponarejanja, kot so neustrezna embalaža, etiketa, opis doziranja itd. (glejte orodje). Medicinske sestre so pomembne tudi pri izobraževanju javnosti o nevarnostih nakupovanja zdravil preko interneta ali na ulici iz nepooblaščenih virov. Ni etično, če se bolniku da zdravila, za katera vemo, da so ponarejena in da mu škodijo. Medicinske sestre morajo ustreznim oblastem prijaviti vsa zdravila, za katera sumijo, da so ponarejena.

### **Kaj lahko storijo medicinske sestre in nacionalne organizacije medicinskih sester v boju proti ponarejenim zdravilom**

Medicinske sestre so kot prvenstvene skrbnice zdravstvenega varstva zelo pomembne pri povečevanju budnosti in prijavljanja v zvezi s ponarejenimi zdravili. Glavni indikatorji ponarejenih zdravil so opazne razlike v

videzu zdravila in embalaže glede na original, neučinkovito delovanje ali zelo nizka cena. Orodja za prepoznavanje možnih ponarejenih zdravil so vključena v dodatkih 1 in 2.

### **V vsakodnevni praksi**

Medicinske sestre lahko pomagajo pri prepoznavanju ponarejenih izdelkov s pomočjo neposrednega opazovanja ljudi in izdelkov. Če bolniki rečejo, da:

- predpisano zdravilo nima učinka,
- ima predpisano zdravilo učinek, ki je različen od pričakovanega rezultata,
- embalaža zdravila ni nedotaknjena, npr. ni pravilno zapečaten, rok trajanja je zabrisan itd.,
- je zdravilo drugačnega okusa, trdnosti ali videza kot običajno, morajo medicinske sestre razmisliti o možnosti, da je zdravilo ponarejeno.

Če je izdelek na pogled in otip nenavaden, lahko sklepamo, da je z njim mogoče kaj narobe. Ko medicinske sestre delijo zdravila, morajo biti pozorne na izdelke, ki niso nedotaknjeni, ki so bili spremenjeni, poškodovani ali imajo nezapečaten embalažo.

### **Osveščanje javnosti**

Žrtve ponarejenih zdravil so predvsem bolniki in potrošniki. Da bi jih zaščitili pred škodljivimi učinki ponarejenih zdravil, je nujno, da jim zagotovimo ustrezne informacije in izobraževanje o posledicah ponarejenih zdravil.

Izjava o stališčih Mednarodnega sveta medicinskih sester v zvezi s ponarejenimi zdravili medicinske sestre in organizacije medicinskih sester posameznih držav poziva, naj:

- bodo pozorne na ponarejena in podstandardna zdravila,
- poizvedujejo o vseh sumljivih zdravilih in
- prijavijo ponarejena in podstandardna zdravila ustreznim oblastem.

Mednarodni svet medicinskih sester v svoji izjavi o stališčih v zvezi z antimikrobno odpornostjo<sup>17</sup> poziva k odgovornemu izdajanju receptov ter potrjuje svojo zavezanost, da bo sodeloval z organizacijami medicinskih sester posameznih držav in drugimi, z namenom, da:

- bolnikom in javnosti zagotovi izobraževanje o determinantah antimikrobne odpornosti in preventivnih ukrepih ter
- podpre politike in prakse za nadzor nad okužbami v okoljih zdravstvenega varstva, ki so namenjene preprečevanju bolnišničnih okužb.

Bolniki in potrošniki pričakujejo, da bodo dobili nasvete od državne oblasti, dobaviteljev zdravstvenega varstva, zdravstvenih strokovnjakov in drugih glede tega, kje naj kupijo ali dobijo svoja zdravila in kaj morajo ukreniti, če naletijo na ponarejena zdravila ali če so prizadeti zaradi uporabe takšnih zdravil.

Svetovna zdravstvena organizacija in drugi so nedavno vzpostavili Svetovno zvezo za varnost bolnikov<sup>18</sup>, da bi spodbudili sodelovanje bolnikov pri lastni varnosti. Zveza priznava, da bi bolniki in njihove organizacije lahko igrale pomembno vlogo pri izboljševanju kakovosti in varnosti njihovega zdravstvenega varstva.

Med prednostne naloge v zvezi s sodelovanjem bolnikov pri varnosti sodi to, da medicinske sestre prepoznajo skupine potrošnikov in bolnikov ter vzpostavijo z njimi stik, poskrbijo za poročanje in povratne informacije glede prob-



lematike varnosti bolnikov ter zagotovijo, da so njihovi predstavniki na voljo zdravstvenim sistemom.

Medicinske sestre in organizacije medicinskih sester posameznih držav morajo tesno sodelovati z državnimi zdravstvenimi regulatornimi organi, drugimi poklicnimi organizacijami v zdravstvu, nevladnimi organizacijami in drugimi zainteresiranimi strankami v dejavnostih kampanj, ki so namenjene bolnikom in javnosti z namenom, da se promovira osveščenost v zvezi z vprašanjem ponarejenih zdravil. Posterji, brošure, radijski in televizijski programi so uporabna sredstva za širjenje sporočil in nasvetov.

Dodatek 4 vsebuje model, ki ga je pripravila delovna skupina Svetovne zdravstvene organizacije in lahko pomaga medicinskim sestram in organizacijam medicinskih sester posameznih držav pri razvijanju materialov za nacionalne kampanje. Mednarodni svet medicinskih sester bo hvaležen, če mu pošljete kopije materialov za nacionalno kampanjo ter rezultate takšnih kampanj.

### Na prvi bojni črti

Med dejavnosti, ki se izvajajo za brzdaje ponarejanja, spadajo informacijske kampanje, s katerimi se javnost osvešča glede nevarnosti podstandardnih postopkov, spremljanje izdelkov in vzpostavljanje omrežij za izmenjavo informacij ter znanja s farmacevti, zdravniki in drugimi poklicnimi skupinami. Medicinske sestre in njihove organizacije lahko tudi:

- sodelujejo v prizadevanjih na ravni države za osveščanje in boj proti ponarejanju,
- širijo informacije o ponarejenih farmacevtskih izdelkih, vključno z izobraževanjem medicinskih sester in drugih zdravstvenih strokovnjakov,
- sodelujejo s farmacevti, upravniki ustanov zdravstvenega varstva in drugimi, da vzpostavijo mehanizme za prijavljanje, zberejo in potrdijo bolj natančne podatke o ponarejanju,
- sodelujejo pri spremljanju in poročanju o ponarejenih zdravilih na ravni države. To lahko vključuje pobude za uvajanje brezplačnih telefonskih linij za anonimne prijave o prometu s ponarejenimi zdravili,
- lobirajo za poštene cene zdravil, ker so zaradi visokih cen zdravil v deželah v razvoju te nedostopne za velik del prebivalstva, to pa spodbuja ponarejevalce,
- lobirajo za ustrezno zakonodajo, regulacijo zdravil in policijsko preganjanje ponarejenih zdravil.

Izjava o stališčih Mednarodnega sveta medicinskih sester o ponarejenih zdravilih ([Utrip 3/2005](#)) navaja, kaj je potrebno, da se glede ponarejenih zdravil izobrazijo zdravstveni strokovnjaki in se jim tako omogoči:

- podpreti urejevalne oblasti v posameznih državah v njihovem boju proti ponarejenim zdravilom;
- učinkovito lobirati v lokalnih, regionalnih in vladah držav z namenom, da se vzpostavijo urejevalni mehanizmi, kjer jih še ni; in
- izobraževati bolnike, da bodo ti:
  - spregovorili, če bodo imeli kakšno vprašanje o zdravilu, embalaži, pričakovanih zdravstvenih rezultatih itd.;
  - postavljali vprašanja v zvezi z zdravilom in njegovimi učinki ter možnimi stranskimi učinki;
  - poiskali dejstva o tem, kako naj bi učinkovalo zdravilo

(pričakovani zdravstveni rezultat);

- ovrednotili izbire in razumeli učinek zdravila ter spremljali učinkovitost;
- poročali, če se njihovo zdravstveno stanje ni izboljšalo, o nepričakovanem ali neželenem dogodku, povezanim z zdravilom.

*Medicinske sestre so zelo pomembne za izobraževanje bolnikov in osveščanje javnosti o ponarejenih zdravilih.*

### Prijavljanje ponarejenih zdravil

Če obstaja kakršenkoli sum, da je kako zdravilo lahko ponarejeno, se je treba najprej obrniti na podjetje, ki to zdravilo izdeluje. V zdravstveni ustanovi (npr. na kliniki, v bolnišnici, zasebni praksi) je treba obvestiti druge zaposlene, da obstaja možnost, da se je vanjo prikradel ponarejen izdelek. Obvestiti je treba tudi ustrezne organe pregona (policijo, carino, inšpekcijo). Pomembno je, da se zadržijo vzorci sumljivega izdelka, ker bo potreben dokaz, če gre res za ponarejeno zdravilo.

### Opomba urednika

*Mednarodni svet medicinskih sester (ICN) je federacija 125 organizacij zdravstvene nege posameznih držav, ki predstavlja milijone medicinskih sester vsega sveta. Ker ga od leta 1899 vodijo medicinske sestre za medicinske sestre, je Mednarodni svet medicinskih sester mednarodni glas zdravstvene nege in s svojim delovanjem zagotavlja kakovostno zdravstveno nego za vse ter trdne globalne zdravstvene politike.*

### Za dodatne informacije se obrnite na Lindo Carrier-Walker

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

Elektronska pošta: carrwalk@icn.ch

Spletna stran: www.icn.ch

Povzetek prevoda gradiva ICN – 12. maj 2005 – Izjava o stališčih ICN je v Utripu /marec 2005

1 WHO (2003). *Fact Sheet no. 275, Substandard and Counterfeit Medicines.*

2 WHO (2003). *Ibid.*

3 *International Pharmaceutical Federation (FIP). Statement of Policy on Counterfeit Medicines (2003) www.fip.org.*

4 WHO (2003). *Ibid.*

5 FIP (2003). *Ibid.* WHO (2000), *Overcoming antimicrobial resistance : WHO Report on Infectious Diseases. www.who.int.*

6 WHO (2000), *Overcoming antimicrobial resistance: WHO Report on Infectious Diseases. www.who.int.*

7 WHO (2004). *Essential Drugs and Medicines Policy, Overview.*

8 WHO(2003), *Fact Sheet no. 275. Ibid.*

9 *Wondemagegnehu E (2003). WHO presentation, SMI, London : Combating Pharmaceutical Fraud and Counterfeiting conference.*

10 WHO (2000), *Overcoming antimicrobial resistance : WHO Report on Infectious Diseases. www.who.int.*

11 *BMJ (2002). 324:698 (23 March).*

12 *Washington Post Foreign Service (2002). August 30, 2002; Page A01, Peter S Goodman.*

13 *Jaret P (2004). Los Angeles Times, 9 February 2004.*

14 WHO(2003), *Fact Sheet no. 275. Ibid.*

15 *BMJ (2003). 327:414 (23 August), doi:10.1136/bmj.327.7412.414-b.*

16 *International Chamber of Commerce, Commercial Crime Services (2004).*

17 *International Council of Nurses(2004). Position Statemnet on Antimicrobial Statement.*

18 WHO (2004), *WHO Launches the World Alliance for Patient Safety. Bulletin of the WHO,*

PRISPEVKI V RUBRIKI "TEMA MESECA"  
SO POVZETI IZ ZBORNIKA PREDAVANJ

## Vizija medicinskih sester v pediatrični zdravstveni negi

Minja Petrovič

**Ključne besede:** medicinska sestra; otrok; sodelavci; starši; odgovornost; razvoj strokovnega dela

**Izveček -Izhodišča.** Prispevek prikaže delo medicinske sestre v pediatrični zdravstveni negi. Delo v pediatrični zdravstveni negi je za medicinsko sestro posebni izziv, ker se z delom uveljavlja kot uspešna in ugledna oseba. Strokovne zahteve za delo v pediatrični zdravstveni negi temeljijo na doslednem upoštevanju standardov, ki zagotavljajo varnost bolniku in medicinski sestri ter prispevajo h kakovosti zdravstvene storitve. Predstavi dano okolje in razvoj subspecialnega dela. V Enoti za intenzivno terapijo Kliničnega oddelka za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo letno sprejmemo 400 do 600 kritično bolnih in poškodovanih otrok in je središče intenzivne terapije za otroke v Sloveniji. Zato imamo možnosti za razvoj sodobne zdravstvene nege in možnosti delitve dela do subspecialnosti. Subspecially za medicinske sestre v pediatrični zdravstveni negi narekuje različne stopnje izobrazbe, spretnosti in sposobnosti. Predstavi delo s starši. Iz raziskave o obremenitvah in stresu predstavi samo vprašanja, po katerih je razvidno, da kljub stresu, ki ga doživljajo pri delu, še vedno vztrajajo pri tem. Zato v nadaljevanju izpostavi pomembnost moralno etične držbe, strokovne rasti in prizadevanje za razumevanje partnerstva v pediatrični zdravstveni negi.

Zaključki. Vizija medicinskih sester v pediatrični zdravstveni negi naj poudari delovanje v dobro vseh bolnih otrok in spoštovanje strokovnih standardov, ki zagotavljajo varnost otrokom in medicinski sestri.

### Uvod

Delo v pediatrični zdravstveni negi za medicinsko sestro povsod po svetu, pa tudi pri nas, je izziv, ker se z delom uveljavlja kot uspešna in ugledna oseba. Strokovne zahteve za delo naj temeljijo na doslednem upoštevanju standardov, ki zagotavljajo varnost bolniku in medicinski sestri ter prispevajo h kakovosti.

#### Dano okolje in razvoj subspecialnega dela

V EIT, ki letno sprejme 400 do 600 kritično bolnih in poškodovanih otrok in je središče intenzivne terapije za otroke v Sloveniji, daje možnosti za razvoj procesnega dela. Doizobraževanje medicinskih sester do fakultetne izobrazbe je v takem okolju dalo možnosti še za razvoj subspecialnosti, ki zagotavljajo kakovostno delo v pediatrični zdravstveni negi.

Delitev dela do subspecialnosti temelji na spremenjenih stališčih, da delo ob otroku mora vsebovati red. Vsi ne moremo vsega delati. Subspecially za medicinske sestre zahtevajo različne stopnje izobrazbe, spretnosti in sposobnosti.

Naštela bi samo nekatere od novo razvitih subspecialnosti:

- delo medicinske sestre s centralnimi venskimi katetri (CVK)
- varno in varčno razdeljevanje zdravil
- delo pri izventelesni oksigenaciji (ECMO)

#### Vodenje zdravstvenega tima

Vodenje tima za delo v pediatrični zdravstveni negi mora biti usmerjeno v doseganje kvalitetne storilnosti vseh članov tima. Danes vzpostavljamo stalen pritok informacij pri uvajanju sprememb, ker se je pokazalo, da brez dobre informiranosti vsakega člana zdravstvenega tima spremembe in izboljšave v stroki ne zaživijo. Vodenje ljudi, ki v organizaciji, kot je naša in je dobila v letu 2000 odlikovanje odličnosti na državnem nivoju, ni povsem enostavno. Samo za vzdrževanje mirnih medsebojnih odnosov je potrebno razumeti vso tekmovalnost, ki jo razvijamo medicinske sestre na svojem področju in zdravniki na svojem. Želja po lastnem potrjevanju vpliva na razvoj dela, po drugi strani pa predstavlja velik napor pri vodenju in vzdrževanju dobrih medsebojnih odnosov.

#### Delo s starši

Delo s starši je zahtevno, posebno za medicinsko sestro, ki je 24 ur izpostavljena kritični presoji. Srečuje se z otroki, ki so darovalci organov, ki so kronično in neozdravljivo bolni ter z umirajočimi. Za razumevanje čustvovanja in vedenja staršev ni odvisna empatija posameznika, ampak tudi znanja, s katerim se sproti opremlja. Vemo, da družinski člani najdejo pot premagovanja stresa in žalosti, ko imajo kritično bolnega in poškodovanega otroka ali ko ta umira, samo če so pri tem ustrezno spremljani. Zato so ob umirajočem otroku oče, mati, medicinska sestra in zdravnik.

#### Odgovornost prve razpoznave

Odgovornost za zdravljenje otrok nosijo zdravniki, vendar pa je tako imenovana odgovornost prve razpoznave na medicinski sestri. Kdaj se pojavi odgovornost prve razpoznave? Pojavi se vedno, ko se zdravstveno stanje otroka



poslabša in spremenili. Prva in pravočasna presoja za prepoznavanje kritičnega stanja do klicanja zdravnika in prvih ukrepov je vedno obremenjujoča za medicinsko sestro. Odgovornost prve razpoznavne se razširi tudi na odgovornost v zvezi z nujnimi ukrepi. Vedno ostajajo dileme, kaj pa če bi morali v danem trenutku narediti nekaj drugega, kot tisto kar smo.

#### Obremenitev in stres

Obremenitve in stres se veliko obravnavajo v EIT. Iz naše raziskave pa bi povzela samo tisto, zakaj kljub vsem obremenitvam in stresu, ki ga doživljajo medicinske sestre ob delu, še vedno vztrajajo in opravljajo delo v EIT. Odgovor na vprašanje, zakaj vztrajajo na delu v EIT:

- |  |      |
|--|------|
| - delo je strokovno zanimivo               | 90 % |
| - delo je ustvarjalno                      | 79 % |
| - čutim, da mi sodelavci in starši zaupajo | 75 % |

#### Moralna etična drža in strokovna rast

Lahko se vsi skupaj vprašamo, koliko dejansko delamo na oblikovanju svoje lastne in strokovne rasti. Brez spoštovanja etičnih prvin in moralnih odlik poštenosti in odgovornosti ne moremo govoriti o strokovni rasti posameznika. Izpostavljeni smo kritični presoji sodelavcev in staršev. Ampak brez izdelane lastne kritične presoje, ne moremo govoriti o moralni, etični drži, ki je še kako potrebna za delo v EIT. Zato je toliko bolj pomembno, da krepimo dobre medsebojne odnose ter razumemo pomen partnerstva.

#### Kaj naj bi pomenilo partnerstvo pri zdravljenju bolnih otrok

V središču naše pozornosti je otrok, zato bi medicinskim sestram, zdravnikom in staršem moralo biti v interesu, da po svojih najboljših močeh pripomorejo k ponovni ozdravitvi otroka. Zavedati se moramo, da vsi, pa vendar različno,

prispevamo k ozdravitvi, lajšanju bolečin in trpljenja, da smo vsi poleg otroka, ko ga pozdravimo in odpustimo iz bolnišnice pa

tudi takrat, ko nam ne uspe rešiti njegovega življenja.

Zakaj je potem tako težko doseči partnerstvo? Ko bomo vsi razumeli, da partnerstvo pomeni samo enakopravni odnos med medicinskimi sestrami, zdravniki in starši in da vsi po svojih zmožnostih prispevamo za dobrobit otroka, bo prišlo do sožitja in takrat bomo lahko rekli: "Dosegli smo partnerstvo pri zdravljenju bolnih otrok".

#### Zaključek

##### Kako naprej ?

Nadaljnji razvoj dela v pediatrični zdravstveni negi bo temeljil na strokovnem napredku. Razumeti moramo, da bo potrebno delo v pediatrični zdravstveni negi še naprej opravljati strokovno in odgovorno. Izključno upoštevati stopnjo ogroženosti življenja in upoštevati načelo enakosti in enakopravnosti otroka, ne glede na njegov status. Vedno delujemo v dobro vseh bolnih otrok in spoštujemo strokovne standarde za zagotavljanje njihove varnosti. Sproti vrednotimo svoje delo in se aktivno prilagajamo vsem spremembam, ki bodo vodile v nadaljnji razvoj strokovnega dela v pediatrični zdravstveni negi.

#### LITERATURA

1. Disch J *Critical Care Nursing*. Philadelphia: 1993:11-8
2. Petrovič M. Dotik, nasmeh in strokovno delo so skrivnosti uspešne medicinske sestre pri bolnem otroku. Zbornik predavanj. *Etične dileme, dokumentiranje in pravna zaščita medicinskih sester*. Zbornica zdravstvene nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester in ZT Slovenije. Pediatrična sekcija. *Debeli rtič* 2001: 38-40.

Zdrav in dober tek

**prema**

100% slastno, vseseda!

Vitaquell SOJA Dessex

www.prema.si

01 510 11 35

12, 1000 Ljubljana

10



# Definicija medicinske sestre v pediatrični zdravstveni negi z vidika Evropskega združenja pediatričnih medicinskih sester

Beisa Žabkar

**Ključne besede:** medicinska sestra, pediatrična zdravstvena nega, izobraževanje pediatričnih medicinskih sester v Evropi.

**Izvleček:** V uvodnem delu so opisane spremembe, zaradi katerih lahko pričakujemo v prihodnosti večje zahteve pri delu v pediatriji na primarni ravni. V nadaljevanju prikazujem kdo je Mednarodni svet medicinskih sester. Regionalno združevanje pediatričnih medicinskih sester v Evropi je znano kot Evropsko združenje pediatričnih medicinskih sester. Z definicijo medicinske sestre v pediatriji želi dvigniti kvaliteto dela zdravstvene nege v pediatriji. Na koncu predstavljam raziskovalno nalogo na področju izobraženosti medicinskih sester v pediatriji, katero je opravila kolegica iz Italije Immacolata Dall'Oglio, pediatrična medicinska sestra, zaposlena na kirurškem oddeleku za neonatologijo v otroški bolnišnici Bambino Gesù v Rimu in je profesorica pediatrične zdravstvene nege na univerzi La Sapienza v Rimu.

## 1. Uvod

Na državni ravni imamo nacionalni zdravstveni načrt, ki pokaže ključne poteze zagotavljanja zdravstvenega varstva v državi. V državi potekajo reforme in najbolj pomembna poteza teh reform je postopen, a stalen premik od prvobitno službe za bolne k poudarjanju zdravja in storitev, ki jih vodijo v primarno zdravstveno varstvo. Za te zelo razširjene reforme obstajata dva razloga. Prvi je, da nobena država nima neomejenih finančnih virov, drugi pa je humanitaran. Širi se spoznanje, da je temeljna pravica vseh ljudi, bogatih in revnih, mladih in starih, imeti enak dostop do zdravstvenega varstva in da živijo zdrava življenja. V zdravstveno nego v pediatriji je zato potrebno prenesti posamezna znanja iz bolnišnic v dispanzerje in obratno. V obdobju hitrih sprememb se pojavlja vse večja potreba po sodelovanju in združevanju v zdravstveni negi.

## 2. »Potreba po zdravstveni negi je univezalna« (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 po svoji predanosti, da negujejo ljudi in jim služijo.

**2.1 Mednarodni svet medicinskih sester (ICN) je zveza** več kot 120 nacionalnih organizacij zdravstvene nege, ki predstavlja milijone medicinskih sester z vsega sveta. Od leta 1899 ga vodijo medicinske sestre za medicinske sestre, je mednarodni svet medicinskih sester mednarodni glas zdravstvene nege in s svojim delovanjem zagotavlja kakovostno nego za vse. ICN nam mesečno posreduje različna obvestila, informacije, strokovna izhodišča in druge za zdravstveno nego in medicinske sestre pomembne dokumente. Večino posredovanega je objavljeno v Utripu.

**2.2 Mednarodno združenje pediatričnih medicinskih sester** je ustanovljeno z namenom, da združi medicinske sestre, ki delajo z otroki in mladostniki po celem svetu. Namen in cilji so: izboljšati zdravljenje otrok in mladostnikov po celem svetu, uporabiti otrokove pravice iz Mednarodne konvencije združenih narodov za podporo in zaščito zdravja in razvoja otrok, pospešiti izmenjavo informacij med pediatričnimi medicinskimi sestrami za pomoč vsem otrokom.

**2.3 Regionalno združevanje pediatričnih medicinskih sester v Evropi** pa je znano kot **Evropsko združenje pediatričnih medicinskih sester** (v nadaljevanju EZPMS) in bo sprejelo enake namene in cilje, ter jih apliciralo v Evropi.

Skozi aktivnosti bo mreža EZPMS skušala zagotoviti, da imajo otroci, mladostniki in družine v Evropi zagotovljene pravice do kvalitetne zdravstvene nege.

Na podlagi tega EZPMS namerava:

- Osnovati in sporočiti jasno vizijo za delo pediatričnih medicinskih sester v Evropi;
- Zagotoviti standarde dela v pediatrični zdravstveni negi, izobraževanju, managementu in raziskovanju;
- Zagotoviti prosto gibanje pediatričnih medicinskih sester med Evropskimi državami skozi priznavanje različnih izobraževalnih programov in profesionalno registracijo;
- Informirati in svetovati Evropskim organizacijam in ostalim na področju pediatrične zdravstvene nege;
- Komunicirati in sodelovati z ostalimi zdravstvenimi organizacijami v Evropi, še posebej z Evropskim združenjem za otroke v bolnišnici.

Vsa pediatrična združenja zdravstvene nege v Evropi so povabljeni k sodelovanju, ker je lahko le enoten in močan glas pomemben pri izhodiščih:

- Definiciji pediatričnih kompetenc v zdravstveni negi;
- Dvigovanju pomembnosti poklica pediatrične medicinske sestre in zdravstva v Evropi;
- Zagotavljanju prehajanja kvalifikacije v Evropi.

Nova mreža bo tudi zagotovila pomembnost združenj v različnih državah, za izmenjavo informacij in pripomočkov, kot so: standardi dela, priporočeno število medicinskih sester na oddelkih, izobraževalni program in metode izobraževanja.

**3. Medicinska sestra** je oseba, ki je zaključila najmanj dvanajstletno splošno in/ali strokovno izobraževanje in končala visoko strokovno izobraževanje s področja zdravstvene nege ter ji je ustrezn organ podelil pravico za samostojno delo v zdravstveni dejavnosti. V okviru svojih kompetenc je usposobljena za zadovoljevanje potreb po zdravstveni negi in oskrbi, za zdravstveno vzgojo in izobraževanje, za organizacijo dela in razvojno raziskovalno de-



javnost (Zbornica zdravstvene nege Slovenije-Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije)

**3.1 Definicijo pediatrične medicinske sestre**, katero so sprejele že na prvem sestanku 19. 03.2004, nam je podala v pisni obliki in nas prosila za prevode v materinem jeziku, citiram definicijo pediatrične medicinske sestre:

**Pediatrična medicinska sestra** (definicija ICN) je medicinska sestra, oseba, ki je uspešno zaključila priznано teoretično in praktično izobraževanje iz znanja zdravstvene nege dojenčka, otroka in mladostnika. Lahko rečemo, da je postavljen standard definicije kateri velja za Evropo.

**Prva pomembna naloga Evropskega združenja pediatričnih medicinskih sester (EZPMS)** je zaščita otrokovih pravic, podpora zdravstveni negi otroka, opredelitev dela specifičnih zdravstvenih služb za zdravstveno nego, prepoznavanje in ugotavljanje otrokovih in družinskih potreb, bolnišnic in društev v Evropi. Ker sta otrok in družina enotno obravnavana v EZPMS, je enaka odgovornost do obeh in zato moramo sodelovati z otrokom in staršema (partnership).

**Druga pomembna naloga EZPMS** je skrb za otroke vseh starosti, od novorojenčka do mladostnika. Vsi otroci v različnem razvojnem obdobju se različno odzivajo na bolezen in okolje in zaradi tega potrebujejo specifično in individualno obravnavo. Za ugotavljanje otrokovih potreb v različnem razvojnem obdobju na področju fizičnega, psihičnega, duševnega in socialnega stanja EZPMS potrebuje specifična znanja in izkušnje za prepoznavanje teh potreb in zahtev, ter za razvoj stroke v prihodnosti.

#### 4. Izobraževanje medicinskih sester v pediatrični zdravstveni negi v Evropi

Zakaj je tako pomembno se pogovarjati o izobraževanju pediatričnih medicinskih sester v različnih državah Evrope? Najprej moramo odgovoriti na to vprašanje, da bomo lažje razumeli kaj moramo poiskati.

Predlagam štiri odgovore:

1. Za razumevanje osnov pediatrične zdravstvene nege in njene vloge v vseh evropskih državah;
2. Za svobodno izmenjavo pediatričnih medicinskih sester v Evropski uniji (EU);
3. Za definiranje strokovnega področja in standardov;
4. Za primerjavo učnih načrtov, ugotavljanje razlik v učnih programih in uporabo novih učnih metod.

Prvi odgovor že ima naslednje zelo pomembno vprašanje: »Kaj najbolj potrebujeta otrok, družina in družba?«  
Pediatrično medicinsko sestro ali eno medicinsko sestro za vsa področja zdravstvene nege? Pravzaprav v Evropi obstajajo različni izobraževalni programi.

**5. Predstavljam raziskovalno nalogo** katero je opravila Immacolata Dall'Oglio, pediatrična medicinska sestra, zaposlena na kirurškem oddelku za neonatologijo, v otroški bolnišnici Bambino Gesù v Rimu in je profesorica pediatrične zdravstvene nege v La Sapienza Univerze v Rimu, katero je opravila med septembrom in oktobrom leta 2003.

Cilj je bil zbrati nove informacije o izobraževalnih programih za pediatrične medicinske sestre in ugotoviti razlike. Populacija so bile medicinske sestre v različnih državah Evrope. Z njimi je navezala stike: personalno in institucionalno (Univerze). V anketi je razložila cilje raziskovalne naloge in prosila, da ji razložijo izobraževalni sistem.

V Evropi obstajajo trije izobraževalni programi za medicinske sestre v pediatriji. Tako obstajajo: pediatrične medicinske sestre, splošne medicinske sestre in diplomirane medicinske sestre. Prisotno je pomanjkanje izobraževanja iz pediatrične zdravstvene nege.

Različna izbira izobraževalnih programov zavisi od:

- pomembnosti neonatalne zdravstvene nege,
- natalitete,
- števila medicinskih sester,
- let izobraževanja in plače.

Dva pomembna dokumenta Evropske unije opisujeta te spremembe: poročilo o izobraževanju pediatričnih medicinskih sester Evropske unije (april,1986) in študija specializiranih medicinskih sester v Evropi (avgust, 2000). Ne obstajajo novejši dokumenti o izobraževanju pediatričnih medicinskih sester.

#### 5.1 Rezultati raziskovalne naloge so:

1. Srednje pediatrične medicinske sestre: Avstrija, Nemčija, Italija in Velika Britanija.
2. Višje pediatrične medicinske sestre: Estonija, Finska, Francija, Grčija, Irska, Luksemburg, Španija, Švica, Belgija, Avstrija, Nemčija, Velika Britanija, Italija.
3. Pomanjkanje specifičnih izobraževanj: Hrvaška, Slovenija, Danska, Nizozemska, Portugalska.

Specializacijo za pediatrično medicinsko sestro imajo: Nemčija, Irska v srednji Šoli in Velika Britanija v visokošolskem izobraževanju.

Samo v Avstriji pediatrična medicinska sestra skrbi za otroka. Trenutna situacija nam narekuje težave pri prostem prehajanju kadra v Evropi in Evropski uniji.

Raziskovalna naloga je pokazala splošne poglede na izobraževanje pediatričnih medicinskih sester. Lahko bi to bil korak naprej. Januarja 2005 smo sodelovale v anketi EZPMS in na podlagi teh rezultatov se bodo oblikovala stališča za naprej.

#### 6. Zaključek

Pri nas smo prepričane, da opravljamo dobro in kvalitetno pediatrično zdravstveno nego. V prihodnosti pa moramo strmeti k uporabi pripomočkov kateri nam bodo zagotovili odličnost pri delu. Morale bi vsekakor razmišljati o poenotenju pediatrične zdravstvene nege na državni in Evropski ravni. S kolegicami iz Evropskih držav se bomo trudile, da to dosežemo z minimalnimi spremembami. S takimi, ki ne bodo posegale v naše dobro dosedanje delo in pripomogle k boljši prihodnosti vseh otrok. Velika naloga je pred Razširjenim in Izvršnim odborom naše sekcije in prepričana sem, da bomo uspeli še naprej posodabljati pediatrično zdravstveno nego.

#### 7. Literatura

1. RCN Conference for nurses working with children and young people. *Moving things forward, Diversity in practice*, od 01.10-02.10.2004, York., England: 15-25.
2. Mednarodni svet medicinskih sester predlaga usmeritev o globalnih kompetencah medicinske sestre. *Utrip št.7-8, avgust 2004:14.*
3. Underman Boggs K. *Professional Communication skills for Nurses, Pennsylvania 1999:217 – 219.*



# Pomen standardov za izboljšanje kakovosti v zdravstveni negi v Splošni bolnišnici Celje

Darja Plank

**Izveleček:** Standardi so eden izmed bistvenih elementov za zagotavljanje kakovosti zdravstvene nege. Pisanje polonopomenskih standardov zahteva poleg veliko strokovnega znanja in motiviranosti tudi poznavanje in izbiro ustrezne metodologije dela. Članek na kratko predstavi metodologijo E. Mason, ki je zelo uporabna in lahko razumljiva. Standardi so primerni, razumljivi, merljivi, objektivni in izvedljivi.

Razmere na področju zdravstva so vedno bolj zapletene in to zahteva tudi spremembe v pristopu zdravstvene nege, ki postaja vedno bolj kompleksna, visoko strokovna, individualizirana in holistična. Še prevladujoča tradicionalna funkcionalna oblika dela ne zagotavlja niti celostne nimalokrat niti varne obravnave bolnika. Posamezni elementi procesne metode dela se sem ter tja sicer pojavljajo, toda ker metoda ni celostna in enovita seveda ni učinkovita. Oblikovati bo potrebno enotne postopne in nove cilje in si prizadevati za spremembo vrednot, stališč in prepričanj v naših vrstah, kar pomeni, da bodo organizacijske spremembe zahtevale spremembe organizacijske kulture in bodo v tem smislu tudi moralno delo.

Ustvarjanje pogojev za uveljavitev sodobne, kakovostne in učinkovite zdravstvene nege ne smemo razumeti le kot našo dobro voljo, da nekaj spremenimo na bolje. Ne gre le za prizadevanje nekaterih entuziastov, vizionarjev in teoretikov, ki razmišljajo samo na abstraktni ravni, pa tudi ne za prizadevanja posameznih prizadevnih strokovnjakov iz prakse.

Da ustvarimo te pogoje nas obvezujejo razmere, v katerih živimo in delujemo. Vemo, da se družbeno ekonomski odnosi in delovni pogoji spreminjajo, največkrat slabšajo. Tako v družbi kot znotraj zdravstvene dejavnosti ostaja zdravstvena nega brez posebnega vidnega priznanja in njen prispevek v družbi ostaja neopažen. Zdravstvena nega se mora prilagajati družbenim spremembam, zahtevam za večjo učinkovitost, predvsem pa potrebam bolnikov/varovancev. Bolniki/varovanci se vse bolj zavedajo svojih pravic in zahtevajo višjo kakovost zdravstvenih storitev in v okviru teh tudi višjo kakovost zdravstvene nege.

Kakovost je pojem, ki ga je na kratko težko opredeliti. Besedo pogosto uporabljamo, vendar je mnenje o tem, kaj je kakovost, subjektivno. To je odvisno od osebnih pričakovanj, vrednot in ocene posameznika.

Veliko časa porabimo za to, da bi v vsaki specialnosti zdravstva postavili temelje za razvoj sodobnega, učinkovitega, uporabniku prilagojenega, plačniku pa sprejemljivega strokovnega dela v sklopu zdravstvenega sistema.

V zadnjih letih pa vse bolj spoznavamo, da bomo naredili naše delo vidnejše le z elementi, ki zagotavljajo za izvajalca in uporabnika varno, strokovno, kvalitetno in učinkovito izvajanje storitev in uslug, za katere smo se tudi izobraževali in si pridobili diplomu.

STANDARDI so eden izmed teh temeljev. Za njihovo pisanje se nismo popolnoma usposobili v šoli. Lahko pa zelo učinkovito izkoristimo teoretična znanja in praktične izkušnje tistih skupin in institucij v tujini, ki se s standardiziranjem ukvarjajo že nekaj desetletij.

Ko smo se odločili, da bomo pisali in sprejemali negovalne standarde, potem moramo vedeti, da gre pri tem za zagotavljanje dogovorjene **kakovosti v zdravstveni negi**. Zagotavljanje kakovosti pa je proces, ki zagotavlja najvišjo možno raven zdravstvenega varstva za vse osebe in si prizadeva za nenehen razvoj in izboljšavo.

V zdravstvu se kakovost odraža na zdravstvenih storitvah. Vešana je na določene informacije in odnose, predstave o potrebah. Glede na dejstvo, da človeške odnose težko merimo, torej kakovost v zdravstvu težko dokažemo. Pri tem ne gre le za to, ali je bilo delo opravljeno, ampak tudi za to, **kako** je bilo opravljeno.

Zahteva po uvajanju standardov v zdravstveno nego je vedno bolj aktualna. Omejena sredstva v zdravstvu silijo tudi medicinske sestre, ki predstavljamo številčno najmočnejšo skupino v zdravstvu, da svoje delo transparentno prikažemo in da podamo informacije o *kvantiteti in kvaliteti* zdravstvene nege.

Ko se odločamo za program zagotavljanja kakovosti, si prizadevamo, da bomo dosegli čim večjo učinkovitost in čim boljše rezultate:

- pri izboljševanju ali vzdrževanju človekovega/bolnikovega zdravstvenega stanja,
- pri izboljševanju ali vzdrževanju njegovih funkcijskih sposobnosti,
- pri zagotavljanju psihofizičnega ugodja (bolnikovo dobro počutje),
- pri doseganju bolnikovega zadovoljstva po opravljeni zdravstveni negi.

**Kakovost v zdravstveni negi** je rezultat dela vseh v ekipi, ki so vključeni v proces zdravstvene nege in si prizadevajo doseči naslednje cilje:

- preprečevanje napak pri delu;
- morebitne napake analizirajo sproti;
- se nenehno strokovno izobražujejo;
- so motivirani za čim boljše kvaliteto zdravstvene nege;
- imajo razvito samokontrolo;
- razvijajo ugled stroke in zavoda;
- želijo doseči zadovoljstvo uporabnika in izvajalca zdravstvene nege.

Eden izmed kazalcev kakovosti zdravstvene nege so prav gotovo *standardi zdravstvene nege*.

*Standardi zdravstvene nege* so sprejete in veljavne norme, ki opredeljujejo aktivnosti zdravstvene nege in stopnjo kakovosti zdravstvene nege. So sredstva oziroma orodje za merjenje kakovosti.



E. Mason pravi, da je negovalni standard veljavna definicija kakovosti zdravstvene nege, ki vključuje kriterije, s katerimi lahko vrednotimo učinkovitost zdravstvene nege.

Da bi zagotovili kakovost, mora biti vsak standard veljaven, dinamičen, da ga je možno prilagajati in spreminjati.

#### Značilnosti standardov

Standardi morajo odražati vidike sodobne zdravstvene nege, najnovejše ugotovitve raziskovalnega dela, podprte s praktičnimi izkušnjami, strokovno usposobljenost in pristojnosti članov negovalnega tima. Obenem pa morajo odražati tudi specifičnost posameznega področja zdravstvene nege. Standardi opredeljujejo tudi pogoje za izvajanje zdravstvene nege in pričakovane rezultate.

Donabedian je razdelil standarde na standarde strukture, procesa in izida. E. Mason pa poleg teh omenja tudi standarde vsebine.

**STANDARD STRUKTURE** opisujejo vire za kakovostno izvajanje zdravstvene nege, obenem pa se v oblikovanem standardu odraža kakovost menedžmenta v zdravstveni negi.

Kriteriji standardov strukture opisujejo, kaj moramo zagotoviti, da dosežemo pričakovane rezultate.

V kriterijih strukture opredelimo:

- izvajalce zdravstvene nege – *kdo* bo to naredil (upoštevamo izobrazbo, usposobljenost in strokovna znanja, pristojnosti in odgovornosti ter določimo število);
- strokovnjake drugih področij, kadar sodelujejo pri izvedbi;
- prostor – *kje* bo narejeno;
- opremo in pripomočke – *s čim*;
- pomožne in podporne službe;
- zahtevano znanje izvajalcev;
- literaturo, vire, kjer si izvajalci osvežijo ali poglobijo znanja;
- dokumentiranje: navedemo kam dokumentiramo.

Torej v kriterijih standardov strukture opišemo *kdo*, *kje* in *s čim* bo izvedel določeno aktivnost.

**STANDARD PROCESA** s kriteriji opiše, katere akcije je potrebno izvesti (*kaj*), *kako pogosto* in *kdaj*. Kadar je akcija vezana na komunikacijo, opišemo vsebino – kaj povemo, kaj učimo, da dosežemo rezultat, ter opišemo oblike in metode dela.

**STANDARDI IZIDA** opredelijo pričakovane rezultate ali izide. V kriterijih standardov izida zapišemo, *kakšen izid* pričakujemo in *kdaj* ter *kako* ga prepoznamo.

S standardom izida merimo zadovoljstvo bolnika, pričakovano spremembo v bolnikovem zdravstvenem stanju in znanju bolnika (vedenje o bolezni, zdravstvenem stanju, življenjskem slogu...)

Standardi izida usmerjajo medicinsko sestro oziroma ji določajo, kaj mora pri bolniku ugotavljati.

Po kriterijih standarda izida ocenjujemo stopnjo kakovosti zdravstvene nege.

Standardi zdravstvene nege določajo prakso zdravstvene nege in predstavljajo vsebino odlične (zelo dobre) zdravstvene nege. Predstavljajo, kakšni viri so potrebni (struktura), kaj naj bo storjeno (proces) in kakšne koristi bi imel bolnik (izid) od dobre zdravstvene nege.

Vsi trije standardi so soodvisni zato je smotno, da vse tri komponente vnesemo v vsak standard. Pri opisu NS je za

aplikacijo v prakso moteče, če vsako komponento opišemo posebej.

MS potrebuje v praksi standard v takšni obliki, ki ji bo omogočil hiter pregled nad tem, kaj je v določeni situaciji b i s t v e n o i n p o t r e b n o.

Medicinske sestre so pri pisanju standardov zdravstvene nege spoznale nekatere lastnosti značilne za dobro napisane standarde in jih strnile v zahteve, ki jih v angleškem jeziku imenujemo **RUMBA**:

**R** (relevant) – primerni, realni

**U** (understandable) – razumljivi

**M** (measurable) – merljivi

**B** (behavioral) – objektivni

**A** (attainable) – dosegljivi, izvedljivi

Te lastnosti moramo upoštevati pri razvijanju standardov in vrednotenju napisanih standardov, ko ugotavljamo ali standardi izpolnjujejo posamezne zahteve za predvideno dejansko uporabo.

Avtorica E. Mason je oblikovala metodologijo razvijanja – pisanja polnopomenskih negovalnih standardov, ki je zelo primerna za medicinske sestre, ki so začetnice pri postavljanju standardov v svoji praksi. Avtorica korakoma (step-by-step) razvija standarde procesa, standarde izidov in standarde vsebine za negovalne intervencije. Standardi določajo aktivnosti medicinske sestre/zdravstvenega tehnika, ki jih izvaja v dobro bolnika in pričakovane rezultate, ki jih spoznamo pri bolniku po izvršeni zdravstveni negi.

#### PISANJE STANDARDOV ZDRAVSTEVME NEGE V SPLOŠNI BOLNIŠNICI CELJE

Pobude za pisanje negovalnih standardov oz. za posodobitev pridejo iz posameznih oddelkov oz. služb ali medicinske sestre za izobraževanje (zadolžene za standarde zdravstvene nege).

Za nastanek negovalnega standarda sta zadolženi ena ali dve medicinski sestri s področja dela, ki se nanaša na negovalni standard. Osnutek negovalnega standarda uredi in kritično pregleda medicinska sestra za izobraževanje ter po potrebi še medicinska sestra za obvladovanje bolnišničnih okužb. Negovalni standard nato posredujemo v kritični pregled in razpravo kolegiju koordinatork posameznih strokovnih področij, ki poseduje pripombe, mnenja, dopnila, ... medicinski sestri za izobraževanje. Le ta skupaj z avtorjem-ico negovalnega standarda pregledata prispela mnenja, predloge in jih glede na strokovne podlage upoštevata ali ne. Takšen negovalni standard, z morebitnimi korekcijami, razdelimo vsem glavnim medicinskim sestram oddelkov in služb in jih poprosimo, da ga temeljito in kritično preberejo. Morebitna dopnila, dodatke, pripombe pošljejo medicinski sestri za izobraževanje, ki jih ponovno skupaj preučijo z avtorjem-ico in po potrebi še z medicinsko sestro za obvladovanje bolnišničnih okužb ter drugimi usreznimi strokovnjaki.

Negovalni standard z vsemi korekcijami pošljemo vsem glavnim medicinskim sestram oddelkov in služb, skupaj z vabilom na Kolegij glavnih medicinskih sester in tehnikov oddelkov in služb. Nato medicinska sestra za izobraževanje na Kolegiju ponovno predstavi negovalni standard, sporoči morebitne spremembe in izroči negovalni standard v sprejem.

Vsak negovalni standard sprejme najvišji organ zdravstvene nege; to je Kolegij glavnih medicinskih sester in tehnikov oddelkov in služb.



## Zaključek

Pisanje negovalnih standardov je izjemno zahtevno delo, zahteva veliko strokovnega znanja, izkušenj in predvsem veliko motivacije. Hkrati pa je negovalni standard dokument, v katerem so združena sodobna znanja zdravstvene nege in izvajalce vzpodbuja k opazovanju in razmišljanju, torej k vse-življenjskemu učenju.

Iz prakse vemo, da so nekatere medicinske sestre bolj in druge manj spretno in iznajdljive v neki določeni situaciji. Zato kljub standardiziranemu načrtu in izvajanju določenih postopkov ne moremo pričakovati, da bodo vsi bolniki deležni enake obravnave – predvsem v smislu čustvene podpore, empatije, komuniciranja. Navsezadnje so tako medicinske sestre kot tudi bolniki med seboj razlikujemo. Za razliko od tehničnih negovalnih intervencij se medosebni odnosi ne pustijo stisniti v enotno shemo, v standard. Po

enotnih, veljavnih standardih zdravstvene nege so vsi naši bolniki dobro umiti in čisti, nekateri pa so poleg tega še pomirjeni ter zadovoljni.

## Literatura

1. Hajdinjak A, Melič R. Pomen standardov v sodobni zdravstveni negi. *Obzor Zdr N* 2001; 35: 29–35.
2. Plank D. Zadovoljstvo medicinskih sester kot faktor kakovosti zdravstvene nege v splošni bolnišnici Celje. *Diplomsko delo*. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo, 1998.
3. Purnat V. Pisanje polonopomenskih negovalnih standardov. *Obzor Zdr N* 1996; 30: 183–92.
4. Sekavčnik T. Razvijanje standardov in kriterijev kakovosti zdravstvene nege. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege, 1997.

# Standardi v primarni zdravstveni negi - zakaj jih ni?

Tamara Lubi, Ivanka Limonšek

**Izvelek:** Standardi so pomembni elementi zagotavljanja kakovosti in hkrati elementi sodobne zdravstvene nege. Na žalost opažamo, da v primarni zdravstveni negi še vedno ne moremo govoriti o tem, da imamo standarde za primarno zdravstveno nego. Vzrokov za to je veliko, preden pa se lotimo dela, moramo spremeniti in dodelati določene elemente dela, ki vplivajo na kakovost zdravstvene nege. Pot do cilja ni tako dolga, potrebno se pa je dodatno izobraziti in doseči pri vodilnih v zdravstvenih domovih večji posluš za izdelavo standardov v primarni zdravstveni negi. Izdelani standardi ne bi vplivali samo na kakovost zdravstvene nege, temveč imajo globlji in širši vpliv na celotno organizacijo dela v zdravstveni negi.

## 1. Definicija standarda zdravstvene nege:

Slovar slovenskega knjižnega jezika (1994) definira: »standard – za posamezno državo obvezen enotni predpis za mere, kakovosti izdelkov.« (1)

Tudi v zdravstveni negi oz. v zdravstvu so strokovnjaki, ki delajo na področju kakovosti zdravstvene nege.

Standard je dokument, ki natančno določa norme, ki jih mora določen proizvod oziroma storitev izpolnjevati. Te dogovorjene in ustaljene enotne mere zagotavljajo stalno kvaliteto proizvoda oz. storitve. (1)

Negovalni standard je profesionalna dogovorjena raven oz. stopnja zdravstvene nege, namenjene določeni skupini prebivalcev, ki je pomembna, primerljiva, merljiva in izvedljiva. Definira stopnjo kvalitete zdravstvene nege, saj vsebuje kriterije, s pomočjo katerih jo ocenjujemo.

Vedno več medicinskih sester se pri svojem delu z bolniki/varovanci pogosto sprašuje, ali naredijo dovolj za svoje bolnike, ali izvajajo kakovostno zdravstveno nego. Nekateri kaj hitro najdejo pozitivni odgovor. Vendar pa takšna pavšalna subjektivna ocena ni dovolj. Če medicinske sestre hočejo svoje delo opravljati res profesionalno, si morajo takšno vprašanje postavljati vedno znova, v prizadevanju, da bi kakovost svojega dela nenehno izboljševale in tako prispevale po najboljših močeh k ohranjanju in izboljševanju zdravja bolnikov/varovancev.

Potreben je tudi bolj profesionalen in organiziran pristop.

## 2. Za ocenitev kakovosti dela

imajo medicinske sestre mnogo možnosti. Pogosto se omenja kot merilo za ugotavljanje kakovosti zdravstvene nege zadovoljstvo bolnikov. Čeprav sta včasih bolnik/varovanec in medicinska sestra v stiku zelo kratek čas, si uporabnik storitve (bolnik/varovanec) hitro ustvari mnenje o kakovosti izvedene storitve.

Ljudje so nezadovoljni z obravnavo medicinske sestre, ne toliko zaradi nestrokovnosti (tega niti niso sposobni ocenjevati), kot zaradi odnosa in pozornosti, ki jo le-ta nameni posameznemu bolniku (2).

**Bolnik ocenjuje kakovost** predvsem po tem, kako so izvajalci ravnali z njim, kakšen odnos so imeli do njega, koliko so se mu izpolnila pričakovanja, ali so izvajalci po njegovem vredni zaupanja in ali je lahko prišel do oskrbe, ki jo je potreboval (3).

Standardi so pomembni elementi zagotavljanja kakovosti in hkrati elementi sodobne zdravstvene nege.

## 3. Oblikovanje standardov

je proces, s katerim določimo, kaj natančno je potrebno storiti, da dosežemo pričakovano kakovost izdelka ali storitve.

Tudi za zdravstveno oskrbo so osnova spremljanja kakovosti oskrbe in uspešnosti delovanja standardi kakovosti. Standardi so potrebni, ker z njimi lahko merimo procese oskrbe. Standardi kakovosti predstavljajo pričakovano uspešnost delovanja in so lahko tudi jasne in nedvoumne izjave o pričakovani kakovosti. Če jih dosežemo, pomenijo najvišjo stopnjo kakovosti v določenem sistemu.

Glede standardov zdravstvene nege se pogosto uporablja definicija Elizabeth Mason (1984), ki pravi, da je negovalni standard veljavna definicija kakovosti zdravstvene nege, ki vključuje kriterije, s katerimi lahko vrednotimo učinkovitost (1).

Kakovost zagotavljajo le tisti standardi, ki so veljavni. Standard ni veljavni, če ne vsebuje kriterijev za vrednotenje zdravstvene nege.

**Standarde postavljamo na ravni:**





- stroke – to so generalni (splošni) standardi – pomembni za stroko zdravstvene nege v najširšem smislu,
- delovnega področja (bolnišnica, dom starejših občanov, zdravstveni dom),
- specialnosti – lokalna raven (klinika, bolniški oddelek, služba znotraj ZD).

#### Namen standardiziranja v zdravstveni negi:

- enotno poimenovanje stroke v zavodu in širšem družbenem okolju,
- pomoč pri vrednotenju zdravstvene nege,
- višja kvaliteta zdravstvene nege,
- enotna podlaga za učenje in praktično delo z dijaki in študenti
- so pripomoček pri načrtovanju, izvajanju, vrednotenju ZN in iskanju izboljšav,
- so v pomoč pri ugotavljanju kadrovskih potreb in delitvi dela, dvigajo zadovoljstvo pri delu,
- omogočajo vpogled v proces, kakovost in rezultate zdravstvene nege (4).

Ločimo več tipov negovalnih standardov:

**1. Standardi strukture** se nanašajo na razmere, v katerih bo izvedena zdravstvena nega. Opredeljujejo:

- kadre (kdo dela, kakšna znanja mora imeti),
- okolje (kje dela),
- materiale (s čim delo izvaja).

**2. Standardi procesa** definirajo kakovost zdravstvene nege in obravnavajo akcije medicinske sestre (KAJ dela, KAKO pogosto, KDAJ, ZAKAJ), z namenom, da dosežemo največje učinke pri spremembi ali vzdrževanju bolnikovega zdravstvenega stanja, funkcionalnih sposobnostih in psihofizičnem ugodju.

**3. Standardi izida** definirajo pričakovane spremembe pri bolniku/varovancu in njegovem okolju po opravljeni zdravstveni negi.

V izidu vidimo dejanske dosežke (out-put).

**4. Pedagoški** so namenjeni učenju pacienta. Pri tem ni pomembna metodologija učenja, temveč vsebina: npr. standard učenja tehnike dojenja (5).

**Standarde je potrebno oblikovati tako**, da zagotovijo pričakovane izide zdravljenja. Morajo biti:

- realistični, tako da se po njih lahko ravnamo ali jih uporabljamo z viri, ki jih imamo na razpolago;
- zanesljivi, kar pomeni, da dosežemo enak izid zdravljenja, ko uporabljamo standard za določen poseg;
- veljavni, osnovani na znanstvenih dokazih ali na splošno sprejemljivih izkušnjah;
- jasni, vsakdo jih enako razume;
- merljivi, da lahko ocenimo uspešnost delovanja glede na standard.

**Poleg standardov so bistveni elementi za zagotavljanje kakovosti zdravstvene nege:**

- filozofija,
- teoretični modeli,
- procesni pristop,
- standardi in kriteriji,
- dokumentacijsko informacijski sistem,
- uspešna komunikacija,

- kontinuirana zdravstvena nega,
- sodobna organiziranost, vodenje,
- negovalne diagnoze,
- lastna terminologija,
- raziskovanje v zdravstveni negi,
- normativna ureditev.

#### 4. Standardi v primarni zdravstveni negi

V primarni zdravstveni negi **ni izdelanih ustreznih standardov** in kriterijev za specifična področja dela.

Vzroki temu so lahko številni. Če izhajava iz zgoraj naštetih elementov za zagotavljanje kakovostne zdravstvene nege, lahko takoj ugotoviva pomanjkljivosti in vzroke trenutne situacije. Največji razlog je **preobremenjenost pri delu in vse večje zahteve po kakovostni zdravstveni negi. Kadrovske normativi so izredno nizki, z veljavnimi standardi bi lahko dokazovali potrebe po kadrih za opravljeno delo.** Tukaj imamo sklenjen krog. Zaradi nizkih normativov smo medicinske sestre preobremenjene, izdelava standardov pa potrebuje svoj čas, ki ga ob vsakodnevnem delu ne moremo najti. Zaradi tega imamo le posamezne primere standardov, ki pa vsekakor pomenijo začetek našega dela v tej smeri.

V primarni dejavnosti zdravstvene nege **nimamo izdelanega procesnega, metodološkega pristopa – procesa zdravstvene nege.** Proces zdravstvene nege nam omogoča prenos filozofije in teoretičnih modelov zdravstvene nege v prakso. **Manjka nam izdelan dokumentacijsko-informacijski sistem, ki bi nam omogočal evalviranje uspešnosti zdravstvene nege. Posledično se zaradi naštetega pojavlja deficit na področju kontinuirane zdravstvene nege.**

Za zagotavljanje kakovosti je potrebno tudi sodobno organiziranje in vodenje, pri čemer bi izpostavile timski model organizacije zdravstvene nege in avtonomno vodenje stroke. Zaradi neprimerno nizkih normativov so medicinske sestre preobremenjene in pri svojem delu velikokrat ne zadostijo zahtevam kakovostno opravljene zdravstvene nege.

Če bi želeli doseči določeno kakovost v zdravstveni negi, bi morali upoštevati že prej naštete elemente. Vsi ti elementi se med seboj pogojujejo in vplivajo na oceno kakovosti. Z njimi postane zdravstvena nega vidna, tako znotraj strokovnega področja, kot tudi navzven. Dokler nimamo urejene procesne metode dela in vsega, kar je s tem povezano, bomo težko dosegli kakovostno zdravstveno nego.

Predvsem je pomembno, da je njen smisel, namen in prispevek jasen uporabnikom ter celotni družbi (6).

**4.1 Ovire, da še nimamo v primarni zdravstveni negi izdelanih standardov, so naslednje:**

- nimamo organizacijskega telesa za vodenje in povezave med službami;
- prevladuje miselnost, da bomo izvajalci sami, brez podpore managementa izdelali in vpeljevali standarde;
- ni motivacije,
- ni izobraževanj, organiziranih z namenom, da bi se naučili izdelovati standarde;
- ni finančne podpore;
- prevelika obremenjenost medicinskih sester.

Da bi izoblikovali ustrezne standarde kakovostne in učinkovite zdravstvene nege, moramo medicinske sestre same načrtovati način dela, ki nas bo vodil do cilja.

#### 4.2 Pot do rešitve:

Standardi jasno opredeljujejo naloge, pristojnosti in odgovornosti v zdravstveni negi. Za oblikovanje, sprejemanje in uvajanje standardov so priporočila večine strokovnjakov, da jih oblikujemo na sledeč način:

Za določen negovalni problem, ki oblikuje negovalno diagnozo, izdelamo standard strukture, nato standard procesa in na koncu še standard izida. Po teh načelih imamo v Zdravstvenem domu dr. Adolfa Drolca Maribor na ravni ustanove izdelan standard za higiensko razkuževanje rok.

Standarde pišemo v treh etapah:

1. Raven bolniške enote (delovna skupina na posamezni enoti – dispanzer, ki je sestavljena iz dveh do treh strokovnjakov iz prakse, ki jih vodi mentor z največ izkušnjami).

2. Raven zdravstvene ustanove: Za koordinacijo aktivnosti med posameznimi dispanzerji, oblikuje standarde skupina strokovnjakov, katere naloga je spremljanje, svetovanje in usklajevanje dela. To so strokovnjaki, usposobljeni za raziskovanje v zdravstveni negi.

3. Nacionalna raven: Ta delovna skupina je sestavljena iz teoretikov zdravstvene nege, strokovnjakov za organizacijo, vodenje in raziskovanje v zdravstveni negi ter strokovnjakov iz prakse. (6)

Ko izdelamo negovalni standard, **ga mora potrditi določen organ v zavodu**, npr. svet za zdravstveno nego zavoda. Šele takrat polnopravni negovalni standard postane obvezen dokument za izvajanje zdravstvene nege.

V prihodnosti bo cilj našega dela težil k uvajanju novih metodoloških pristopov za razvijanje kakovosti zdravstvene nege. Medicinske sestre moramo na primarnem področju zdravstvene nege pospešeno začeti razvijati standardizirane negovalne načrte za tipične skupine in kategorije pacientov.

Edina možnost razvoja je uvajanje procesne metode dela in informacijsko dokumentacijskega sistema.

Da bi dosegle zastavljene cilje, se moramo medicinske sestre dodatno izobraziti za oblikovanje in razvijanje standardov, nujno potrebna pa je tudi podpora vodilnega managementa ter zakonskih normativov. Izobraževanje se izvede v obliki učnih delavnic za učenje pisanja standardov.

Pomembno bi bilo sodelovanje med dispanzerji v pediatrični zdravstveni negi, saj bi si lahko izmenjali izkušnje, primerjali opravljeno delo ter se dopolnjevali pri pisanju standardov in na ta način prihranili čas.

**Standardi nam poleg zagotavljanja kakovosti služijo tudi pri načrtovanju usmeritev, za preverjanje modelov v izobraževalnem sistemu, za poklicno vzpodbudo, samozavest, samostojnost in kreativnost pri neposredni zdravstveni negi, kar ima tudi vpliv na večjo humanizacijo dela ter uspešnejše komuniciranje pri našem delu.**

Zaradi vsega tega bi bilo potrebno čimprej izdelati standarde v primarni zdravstveni negi, saj nam bodo v pomoč pri delu, pri dokazovanju stroke in urejanju medsebojnih odnosov, motivaciji za delo, kar je pri globalizaciji v današnjem času nujno potrebno.

#### 5. Tuje izkušnje

V novejšem času v večini gospodarsko razvitih držav potekajo naporji za izboljšanje kakovosti zdravstvene oskrbe. K zviševanju kakovosti zdravstvene oskrbe, je v tujini največ pripomogla presoja kakovosti opravljenih storitev.

Presoja kakovosti zdravstvene oskrbe je proces. Vodi ga

zdravstveni zavod sam v obliki samoocenjevanja (notranja presoja). Poteka pa tudi kot zunanja presoja s pomočjo neke organizacije zunaj zdravstvenega zavoda. Proces oceni raven uspešnosti delovanja v primerjavi z vnaprej objavljenimi standardi kakovosti zdravstvene oskrbe.(7)

Tuje izkušnje so pokazale, da je **zunanja presoja kakovosti zdravstvene oskrbe** pomagala, da so praktično uvedli sistem spremljanja celovite kakovosti v zdravstvene zavode. Zunanja presoja deluje kot spodbujevalec in ne kot sredstvo nadzora. Do redne in obvezne zunanje presoje je prišlo tudi v Sloveniji. Zaenkrat to delo opravlja Ministrstvo za zdravje, vendar se vrši predvsem tam, kjer imajo predpisane standarde, saj le tako lahko ocenijo kakovostno opravljeno delo.

Zunanja presoja zdravstvenih zavodov je postopek, ko zunanja institucija oceni in presodi, ali zdravstveni zavod izpolnjuje vnaprej pripravljene in objavljene standarde kakovosti. Izdelava in izvajanje standardov mora biti v interesu zdravstvenega zavoda. Ta mora organizirati dejavnost celotnega upravljanja tako, da zagotovi pogoje za kakovostno izvajanje dela (kadre, prostor, pripomočke za delo, material...).Naloga medicinskih sester pa je, da standarde izdelamo.

Cilji zunanje presoje so:

- ocena kakovosti in varnosti zdravstvene oskrbe;
- ocena sposobnosti zdravstvenega zavoda, da nenehno izboljšuje oskrbo bolnikov;
- izdajanje priznanj zdravstvenim zavodom;
- spodbujanje za možne izboljšave z jasnimi priporočili.

Cilji nikakor ne smejo biti kritiziranje, ampak usmeritev k izboljšavam.

Zdravstveni zavod, ki se bo približal visoki stopnji kakovosti zdravstvene oskrbe, bo lahko povečal:

- zaupanje skupnosti, ki živi na področju, kjer zdravstveni zavod deluje;
- priliv bolnikov;
- uspešnost dejavnosti na podlagi priporočil zunanje presoje;
- sodelovanje vodstva zdravstvene ustanove in zdravstvenega in drugega osebja pri vseh stopnjah procesa za izboljševanje kakovosti.(7)

Pri zunanji presoji presojevalci po navadi pogledajo pisne dokumente, ki podpirajo vsak standard, nato z razgovori z zdravstvenim osebjem in opazovanjem ugotovljajo, ali se res in kako se izvaja tisto, kar standard zahteva. Zunanja presoja se ne osredotoči na minimalne standarde, pač pa na nenehno izboljševanje kakovosti zdravstvene oskrbe. Za izvajanje programa zunanje presoje potrebujemo dobro opredeljeno poslanstvo in strukturo organizacije, ki presojo izvaja, in sodelovanje strokovnjakov pri oblikovanju standardov. Tako zunanja presoja spodbuja vodstva zdravstvenih zavodov in strokovnjake, da nenehno iščejo priložnosti za izboljševanje kakovosti zdravstvene oskrbe, poskrbi za usposabljanje notranjih presojevalcev, zagotavlja pravično, veljavno in pregledno presojo, vzdržuje podatkovno zbirko, s pomočjo katere lahko določi, do kakšne mere zdravstveni zavod upošteva standarde, kje so njena dobra ali slaba področja, in osvetli tista področja, ki nakazujejo priložnosti za izboljšave. Standardi zunanje presoje omogočajo zdravstvenim zavodom, da organizirajo svojo dejavnost okoli posameznih sklopov in skupin standardov.

Medtem ko licence, registracije in certifikati ali potrjevanja (diplome fakultet visokih in drugih šol, specialistični izpiti in druga splošna ali specializirana znanja), ki jih v večini držav ureja država, zagotovijo minimalne standarde zdravstvene oskrbe, pa zunanja presoja stremi k nenehnemu izboljševanju kakovosti zdravstvene oskrbe in torej k maksimalni ravni doseganja določenega standarda.(7)

Da bi lahko imeli nadzor nad kakovostjo moramo najprej izdelati standarde. Čimprej bi morali na ravni države doseči podporo in pomoč pri oblikovanju skupine za izdelavo standardov v primarni zdravstveni negi in jih nato oblikovati po priporočilih za izdelavo standardov. Dilema, zakaj še nimamo standardov za celotno dejavnost primarne zdravstvene nege, je predvsem ta, da je to zelo kompleksno delo, ki ga ni mogoče opraviti ob rednem delu in brez organiziranega pristopa, ter medsebojnega sodelovanja.

### 6. Seznam literature

1. Sekavčnik T. Razvijanje standardov in kriterijev kakovosti zdravstvene nege. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, 1997.
2. Nacionalne smernice za zagotavljanje kakovosti v zdravstveni negi. Zbornica zdravstvene nege Slovenije – Zveza društev MS in ZT. Ljubljana, 2000.
3. Kersnik J. Izboljševanje kakovosti oskrbe bolnikov Med Razgl 1998; 37: 77 – 87.
4. Seničar Z. Kakovost zdravstvene nege pri bolnici po operaciji raka dojke. Diplomski naloga. Visoka šola za zdravstvo; Ljubljana, 2000.
5. Purnat V. Pisanje polnopolnomenških negovalnih standardov. Obzor Zdr N 1996; 30: 183 – 92.
6. Hajdinjak A, Meglič R. Pomen standardov v sodobni zdravstveni negi. Obzor Zdr N 2001; 35: 29 – 35.
7. A. Robida. Zunanja presoja zdravstvenih zavodov kot pospeševalec procesov izboljševanja kakovosti zdravstvene oskrbe. Zdrav vestn 2002; 71: 731-6.

## Omogočimo otrokom svobodo gibanja

Ker smo pri Coloplastu že več let pogrešali udobne in prilagodljive pripomočke za oskrbo stome otrok, smo z novim izdelkom želeli otrokom s stomo zagotoviti enako brezskrbno življenje kot ga imajo njihovi vrstniki.



**Preprost za rokovanje**  
S sistemom **Easiflex** je namestitev vrečke preprosta in tako je tudi njeno odstranjevanje. Obroč za pritrdjevanje se lahko pridrži, kar omogoča namestitev vrečke brez pritiska na trebuh.

**Mehek in prilagodljiv**  
Otroški sistem **Easiflex** je prožen način pritrdjevanja. Podloga in vrečka tvorita enoto, ki je mehka in prilagodljiva. Otroci se svobodno gibajo, ne da bi jim bili podloga ali vrečka v napoto.

**Varen za uporabo**  
Otroški sistem za pritrdjevanje **Easiflex** temelji na učinkovitem lepilu. Tako kot se podloga prilepi na kožo, se vrečka prilepi na podlogo.

### Easiflex



**Coloplast**

Coloplast A/S  
Podružnica Ljubljana  
Železna cesta 16  
1000 Ljubljana  
Tel.: 080 10 07  
Tel.: (01) 280 75 30  
Fax.: (01) 280 75 32  
www.coloplast.si

Coloplast in Easiflex  
sta registrirani  
blagovni znamki  
družbe Coloplast A/S,  
DK-9050 Humlebaek,  
Danska

*...če tisto, kar delaš,  
delaš resnično iskreno  
in z veseljem,  
potem delaš dobro,  
prispevaš največ in  
osebnostno rasteš.*

Anne Morrow Lindbergh

*S spoštovanjem  
ob mednarodnem dnevu  
medicinskih sester,  
zdravstvenih tehnikov  
in babic,*

*zaposleni iz podjetja Sanolabor, d. d.*



**Sanolabor**

www.sanolabor.si



## Sprejeta definicija dolgotrajne oskrbe

mag. Brigita Skela Savič

Razširjeni strokovni kolegij za zdravstveno nego se je na svoji 22. seji sestal 16. marca 2005. Obravnavali smo naslednji dnevni red:

- Poročilo sestanka RSK-jev na Ministrstvu za zdravje
- Poročilo iz obiska pri Ministru za zdravje
- Predstavitev predloga razmejitev del in nalog v patronažni zdravstveni negi
- Center za kategorizacijo zdravstvene nege
- Sprejem definicije dolgotrajna oskrba

**Poročilo sestanka RSK-jev na Ministrstvu za zdravje**

Poleg sklicatelja - predsednika Zdravstvenega sveta se je sestanka udeležil tudi Minister za zdravje, ki je poudaril, da je v prihodnje je potrebno v večji meri upoštevati odločitve organov stroke. Zaradi potrebe po večji kontinuiteti dela RSK-jev je predlagan daljši predsedniški mandat (iz 1 na 3 leta), na drugi strani pa so prisotni menili, da udeleževanje v RSK-jih zahteva veliko neplačanega dela v prostem času. Od RSK-jev je pričakovati več udeleževanja na področju razvoja strategij razvoja posameznih strok, na drugi strani pa se zdi, da delo RSK-jev ni koordinirano in informacijsko podprto.

Na področju zdravstvene nege je minister izrazil pobudo, da je v prihodnje pričakuje večjo mero usklajenih dejavnosti in usklajenih stališč med sindikati, Zbornico-Zvezo in RSKZN.

**Poročilo iz obiska pri Ministru za zdravje**

Mag. Brigita Skela Savič je predstavila na sestanku obravnavano tematiko. Sestanek je trajal 30 minut, 3. 3. 2005, pobudo za sestanek je dal minister za zdravje. Predstavljeni so bili nekateri sklepi in stališča RSKZN:

- med dipl.m.s. in viš.med.ses. na področju kompetenc dela in kvalifikacij ni razlik v delovnem okolju. Urejena ni plačna politika in možnost napredovanja. Predlaga se skupni izhodiščni količnik 3,25;

- programi zdajšnjega izobraževanja za dipl.m.s. so primerljivi z zahtevami v programih izobraževanja RN v EU;

- RSKZN se strinja z razvojem nacionalnih poklicnih kvalifikacij za poklic zdravstveni tehnik, sprejel je 5 prioritetenih področij. Ministrstvo za zdravje naj pošlje dopis na Center za poklicno izobraževanje (CPI), da ta prične s pripravo poklicnega standarda za predlagane poklicne kvalifikacije. Minister predlaga poklicno kvalifikacijo za operacijsko zdravstveno nego. Predsednica RSKZN bo ta predlog uvrstila na 22. sejo RSKZN;

- razmerje med zdravstvenimi tehnikami in diplomiranimi medicinskimi sestrami v zdravstvenih zavodih v RS je 70 : 30. V EU in razvitem svetu je ravno obratno. V slovenskem prostoru se je potrebno zavzemati, da se bo

to razmerje v naslednjih desetih letih popravilo vsaj na 50 : 50, zato je potrebno direktorje zdravstvenih zavodov in ZZZS pozvati, da v okviru sistematiziranih delovnih mest postopoma zaposlujejo več dipl.m.s. in zmanjšujejo število zdravstvenih tehnikov ter pristopijo k realni oceni potrebi po kadrih v zdravstveni negi na nivoju zavodov;

- srednje zdravstvene šole v RS imajo prenizek kriterij za vpis (v letu 2004 le 64 točk od skupno možnih 120), kar se v praksi kaže s slabim znanjem zdravstvenih tehnikov, saj v neposredno prakso prihajao le tisti, ki se niso uspeli vpisati na nadaljnji študij. Potreben je razmislek kako naprej in se pogovoriti o omejitvi in pogojih vpisa na srednje zdravstvene šole;

- na nivoju države je potrebno zagotoviti več sredstev za izobraževanje dipl.m.s, povečati vpis in znižati šolnine za izredni študij;

- direktorje zdravstvenih zavodov je potrebno spodbuditi, da vsako leto namenijo del sredstev za izredni študij zdravstvenih tehnikov na Visokih šolah za zdravstvo in si na ta način postopoma izboljšujejo kadrovsko strukturo v zdravstveni negi;

Minister je bil seznanjen s pomembni sklepi RSKZN v sestavi od 2002 naprej. Podrobneje mu je bil predstavljen Pravilnik o organizaciji službe zdravstvene nege in izročeno pripravljeno gradivo o kategorizaciji zdravstvene nege v bolnišnični dejavnosti. Poudarjena je bila potreba po samostojen razvoju stroke zdravstvene nege.

Začasno razrešitev problematike pomanjkanja dipl.m.s. v operacijski zdravstveni negi (zlasti v KC) je na 22. seji v nadaljevanju tekla razprava o zdravstvenih tehnikih s poklicno kvalifikacijo za delo v operacijski zdravstveni negi. Sprejeli smo sklep, da Služba za zdravstveno nego v KC pripravi opis del in nalog – kompetence za zdravstvene tehnike s poklicno kvalifikacijo v operacijski zdravstveni negi, ki bo obravnavan na eni izmed naslednjih sej.

**Predstavitev predloga razmejitev del in nalog v patronažni zdravstveni negi**

Magda Brložnik, predsednica sekcije medicinskih sester v patronažni dejavnosti, je predstavila osnutek vizije razvoja patronažne zdravstvene nege in prav posebno izpostavila pri dejavnosti v patronažnem varstvu orga-



niziranje, vodenje in koordiniranje socialne pomoči in oskrbe pri zdravstveni negi bolnika na domu, ki jo izvajajo socialni servisi, sorodniki, sosedje, prostovoljci. Pri razmejitvi del in nalog, so okvirno opredeljena dela, ki bi jih izvajali poleg diplomiranih medicinskih sester tudi zdravstveni tehniki. V prihodnje bi bilo potrebno povečati delež preventivne dejavnosti znotraj izvajanih del in nalog patronažne zdravstvene nege.

Razprava se bo nadaljevala na eni izmed naslednjih sej, ko bo M. Brložnik predstavila podatke o potrebnem številu zdravstvenih tehnikov, ki bi jih bilo potrebno v prvem koraku zaposliti v patronažni zdravstveni negi in kako bi to zaposlovanje vplivalo na dvig deleža preventivne dejavnosti. Na Sekciji patronažnih medicinskih sester naj preučijo možnost zaposlovanja diplomiranih babic na področju patronažne zdravstvene nege.

### Center za kategorizacijo

RSKZN predlaga, da se center za zbiranje podatkov o kategorizaciji zahtevnosti zdravstvene nege ustanovi v KC. O ustanovitvi centra bo informiran Inštitut za varovanje zdravja, ki je zadolžen za zbiranje podatkov tudi za področje zdravstvene nege. Mag. Maja Klančnik Gruden in Jelka Mlakar pripravita za naslednjo sejo Stalne delovne skupine za bolnišnično zdravstveno nego pri RSKZN obrazec za vnos podatkov, kjer so za potrebe kategorizacije natančneje opredeljene tudi razporeditve zaposlenih kadrov v zdravstveni negi po dejavnostih znotraj posameznega zavoda.

### Sprejem definicije dolgotrajna oskrba

DOLGOTRAJNA OSKRBA (ang.: Long Term Care)

Dolgotrajna oskrba (DO)- definicija, februar, 2005

Pripravili: Andreja Peternelj, Darja Cibic,  
Martina Horvat, mag. Lili Leskovic,  
mag. Brigita Skela Savič, prof.dr. Jurij Šorli

**Dolgotrajna oskrba** je organizirana izvedba trajne ali začasne strokovne pomoči, ki obsega zdravstveno in socialno oskrbo, kar naj zagotavlja večjo kakovost življenja posameznika in njegove družine (skrbnikov). Strokovno pomoč pri posamezniku, glede na ugotovljene potrebe, izvajamo celo življenje ali krajše obdobje v življenju, ne glede na mesto bivanja. Z dolgotrajno oskrbo omogočimo posamezniku največjo možno stopnjo oskrbe in varnosti v domačem okolju ali organiziranem institucionalnem varstvu.

V dolgotrajno oskrbo so ne glede na starost vključene vse osebe, ki zaradi posledic akutne ali kronične bolezni potrebujejo delno ali popolno pomoč izvajalcev dolgotrajne oskrbe v nekem časovnem obdobju.

**Cilj** izvajanja dolgotrajne oskrbe je z aktivnostmi zdravstvene nege in oskrbe ter socialne oskrbe doseči neodvisnost ali povečano stopnjo neodvisnosti posameznika v izvajanju vseh življenjskih in ostalih aktivnosti.

Dolgotrajno oskrbo glede na ugotovljene potrebe posameznika izvajajo zdravstvene, socialne in druge službe.

**Izvajalci dolgotrajne oskrbe** delujejo v večdisciplinarnem timu, ki ga vsklajuje koordinator<sup>2</sup> (case manag-

er). Na današnji stopnji razvoja je za to delo najboljše usposobljena diplomirana medicinska sestra.

**Zdravstveno nego in oskrbo** izvajajo diplomirane medicinske sestre/višje medicinske sestre, zdravstveni tehniki in zdravstveni sodelavci v skladu z zakonsko in strokovno sprejetimi standardi in določili za svoje področje dela.

**Socialno oskrbo** izvajajo socialni delavci in sodelavci v skladu z zakonsko in strokovno sprejetimi standardi in določili za svoje področje dela.

V dejavnost dolgotrajne oskrbe se lahko vključujejo tudi ostali izvajalci: svojci, sosedje, humanitarne in prostovoljne organizacije, društva, udeleženci javnih del ter lokalne skupnosti.

### DOLGOTRAJNA OSKRBA obsega:

#### 1. Ugotovitev potreb dolgotrajne oskrbe

1.1. Potrebe neakutne<sup>3</sup> zdravstvene oskrbe se ugotavljajo, načrtujejo in izvajajo po smernicah in standardih zdravstvenega varstva. Pri tem se opredeli oblika:

1.1.1. Zdravstvena nega je opredeljena z vidika trajanja na:

1.1.1.1. Kratkotrajno podaljšano zdravstveno nego (do dveh (dveh) mesecev č dogovor z ZZZS).

1.1.1.2. Dolgotrajno zdravstveno nego (lahko doživljensko ali krajše časovno obdobje).

1.1.2. Dolgotrajno zdravljenje (ventilacija na bolnikovem domu, vegetativna stanja...)

1.1.3. Dolgotrajna rehabilitacija

1.2. Potrebe socialne oskrbe ter dolgotrajne pomoči in postrežbe se ugotavljajo, načrtujejo in izvajajo po smernicah in standardih socialne oskrbe.

#### 2. Koordinacijo<sup>3</sup> vseh vrst služb, glede na ugotovljene potrebe posameznika /družine.

### Mesto izvajanja:

1. V oddelkih za zdravstveno nego v zdravstvenem zavodu.
2. Negovalnem oddelku in dnevnem varstvu v socialnovarstveni ustanovi.
3. Na oskrbovančevem domu.





## Tudi gluhi so med nami

Marjeta Berkopec

Strokovno srečanje ob dnevu zdravja smo v DMSZT Novo mesto namenili gluhim in naglušnim. Po ugotovitvah svetovne zdravstvene organizacije je gluhost druga največja invalidnost, takoj za duševno boleznijo. Definicij o tem, kdo je gluhi, je več. Za vsako večjo izgubo sluha se raje uporablja izraz slušno prizadet. Gluhota oziroma popolna nezmožnost slišanja je redka. Večina gluhih lahko sliši zvoke v nižjem frekvenčnem območju, vendar tisto, kar slišijo, ne zadostuje za učinkovito komunikacijo. Zaznavanje znakov ni isto kot razlikovanje znakov.

O gluhosti in naglušnosti nam je spregovorila Vesela Banič, sred. med. ses., viš. soc. delavka, predstavila je tudi delovanje Društva gluhih in naglušnih Dolenjske in Bele krajine, saj je strokovna delavka tega društva. Svetovna organizacija gluhih (WFD) je bila ustanovljena leta 1951 v Rimu. V Sloveniji je približno 3000 gluhih oseb in deluje enajst regijskih društev. Dolenjsko društvo gluhih in naglušnih deluje od leta 1956 in trenutno šteje 350 članov. Slišišči ljudje uporabljamo pri komuniciranju tri tisoč besed in se sploh ne zavedamo, kako velike so težave gluhih, saj ti za sporazumevanje uporabljajo 1600 do 1800 znakov in le 100 do 300 besed. Zaradi komunikacijske oviranosti so med vsemi invalidi najmanj izobraženi. Tudi v vsakdanjem življenju naletijo na veliko ovir, ker jih ljudje ne prepoznajo tako kot slepega, ki ima belo palico, ali invalida na vozičku. Tudi če gledajo sogovornika, iz ustnic lahko razberejo le do 40 % povedanega.

V Sloveniji je bil leta 2002 sprejet zakon o uporabi slovenskega znakovnega jezika. Slovenija je petindvajseta država na svetu, ki priznava znakovni jezik in tako omogoča gluhim osebam, da komunicirajo v svojem jeziku. Z uvedbo zakona se je povečala tudi potreba po tolmačih slovenskega znakovnega jezika. O znakovnem jeziku in tolmačenju je spregovorila Jožica Kupljenik, zdrav. teh., tolmačica znakovnega jezika. V Uradnem listu RS je zapisano, da je tolmač slovenskega znakovnega jezika oseba, ki gluhim tolmači slovenski govorni jezik v znakovni jezik in slišiščim osebam tolmači znakovni jezik v slovenski govorni jezik. Gluhi lahko izkoristijo 30 ur na leto za tolmača, ki ga plača Zavod za zdravstveno zavarovanje. Učenci in študentje so upravičeni do sto ur letno. V Sloveniji obstaja lista tolmačev, dolenjsko regijo pokrivata dve tolmačici. Predavateljica je poudarila, kako pomembno je, da si za gluhega človeka, ki pride v ambulanto ali bolnišnico, vzamemo čas, smo z njim potrpežljivi in ga ne priganjamo, ker bo le tako razumel naša navodila.



Jožica Kupljenik, tolmačica slovenskega znakovnega jezika

Za konec nam je Maja Kuzma v znakovnem jeziku predstavila pravljico o žabjem kralju. Maja je dijakinja srednje kemijske šole in je kljub temu, da je gluha, gluhi so tudi njeni starši, odličnjakinja.

Udeležence seminarja je pozdravil tudi predsednik Društva gluhih in naglušnih Dolenjske in Bele krajine gospod Vladimir Kastelic.

Po družabnem delu srečanja smo se nasmejali komediji Babilon v izvedbi Violete Tomič.



ZBORNICA ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE –  
ZVEZA DRUŠTEV MEDICINSKIH SESTER, BABIC  
IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV SLOVENIJE

# ZLATI ZNAK 2005



12. MAJ  
**MEDNARODNI DAN MEDICINSKIH SESTER**  
"MEDICINSKE SESTRE V BOJU PROTI PONAREJENIM ZDRAVILOM"



## MILENA BOHNEČ

Milena Bohneč je končala srednjo zdravstveno šolo v Rakičanu, diplomirala na Višji šoli za zdravstvene delavce v Ljubljani in na Pedagoški fakulteti Univerze v Ljubljani v smeri socialna pedagogika.

V letu 1983 se je zaposlila v Kliničnem centru na Kardiološkem oddelku v intenzivni negi, od leta 1994 dalje pa je nadzorna medicinska sestra diabetoloških in endokrinoloških ambulant Kliničnega oddelka za endokrinologijo in bolezni presnove.

Milena Bohneč je avtorica in soavtorica številnih člankov in publikacij v domačih in tujih revijah. Je strokovni in organizacijski vodja številnih izobraževanj, vodja podiplomskega izobraževanja medicinskih sester na področju zdravstvene vzgoje sladkornih bolnikov in vodja pripravnikov za poklic diplomirane medicinske sestre za področje dispanzerskega dela. Na

Visoki šoli za zdravstvo v Ljubljani je tudi habilitirana predavateljica za področje prehrane.

V letih od 1991 – 2001 je bila predsednica sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v endokrinologiji, sicer pa članica v organizacijskih in programskih odborih sekcije, kjer je skrbela za izdajo zbornikov predavanj v okviru izobraževalnih srečanj endokrinološke sekcije. Bila je urednica priročnika za medicinske sestre ter avtorica videokasete Zdrava prehrana ter strokovna recenzentka strokovnih člankov v številnih zbornikih predavanj. Je idejni, strokovni in organizacijski vodja funkcionalnih izobraževanj pod naslovom Zdravstvena nega in sladkorna bolezen, ki je marca 2005 praznovalo deseti jubilej. Od začetka programa se je tega izobraževanja udeležilo več kot 1500 udeležencev iz vse Slovenije.

Prav tako je vodja podiplomskega izobraževanja za medicinske sestre iz vse Slovenije, ki pričenejajo z zdravstveno nego in zdravstveno vzgojo sladkornih bolnikov v novo nastalih diabetoloških ambulantah po Sloveniji. Sodeluje pri številnih kliničnih raziskavah v okviru Kliničnega oddelka za endokrinologijo in presnovne bolezni.

Milena Bohneč s svojim vzgledom vsodbuja in pomaga razvijati inovativnost in strokovno napredovanje vseh zaposlenih. Kot nadzorna medicinska sestra sestra uspešno združuje in ustvarja prijetno in ustvarjalno vzdušje med zaposlenimi.



## MIRJANA ČALIĆ

Mirjana Čalić je rojena v Gornjem Švilaju v Bosni in Hercegovini, kjer je obiskovala tudi osnovno šolo. Srednjo šolo za medicinske sestre je obiskovala v Doboju, v Zagrebu pa je diplomirala na Višji šoli za medicinske sestre.

Njena prva zaposlitev je bila v Domu zdravlja v antituberkuloznem dispanzerju v Gradačcu. Svojo poklicno pot je nadaljevala kot voditeljica otroškega hospitalnega oddelka v bolnišnici Gradačac. V Kliničnem centru v Centru za dializo se je zaposlila leta 1971, ko je zavestno zakorakala na novo področje zdravstvene nege, ki ji je bil velik izziv. Med prve uspehe dela na tem področju spada uvedba in organizacija, trening in priprave bolnikov za dializo na domu ter bolnikov za izvajanje dialize z delno pomočjo zdravstvenega osebja v dializnem centru. Uvedla je metodo individualnega hepariniziranja bolnikov med hemodializo in o tem objavila tudi članke v Obzorniku zdravstvene nege in zbornikih strokovnih srečanj. Dolgo vrsto let je

delala kot izobraževalna medicinska sestra za osebje zdravstvene nege o dializnem nadomestnem zdravljenju in skrbela za usposabljanje in uvajanje novih dializnih metod.

Od 1999 dela kot koordinator prejemniškega programa transplantacij in je pomemben člen v sodelovanju Slovenije in Slovenija-Transplanta z organizacijo Eurotransplant. Na nivoju države je odgovorna za pripravo bolnikov na čakalno listo za transplantacijo ledvice.

Sodelavci jo imajo za pionirko na področju zdravstvene nege bolnikov pred in po transplantacijah, saj je skupaj s timom zdravstvene nege v centru za transplantacijo ledvic postavila temelje zdravstvene vzgoje in priprave bolnikov za aktivno vlogo pri zdravljenju. Pri tem je aktivno sodelovala pri pripravi številnih zloženek in brošur za bolnike. Izkazala se je tudi kot pobudnica in organizator multidisciplinarnе obravnave bolnikov pred in po presaditvi ledvice.

Kot dolgoletna predsednica sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v nefrologiji, dializi in transplantaciji skrbi za razvoj zdravstvene nege v nadomestnem zdravljenju, skrbi za strokovna izobraževanja in se povezuje z drugimi sekcijami z namenom iskati boljše rešitve in širiti znanje in izkušnje.





Je idejni vodja in organizator uvedbe prehranskega svetovanja bolnikom, ki se zdravijo z dializo in uvedbo enotne predializne edukacije in priprave bolnikov za nadomestno zdravljenje z dializo ali transplantacijo ledvic v Sloveniji.

Šprožila in spodbudila je prenos evropskih smernic zdravstvene nege v nadomestnem zdravljenju v Slovenijo. Smernice so izdelali v mednarodnem združenju EDTNA/ERCA, katerega aktivna članica je sama vse od leta 1979 dalje.

Med drugim je v času bolezni sodelovala pri zdravljenju predsednika Jugoslavije Josipa Broza Tita. Leta 1981 je bila odlikovana z Redom dela z zlatim vencem predsednika Republike Slovenije

Med sodelavci velja za odgovorno osebo, ki skrbi za razvoj in posredovanje strokovnega znanja, se zavzema za razvoj zdravstvene nege kot profesije in s svojo pozitivno afirmacijo skrbi za ugled stroke v naši družbi.



## JANEZ KRAMAR

Janez Kramar, diplomirani zdravstvenik, se je rodil v Logu pri Rogatcu. Srednjo zdravstveno šolo je končal v Slovenj Gradcu. Po opravljenem pripravništvu se je zaposlil v Bolnišnici Topolšica. Kasneje ga je pot zanesla še v Psihiatrično bolnišnico Vojnik in nato v Zdravstveni dom Velenje. Tu je odkril strast do nujne medicinske pomoči. Nadaljeval je šolanje na Visoki zdravstveni šoli v Mariboru in z odliko diplomiral.

Bil je med ustanovitelji Sekcije reševalcev v zdravstvu. Strokovna organiziranost, medsebojna povezanost, izmenjava izkušenj in poenotenje strokovnega dela so bili glavni razlogi, ki jih je takratni iniciativni odbor navedel kot razloge za ustanovitev sekcije zdravstvenih tehnikov in medicinskih sester - reševalcev. Od samega začetka je član izvršilnega odbora sekcije in organizator strokovnih seminarjev, kjer s svojimi prispevki aktivno sodeluje tako v Sloveniji kot v tujini. V Zbornikih strokovnih srečanj redno objavlja strokovne članke. Je inštruktor sekcije reševalcev v zdravstvu, z opravljenim pedagoško - andragoškim usposabljanjem. V sekciji je član podskupine za izobraževanje, kjer kot soavtor v sodelovanju z Delovno skupino za izobraževanje v predbolnišničnem okolju Ministrstva za zdravje pripravlja izdajo prvega učbenika za reševalce z naslovom Šodobni pripomočki za imobilizacijo v predbolnišničnem okolju, katerega izdaja je načrtovana že letos.

Pri Ministrstvu za zdravje je član delovne skupine za izobraževanje na prehospitalnem nivoju, kjer aktivno sodeluje pri oblikovanju sistema organizacije nujne medicinske pomoči v Sloveniji. Je soavtor Nacionalnega programa prve pomoči za reševalce iz vode, v okviru tega programa pa je tudi predavatelj in inštruktor. Na republiškem nivoju je sodeloval pri strokovnih nadzorih v reševalnih službah po vsej Sloveniji.

Od leta 1998 je član programskega odbora za »sestrski« del srečanja na Mednarodnih simpozijih o urgentni medicini v Portorožu. Na letošnjem simpoziju bo predaval o postopkih pri nesrečah z nevarnimi snovmi in o zaščiti delavcev v nujni medicinski pomoči. Na številnih strokovnih srečanjih je bil tudi inštruktor praktičnih vaj, večkrat pa je sodeloval kot moderator. Je tudi predavatelj pri Rdečem križu Slovenije, med drugim uči tudi gasilce in ima certifikat inštruktorja in predavatelja Gasilske zveze Slovenije.

Vendar mu stroka »kar ne da miru«, prav tako se ne ustraši nobenega izziva. Tako je lani uspešno opravil tečaj dodatnih postopkov oživljanja Evropskega sveta za reanimacijo in si tako pridobil naziv Izvajalec dodatnih postopkov oživljanja (ACLS provider). Izbran je bil tudi za inštruktorski potencial Evropskega sveta za reanimacijo.

Zaupanje mu izkazujejo tudi kolegi in kolegice v Zdravstvenem domu Velenje, ki so ga že drugič izvolili za njihovega predstavnika v Svetu zavoda Zdravstvenega doma Velenje, prav tako pa je že drugi mandat tudi njegov predsednik. Je član Društva medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Velenje.

Švoje bogato znanje in izkušnje nesebično posreduje kolegom in kolegicam. Zna prisluhniti ljudem ter vedno in povsod častno zagovarja poklic in zdravstveno nego.



## STANISLAVA MAJERLE

Stanislava Majerle se je rodila v Novi Lipi. Po izobrazbi je diplomirana medicinska sestra, s strokovnim nazivom samostojne svetovalke. Prvo delovno mesto je opravljala na Inštitutu za rehabilitacijo invalidov v Ljubljani. Po treh letih službe v Ljubljani se je preselila v Novo mesto ter se zaposlila v Domu starejših občanov, kjer je zaposlena še danes.

Ves čas svojega dela v domu se je dodatno strokovno izobraževala in izpopolnjevala, kar je doprineslo h kakovosti in razvoju zdravstvene nege v socialnovarstvenih zavodih in tudi dvigu osebnega razvoja. Na začetku delovne poti je delala na delovnem mestu vodje izmene in nato še na delovnem mestu oddelčne medicinske sestre oddelka za demenco. Na Visoki šoli za zdravstvo v Ljubljani je diplomirala na temo Zdravstvena nega dementnega stanovalca po življenjskih aktivnosti in v njej predstavila priporočila za obravnavo stanovalcev s tako boleznijo. Vsebina diplomskega dela pa je bila prevedena v angleščino in poslana v skandinavsko državo, s katerimi sodeluje Visoka šola za zdravstvo, kot primer dobre prakse. V začetku leta 1997 je prevzela delovno mesto vodje zdravstvene nege-oskrbe I in postala glavna medicinska sestra stanovanjskega oddelka ter s tem prevzela odgovornost za 50 zaposlenih in 250 stanovalcev, pozneje pa je bila imenovana za glavno medicinsko sestro negovalnega oddelka, kjer je bilo 130 težko bolnih stanovalcev, za katere je skrbelo 48 zaposlenih. Danes je vodja službe zdravstvene nege. Ob delu končuje študij na Fakulteti za organizacijske vede Kranj.

Prav poznavanje vseh delovnih postopkov in procesov dela so bili odlična podlaga za uvajanje sprememb in novih projektov, kot so »sistematizacija delovnih mest«. Imenovana je bila za koordinatorja uvajanja novih projektov, v katerih se je posebej izkazala kot pripravljalka potrebne in ustrezne dokumentacije. Je tudi notranja presojevalka pri Slovenskem inštitutu za kakovost in meroslovje. Napisala je tudi Poslovnik kakovosti doma, ki je krovni dokument kot dokaz vzpostavitve sistema kakovosti v dom. Na zahtevo Ministrstva za delo družino in socialne zahteve je tudi pripravila za dom dokument »Akcijski načrt do leta 2005« po zahtevani metodologiji.

Ves čas aktivno sodeluje v komisiji za javne razpise in javna naročila male vrednosti. V sled tega je sodelovala pri vzpostavljanju računalniškega vodenja nabave in porabe artiklov za potrebe zdravstveno negovalne službe, ter delovnih oblačil in obutve za vse zaposlene. Je članica pogajalske skupine z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije, ki deluje v okviru Skupnosti Socialnih zavodov Slovenije.

Danes je predsednica komisije za oblikovanje standardov zdravstvene nege v socialnih zavodih, ki deluje v okviru Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v socialnih zavodih in Skupnosti socialnih zavodov Slovenije.

Je aktivna članica Društva medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Novo mesto že več kot 20 let. Sodeluje pa tudi v društvu Žarek v Novem mestu, ki skrbi za razvoj prostovoljnega dela. V domu, kjer dela, je voditeljica skupine »Vijolica«, ene od šestih skupin za samopomoč, ki delujejo v domu.

Stanislava Majerle uspešno opravlja svoje poklicno delo na področju zdravstvene nege, kakovostno in učinkovito opravlja organizacijsko delo in je polno aktivna v številnih drugih sredinah. S svojim delom prispeva k uspešnemu uresničevanju programov zdravstvene nege in zdravstvenega varstva s poudarkom na izvajanju zdravstvene nege v domovih za starejše.



## MAJDA MEDVED

Majda Medved se je rodila v Črni na Koroškem. Srednjo zdravstveno šolo Juge Dolak je zaključila v Mariboru, kjer je tudi diplomirala na Visoki zdravstveni šoli.

Švoje bogate strokovne in delovne izkušnje si je pridobivala na različnih delovnih mestih v Zdravstvenem domu dr. Adolfa Drolca v Mariboru, kjer se je zaposlila leta 1975 in kjer je zaposlena še danes. Najprej je opravljala dela in naloge patronažne medicinske sestre na terenu, nato bila predstojnica enote polivalentne patronaže, kjer je usklajevala delo 60 patronažnih medicinskih sester ter si tako pridobivala izkušnje na področju organizacije in vodenja.

Leta 1991 je prevzela vodenje Higienске enote z več kot 120 zaposlenimi, ki delujejo na 40 lokacijah ter pri 38 zasebnikih. Za uspešno in učinkovito delovanje na delovnem mestu vodje higienске enote je opravila podiplomsko izobraževanje iz hospitalne higijene. Je avtorica večjih internih strokovnih navodil



ter soavtorica Programa za preprečevanje in obvladovanje bolnišničnih okužb v Zdravstvenem domu Maribor

Vse od leta 1978 je članica Društva medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Maribor, v zadnjem mandatu pa je blagajničarka. Od leta 1998 je aktivneje delovala v društvu in je prevzela nalogo izvajanja strokovnih srečanj ter izvedbe različnih strokovnih ekskurzij. V svoji delovni sredini je skrbela za posredovanje informacij o usmeritvah Društva in tudi Zbornice-Zveze.

Že sama narava dela patronažne medicinske sestre je takšna, da je s svojim delom veliko prispevala k ohranjanju, pa tudi h krepitvi in izboljšanju zdravja ljudi na terenskem območju. Ker je delovala daljše obdobje na istem terenskem območju, so bili rezultati njenega dela še toliko bolj vidni, saj je poznala sleherno družino in slehernega posameznika ter vse njihove potrebe in/ali probleme. Danes pa z svojim delom vpliva na preprečevanje intrahospitalnih infekcij v zavodu, s čimer zagotavlja varnost za paciente, ki obiščejo zdravstveni dom in za zaposlene.

Sodelovala v multinacionalni študiji Svetovne zdravstvene organizacije o Potrebah ljudi po zdravstveni negi. S tako pridobljenimi znanji je nato sodelovala v skupini, ki je uvajala metodo procesa zdravstvene nege v patronažno varstvo. Ima številne objavljene prispevke v zbornikih strokovnih srečanj.

Zanjo je značilno, da ima rada svoje delo, da verjame vanj in da postavlja skrb za dobre medsebojne odnose med zaposlenimi na prvo mesto, saj je prepričana, da je dobro razumevanje med sodelavci osnova za dobro delo in osnova za dobro organizacijsko kulturo zavoda.



## DURČA ŠIMA

Durča Šima se je rodila v Schwartzvaldskem mestu Calu v Nemčiji. Do končani osnovni šoli je obiskovala srednjo zdravstveno šolo v Zadru na Hrvaškem. Želja po znanju jo je pripeljala v Slovenijo, v Ljubljano, kjer je diplomirala na Višji šoli za zdravstvene delavce.

Leta 1990 se je zaposlila v Kliničnem centru Ljubljana na Kliniki za otorinolaringologijo in cervikalno kirurgijo kot pripravnica, leto kasneje pa na Očesni kliniki, v operacijskem bloku kot inštrumentarka. Na oddelku za pleoptiko in ortoptiko je malim pacientom uspešno pomagala pri razvoju vidne funkcije in močno poudarjala pomen zdravstveno-vzgojega dela, kar je opisala v diplomski nalogi z naslovom »Zdravstvena nega otroka s slabovidnostjo«. Od leta 2000 je vodja hospitalnega

oddelka na Očesni kliniki.

Kot mentorica mnogim medicinskim sestram in zdravstvenim tehnikom podaja znanje in uspešno vodi pripravnice skozi pripravništvo. Aktivno je vključena v Projektno skupino za uvedbo ICNP v prakso zdravstvene nege v Kliničnem centru Ljubljana.

V Izvršilnem odboru sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v oftalmologiji je delovala dolgo vrsto let, od leta 1999 pa je predsednica sekcije. Z izrednim čutom odgovornosti in organizacijskimi sposobnostmi je uspešno pripravila enajst strokovnih srečanj in zbornikov s sodobnimi in strokovnimi temami, ki so sledile razvoju zdravstvene nege v svetu. Tesno sodeluje tudi z drugimi organizacijami, društvi, kot je Društvo slepih in slabovidnih, z medicinskimi sestrami v oftalmologiji izven naših meja tako v Avstriji kot v republikah bivše Jugoslavije z namenom izmenjave izkušenj in dobre prakse, kar je pripomoglo k razvoju oftalmološke zdravstvene nege tudi pri nas.

Je članica Upravnega odbora Društva medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana. Uspešno vodi športno gibalno dejavnost, v okviru katere je organizirala in izvedla štiri športno gibalne akcije z učnimi vsebinami, testom zmogljivosti in popularnim testom hoje. V raziskovalni skupini društva je v okviru raziskave Medicinske sestre v Sloveniji leta 2001 zaključila raziskavo »Gibalne aktivnosti medicinskih sester«. Leta 2004 je aktivno sodelovala na »Oktobarskih susreth« Šaveza zdravstvenih radnika Srbije na Zlatiboru s prispevkom »Zdravstveno vzgojni program pri otrocih s slabovidnostjo«.



Uspešno poklicno delo na področju zdravstvene nege, kakovostno in učinkovito organizacijsko delo v dejavnosti zdravstvene nege, prispevek k humanizaciji odnosov med uporabniki in izvajalci zdravstvenih storitev in prispevek h kakovostnemu delovanju Društva medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, vstop v raziskovalno dejavnost na področju zdravstvene nege in obsežno delo na področju oftalmološke sekcije, so bogat doprinos Đurđe Šima k prepoznavnosti dejavnosti zdravstvene nege v Sloveniji kot tudi izven njenih meja. Občutek pripradnosti poklicu, njena energija, ki jo izžareva in njen optimizem, zagotavljajo, da njeno delo ni zaključeno in da bo na svoji poklicni poti še veliko doprinesla k nadaljnjemu razvoju stroke.

## ANA POLONA ŠKOČIR

Ana Polona Škočir se je rodila v Kranju. Po diplomu na Visoki šoli za zdravstvo v Ljubljani na oddelku za zdravstveno nego - ginekološko porodniška smer se je za dve leti zaposlila v Kliničnem centru na Ginekološki klinik kot babica v porodni sobi. Od leta 2002 je zaposlena na Visoki šoli za zdravstvo Univerze v Ljubljani, od oktobra 2004 pa je predstojnica oddelka za babištvo.

V letu 2004 je zaključila magisterij na University of Aberdeen; Centre of advanced studies in nursing.

Je članica izvršilnega odbora sekcije medicinskih sester-babic, Razširjenega strokovnega kolegija za zdravstveno nego pri Ministrstvu za zdravje in kot kontaktna oseba za Slovenijo je vključena v International Alliance of Midwives. V Slovenskem raziskovalnem inštitutu deluje kot mlada raziskovalka.

Njena bibliografija avtorskih in soavtorskih del obsega številne članke doma in v tujini, skozi katere prikazuje položaj babiške nege in babic v Sloveniji in primerjalno tako z EU kot tudi drugimi državami. Poseben pomen daje izobraževanju kot temelju za razvijanje stroke.

Šodelovala je na strokovnem srečanju »Babištvo skozi čas«, ki je potekalo ob 250-letnici babiške šole v Ljubljani. Aktivno je sodelovala na strokovnih srečanjih s temami Prehranjevanje in pitje med porodom, Vloga medicinskih sester in babic v obravnavi poporodne depresije, Poporodna depresija, Vloga patronažnih medicinskih sester v obravnavi poporodne depresije in mnogih drugih, pri katerih je v ospredje postavila vlogo babice.

V Bruslju je v okviru Taiex-a leta 2003 predstavila izobraževanje babic v Sloveniji.

Š svojim bogatim znanjem in izkušnjami je sodelovala v oblikovanju in prenovi Visokošolskega strokovni študijskega programa za babištvo na Visoki šoli za zdravstvo v Ljubljani. Je tudi koordinatorica na Oddelku za babištvo za mednarodno izmenjavo študentov Socrates/Erasmus in Leonardo in članica delovne skupine za pripravo magistrskega študija v EU. Šodeluje v nacionalnem projektu "Porodnišnice za današnji čas. Razvoj kakovosti obporodne skrbi – žensko osredičena perspektiva".

Njene sodelavke in kolegice cenijo njeno znanje, bogate izkušnje in pripravljenost, da ga deli z njimi ter tako skrbi za nenehen razvoj babiške nege v Sloveniji.



## JOŽICA TRSTENJAK

Jožica Trstenjak je zaključila Šrednjo zdravstveno šolo v Celju, nato pa diplomirala na Višji šoli za zdravstvene delavce v Ljubljani, ter si z drugo diplomu pridobila še strokovni naziv diplomirana medicinska sestra.

Na Gorenjsko sta jo pripeljali ljubezen, tista srčna in tista do dela z otroki. Jožica Trstenjak je v Šplošni bolnišnici Jesenice zaposlena od svojega prvega delovnega dne in to ves čas na otroškem oddelku. Najprej je opravljala delo kot timska medicinska sestra, zadnja leta zelo uspešno vodi oddelek kot glavna medicinska sestra.

Veliko organizacijskih sposobnosti je pokazala tudi v času dobrodelnih akcij in koncertov za nov otroški oddelek v Šplošni bolnišnici na Jesenicah. V veliko zadovoljstvo staršev in otrok je na otroškem oddelku uspela izpeljati projekt o sobivanju staršev pri otroku v času hospitalizacije. Z dobro pripravljenim idejnim načrtom je uspela pridobiti k sodelovanju za boljše razmere na otroškem oddelku tudi združenje Šila. Združenje žena tujih diplomatov v Sloveniji. Šadovi prvega sodelovanja na novoletnem bazarju so že vidni tudi na oddelku.

Jožica Trstenjak je aktivna članica v regijskem društvu medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Gorenjske, bila pa je šest let tudi podpredsednica društva. Je tisti vezni člen, ki ve čisto vse in navadno opravlja tudi čisto vsa dela, pravijo njeni



sodelavci. Škrbela pa je tudi za doslednost pri vseh organizacijskih in tajniških opravilih. Glede na to, da je natančnost tista njena vrлина po kateri zares izstopa, je bila na zadnjem občnem zboru izvoljena za tajnico društva.

Njeno delo je tako in drugače ves čas povezano z otroki, naj si bo v bolnišnici ali pa v izvršilnem odboru sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji, kjer je ves čas aktivna članica. Škoraj vedno je med aktivnimi organizatorji in predavateljmi na različnih srečanjih, seminarjih in kongresih.

V bolnišnici aktivno sodeluje pri izdelavi standardov kakovosti, kliničnih poteh, dokumentaciji v zdravstveni negi in na številnih drugih projektnih skupinah na področju uvajanja kakovostnega dela, je stalna članica Kolegija glavne medicinske sestre in strokovnega sveta zdravstvene nege.

Njeno delo je zaznamovano z vztrajnostjo, voljo in trudom, kar veliko prispeva k uspešnemu uresničevanju programa zdravstvene nege v bolnišnici, humanizaciji bivanja otrok na oddelku in dobrim medsebojnim odnosom v timu.

Za Jožico Trstenjak je značilno, da ima rada svoje delo, da verjame vanj in da njeni sodelavci zaupajo vanjo. Švoje delo opravlja z veliko človeške topline in odgovornosti ter v skrbi za harmonično okolje otrok in sodelavcev.



### ERIKA ŽILAVEC

Erika Žilavec se je rodila v Tešanovcih v Drekmurju. Po zaključku izobraževalne poti se je zaposlila v šplošni bolnišnici v Murski Šoboti in ji ostala zvesta vse do danes, ko dela na vodilnem mestu v kirurško inštrumentarski službi.

Polnih 35 let svoje poklicne poti si prizadeva za visoko strokovnost ter s svojim delom izkazuje visok etični čut do pacientov. Ima topel in human odnosom do sodelavcev v timu in širše v celem zavodu. Vrednote njenega strokovnega in osebnega življenja so ljubezen do poklica, do bolnikov in do svojih sodelavcev. Ima izreden čut za poštenost, pomoč, empatijo in optimizem. Š teni vrednotami in nasmejanim obrazom in zaupanja vrednim pogledom zmore premagati vse ovire. Zanj je značilno, da zna in skrbi za permanenten strokovni razvoj na področju zdravstvene nege, še posebej »inštrumentarske stroke«. Veliko gradi na dobrih medsebojnih odnosih. Pozitivne vrednote ter življenjski optimizem pridobiva s pomočjo svoje življenjske naravnosti do družine, kulture, narave, športa, prostovoljstva in do drobnih malih pozornosti vsakdana.

Na področju poklicne poti ji je uspelo iz nemogočih razmer urediti zelo dobro organizirano in strokovno kakovostno Centralno inštrumentarsko službo, ter dobro usklajen tim, ki mu je kljub težkemu delu znala vliti optimizem ter voljo za spremembe in strokovni razvoj. Šodelovala je pri ustanavljanju strokovne sekcije medicinskih sester v operativni dejavnosti in bila članica Izvršilnega odbora. Švoje sodelavce spodbuja k aktivnemu sodelovanju na strokovnih srečanjih in k temu, da so v svoje delo vnašali nove izkušnje in znanja, ki so jih pridobili na področju perioperativne zdravstvene nege.

Š svojo osebnostjo in delavnostjo je dala dobre temelje za delovanje Društva medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Pomurja, ki mu je predsedovala v letih 1980—1984 in z njim sodeluje še danes. Že deseto leto je predsednica pevskega Zbora društva Pomurja, ki mu daje dušo in sebe ter skrbi, da se s pesmijo predstavljajo medicinske sestre tudi na kulturnem področju.

Eriko Žilavec odlikuje strokovnost, ljubezen do poklica in do sočloveka, realen optimizem, čut za etičnost, pozitivna motivacija in kreativno življenje ter prava mera skromnosti.

12. MAJ  
MEDNARODNI DAN MEDICINSKIH SESTER  
"MEDICINSKE SESTRE V BOJU PROTI PONAREJENIM ZDRAVILOM"



Saša Šolc, Flory Banovac, Stanka Košir,  
Irena Špela Cvetežar, Magda Brložnik,  
Zdenka Seničar, Darinka Klemenc in  
Veronika Pretnar Kunstek.

## DELOVNA SKUPINA ZBORNICE – ZVEZE ZA NENASILJE V ZDRAVSTVENI NEGI

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije je na podlagi zaključkov simpozija Društva medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana leta 1999 imenovala Delovno skupino za nenasilje v zdravstveni negi. K aktivnemu delovanju skupine se je pridružil tudi Sindikat delavcev v zdravstveni negi Slovenije, ki je imenoval varuha človekovih pravic za področje zdravstvene nege.

Delovna skupina deluje od leta 2000. Članice delovne skupine so:

Monika Ažman, Flory Banovac, Magda Brložnik, Irena Špela Cvetežar, ki skupino vodi, Darinka Klemenc, Stanka Košir, Veronika Pretnar Kunstek, Nataša Majcan in Vesna Šlajpah.

Za svoje delovanje si je skupina postavila številne cilje, ki jih uspešno uresničuje, tako da je postala prepoznavna v vsem slovenskem prostoru. Organizira izobraževanja v obliki predavanj, delavnic, predstavitev, izdaja publikacije, prisotna je na kongresih doma in v tujini, pojavlja se v medijih. Izdala je zloženko z naslovom NE nasilje v zdravstveni negi in pripravila posebno prilogo Utripa z naslovom: Medicinske sestre smo vedno tu za vas – združeni proti nasilju.

Raziskava Nasilje/spolno nadlegovanje nad medicinskimi sestrami na delovnih mestih v Sloveniji je bila predstavljena na kongresu ICN (International Council of Nurses) v Kopenhagnu. Aktivno se je skupina predstavila tudi Evropskemu združenju gastroenteroloških in endoskopskih medicinskih sester-ESGENA. Posebno veliko truda je bilo vložnega v delavnico na kongresu ICN leta 2003 v Ženevi. Isto leto so je skupina predstavila tudi v Beogradu ob obisku delegacije Društva medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana.

S pomočjo regijskih društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov ter strokovnih sekcij poteka zgleđno sodelovanje tako na strokovnih srečanjih kot tudi v obliki strokovnih usposabljanj za manjše skupine. Za nazornejše prikazovanje problematike nasilja je skupina pripravila kratek film - Utrip sočasnosti in dva igrana skeča - Čez vse meje in Na vsa usta.

Delovna skupina večkrat opozarja tudi na stereotipno in žaljivo predstavljanje medicinskih sester v javnosti, predvsem v medijih, kar nedvomno prispeva k izboljšanju podobe in samopodobe slovenskih medicinskih sester.

Pomembno je aktivno sodelovanje z nevladnimi organizacijami, zlasti z Društvom ŠOŠ, telefon za ženske in otroke – žrtve nasilja; skupaj so izvedli že več pomembnih projektov. Izvajalcem zdravstvene in babiške nege so dobro poznane akcije mednarodnih dni boja zoper nasilje (predvsem nad ženskami) pod skupnim imenom »Kaj ti je deklica?«

Članice skupine so skupaj z Varuhom človekovih pravic za področje zdravstvene nege pripravile »Poročilo o obravnavanju nasilja v zdravstvu« na podlagi raziskave v slovenskih zdravstvenih zavodih ter sodelovale pri posvetu v Državnem svetu, ki ga je organiziral Varuh človekovih pravic, Matjaž Hanžek. Predstavile so problematiko obravnavanja nasilja na področju zdravstva in s tem prispevale k prepoznavanju delovanja medicinskih sester v širšem družbenem okolju. Članica delovne skupine, Veronika Pretnar Kunstek, je vključena tudi v strokovni svet za problematiko nasilja nad ženskami pri Ministrstvu za delo, družino in socialne zadeve.

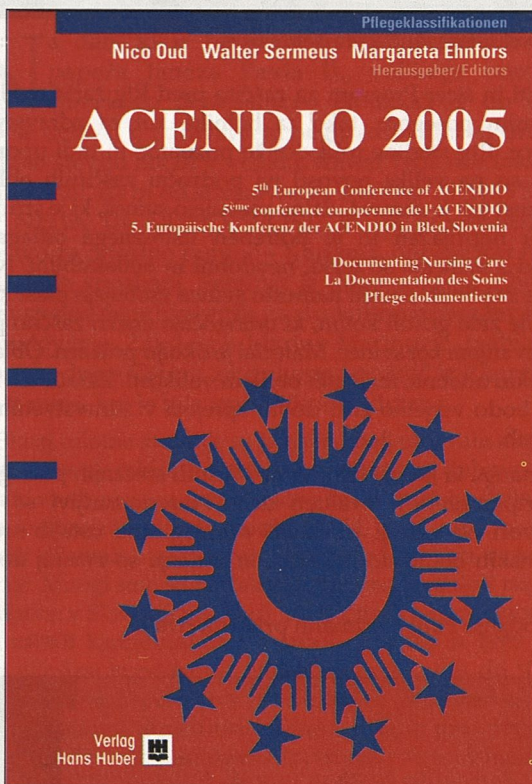
Najpomembnejši prispevek Delovne skupine za nenasilje v zdravstveni negi je v preprečevanju, prepoznavanju, obravnavanju in reševanju nasilja vseh vrst v zdravstveni negi. Skupini je uspelo, da medicinske sestre, nekatere vladne in nevladne organizacije, ki se ukvarjajo s problematiko nasilja, dajejo za vzgleđ dobre prakse za druge poklicne skupine in jih prištevajo k tistim, ki s svojim delovanjem prispevajo tudi k manj nasilja v družbi.

# ACENDIO – mednarodna konferenca v Sloveniji

Petra Kersnič, mag. Vesna Prijatelj

Slovenija in slovensko združenje medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov je bilo soorganizator 5. bienalne konference ACENDIO – združenje za skupne evropske negovalne diagnoze, intervencije in rezultate, ki je bilo ustanovljeno leta 1995 z namenom opisovanja prakse zdravstvene nege in pospeševanja razvoja strokovnega jezika zdravstvene nege ter povezovanja vseh strokovnjakov zdravstvene nege. Združenje je v pomoč procesu razvoja terminologije na področju zdravstvene nege s tem, da organizira konference, tiska publikacije in informira člane preko spletnih strani o svojem delu na področju razvoja terminologije, povezuje medicinske sestre iz različnih evropskih držav, da izmenjujejo svoje znanje in predstavijo napredek, predstavlja metode za razvijanje in vrednotenje terminologije zdravstvene nege s pomočjo mednarodnega sodelovanja in medicinskih sester – strokovnjakinj, razlaga mednarodne standarde za terminologije in klasifikacije.

Konferenco smo pripravljali vse od leta 2003, ko sta v Parizu na 4. konferenci predstavnici Slovenije - predsednica Zbornice – Zveze mag. Bojana Filej in generalna sekretarka Petra Kersnič prevzeli aktivnosti organizacijskega odbora 5. konference Acendio.



Na konferenci, ki je potekala v času od 7. – 9. aprila 2005 v Festivalni dvorani in drugih kongresnih dvoranah na Bledu, je sodelovalo več kot sto predavateljev - strokovnjakov s področja terminologije in klasifikacije iz 29 držav. Predstavili so razvoj in dosežke na tem področju v

posameznih državah. Skupaj se je v treh dneh konference udeležilo okoli 300 udeležencev. Za vse predstavitve na plenarnih zasedanjih je bil na prekonferenci zagotovljen prevod v slovenski, angleški in nemški jezik.

Na otvoritveni slovesnosti 5. konference 7. aprila 2005 v Festivalni dvorani na Bledu so navzoče nagovorili predsednica združenja dr. Margareta Ehnfors, predsednica Zbornice – Zveze, mag. Bojana Filej, minister za zdravje, mag. Andrej Bručan in župan Bleda gospod Jože Antonič. Folklorna skupina Ribno je s svojimi najmlajšimi člani prikazala, kako se v narodnih nošah vrtijo in prenašajo izročila slovenskih, še posebej gorenjskih plesov najmlajši.

Na pred-konferenci, ki je potekala 7. aprila 2005, je bil predstavljen razvoj informatike in standardizirane terminologije v zdravstveni negi Slovenije, ter izkušnje drugih evropskih držav pri uporabi le teh v klinični praksi. Slovenija se je že koncem 70-ih let vključila v mednarodne študije in projekte s tega področja in je vseskozi sledila mednarodnim smernicam razvoja. Ob sodelovanju na tujih in domačih projektih se je jasno oblikovalo stališče, da bo zdravstvena nega postala vidna, ustrezno ovrednotena in primerljiva šele ob uporabi enotnih standardov in definicij s področja zdravstvene nege. V dveh predavanjih je bil predstavljen tudi projekt "Zagotavljanje kakovosti s pomočjo dokumentacije v zdravstveni negi" katerega cilj je bil izdelava posodobljenega orodja dokumentacije zdravstvene nege v elektronski in tiskani obliki. Projekt je tekel od 2003 do 2004 in je en od najpomembnejših projektov na področju informatike v zdravstveni negi v Sloveniji.

Izkušnje iz drugih evropskih držav kažejo na enako problematiko in težavnost poti, ki so jo prehodile do sedaj. V drugem delu pred-konference je predstavljen minimalni nabor podatkov zdravstvene nege Holandije, način implementacije zdravstvene nege v kliničnih poteh (Belgija) in možnost povezovanja NANDA in ICNP klasifikacij (Švica).

V zaključku pred-kongresnega dela smo ugotovili, da je Slovenija na pravi poti k uresničevanju začrtanih ciljev. Da bi nabor podatkov o zdravstveni negi uspešno implementirali v nacionalno bazo podatkov o zdravju bolnikov je potrebno dopolniti Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva, vzpostaviti inštitut za zdravstveno informatiko, določiti enotne standarde in minimalni nabor podatkov na nacionalni ravni, vpeljati enotno dokumentacijo zdravstvene nege v prakso, vzpodbuditi močnejše sodelovanje strokovnjakov zdravstvene nege, razvijalcev informacijskih sistemov in uporabnikov sistema na vseh ravneh zdravstvene dejavnosti. Naslednji korak, ki ga je potrebno narediti je oblikovanje ustreznega informacijskega sistema za evidentiranje in analizo podatkov, ki so tudi osnova za znanstveno in raziskovalno delo v zdravstveni negi.

Kljub vsem oviram pa je temeljna ugotovitev udeležencev konference, da morajo medicinske sestre igrati pomembno vlogo pri razvoju in oblikovanju informacijskega sistema, od uvajanja minimalnega nabora podatkov do iskanja načinov kako klinično strokovno znanje vključiti v informacijski sistem.



## Ogled proizvodnje in sterilizacije operacijskih materialov za enkratno uporabo

Marija Fabjan



Ena gasilska za spomin.

Perilo za enkratno uporabo oz. netkane tekstilije je medicinski pripomoček, kipridobiva na uporabnosti v zdravstvu, posebno še v operativni dejavnosti. To zahtevajo tudi smernice EU standardov.

Nekateri poslovni partnerji skrbijo tudi za strokovno izobraževanje medicinskih sester. Tako je podjetje Paul Hartmann Adriatic v sodelovanju s Sekcijo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti Slovenije v aprilu organiziralo strokovno ekskurzijo v Brno na češkem. Ogledali smo si proizvodnjo in sterilizacijo materiala za enkratno uporabo programa Foliodrape, ki ga uporabljamo tudi v operacijskih sobah nekaterih slovenskih bolnišnic.

Presenečeni smo bili, da je kljub visoki tehnologiji izdelave posameznih proizvodov potrebno zaradi preciznosti dela še veliko ročnega zlaganja, zlasti pri sestavljanju namenskih operacijskih setov in rjuh.

Ogledali smo si tudi sterilizacijo z etilenoksidom, ki je avtomatizirana in najmodernejša v Evropi. Sterilizatorjev je pet. Material, pripravljen za naročnika v kompletni transportni embalaži, naložijo na palete. Za eno polnitev gre 15 palet, tako da je dnevna zmogljivost sterilizatorja 130 palet. Proces sterilizacije (vakuumiranje, sterilizacija, ventilacija), v katerem se pod vplivom penetracije mešanice 90% Eto in 10% CO<sub>2</sub> (inerten plin, ki zmanjša možnost eksplozivnosti) izvrši kemična reakcija uničenja mikroorganizmov, traja 10 ur. Z dodajanjem H<sub>2</sub>O mešanici Eto in CO<sub>2</sub> nastajajo etilen glikoli, ki niso eksplozivni in se izločajo kot odplake. Po končani sterilizaciji se palete avtomatsko premaknejo v razplinjevanje in počakajo na rezultate bioloških kontrol. Material je do izdaje naročnikom skladiščen v računalniško vodenem skladišču s sledenjem materialov. Zanimivo je bilo gledati robote-vozičke, ki sami iščejo po tirnicah med 8 000 paletnih mest v 8 nadstropjih določeno blago.

Po ogledu proizvodnje smo imeli predavanje o izdelavi materiala za enkratno uporabo. Predstavili so nam tudi



Mogočnost sistema sterilizacije z etilenoksidom.

novosti in sicer Program za zaščito pred Rtg žarkmi med operativnim posegom, tako za bolnika kot za zdravstvene delavce. Rtg sterilne rokavice že poznamo in tudi uporabljamo, so pa velike novosti na področju zaščitnih oblačil. Prednost teh je namreč, da ne vsebujejo svinca, ki je strupen, okolju neprijazen in je potreben ustreznega odlaganja. Izdelki s svincem so težki, neudobni in nefleksibilni. Nove oblike zaščitnih oblačil namesto svinca vsebujejo plast kombinacije zelo gostih kovin, ki omogočajo enako zaščito pred Rtg sevanjem kot svinec. Material je okolju prijazen. Oblačila so lahka, udobna, različnih oblik in velikosti. Zaradi teh lastnosti bodo verjetno zelo dobro sprejeta v zdravstvenih ustanovah.

Znanja, ki jih pridobimo na takšnih srečanjih prav gotovo pripomorejo h kvaliteti dela. Nezanemarljivi so tudi pogovori ob večerji ali kavici s kolegicami ostalih sredin slovenskih bolnišnic. Izkušnje in mnenja so zmeraj dobrodošla.

Podjetju Paul Hartmann prisrčna hvala!







## Strokovno srečanje "zdravstvena nega in duhovnost"

Barbara Jurše



**N**a dan, ki je bil posvečen žalovanju ob smrti papeža Janeza Pavla II., velikega borca za človekovo dostojanstvo od spočetja do smrti, smo se delavci v zdravstveni negi, zdravniki in drugi, v velikem številu zbrali v veliki dvorani Teološke fakultete z namenom, da bi od strokovnega srečanja ZDRAVSTVENA NEGA IN DUHOVNOST, ki ga je organiziralo Društvo za celostno pomoč – Karizma, odnesli kar največ uporabnih spoznanj. Seminar je dobil soglasje Zbornice zdravstvene nege Slovenije za strokovno izobraževanje in napredovanje. Žal gospe Marine Marinovič, psihiatrinje in predsednice Centra za duhovno pomoč iz Zagreba, ni bilo z nami, ker je bila upravičeno zadržana.

Skozi celotno srečanje se je vedno bolj utrjevala misel, da je vsak človek celostno – telesno, duševno in duhovno bitje in zato vredno vsega dostojanstva že od spočetja dalje. Prva nam je spregovorila ga. Lucija Matič, dipl. med. sestra, o etičnih dilemah v zdravstveni negi glede splava in kontracepcije. Mnogi smo se razžalostili, ko smo poslušali naslednja dejstva: v Sloveniji več ljudi umre zaradi nezaželenosti kot npr. zaradi kardiovaskularnih obolenj; splav se brez navajanja vzrokov in odobritve etične komisije izvaja do 10. tedna nosečnosti, čeprav je v petem tednu že zaznaven utrip embrija; običajno je medicinska sestra tista, ki prva vzpostavi stik z nosečnico in ji še pred zdravstveno ali socialno anamnezo postavi vprašanje, če bo otroka obdržala; hote ali iz nevednosti se uporabnicam in uporabnikom zdravstvenih storitev izpušča informacije o abortivnem učinku kontraceptivov ter njihovih stranskih učinkih; t.i. postkoitalna ali urgentna kontracepcija (čeprav po svojem načinu delovanja ne preprečuje ampak abortira že nastalo življenje) je lahko

dostopna; zdravstveni delavci zamolčijo tudi številne druge informacije (fizične in psihične težave po sterilizaciji ženske in moškega); v ZDA še vedno ni alternative za nekatera cepiva, pridobljena iz človeških zarodkov; splavljeni zarodki se v zdravstvenih ustanovah enačijo z biološkim odpadnim materialom itd...

G. Marjan Veternik (na sliki), duhovnik z vlogo ekzorcista je s svojo temo Duhovna bolezen in vpliv nadnaravnega na zdravje, dobro odstrl duhovni svet in njegove zakonitosti, ter navedel najpogostejša mesta za vstop zlih duhovnih sil, ki vplivajo na zdravje in življenje človeka: družinsko deblo, notranje-čustvene rane, osebni grehi človeka, udejstvovanje pri okultizmu, magiji in v alternativnem zdravljenju.

Vmes nas je ga. Nada Žgur s prijatelji razveselila z nežno slavnico glasbo.

G. Goran Jeglič, dr. med., spec. anesteziologije, se je preko svojih življenjskih preizkušenj naučil, da vse, kar diši po nadnaravnem, ne izvira nujno od Boga. Seznanil nas je tudi z nekaterimi konkretnimi primeri, ki jih je doživel v svojem poklicnem udejstvovanju, ter nas spomnil na to, da je Jezus kot Božji sin za vsakega prišel kot rešitelj, s katerim se nimamo česa bati. Zato je vse, ki so to želeli, po predavanju povabil, da se udeležijo molitve s polaganjem rok. Mnogi so bili že med molitvijo deležni različnih dotikov božje prisotnosti.

Veselim se ponovitve srečanja, ko bo z nami tudi ga. Marinovič, ki nam bo predavala o razlikovanju duševne in duhovne dimenzije ter o hagioterapiji. Za nov termin in druge informacije lahko pišete na e-mail: karizmadrustvo@yahoo.com, ali pokličete GSM 031 454 804.



# Oskrba ran in dekubitusov z Ligasano materialom - 2. del

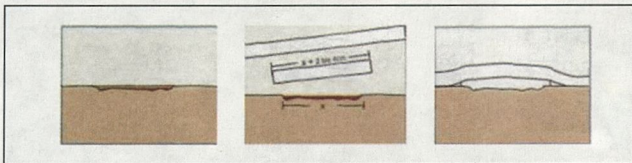
Simona Videnšek

## Oskrba ran na splošno

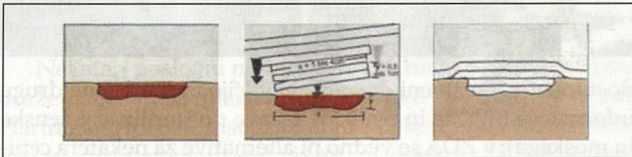
LIGASANO (bel) je namenjen za enkratno uporabo. Ne priporoča se aplikacija krem, mazil, antibiotikov na sam material, ker le ta zapre pore na materialu in se s tem prepreči njegovo učinkovanje. Dodatni ukrepi pri sanaciji pogosto poslabšajo rezultat.

Sam material se aplicira na ali v rano. Rane na nivoju kože se oskrbijo z 1-2 cm debelim LIGASANO materialom, robovi ran so prekrti 1-2 cm. Globoke rane in jamice ran popolnoma obložimo z LIGASANO materialom. Vseповsod mora material priti v stik z rano. Da je to zagotovljeno, se LIGASANO stisne do 50 %.

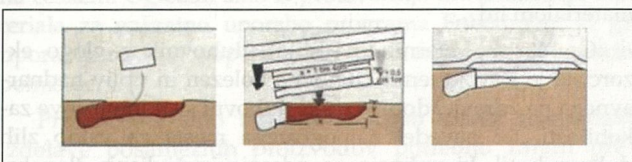
Pri opeklinah, odrgninah in malo secerniranih ranicah pa lahko LIGASANO material, na strani rane, malo navlažite s fiziološko raztopino.



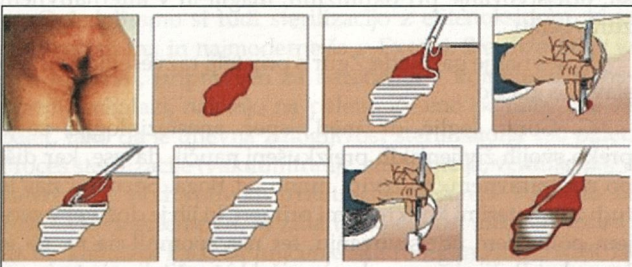
SLIKA 2. Tip oskrbe površinske rane (do približno 0,5 cm globine)



SLIKA 3. Tip oskrbe globoke rane



SLIKA 4. Tip oskrbe globoke rane z žepki



SLIKA 5. Tip oskrbe globoke rane z ozkim vstopnim mestom

Fiksacija materiala LIGASANO je s povojem LIGASANO. Uporablamo lahko tudi mikropor, navadni povoj, mrežice ter podobne zračne materiale prepustne za zrak. Ne smemo pa uporabljati materialov iz folij, kateri zaprejo dotok zraka v rano.

Preventiva pred glivičnimi infekcijami in vnetji kože pri kontaktu kože s kožo

Toplo vlažno okolje in klima z malo kisika pri stiku kože s kožo, je ugodno žarišče za nastanek glivičnih infekcij in kožnih vnetij. Učinkovito sredstvo proti temu, preventivno in terapevtsko, je vmesna plast iz 1-2 cm LIGASANO (bel) blazinice.



SLIKA 6: Podlaganje z LIGASANO materialom (svitki pod koleni in gležnji, blazinica za razbremenitev pet, trakci med prstnimi kontakti za preprečevanje glivičnih infekcij).

S pomočjo domiselnosti negovalnega osebja lahko naredimo primerne pripomočke za podlaganje, kot so svitki, klini, opetniki itd.

## Zaključek

Material LIGASANO (bel) se uporablja za sanacijo različnih vrst in tipov rane. Uporablja se tudi za podlaganje bolnika. Pri podlaganju bolnika se vedno uporablja direktno na kožo. V rizičnem področju tako pospeši prekrvavitev, izravnajo se manjše neravnine, odvečen izcedek se absorbira in prepreči se gubanje na koži oz. v kontaktu s kožo.

LIGASANO material ima prednost pred mnogimi drugimi obvezilnimi materiali, ker je cenovno najugodnejši material za sanacijo ran in ga lahko brez velikih stroškov uporabljamo v skoraj vsaki situaciji. Ob vsem tem pa se še sproti nenehno odkrivajo nove, praktične možnosti uporabe LIGASANO materiala.

OP. Vsi podatki in slike v članku so povzeti iz prospekta LIGASANO in temeljijo na strokovnem znanju ter večletnih zdravniških in negovalnih izkušnjah z izdelki LIGASANO.

**CHIPTRONIC**  
**REHA** center d.o.o. Ptuj

CHIPTRONIC-REHA center d.o.o.

Jadranska ulica 17, 2250 Ptuj  
Tel.: ++386 (0)2 787 94 30  
Fax: ++386 (0)2 787 94 40  
E-mail: reha.chip.ptuj@siol.net

Repelent z edinstveno formulo, ki resnično  
**ODGANJA KLOPE**



**Ben's 30**

Repelent na vodni osnovi z DEET in **brez alkohola**, zagotavlja **popolno zaščito** za vso družino.

BEN's 30 je repelent z edinstveno formulo na slovenskem trgu, ki nudi učinkovito zaščito pred klopi, muhami, mušicami, obadi, pršicami, komarji ter bolhami.

BEN's 30 vsebuje kar 30% DEET, višje vsebnosti na slovenskem trgu ni. Ker ne vsebuje alkohola kot ostali repelenti, ne hlapi tako hitro in zato učinkuje dalj časa.

**Učinkovito varuje več kot 6 ur, brez obnavljanja nanosa.**

**NOVO V MESECU MAJU**

Informativno brošuro poiščite v lekarni ali specializirani prodajalni.

Zastopnik in distributer:  
TOP TRADE d.o.o., Cesta v Gorice 39, Ljubljana  
Proizvajalec: Tender Corporation, Littleton, NH, ZDA

www.toptrade.si

**TOP TRADE**

V LEKARNAH IN SPECIALIZIRANIH PRODAJALNAH

## @kademija za

**PRVA ZASEBNA KOZMETIČNA ŠOLA !**  
Poteka vpis v verificiran program za poklic

**KOZMETIČNI TEHNIK,**

za šolsko leto 2005/06.

Izkoristite promocijske cene !

Šolanje na najvišji kakovostni ravni zagotavljajo:

- elitni in izkušeni predavatelji
- prenovljeni prostori in najsodobnejša oprema
- sodobne metode učenja
- omejen vpis, majhne skupine
- spletna oglasna deska

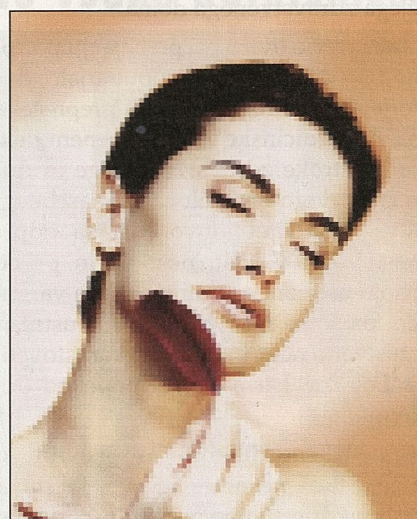
Izvajamo tudi priprave na preverjanje in potrjevanje  
NACIONALNIH POKLICNIH KVALIFIKACIJ:

**VIZA IST, MASER, PEDIKER in MANIKER**

Ter vas vabimo na tečaje **KLASIČNE MASAŽE, REFLEKSNE MASAŽE STOPAL, MANUALNE LIMFNE DRENAŽE, ZEN SHIATSU, AYURVEDSKE MASAŽE, PEDIKURE, MANIKURE...**

**INFORMATIVNI DAN:** četrtek, 26. maja 2005, ob 17.00 uri, v prostorih Zavoda AI,  
Gerbičeva 51 a, Ljubljana

**INFORMACIJE:** 01 252 81 61, 051 380 453 - E-mail: info@zai.si; URL: www.zai.si





## Zgodovinski razvoj zasebne dejavnosti na področju patronažne zdravstvene nege

Elizabeta Skočir

O samosvojitve Slovenije in spreminjanje družbene ureditve je le nekaj let zatem sprožila posamične težnje po uveljavljanju zasebnosti na področju patronažne zdravstvene nege, k čemur so pripomogli tudi pravni in drugi pogoji, ki so nastajali s spremembo zakonodaje.

Začetki niso bili enostavni, saj je pogled na zasebno dejavnost sprožal številna odprta vprašanja, ki so se včasih zdela kot nepremagljiva ovira v postopkih pridobivanja ustrezne koncesije, sklepanja pogodb itd.

Še posebej so bili v strokovnih krogih mnogi skeptični, zlasti glede tega, da se višje medicinske sestre kot nosilke zasebne zdravstvene dejavnosti izolirajo od javnega sektorja in stroke zdravstvene nege, kar naj bi pomenilo, da ni dopustno prehajanje patronažnega varstva v zasebno zdravstveno dejavnost, dokler ne bodo zagotovljene za to potrebne družbene razmere. V strokovnih razpravah (npr.: Vuga Silva) je bilo poudarjeno, da je pogoj za prehajanje patronažnega varstva v zasebno dejavnost, da pravočasno zaživi strokovni nadzor in strokovna inštruktaža po pooblastilu Zbornice zdravstvene nege, višje medicinske sestre pa naj bodo vključene v strokovni kolegij patronažnega varstva najbližjega zdravstvenega doma.

Za največjo oviro pri prehajanju patronažnega varstva v zasebno dejavnost se je poudarjalo, da ne obstajajo dogovorjeni mehanizmi, ki bi preprečevali izolacijo patronažne medicinske sestre v njenem delovanju, distanciranje od stroke zdravstvene nege in dušenje razmer za ustrezno vlogo in delovanje zasebnega patronažnega varstva. Dodelitev dovoljenja za odprtje zasebne dejavnosti je bila v pristojnosti občin, pri odločanju o zagotavljanju ustreznega patronažnega varstva na svojem območju pa so se pojavljala tudi neustrezna razumevanja. Zdravstveno nego so namreč kar istovetili z zdravstveno nego bolnika, kar se je žal ponekod dogajalo celo med zdravniki.

Prav takšne dileme v strokovnih krogih so hkrati ponujale tudi nekatere rešitve, ki sta jih podprla tudi Zbornica zdravstvene nege in razširjeni strokovni kolegij zdravstvene nege, kar je hkrati tudi pomenilo nadaljnji razvoj zasebne dejavnosti na področju patronažnega zdravstvenega varstva. Zbornica zdravstvene nege je prevzela tudi skrb za spremljanje in iskanje ustreznih premostitvenih rešitev v času začetnega uveljavljanja zasebnosti ter opozarjala na nedorečenost zakonodaje na tem področju.

Po teh začetnih strokovnih razpravah, ki niso bile naklonjene ustanavljanju zasebne dejavnosti na področju patronažne zdravstvene nege, je posameznicam le uspelo pridobiti nujno potrebna dovoljenja in druge pogoje, ki

so v sistemu omogočala samostojno zasebno dejavnost. Ni namreč bilo v ospredju le strokovno znanje tistih, ki so pričele stopati na pot zasebnosti, pač pa tudi zagotavljanje vseh potrebnih administrativnih pogojev, od pridobitve koncesije samoupravne lokalne skupnosti, sklenitve ustrezne pogodbe z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije, zagotavljanja ustreznih računovodskih storitev, do zagotovitve materialnih pogojev, kot so ustrezni prostori, oprema, prevozno sredstvo itd.

V tem obdobju je imel pomembno vlogo tudi Zavod za zdravstveno zavarovanje Republike Slovenije z direktorjem g. Francem Koširjem, saj so imeli korekten in vzpodbuden odnos do razvijanja zasebnosti na področju patronažnega varstva – v primerjavi s posameznicami iz vrst medicinskih sester, kakor da ne bi poznale etičnih načel (načelo VII).

Prve zasebnice, ki so uspeli zagotoviti takšne pravne formalne pogoje, so bile Danica Jevtič iz Ajdovščine, Natalija Bergant iz Krškega, ki sta s takšnim delom pričeli 01. 06. 1993, ter Vesna Škrjanec Cotič s sodelavkami Alenko Mrevlje, Biserko Sabadin in kasneje Desanko Pirjevec, vse iz Kopra, ki so pogoje izpolnile s sklenitvijo pogodbe dne 01. 07. 1994.

Po mnenju prvih, ki so stopile na pot zasebnosti na tem področju, je bilo vloženega veliko začetnega truda, vztrajnosti in vere v pravo pot in le na takšen način je bilo mogoče priti do priznanja ustreznega statusa.

Omeniti je potrebno tudi drugačno obliko »osamosvajanja« *zasebne zdravstvene nege, ko so patronažne sestre opravljale dejavnost pod okriljem zdravnika, ki je pridobil koncesijo.*

Nekaj let kasneje, zlasti po 01. 11. 1997, se je zasebnost pričelo razvijati hitreje, saj so ustrezne pogoje pridobile patronažne sestre iz Škofljice pri Ljubljani, Lenarta, Slovenskih Konjic, Črnomlja, Hrastnika, Ptuja, Ljubljane, Pirana, Železnikov, Pivke, Maribora, Zagorja in drugih krajev po celotni Sloveniji.

Od začetne monovalentne dejavnosti so po letu 1997 zasebne patronažne sestre že opravljale tudi polivalentno obliko zdravstvene nege in z Zavodom za zdravstveno zavarovanje sklepale pogodbe za celovito družinsko patronažno varstvo.

Razvoj zasebnosti je terjal tudi povezovanje nosilcev zasebne zdravstvene nege, žal pa vse do zdaj ni bilo formalnih oblik povezovanja. Zaradi izmenjave izkušenj pri ustanavljanju in kasnejšem delu so se številne posameznice povezovale med seboj, prihajalo je tudi do različnih oblik srečanj, kjer pa so se izmenjevale tudi strokovne izkušnje. Srečanja so organizirale zasebnice v različnih krajih, med drugim dvakrat v Ljubljani, Hrastniku, na Ptuj, v Slovenskih Konjicah, Lenartu,



Škofljici, Kranju – in končno, nekako simbolično v Krškem, kjer naj bi se tudi začela ta dejavnost v letu 1993.

Preteklost je za nami in vendar se v teh časih, ko se borimo vsaka v svoji sredini s številnimi novostmi in vedno novimi problemi, moramo ponovno vzeti v roke tudi zapise in druge dokumente ter dati vse spoštljivo priznanje tistim, ki so postavljali temelje v strokovnih navodilih za zdravstveno nego na domu. Med njimi naj omenim le nekatere: Majda Šlajmer Japelj, Silva Vuga, Bojana Filej in druge.

#### *Kaj bo s privatizacijo na tem področju v prihodnje?*

Na to vprašanje je po mojem mnenju težko jasno odgovoriti, saj se razvoj podjetništva prilagaja razmeram delovanja. Povezovati jih je namreč potrebno z raznovrstnim znanjem, ki ga zasebni sektor, ki deluje v majhnih krogih, potrebuje za svojo dejavnost. Ne le težnja po vedno večji informatizaciji poslovanja, vodenja različnih evidenc in posredovanja vse večjega obsega statističnih podatkov, tudi znanje na področju poslovanja in financ ter

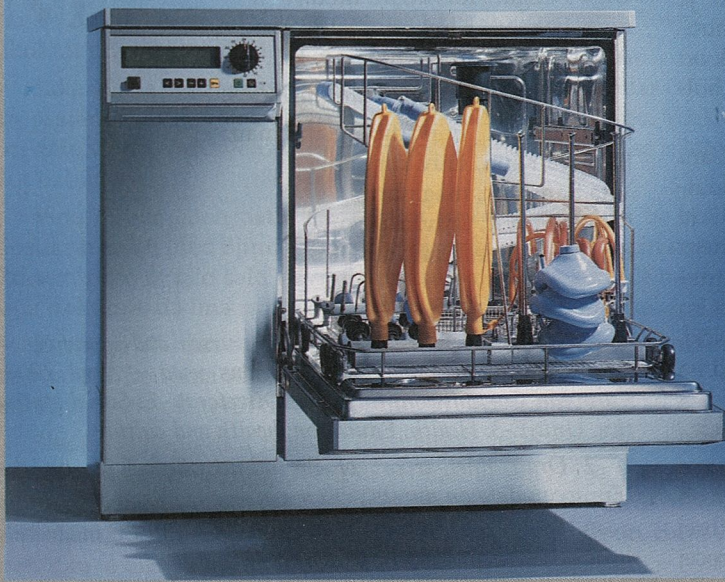
pomen tveganja zasebnika lahko pripeljejo do morda negativnega odgovora.

Mogoče nas čaka še največji spopad na področju etičnih načel, ki se iz medicine širijo tudi v poslovanje. Avtorji članka v časopisu Delo (Sobotna priloga Dela, 09. 04. 2005) ugotavljajo, da čistost ni le lastnost ambulant, ampak tudi poslovanja in financ. Tudi trendi v Evropi gredo vse bolj v smeri zdravstvenega varstva, ki se spreminja z uveljavljanjem komercializacije, privatizacije, podjetništva in konkurence.

Pred leti je Petra Kersnič v Utripu zapisala, da so zelo pogosta spoznanja, da je premalo storjenega, pa vendarle jo vznemirjajo občutki stanovske pripadnosti s spoznanjem, da je treba veliko in še več za to, da bi poklic medicinske sestre prerasel v nam in drugim priznan poklic, ki ima pri nas vendarle svojo dolgoletno preteklost, vredno sedanost ter svetlo prihodnost.

Razlogov za pesimizem torej ni, zato vsem še veliko uspehov pri nadaljnjem razvoju in uspešnem delu z ljudmi, za katere pravzaprav delujemo.

## ČISTOČA IN DEZINFEKCIJA sta ogledalo vsake bolnišnice.



ČISTOČA IN DEZINFEKCIJA sta ogledalo vsake bolnišnice.

MIELE kvaliteta vam zagotavlja najlepši odsev v tem ogledalu.

Miele d.o.o., Brodišče 15, 1236 Trzin, GSM 041 668 869, e-pošta: [misa.majcen@miele.si](mailto:misa.majcen@miele.si)

**Miele**  
**PROFESSIONAL**

# Alergije

doc.dr.Mitja Košnik

## Zapis o preobčutljivosti za zdravilo in o težkih alergijskih reakcijah na kartici ZZS

V stari zdravstveni knjižici so bili zapisani tudi nekateri kritični medicinski podatki, predvsem podatki o preobčutljivostnih reakcijah po zdravljenju in o težkih alergijskih reakcijah. Ob pregledu bolnika je zdravnik lahko imel orientacijo, katerih zdravil naj bolniku ne predpiše. Zdravstveno knjižico je leta 2000 nadomestila kartica zdravstvenega zavarovanja, na katerem trenutno ni zapisanih nobenih medicinskih podatkov.

Strokovna skupina zdravnikov je pripravila strokovno izhodišča, kako zapisati podatke o preobčutljivosti na kartico ZZS. Projekt se vpeljuje vzporedno s projektom zapisa izdanih zdravil na kartico, tako da bo uveden pilotsko letos junija v goriški regiji. Za ta projekt se je namreč naredila dovolj dobra elektronska baza zdravil predvsem pa se je zagotovilo njeno vzdrževanje. Projekta se tudi dopolnjujeta.

Podatke o preobčutljivosti bo na kartico lahko zapisal bolnikov izbrani osebni zdravnik ali zdravnik specialist, ki je opravil testiranje, sume na alergijo pa bo lahko zapisal vsak zdravnik. Podatke s kartice bodo lahko uporabljali samo zdravstveni delavci – zdravniki, medicinske sestre in administratorji v zdravnikovi ordinaciji ter farmacevti in farmacevtski tehniki v lekarnah v skladu s svojimi pooblastili.

Računalniški program bo varoval bolnika, da se mu ne bo predpisalo ali izdalo zdravila, za katero je preobčutljiv. Zapis bo zelo koristen v urgentnih ambulantah, kajti bolnikov, ki pridejo na urgenco zdravnik od prej ne pozna, zato je možnost dajanja zdravila, ki ga bolnik ne prenaša, še toliko večja.

Podatki o preobčutljivosti za zdravilo bodo zapisani sistematično. Zapisana bo stopnja verodostojnosti podatka, torej, ali je preobčutljivost le domnevna ali je dokazana s testi. Pri domnevni preobčutljivosti bo sistem spodbujal, da naj se do preobčutljivostne reakcije opredeli alergolog in jo bodisi potrdi ali ovrže. Zapisana bo klinična oblika preobčutljivosti, npr anafilaksija, izpuščaji, psihogene reakcije..., svetovano bo drugo zdravilo, ki ga bolnik v enaki indikaciji lahko prejema.

Pri zapisu alergije na kartici bo ob trenutnem načinu dela medicinska sestra ključna oseba. Podatek o zapisu se bo namreč pojavil na zaslonu, ko se bo kartica prebrala ob sprejemu bolnika. Medicinska sestra bo ponavadi torej prva oseba, ki bo prebrala opozorilo. Še več. Ker precej zdravnikov pri svojem delu ne uporablja računalnika, bo zdravnik ta podatek opazil le, če ga bo nanj opozorila medicinska sestra. Seveda bo lahko zapis tudi natisnila na papir.

Odločili smo se, da damo prednost varnosti, zato se bo dogajalo, da bo program včasih opozoril tudi pred predpisom zdravila, ki bolniku ne škodi. Predvsem bo moteče, če bodo zdravniki na kartico zapisovali pre-

Izgled zapisa o preobčutljivosti za zdravilo na računalniškem zaslonu

ohlapne sume in ne bodo pošiljali bolnikov k alergologom za dokončno opredelitev diagnoze. Sistem tudi ne bo koristen, če zdravnik na kartico ne bo zapisal podatka o preobčutljivosti. Zato gre poseben apel medicinskim sestram, da zdravnike opozorijo, kadar opazijo, da ima bolnik podatke o preobčutljivosti zapisane v papirni kartoteki, ne pa na kartici ZZS.

Če na kartici ne bo nobenega zapisa, to zdravstvenih delavcev ne bo odvezovalo od standardnega postopka zagotavljanja varnosti pri predpisu zdravila.

### Pripravili:

#### Strokovna skupina:

doc. dr. Mitja Košnik, dr. med.,  
mag. Neli Vintar,  
dr. med., prim. Marijana Kuhar, dr. med.,  
asist. Gordana Živčec Kalan, dr. med.,  
Olga Požgai Horvat, dr. med.,  
mag. Barbara Klun, univ. dipl. inž.,  
Ana Groznik, univ. dipl. inž. fiz., MBA

#### Interna projektna skupina ZZS:

Marjan Sušelj, univ. dipl. psih., mag.  
Barbara Klun, univ. dipl. inž.,  
Vita Samaluk, mag. farm.,  
Mitja Udovič, univ. dipl. org.,  
Brigita Morela, univ. dipl. inž.

### Literatura

1 Statistics on the numbers of nurses and midwives – Attempt to understand the definitions used – April 2003. European Commission, Eurostat, Directorate E: Social statistics, Unit E-3: Health, Education, health and culture.

2 Draft final report of the ad-hoc Task force on the 'European data on nurses'.

3 Direktiva 77/542/EEC, Direktiva 77/543/EEC in amandmaji z dne 10.10.1989 in 30.10.1989.

4 Kersnič P (ur.), Filej B (ur.). Količina in kakovost zdravstvene nege v osnovni zdravstveni dejavnosti: metode, meritve, management in načini za doseganje ciljev. Maribor: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca, 2002.

5 Elaborat Kliničnega centra v Ljubljani ob ocenjevanju dela medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov pri določanju kadrovske standardov za različne ravni oskrbe in različne specialnosti obravnave. Ljubljana: Klinični center, 2003.

## Vidi Rus v slovo



Ni smrt tisto, kar nas loči,  
in življenje ni,  
kar druží nas,  
so vezi močnejše  
brez pomena zanje,  
so razdalje, kraj in čas.

Mila K.

**M**alo je med nami ljudi, katerih prisotnost čutiš, tudi kadar jih ne vidiš. Malo je med nami takih, pri katerih veš, da jih vodi naprej delo, ki ga opravljajo, in potem vse drugo. Malo je tudi takih, katerih ukaze je lahko izvajati, ker so jasni in razumni in ker stoji za njimi človek, za katerega veš, da je vse tisto, kar naloži tebi, ničkolikokrat poprej že sam storil.

Taka je bila sestra Vida. Dostikrat nevidna, pa si vendar čutil, da sledi vsemu delu na zavodu, da ve za vsakogar, kaj je storil – ali je svojo nalogo opravil pravilno ali površno. Vsak od nas je imel ne glede na trenutne rezultate in težave pri delu v naši Vidi svetovalca in pomočnika na katerega se je lahko obrnil vsakič, ko je bilo to potrebno ali če ni kaj šlo kot bi bilo treba.

Vida ni bila eden tistih ljudi, ki bi mnogo kritizirali. Še bolj pa so ji bile tuje razne spletké, četudi se je morala dostikrat znajti med njimi. Dobra in popustljiva, umirjena in kultivirana pa ni prenesla površnosti in strokovnih napak. Pri tem z njo ni bilo šale – čvrsto je zastopala svoje stališče na svojem področju dela in pri tem je bila vedno pripravljena dokazati, da ima prav. Z argumenti in ne morda na kakšne druge načine.

Zavod je bil njena edina služba, zato ni čudno, da ga je poznala do zadnjega kotička, da je vedela, kako diha, in to celo takrat, ko sama ni bila neposredno prisotna na kraju dogajanja. Njena soba je bila vedno stičišče tistih potrebnih informacij, brez katerih delo ne bi moglo neovirano potekati naprej.

Sledila je napredku transfuzijske stroke in si prizadevala, da bi tudi »njene« sestre sledile novim postopkom in razvoju transfuziologije v svetu in pri nas. Leta 1976 je ustanovila transfuziološko sekcijo medicinskih sester, ki danes nadaljuje z njeno vizijo medsebojnega povezovanja in strokovnega izpopolnjevanja medicinskih sester. To često ni bila lahka naloga, vendar jo je sestra Vida zmogla z zavestjo, da je ves ta napredek končno namenjen bolniku. V vsakem trenutku je bila vzor vodstvenega delavca in tak vzor nam je ostala še tudi sedaj, ko jo je premagala bolezen.

Zadnje čase smo jo žal videvali kot bolnico. Vendar je bila ne glede na zdravstvene težave, ki so jo pestile, vesela vsakega od nas, kadar smo se srečali. Za trenutek so se ji zasvetile oči, kot bi hotela v hipu ponovno objeti čas, ki smo ga preživeli skupaj.

To je bil njen čas. To je bil lep čas, zanjo in za vse nas. Vsi, ki smo delali z njo, se je bomo vedno spominjali z veseljem v srcu.

Sodelavke in sodelavci Zavoda RS za transfuzijsko medicino

Ljubljana, 08. 04. 2005



**Na Visoki šoli za Zdravstvo  
so diplomirale naše sodelavke**

**IRENA FERJANČIČ  
LEA ČERNUTA-PINTAR  
LJUBICA MRAK-PETROVČIČ**

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

**Sodelavke iz Patronažnega varstva  
Nova Gorica.**

**Na visoki šoli za zdravstvo v Ljubljani  
je v marcu diplomirala naša kolegica**

**VLASTA FEMC.**

**OB USPEHU JI ISKRENO ČESTITAMO!**

***Kollegice in sošolke  
Zdravstvenega doma Novo mesto.***

**Na Visoki šoli za zdravstvo v Ljubljani  
je diplomirala naša sodelavka**

**MARTINA KUMER.**

**Iskrene čestitke  
in  
še veliko uspehov!**

**Patronažne medicinske sestre  
ZD Bežigrad**

**Na Visoki zdravstveni šoli v Mariboru  
je na podiplomskem študiju  
v marcu diplomirala**

**KARMEN WIRTH**

**za poklic  
specialistka gerontološke zdravstvene nege.**

**Iskrene čestitke  
in še naprej uspešno delo**

**Radka, Petra, Tilen**



## »Pogum«

Za vaš nasmeh in kaj več se trudi Petra Kersnič

**POŠTA**

»Letalsko pismo za vas, gospod Koren,« se na vratih oglasi poštar Silvo.

»A vi mene malo hecate, kakšno letalsko, saj sem vas videl, da ste prišli s kolesom!«

**KAP**

»Gospod Kos, resno vas opozarjam, da vas lahko zadene kap tudi ponoči!«

»Ne, gospod doktor, to pa že ne bo držalo, saj ponoči moja žena spi.«

**LOČITEV**

»Fani, sem slišala, da se z Lojzeto ločujeta!«

»Joži, ne drži, sem si premislila. V nedeljo je crknil televizor, pa sem ugotovila, da zna Lojze biti nežen in zabaven.«

**VERA**

»Janez, ti sploh ne veš, kako verni so starši moje nove ljubezni Milojke!«

»Ja Mirko, kako si pa to ugotovil, saj si bil komaj enkrat pri njih?«

»Joj, ne boš verjel. Res sem bil samo enkrat tam, a so se vsi, stari starši, mama, oče in bratje od prvega pogleda dalje kar naprej križali,« pojasnjuje Mirko.

**POHVALA**

»Danes si pa prvič s prijateljico klepetala po telefonu samo deset minut,« pohvali Janez svojo ženo Nežo.

»Ah, saj ni bila prijateljica, neka ženska se je zmotila in zavrtela napačno številko,« se brani Neža.

**PREPIR**

»Veš, Fani, resnično sem bil nor, da sem se poročil s teboj,« med preprirom reče jezni mož Jože.

»Že mogoče, Jože, jaz sem bila pa popolnoma slepa, da tega nisem že takrat videla,« odgovarja Fani.

**LOV**

»Včeraj sem pihnil na jasi za vasjo tri race,« se hvali lovec Andrej.

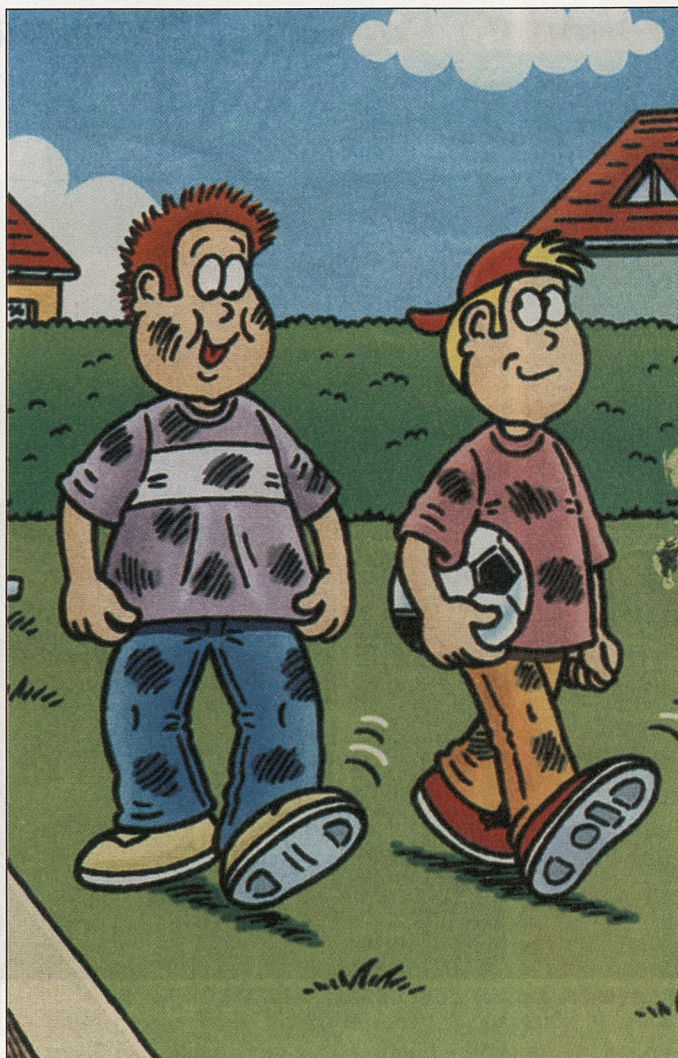
»So bile divjčice?« ga vpraša Jože.

»Race ne, je bil pa divji njihov lastnik,« mu pojasni Andrej.

**TRENING**

»Gospod Jure, danes pa že veliko lepše kašljate,« ga hvali doktor Koren.

»Kako ne bi, saj že ves mesec treniram,« se pohvali bolnik Jure.



»Janezek, sedaj pa greva k moji mami, pa naj tvoji mami dokaže, da imate čudežni pralni stroj!«

**REKLI SO – DA BI SPREMINJALI SVET IN LJUDI!**

*Nehvaležnost in smeti se povsod najdejo.*

*Nemški pregovor*

*Človeka ne naredi njegovo govorjenje, ampak govorjenje drugih.*

*J. M. Coetzee*

*Če hočeš zapravljati čas, bodi priča, če hočeš obubožati, bodi porok.*

*Asirski pregovor*

*Za človeka je pomembno samo troje: roditi se, živeti in umreti.*

*Rojstva se ne zavedamo, ko umira, trpi, živeti pa pozablja.*

*La Bruyère*

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

*~ da mravlje nikoli ne spijo ~*

*~ da je špansko glavno mesto Madrid najvišje ležeča prestolnica EU – leži 650 m nad morjem ~*

*~ da največ prostega časa preživijo pred televizijo ljudje iz dežele vzhajajočega sonca –*

*Japonci, ki jo gledajo povprečno 9 ur na dan ~*

*~ da buče izvirajo iz Mehike, kjer so jih gojili že pred pet do deset tisoč leti ~*



## Pohod na Polhograjsko grmado DMSZT Ljubljana

Marija Filipič



Srečen, kdor na goro pride ... brez zadrževanja čustev smo si tudi nazdravili.

Verjetno boste težko verjeli, da je naš pohodniški načrt na deževno soboto 9. aprila čudovito in v celoti uspel. Najbrž je k temu prispevala prijava 43 pohodnikov, nato pa nas je skupina osemnajstih dosegla načrtovani cilj. Tistih, ki se v glavnem vztrajno na vsakem pohodu srečujemo. Rahel dež nas je pomiril. Primerno oblečeni, obuti, z zaščitenimi nahrbtniki in dežniki v rokah smo bili pripravljene na nova doživetja.

V Dvoru nas je pričakala kolegica Sonja s čajem, kavo in pecivom. Krasno! Tudi krajevnega turističnega vodiča je imela ob sebi. Razložil nam je bogato zgodovino polhograjske doline in razkazal gotsko cerkev v Dvoru, katere zavetnik je sveti Peter. Cerkev slovi po veliki cerkveni ladji z dvema slovenskima napisoma iz leta 1577, po freskah, zlatih oltarjih, portalom, ki ga sestavljajo prizori iz takratnega življenja ljudi v tem okolju. Posebnost je tristo let stara ura, ki jo je spravil v tek nek domačin samouk, kmet, ki popravlja trosilnike za gnoj in drugo poljsko orodje. Uro in njene mehanizme bitja smo si šli ogledat v cerkveni stolp po številnih ozkih, zavitih stopnicah. Zelo zanimivo.

V Polhovem Gradcu nas je vodič popeljal skozi zgodovino gradu, življenje grajske gospode, hlapcev, lepoto grajskega parka, ki ga še posebno krasi Neptunov vodnjak, in nam razkazal muzej v gradu. Imeli smo srečo,

saj smo se srečali tudi z restavratorji starih najdenih predmetov. Zanimiv je potek čiščenja, sestavljanja, ohranjanja in zaščite predmetov, za kar je potrebno ogromno znanja in veliko časa.

Grof Blagaj je bil zelo zaslužen za razvoj Gradca pa tudi okoliških krajev. Veliko se je ukvarjal z rastlinami. V parku je nasadil primerke dreves in grmičja z vsega sveta. Še posebej pa je opisal v tem kraj avtohtono rastlino – volčin – blagajano.

Cehovstvo je znano za te kraje že stoletja, še vedno pa se je obdržalo čebelarstvo, ki smo si ga ogledali v čebelarskem domu, skupaj z dobrodošlico – poskusom medicine, ogledom doma in čebelarske prodajalne, kjer je mogoče kupiti medarske izdelke. Nato smo se odpravili, še vedno z dežniki v eni roki, v drugi pa pohodniško palico, v smeri proti Grmadi.

Pri Mehačku, kmetiji odprtih vrat, smo imeli postanek in kosilo. Ob njihovih dobrotah bi lahko kar obstali. Vsem, ki jih ni bilo, je lahko žal, da jih niso okusili.

Naprej do Male Grmade in nato do Velike Grmade je bilo dežja komaj še za vzorec, tu pa tam kakšna kapljica. Pod nami so se valile megle in nam odkrivalo zdaj ta, zdaj drugi hrib, včasih se je videlo prav daleč. Ob poti nas je spremljalo spomladansko cvetje. Cele preproge rese od svetlo do temno rožnate barve, pasji zob, ki je sicer zelo

redok, tu pa ga je ogromno, gozdne plavice, srajčke, volčin tik pred cvetjem, žefran in še in še.

Na vrhu Grmade nas je sprejel napis: **Srečen, kdor na goro pride ...** in res, prenehalo je deževati, uspeli smo priti na vrh, zares smo bili zadovoljni. Nekoliko smo se pomudili z razgledovanjem in izmenjavo občutij, nato pa se po drugi poti pričeli vračati v Gradec. Hodili smo mimo Setnice, preko Ravnika, čisto brez skrbi glede poti, ker nas je vodila gospa Sonja, poznavalka kraja do vsakega koraka. Občudujoč urejene kmetije, lepo naravo, v prijetnem kramljanju smo bili hitro v Gradcu. Nikomur se ni mudilo, vsi dobre volje in prevzeti od doživetja smo hoteli še kaj več.

Odpravili smo se še na Kalvarijo – vzpetino starega gradu. Pot nas je vodila skozi najstarejši del naselja in naprej po peščeni poti mimo obnovljenih kapelic križevega pota do vrha, kjer stoji sedaj na mestu najstarejšega gradu Cerknica.



Pri Mehačku – kmetiji odprtih vrat – zadovoljni od njihovih dobrot

Zaključili smo v starem, lepo urejenem gostišču pri Pratkarju, ki je tudi pod spomeniškim varstvom in ga krasí vhodni portal, majhna kmečka okna, lepo urejena notranjost in seveda prijazni ljudje.

Gospa Pavlina je popestrila druženje z recitiranjem Torkarjevih pesmi, ki jih je neprekinjeno in nezmotljivo lepo stresala iz svojih ust in nas neizmerno zabavala. Čas pa je kar tekkel.

Med nami res ni bilo nobene tečnosti, nikomur se ni mudilo, prevzeti od lepih vtisov, bogatejši od vsega, ka smo slišali in izvedeli, skratka, dan je bil res popoln.

Šele na avtobusu, ko smo se rahlo potresavali in zibali, smo spoznali, da smo tudi malo utrujeni in tako smo se zadovoljni vračali na svoje domove.

Zagotovo je res, da je dan tako uspel, se moramo zahvaliti gospe Sonji. Veliko bi lahko še napisali, a veliko misli naj ostane kar v nas in jih obujajmo in gojimo naprej.



Na Kalvariji smo čisto brez dežja. V daljavi se vidijo megljice, ki odkrivajo in zakrivajo obzorje.

# MOJA REŠITEV ZA NEGO NOG




**Airobix uporabljajo že v 30-tih državah sveta!**

**AIROBIX**  
Z zračno masažo do sproščenosti in lepih nog

**SAMI, DOMA IN KADARKOLI!**

- LIMFNA DRENAŽA
- MASAŽA
- REFLEKSNA MASAŽA STOPAL

V LEKARNAH IN  
SPECIALIZIRANIH TRGOVINAH

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

Uvoznik: Medicis-M d.o.o., Zagrebška cesta 40, 20000 Maribor





## Nova pomlad življenja

### 13. vseslovensko srečanje žensk z rakom dojke

Majda Šmit



Pozdravni govor mag. Brigite Skele Savič

**N**a prvo pomladno soboto organizira Društvo onkoloških bolnikov Slovenije vseslovensko srečanje žensk z rakom dojke v Cankarjevem domu v Ljubljani. Letošnje srečanje je bilo že trinajsto. Nekateri menijo, da ta številka prinaša nesrečo. A za nas, udeležence, je bilo tudi tokratno srečanje pravi pomladni praznik, praznik življenja. Pesem, ki je postala naša himna, pravi: *“Nova pomlad je življenje, ki polje v nas! Nova pomlad je življenje, naš najlepši čas! Objemimo življenje, eno samo radost! Živimo vsi skupaj! Upanje je most!”*

Upanje, radost in veselje do življenja vedno znova sijeta iz oči približno sedemsto udeleženkam, ženskam z rakom dojke. Srečanja smo se tudi letos udeležile ženske, ki se družimo v skupinah za samopomoč v sedemnajstih krajih Slovenije, svojci in različni zdravstveni strokovnjaki z Onkološkega inštituta in drugih slovenskih bolnišnic, kjer zdravijo rak dojke in nam pomagajo na naši poti okrevanja. Vsi so na ta prelepi dan naši gostje. Poleg izkazane hvaležnosti žensk lahko vidijo in začutijo sadove svojega strokovnega znanja in dela, saj življenje na teh srečanjih dobesedno žubori, tako kot voda v pomladnih gorskih potokih.

Srečanje je vedno preplet vzpodbudnih in prijaznih uvodnih pozdravov različnih gostov, strokovnega in kulturnega programa in medsebojnega srečanja s pogostitvijo, ki se zaključí s skupnim bogoslužjem v župnijski cerkvi Sv. Trojice v Ljubljani.

Tokrat so nas pozdravile ženske: predstavnica mestne občine Ljubljana, gospa Nada Pavšer, ki je bila tudi pokroviteljica srečanja, predstavnica Sarajevskega združenja žensk z rakom dojke gospa Spomenka Hadžić, predstavnica italijanskega združenja ANDOS iz Gorice gospa Dijana Vidmar, predsednica slovenskega združenja Europa Donna gospa Mojca Senčar, vedno nasmejana vsakoletna častna gostja gospa Štefka Kučan, pomočnica strokovnega direktorja za zdravstveno nego in oskrbo Onkološkega inštituta v Ljubljani gospa mag. Brigita Skela Savič in predsednica Društva onkoloških bolnikov Slovenije gospa Marija Vegelj Pirč.

V strokovnem programu nam je gospa prof. dr. Marjetka Uršič Vrščaj, dr. med., z milino in bogastvom besed razodela svoje razmišljanje o ozaveščenosti sodobne ženske in nakazanih možnih poteh do boljšega zdravja. V kulturnem programu smo se razveselili pesmi mladinskega pevskega zbora OŠ Stranje pri Kamniku. Nasmejali smo se ob humornem vložku simpatičnih dramskih igralcev Sabine Kogovšek in Jureta Zrneca. V družabnem medsebojnem srečanju pa smo se veselili ponovnih snidenj in marsikatera od nas je ob vsem veselju do življenja imela solzne oči.

V zaključku prispevka bi rada z vami delila veselo novico, ki jo je v pristrčnem nagovoru povedala mag. Brigita Skela Savič. V letošnjem letu so na Onkološkem inštitutu v Ljubljani – v okviru službe za zdravstveno



Vzdušje udeležencev na Novi pomladi življenja v CD

nego – dosegli sistematično delovno mesto koordinatorja prostovoljnega dela. Tega smo se še posebej zelo razveselile vse prostovoljke, ki na Onkološkem inštitutu individualno svetujemo ženskam z rakom dojke. Od letošnje pomladi nas bo v Ljubljani kar osem, saj so se nam to pomlad pridružile tri nove prostovoljke, ki so pred kratkim uspešno zaključile izobraževanje. Od lanskega septembra prostovoljke zaradi skrajšane ležalne dobe obiščejo Onkološki inštitut tudi na pobudo odgovorne medicinske sestre kirurškega oddelka gospe Rije Rebeušek in sicer dvakrat tedensko. Zakaj to omenjam? Še ne tako dolgo nazaj, leta 1982, je naša prva prostovoljka gospa Vida Zabrc imela dovoljenje za svetovanje na Onkološkem inštitutu samo od enega kirurga in je lahko obiskovala le tiste ženske, ki jih je on operiral. Drugim se to humano in plemenito delo, kot ga je na srečanju poimenovala mag. Skela Savič, ni zdelo pomembno in potrebno. Mogoče se marsikomu ne zdi še sedaj. Pa je! Mnogim ženskam zelo veliko pomeni, da se v težkih trenutkih lahko o svojih stiskah pogovorijo z žensko, ki je tovrstno bolezen in zdravljenje že prestala, je sedaj zdrava in optimistično zre življenju naproti. Prostovoljke opravljamo svoje delo z veseljem v srcu in pripravljenostjo pomagati. Da pa nam vsi ti pogovori preveč ne otežijo duha, imamo v okviru Društva onkoloških bolnikov Slovenije zagotovljeno strokovno pomoč na rednih supervizijskih srečanjih in izpopolnjevanjih. Sama sem se v petih letih, kolikor delam kot prostovoljka, povprašala po smislu svojega dela. Pa sem ponovno, kot že večkrat doslej, dobila odgovor, tokrat na našem srečanju. K meni je prišla nasmejana gospa in me z nasmehom v očeh vprašala: "Saj se me spomnite, a ne? Ko sem bila v bolnici, sem prišla k vam! Čisto sem bila na tleh, obupana. Vi pa ste me poslušali, sploh ne veste, kako ste mi pomagali ..." Priznam, gospe se nisem spomnila in sem ji to tudi povedala, pa mi kar ni verjela, rekoč: »Pa tako sem bila obupana«. A takšnih zgodb slišimo prostovoljke veliko, čeprav so nekatere gospe zelo optimistične in želijo slišati zgolj praktične

nasvete za življenje. A povedo naj številke. V letu 2004 smo pet prostovoljk, ki delujemo na Onkološkem inštitutu, imele 251 individualnih obiskov. V vseh petih slovenskih bolnišnicah, kjer prostovoljke delujemo (v letu 2004 nas je bilo 15), pa 666 obiskov. In smisel prostovoljnega dela nam pokažejo tudi te številke, saj nas ženske po obvestilu same obiščejo v bolnišnicah.

Marsikje je po pripovedovanju prostovoljcev, ki delujejo v drugih društvih bolnikov, še vedno zaprta pot za prostovoljno humano delo na kliničnih oddelkih. Upam in želim si, da bodo smisel prostovoljnega dela spoznali tudi tisti odgovorni zdravstveni delavci, ki se jim tovrstno prostovoljno delo še vedno ne zdi koristno za socialno rehabilitacijo bolnikov.

Naj zaključim s pesmijo Nine Savič, hčerke gospe Brigitte Skele Savič, ki smo jo imeli čast poslušati na našem lanskoletnem pomladnem srečanju:

#### SMISEL

*Živim. Tukaj in zdaj.  
Živim za svoje sanje,  
hrepenenja,  
želje.  
Živim za družino,  
prijatelje.  
Za ljubezen!  
Živim za prijazen pozdrav in nasmeh.  
Živim zaradi sonca,  
Vročje žoge na sinje modrem nebu  
in mavrice, ki objema svet.  
Zaradi skrivnostnih zvezd v neznanem vesolju.  
Živim, ker je dan lep.  
Ker je lepo živeti.*

#### Pripis:

Projekt **POT K OKREVANJU – organizirana samopomoč žensk z rakom dojke** je bil izbran za Naj prostovoljski projekt 2004 Republike Slovenije. Priznanje je podelil minister za delo, družino in socialne zadeve mag. Janez Drobnič na slavnostni podelitvi, ki je bila **20. aprila 2005**. Prostovoljke in prostovoljci, ki sodelujemo v tem projektu (individualna samopomoč v petih bolnišnicah, skupine za samopomoč v 17-ih krajih Slovenije, vsakoletni pohod na Triglav in Nova pomlad življenja – vseslovensko srečanje žensk z rakom dojke), smo ob podelitvi začutili neizmerno radost in veselje. Letošnja podelitev za naj prostovoljski projekt je bila prvič, naš projekt pa je bil izbran med 49 projekti, ki jih izvajajo različna društva in humanitarne organizacije. Pristrčne čestitke vsem kolegicam medicinskim sestram, ki namenjate voljo in čas "Poti k okrevanju" in prostovoljno pomagata, da projekt ob letošnjem 21. rojstnem dnevu še vedno živi in se nenehno izboljšuje.



## Halo, ali je tam vljudnost?

Marjeta Rupar

Ko odraščamo, se oblikujemo.  
 Zidamo svojo duševno in telesno zgradbo.  
 Različni materiali dajejo poudarek celoti.  
 Iz dobrega materiala dobimo trdno osnovo za življenje.  
 Tekamo za ideali, iščemo povezave,  
 sortiramo vtise in se ne branimo – potice.  
 Kaj je prav in kaj ni, mlad  
 človek – gradi.  
 Vljudnost ocenjujemo kot težko nalogo  
 in – nadlogo. Starši obupujejo,  
 vrstniki pa – zmagujejo.  
 Razvoj tako hitro poteka, da marsikdo  
 ne ve, kaj zdaj, ko se samostojnosti  
 že – oklepa.  
 Samostojen biti je lep občutek.  
 Odgovornost na vsakemu koraku »pobira – davek«.  
 Vse drobne in večje razlike med  
 ljudmi se pomešajo in razumevanje – pogrešajo.  
 Včasih kdo misli, da v pragozdu  
 (mnenj, odločitev ...) – ždi.  
 Ko rešujemo zadrege, radi  
 uporabljamo – natege. Natezamo  
 krhke človeške vezi. Ko najmočnejši  
 člen počni, se jeza za naskok – odloči.  
 Ogorčeni sprašujem: »Kdo se tukaj in zdaj na to spozna?«  
 In, če vljudnost hote prezremo,  
 pozabimo ali zatajimo, se lahko celo  
 življenje v krogu – vrtimo.  
 Zakaj se to zgodi?  
 Samo Vadnav pravi: »Poseduješ  
 (imeti v posesti) samo nekaj, kar veš,  
 kar si sam prejel.  
**Spretnosti in veščine je težko sešteti,  
 dar za razumevanje življenja pa je – lepo imeti.**  
 Pomanjkljivosti? Seveda so. Imajo jih drugi.  
 Tako se branimo, opravičujemo in  
 s frazami izgovore – oblikujemo.  
 Okolje, v katerem živimo, nam  
 daje in jemlje – upanje. Razna negativna  
 sporočila nas tako razjezijo, da lepi  
 nameni na tleh – obležijo.  
 Seveda jih poberejo ...  
 Mi moramo verjeti v človečnost.  
 Imeti moramo osebni kompas, ki nas  
 vodi, tudi če nam kdo ideale – pohodi.  
 Že to, da varujemo bolnikovo  
 dostojanstvo, ima posebno – težo.  
 O tem preprosto ne – govorimo. Etiki  
 dovolimo, da nas vodi in o delu sodi.  
**»Človek ni stvar, človek je  
 čudež in z njim je treba ravnati nežno«.**  
**(Leo F. Buscaglia)**  
 Možnost izbire je vsak dan večja.  
 Izberemo lahko marsikaj, tudi – raj. Izbiramo: zdravnike,  
 zobozdravnike,  
 veterinarje, psihologe ... zdravstvena  
 nega pa je izjema.  
 Tim ljudi, ki 24 ur neguje in na  
 strokoven način za bolnike – skrbi.  
 To je občutljivo področje dela.

Ni primerljivo in ni zavidljivo.  
 Vsak dan znova se moramo  
 zavedati, da morajo imeti bolniki svoje  
 rezervne moči. Mi smo začasno  
 njihova psihična in fizična opora.  
 Mi smo z njimi tudi, če jih sorodniki  
 pozabijo, odpišejo ali pa zapustijo.  
 Žal, tudi finančna sredstva  
 se v zdravstvu ne kopičijo. Vedno se kakšne  
 nove zahteve pred naša vrata – zakoličijo.  
 In, ko je najtežje, se večkrat zgodi,  
 da naša potrpežljivost – zataji.  
 Godrnjaje odgovarjamo:  
 »Postaviti se moramo zase. Nihče me ne bo izkoriščal ...«  
 Moramo se postaviti zase.  
 Toda, vedno se moramo tudi  
 potruditi, da nas vljudnost ne – zapusti.  
 Lahko je to še tako hudo,  
 tega naj bolniki – ne vedo.  
 Vljudnost je tista, ki kaže pot.  
 Če te svetlobe ni, bolnika »zebe« do – kosti.  
 Andre Compte Sponville temu pravi:  
**»Vljudnost je majhna stvar, ki pripravlja velike«.**  
 Želim ti ljudi, ki ti bodo  
**prisluhnil in te razumeli«**  
**(Sokratova prva učna ura)**  
 Vsak dan trpljenju gledamo – v oči.  
 Toliko življenjskih zgodb moramo  
 razumeti ...  
 Hvaležni smo, da nam je  
 dovoljeno in dana, da opravimo pri  
 bolnikih vse tisto, kar opravijo vsak  
 dan – zdravi ljudje.  
 Poslušamo jih, upošteevamo njihovo sodelovanje  
 pri zdravstveni negi ...  
 poslušamo svojce ... Vse  
 vibracije so spoštovana skrivnost.  
 Mi smo vedno trden – most.  
 Na vsakem koraku moramo bolnike – zaščititi.  
 Nivoji pristojnosti morajo (in seveda so) biti znani,  
 dogovorjeni in utemeljeni. Nadzor je višek tega  
 dogovora in ne sme biti – ugovora.  
 Če nadzora ni, lahko  
 energija dobrih namenov – spi.  
 Vedno znova in znova se mora vedeti,  
 kdo za kaj odgovarja.  
 Iskanje varuhov bolnikovih pravic  
 lahko pomeni, da zdravstvena nega  
 bolnikom – nič ne pomeni.  
 Medvedek PU pravi: »Delo je ljubezen,  
 ki postane vidna«.  
**Smo del vsega, kar doživimo med bolniki.**  
 Zakaj ne bi verjeli v človečnost?  
 Sebi želimo najboljše. Sorodnikom,  
 prijateljem, znancem, sosedom ...  
 želimo – najboljše.  
 In tako naj se vsak dan udejani  
 naša želja in misel: »Stori drugemu  
 to, kar želiš, da bi drugi storili tebi.«  
 Je vljudnost naša preizkušnja?  
 Kaj nam pomeni biti ljubezniv?  
 Vemo, da moč in toplina odnosov,  
 naše življenje – bogati.  
 Samo s tem bogastvom gremo lahko  
 skupaj naprej ...



KULTURNO DRUŠTVO FLORENCE L J U B L J A N A  
**ŽENSKI PEVSKI ZBOR**  
 POVABILO NA



**SLAVNOSTNI KONCERT Ženskega pevskega zbora FLORENCE**

Praznujemo 10. obletnico našega delovanja. Organizirali bomo dva koncerta.

Prvi koncert bo v torek, **07. junija 2005 ob 20.30 v Turjaški palači (Mestni muzej Ljubljana)**.

Kot gosta koncerta bosta sodelovala: Ljoba Jenče, ohranjevalka ljudskega spomina, in igralec Pavle Ravnohrib. Na tem koncertu bodo pevkam za njihovo prizadevnost in petje v amaterskem pevskem zboru podeljena tudi Gallusova priznanja.

Drugi koncert bo četrtek, **16. junija 2005 v cerkvi Sv. Antona Padovanskega ob 20.30**. Takratni gosti bodo: Ženski pevski zbor medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Pomurja, Vokalna skupina Cvet (DMSZT Celje), Ljoba Jenče in Pavle Ravnohrib.

Vabimo Vas, da skupaj z nami podoživite ta kulturni dogodek in preživite prijeten, s pesmijo obarvan večer.

*Predsednica ŽePz Florence: Saša KOTAR*



**DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTER  
 IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV POMURJA**  
 Polkova UL dr. Tribeljke 6, 9000 Murska Sobota

Spoštovani!

Vljudno Vas vabimo na

**JUBILEJNI KONCERT ŽENSKEGA PEVSKEGA ZBORA DMSZT POMURJA  
 in srečanje pomurskih medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov,**

ki bo v torek, 17. maja 2005 ob 19. uri v Kino dvorani v Murski Soboti.

Koncert ob 10. obletnici delovanja je posvečen medicinskim sestram in zdravstvenim tehnikom, ki 12. maja praznujemo mednarodni dan medicinskih sester. Naši gostje na koncertu bodo članice stanovskega pevskega zbora Florence iz Ljubljane in Vokalna skupina Cvet iz Celja.

Vabljeni, da skupaj praznujemo.

*Predsednica zbora : Erika Žilavec*

*Predsednica DMSZT Pomurja: Emilija Kavaš*



**DRUŠTVO  
 MEDICINSKIH  
 SESTER IN  
 ZDRAVSTVENIH  
 TEHNIKOV  
 MARIBOR**

Ob Mednarodnem dnevu medicinskih sester, ki letos poteka pod sloganom

**MEDICINSKE SESTRE ZA VARNOST PACIENTOV:  
 BOJ PROTI PONAREJENIM ZDRAVILOM IN PODSTANDARDNIM ZDRAVILOM**

Vas vljudno vabimo na slavnostno proslavo, ki bo potekala v sredo, 18. 05. 2005 s pričetkom ob 10. uri v veliki konferenčni dvorani Zavarovalnice Maribor, Cankarjeva ulica 3, Maribor.

**Program:**

Mag. Milica Lahe Nagovor predsednice Društva ob mednarodnem dnevu medicinskih sester

Slavnostna govornica **Petra Kersnič**, generalna sekretarka Zbornice – Zveze

Kulturni program

Strokovni program **Ksenija Pirš**, Zaključne misli podpredsednice Društva ob mednarodnem dnevu medicinskih sester

Občni zbor Društva

Družabno srečanje v predverju konferenčne dvorane.

*Veselimo se snidenja z Vami!*

*Predsednica Društva: Mag. Milica Lahe*



## Občni zbor DMSZT Gorenjske

Nevenka Marinšek

31.5.2005 je bil občni zbor DMSZT Gorenjske. Kljub neobičajnemu terminu – četrtek ob 17. uri – se je zbralo veliko članov. Zbrane je pozdravila predsednica ga. Monika Ažman. Predstavila je dnevni red in prisotne povabljeni goste. Ga. Darinka Klemenc – predsednica ljubljanskega društva – je pozdravila navzoče in nam zaželela plodno delo.

Nadaljevali smo s predavanjem g. Petra Požuna. Predaval je na temo Stanovska organiziranost in delovanje medicinskih sester v Sloveniji in Evropi.

Druga vabljená predavateljica je bila ga. Flory Banovec – generalna sekretarka Sindikata delavcev v zdravstveni negi. Zelo nazorno nam je razložila novi sistem plač v javnem sektorju.

Obe predavanji sta bili zanimivi. Predvsem na generalno sekretarko sindikata je občinstvo nasloвило nekaj vprašanj.

Zbor se je nadaljeval z uradnim delom:

- poročilo predsednice za leto 2004
- finančno poročilo
- poročilo nadzornega odbora

Težko rečemo, da »sejem bil je živ«, saj na poročila ni bilo razprave.

Nadaljevali smo z razrešitvijo »starega« in volitvami novega predsedstva in izvršilnega odbora.

Še naprej bo predsedovala ga. Monika Ažman.

Predstavila je glavne naloge v naslednjem mandatnem obdobju:

- dobro sodelovanje z Zbornico – Zvezo
- organizacija kvalitetnih strokovnih srečanj
- druženje na čajankah, pohodih, kulturnih dogodkih
- povečanje števila članstva
- sodelovanje pri poenotenju pripravništva mladih sodelavcev
- sodelovanje na Kongresu zdravstvene nege 12. maja 05 s posterjem in stojnico



- še naprej aktivno delovanje aktiva upokojenih med. sester
- priprava na obeležitev 50. obletnice društva v letu 2006.

Popoldan se je že prevesil v noč, ko se je začel družabni del občnega zbora. S šopkom rož smo se zahvalili članom razrešenega izvršilnega odbora.

Večer se je nadaljeval ob prijetni glasbi, pogostitvi in klepetu.

DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV LJUBLJANA,  
ODBOR ZA POHODNIŠTVO VABI NA

### POHOD NA POREZEN

**DNE 04. 06. 2005**

Porezen je 1639 metrov visok vrh med Gorenjsko in Primorsko. Nanj vodi veliko poti in vsaka kaže drugačno sliko. Tik pod vrhom je koča, zgrajena iz ruševin stare italijanske stražarnice.

Pot nas bo vodila iz Poč preko Porezna v Bolnico Franjo. Je lahka, vendar nekoliko daljša. Traja približno pet do sedem ur s premagovanjem 900 metrov višine. Avtobus bo odpeljal iz Trbovelj ob 6. uri, z ljubljanske avtobusne postaje pa ob 7.15. Prispevek udeleženca je 2.000,00 SIT.

Vse nadaljnje informacije in prijave sprejema Marija Filipič od 23. do 30. 5. 2005 na telefonsko številko: 03 562 85 63 ali 031 686 700.

Po dosedanjih izkušnjah z vašo udeležbo pričakujemo zopet lep dan.

Za pohodništvo pri DMSZT Ljubljana:  
Marija Filipič

Predsednica DMSZT Ljubljana:  
Darinka Klemenc



medicinskih  
sester in  
zdravstvenih  
tehnikov  
ljubljana



## VABILO NA GIBALNO VADBO PRI DMSZT LJUBLJANA

Od 1. junija 2005 v prostorih Društva medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana na Ulici Stare pravde 6, (1. nadstropje) v Ljubljani pripravljamo različne aktivnosti, ki so namenjene gibalni vadbi in kot priprava na pravilno samostojno gibalno aktivnost članov in nečlanov društva.



**Merjenje (določanje) najbolj primerne srčnega utripa v mirovanju kot priprava na gibalno aktivnost bo**

**VSAK ČETRTEK OD 17. DO 19. URE V PROSTORIH DRUŠTVA**

Za člane je merjenje brezplačno, prispevek za nečlana društva je

1000 sit. Vsi udeleženci prejmejo knjižico z navodili.

**Predavanja za ohranjanje – pridobivanje zdravja in kot pomoč za samostojno pravilno gibalno aktivnost bodo**

**VSAK DRUGI TOREK OB 18. URI V PROSTORIH**

**DRUŠTVA.**

Prost vstop tudi za nečlane društva. Vsi člani DMSZT Ljubljana in nečlani imajo možnost brezplačnega merjenja srčnega utripa med gibanjem na vrhu Šmarne gore v mesecih: junij, september, oktober ... (VSAKO SREDO OD 17. DO 18. URE). Informacije na telefon od ponedeljka do petka: Đurđa Sima, 041/ 266- 644 med 14. in 15. uro ali na telefon 041/ 273- 265.

*Za športno gibalno vadbo pri DMSZT Ljubljana: Đurđa Sima l.r. Predsednica DMSZT Ljubljana: Darinka Klemenc l.r.*

Ljudje smo prepričani, da nam težave povzročajo drugi ljudje, napačna prehrana, različna življenjska dogajanja. Mogoče pa bomo prišli do spoznanja, da je vsakdo predvsem sam odgovoren za svoje življenje in da so v nas samih rešitve in sposobnosti, da jih uresničimo.

Vabimo vas na

**dvodnevno delavnico o energijskih središčih (čakrah) v telesu.**

Delavnico bo vodila priznana strokovnjakinja različnih vej komplementarne medicine

dr. Milena Plut Podvršič, spec. splošne med., akupunkturologinja.

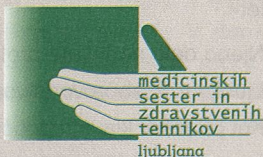
Dvodnevna delavnica bo potekala 18. in 19. junija 2005 od 10. do 16. ure v prostorih DMSZT Ljubljana na Ulici stare pravde 6 (1. nadstropje) in bo sestavljena iz teoretičnega in praktičnega dela. Pri praktičnem delu bomo preko meditacije, uporabe kristalov in oljnih esenc spoznavali naše čakre. Zaželeno je, da ste oblečeni v udobna oblačila, s seboj prinesite »armafleks« podlogo. Prijave sprejemamo do zasedbe prostih mest (30):

Po e-pošti: irma.kiprijanovic@kclj.si Na tel. številko: 041 754 695 (od 8.00 do 8.30 ure)

Prispevek člana za udeležbo je 5.000,00 SIT

*Odbor za komplementarno in naravno zdravilstvo v zdravstveni negi pri DMSZT Ljubljana: Zdenka DOVČ*

*Predsednica DMSZT: Darinka KLEMENC*



POVABILO DMSZT LJUBLJANA K SODELOVANJU V RAZISKAVI

## INTERPROFESIONALNO SODELOVANJE V ZDRAVSTVENEM TIMU MED MEDICINSKIMI SESTRAMI IN ZDRAVNIKI

Spoštovane kolegice in kolegi,

v mesecu maju boste nekateri prejeli po pošti anketni vprašalnik (s priloženo ovojnico in znamko), ki je del raziskave o sodelovanju med zdravniki in medicinskimi sestrami, bobicami in zdravstvenimi tehniki. Enak vprašalnik bodo prejeli tudi zdravniki. Raziskava bo trajala dve leti do tri leta; delamo jo v sodelovanju s Slovenskim zdravniškim društvom in Raziskovalnim inštitutom Visoke šole za zdravstvo Univerze v Ljubljani.

**Anketiranje bo anonimno, vaše naslove bomo izbrali s pomočjo naključnega vzorčenja iz seznama regijskih društev pri Zbornici zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zvezi društev medicinskih sester, bobic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Del raziskave so tudi intervjuji, kamor ste vljudno povabljeni in kjer je anonimnost prav tako zagotovljena.**

Prve delne rezultate raziskave bomo predstavili na simpoziju DMSZT Ljubljana v decembru 2005, predvidoma bomo izdali tudi knjigo.

**Zahvaljujemo se za sodelovanje in vas lepo pozdravljamo.**

*Vodja Raziskovalne skupine pri DMSZT Ljubljana: mag. Andreja Kvas*

*predsednica DMSZT Ljubljana: Darinka Klemenc*





## Vokalna skupina Cvet

zaključuje 12. leto kulturnega delovanja v DMSZT Celje. V skupini prepeva osem medicinskih sester iz Celja in okolice: Irena Vrečko 12 let, Olga Nezman 12 let, Marjana Drnovšek 11 let, Nataša Augustinčič 11 let, Irena Kraljič 11 let, Marjana Velikanje 9 let, Ljudmila Par 9 let, Minka Mikša 6 let. V lanski sezoni se nam je pridružila dijakinja 1. gimnazije v Celju, Janja Brlec iz Laškega, ki je s citrami osvojila naslov državne prvakinje v igranju citer in zasedla 1. mesto na mednarodnem tekmovanju citrarjev v Nemčiji. Lansko leto je glasbena pedagoginja Vida Bukovac zaključila 11-letno umetniško vodenje skupine. Ob zaključku sodelovanja smo izdale zgoščenko in kaseto pod naslovom »Naših deset let«.

Njeno delo nadaljuje prof. Dejan Jakšič iz Radeč. Študiral je klavir in glasbeno pedagogiko na Akademiji za glasbo v Ljubljani. Z zborovodstvom se ukvarja že vrsto let. Veliko komponira in piše priredbe za različne zborovske sestave. Kot profesor klavirja poučuje na Glasbeni šoli v Hrastniku. Na mnogih koncertih in gostovanjih je Vokalno skupino Cvet spremljal kot pianist in napisal že vrsto priredb iz filmske glasbe in popevk.

Ob zaključku sezone 2004/05  
vas vabimo na tradicionalni

### LETNI KONCERT

z gosti

v petek, 1. junija 2005,  
ob 19.30

v koncertni dvorani  
Narodnega doma Celje

Vstopnice po 1.000 SIT  
so v prodaji pri pevkah  
in uro pred koncertom

Veselimo se srečanja z vami!





## Odziv na prispevek »Oskrba ran in dekubitusov z Ligasano materialom«

V zadnji številki Utripa smo v rubriki Zanimivo zasledili članek z naslovom Oskrba ran in dekubitusov z Ligasano materiali.

V članku je cela vrsta strokovno spornih in zavajajočih trditev, ki so v nasprotju s splošno sprejetimi strokovnimi načeli in smernicami, ki sta jih sprejela Društvo za oskrbo ran Slovenije in EWMA (Evropsko združenje za oskrbo ran).

Ob tem članku se čutimo dolžne opozoriti na naslednje :

1. Že v naslovu, kasneje pa nekajkrat v tekstu, se pojavljajo neustrezni izrazi za rane. Tako npr. zasledimo, da so t.i. kronične rane samo \*venozni ulkus cruris\* (venske golenje razjede). Kam torej spadajo dekubitusi, oz. razjede zaradi pritiska (pred nekaj leti smo dosegli strokovni konsenz, da jih imenujemo s tem izrazom), ishemične in nevropatske razjede, maligne (metastaskne) razjede in večina ostalih ran oz. razjed, ki so nekatere navedene v indikacijah č

2. Trditev, da je \*material sterilen že ob nastanku\*, temelji na tem, da nastane pri 150°C in je najmanj zelo ne- navadna, ker že v naslednjih stavkih zasledimo, da je »material lahko sterilen ali čist, brez klic«. Torej je nekaj čisto, če je brez klic

3. Izjemno so nas presenetile trditve, da \*mehanski dražljaj oz. v nadaljevanju groba površina Ligasano materiala pospeši periferno prekrvavitev\*, ter da so zavoljo tega učinka \*tipični in celo zaželeni(!!) naslednji stranski učinki : kontaktne kožne pordečitve, začetno srbenje, eventualno tudi pojav bolečine pri rani\*.

Evropska zveza za oskrbo ran je pred tremi leti izdala uradno stališče, da je ena izmed najpomembnejših lastnosti oblog za oskrbo ran, da ne povzročajo bolečin in poškodb, in da morajo biti ti pojavi zdravstvenemu delavcu opozorilo, da ne uporablja ustrezne obloge in da jo mora zamenjati. Trditev, da je pojav bolečine pri rani značilen in zaželen, je strokovno nesprejemljiva.

4. Trditev, da \*pri oskrbi ran z materiali Ligasano ran

ne izpiramo in čistimo\*, je v nasprotju s priporočili Društva za oskrbo ran Slovenije, ki opisuje načine izpiranja in čiščenja teh ran. Strinjamo se, da nekaterih ran ni potrebno izpirati in čistiti. Napačno in zavajajoče pa je trditi, da tega nikoli ni potrebno storiti, ne glede na to katero oblogo uporabljamo.

5. Zanima nas, kje so dokazi za trditev, da \*se klice, ki jih material posrka skupaj s izločkom rane, obdržijo v materialu\*. Zasledimo namreč stavek, da je potrebno oblogo zamenjati, ko je vrhnja plast premočena. Ali to pomeni, da oblogo premoči samo izloček, klice pa ostanejo v materialu? Kot smo razbrali iz opisa materiala, le-ta na zunanji strani ni prekrit s poliuretanskim filmom, ki oblogi zagotavlja neprepustnost za izločke oz. klice in onemogoča kontaminacijo okolice.

Lahko bi našli še precej spornih trditev, a menimo, da je že naštetih dovolj za pošten premislek. V današnji poplavi različnih materialov za oskrbo rane mora biti uporabnik osveščen, predvsem pa ustrezno obveščen. Oboje pa mora temeljiti na dokazih (evidence- based practice).

V prihodnje bi morale uredništvo označiti, kateri članki so plačani in so pravzaprav reklamni oglasi (prepričani smo, da gre v konkretnem primeru prav za to), da bi bralci lahko bolj objektivno ocenili, kakšne vrste informacij dobivajo.

Ne želimo trditi, da so vsi oglasi zavajajoči, dolžnost uredništva pa je, da jih vsaj prebere in ugotovi, ali so trditve strokovno sporne, preden jih posreduje strokovni in laični javnosti. Samo na ta način je mogoče preprečiti škodo.

Naš prispevek razumite kot dobronamerno in konstruktivno kritiko.

Za Društvo za oskrbo ran (DORS) :

prof.dr. Zoran M. Arnež, dr. med.

predsednik



## Navodila za objavo obvestil in prispevkov v Utripu

Utrip je informativni bilten Zbornice – Zveze in ga prejemajo vsi člani. Izhaja praviloma enkrat mesečno med 12. in 15. dnevom. Z Utripom želi organizacija seznanjati člane in druge z delovanjem Zbornice – Zveze in njenih organov, o aktualnih strokovnih in družbenih dogajanjih, informirati o strokovnih izpopolnjevanjih, ki jih organizirajo organi in delovna telesa Zbornice – Zveze, društva in strokovne sekcije, seznanjati z mednarodnimi aktivnostmi s področja zdravstvene nege in strokovnimi dogajanjimi v tujini in objavlja prispevke članov in drugih v skladu s programom dela Uredniškega odbora.

1. Prispevki in obvestila, ki jih želijo pisci oziroma avtorji objaviti v Utripu v naslednjem mesecu, morajo prispeti v uredništvo – na sedež Zbornice – Zveze, Vidovdanska 9, do 25. v tekočem mesecu. Prispevki, ki bodo prispeli po tem roku, bodo objavljeni v naslednji številki Utripa. Poslane prispevke se lektorira. Prispevkov ne honoriramo.
2. Pisci naj svoje prispevke pošljejo na disketi v programu Word for Windows s priloženo kopijo printa, ki naj bo pisan na papirju A4, z enojnim presledkom med vrsticami in obojestransko poravnavo z robovi 2,5 cm. Priporočena pisava je Times New Roman 12 točk. Na eni strani naj bo 30 vrstic s po 60 znaki v eni vrsti. Pri vsakem besedilu bomo objavili največ po dve fotografiji, ki morata biti kakovostni in primerni za objavo. Pod fotografijo morajo biti zapisani dogodek in imena oseb na fotografiji. Izjemoma so prispevki lahko natipkani oziroma v rokopisu. Besedil, fotografij in disket ne vračamo.
3. Ker je obseg Utripa omejen, naj prispevki oziroma članki skupaj s priloženimi fotografijami ne presegajo 3 strani formata A4.
4. Za vse trditve v prispevku odgovarjajo avtorji sami, zato objavljamo le prispevke s podpisanim polnim imenom in priimkom. K objavi naj bo priložen tudi naslov, tel./faks ali e-mail avtorja prispevka, obvestila oziroma oglasa za morebitne razgovore glede objave.

Uredništvo

## Obvestila članicam/lom



### Spremembe podatkov v registru članstva

Spremembe delodajalca, statusa (študent, zaposleni, upoko-jenec), naslova bivanja, izobrazbe in strokovnih ter akadem-skih naslovov javite pisno – dopisnica ali po e-pošti – [narocnina@zveza-dmszts.si](mailto:narocnina@zveza-dmszts.si)

### Porodniški dopust

Prosimo Vas, da nam pisno ali po e-pošti javite začetek porodniškega dopusta in način, kako boste v tem času plačevali članarino, kar bomo označili na vašem stroškov-nem mestu.

Znesek mesečne članarine bomo objavili vsake tri mesece v Utripu, in bo plačljiv na TR NLB 02031-0016512314 – v sklicu pod 00 navedite številko članske izkaznice. Več informacij lahko dobite na telefon 01 43 44 903.

### Pristopna izjava

Ko prejmemo vašo pristopno izjavo, ki jo dobite na spletni strani [www.zveza-dmszts.si](http://www.zveza-dmszts.si) ali vam jo na vašo željo pošlje-mo po špošti, člana/ico vpišemo v register članov in o tem obvestimo regijsko društvo. Na izjavi je rubrika, na kateri se član/ica izreče o načinu plačila članarine – mesečno z odtegljajem od osebnega dohodka pri delodajalcu ali po polo-žnici – mesečno, polletno ali letno. Zbornica-Zveza pošilja položnice za letno plačilo v mesecu juniju.

Če želi član/ica takojšen vpis in izdajo potrdila o članstvu, mora ob vpisu poravnati poravnati znesek 3000 sit.

**Mesečna članarina za redne člane/ice znaša 0,5 % od bru-to plače, letna članarina pa 5.200 za upokojenke/ce in 4.400 za študente/ke.**

### Izstopna izjava

Za izstop je potrebna pisna izjava in velja z naslednjim mese-cem od prejema izjave (izstop ni možen za nazaj). Izjavi je potrebno priložiti člansko izkaznico. Zbornica – Zveza na podlagi pisne izjave o izstopu obvesti delodajalca in regijsko društvo.

Če je član/ica izstopila in v tekočem letu želi ponovno vsto-piti, mora za ponovni vpis v register članov Zbornice – Zveze, za izdajo potrdila in članske izkaznice plačati pavšal-no članarino od izstopa dalje.

Če je član/ica prekinila članstvo v preteklem letu ali letih nazaj, mora za ponoven vpis poravnati pavšalno članarino za preteklih šest mesecev.

Zahvaljujemo se vam za upoštevanje obvestil! V primeru ne-jasnosti ali želje po pojasnilih nas pokličite - s pogovorom bomo poskusili rešiti probleme v obojestransko korist.

Strokovne službe Zbornice – Zveze  
Petra Kersnič, generalna sekretarka

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

**SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV V PULMOLOGIJI**

VABI NA DVODNEVNO STROKOVNO SREČANJE

**CELOSTNA OBRAVNAVA PLJUČNEGA BOLNIKA S SPREMLJAJOČIMI SEKUNDARNIMI BOLEZNIMI,**

**ki bo potekal 20. in 21. maja 2005  
v hotelu BERNARDIN v Portorožu.**

**PROGRAM**

**PETEK, 20. maj 2005**

- 08.00–09.00 Registracija udeležencev  
09.00–09.10 Otvoritev seminarja  
09.10–09.40 **Pljučna embolija**  
As. dr. Barbara Salobir, dr. med.  
09.40–10.00 **Obravnavanje bolnika s pljučno embolijo na terenu**, Jože Prestor, dipl. z. n.  
10.00–10.30 **Novosti pri vodenju bolnika z antikoagulantno terapijo**, Prof. dr. Polona Peternel, dr. med.  
10.30–10.40 RAZPRAVA  
10.40–11.00 ODMOR  
11.00–11.20 **Veščine, s katerimi seznanimo pljučnega bolnika, zdravljenega z antikoagulantno terapijo**, Biserka Klemenčič, viš.med.ses.  
11.20–11.40 **Priprava bolnika z antikoagulantno terapijo na diagnostične postopke**, Judita Slak, dipl.m.s.  
11.40–12.00 **Problemi pri uvajanju antikoagulantne terapije na domu**, Mojca Gorjup, dipl.m.s.  
12.00–12.10 Sponzor  
12.10–12.20 RAZPRAVA  
ODMOR  
14.00–15.00 **Sestanek izvršilnega odbora Pulmološke sekcije**  
15.00–15.30 **Pljučni bolnik in diabetes**, Doc. dr. Andrej Janež, dr. med.  
15.30–15.50 **Applikacije in vrsta insulinov**, Melita Hočevar, prof. zdr. vzg.  
15.50–16.20 **Ukrepi ob iztirjenem krvnem sladkorju**, Jana Klaus, viš.med.ses.  
16.20–16.40 **Spremljanje bolnika z diabetesom na domu**, Doroteja Jurgenc, viš.med.ses., ET  
16.40–17.45 RAZPRAVA  
17.00 OBČNI ZBOR, VOLITVE  
20.00 SKUPNA VEČERJA

**SOBOTA, 21. maj 2005**

- 09.00–09.20 **Starost in kronično obolenje**, Andreja Peternelj, dipl.m.s.  
09.20–09.40 **Rehabilitacija bolnika s pljučno boleznijo**, Danica Štrucl, viš. f. t.  
09.40–10.10 **Vpliv rehabilitacije na kakovost življenja pljučnega bolnika**, Mag. Silvana Šonc  
10.10–10.30 **Prehranska podpora pri bolnikih s kroničnim obolenjem**, Predstavnica ABBOTT Laboratories

ZAKLJUČEK SREČANJA

**SPLOŠNE INFORMACIJE:**

**Kotizacija** za strokovni seminar z DDV za člane Zbornice zdravstvene nege Slovenije znaša: 1 dan: 22.000 sit, 2 dni 38.000 sit; za nečlane: 1 dan 30.000, 2 dni 50.000 sit. Vplačate jo na TRR – NLB Ljubljana, ZDMSZTS: 02031-0016512314, sklic na številko 00 120 09, s pripisom »za Pulmološko sekcijo«, ali pred pričetkom seminarja.

**Ob registraciji** potrebujete člansko izkaznico in potrdilo o plačani kotizaciji.

**Pisne prijave** na prijavnici, objavljeni v vsaki številki revije UTRIP, pošljite na naslov:

Marija Špelič, Center za pljučne bolezni in alergijo, Klinični center Ljubljana, Zaloška 7, 1000 Ljubljana. Za informacije sem na voljo po telefonu 01 522-2329, GSM 041/992-296.

**Hotelske rezervacije:** Hotel BERNARDIN Portorož, telefon št.: 05/ 695-51-04 in / ali 05/ 695-51-06, za pulmološko sekcijo.

**Organizacijski odbor:** Izvršilni odbor pulmološke sekcije.

*Lep pozdrav in vladno vabljeni.*

*Predsednica sekcije  
MARIJA ŠPELIČ*

## Navodila za objavo

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

**SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV V PATRONAŽI**

vabi na strokovno srečanje

**BOLNIK Z ODPOVEDJO LEDVIC V DOMAČEM OKOLJU,**

ki bo v **torek, 24. 05. 2005** v gostilni **EDER** pri **Sv. Ani** v Slovenskih goricah (v Lenartu zavijete levo proti Tratam in Avstriji, potem sledite znaku za Sv. Ano – ok. 8 km iz Lenarta)

**PROGRAM :**

- 09.00–10.00 **Registracija udeležencev**  
 10.00–10.20 **Otvoritev srečanja, pozdravi gostov, kulturni program**  
 10.20–10.40 **Predstavitve Patronažnega varstva ZD Lenart**, Zdenka Polanec, dipl.med.ses.  
 10.40–11.00 **Patronažna zdravstvena nega pacientov z odpovedjo ledvic**, Magda Brložnik, viš.med.ses., spec.  
 11.00–11.30 **Kronične bolezni ledvic, ki povzročijo njihovo odpoved**, Janez Lavre, dr. med.  
 11.30–12.00 **Aktivnost prehranjevanja pri kroničnih ledvičnih bolnikih**, Brigita Rabuza, dipl.med.ses.  
 12.00–12.30 **Predstavitve razstavljavcev**  
 12.30–14.00 **Odmor**  
 14.00–15.00 **Peritonealna dializa**, Palič Dalibor, dipl. zdravst., klinični koordinator za peritonealno dializo  
 15.00–15.30 **Psihosocialne posebnosti kroničnih ledvičnih bolnikov**, Bernarda Logar, univ. dipl. klin. psih.  
 15.30–16.00 **Predstavitve Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v nefrologiji, dializi in transplantaciji**, Mirjana Čalić, dipl.med.ses.  
 16.00–16.30 **Razprava**  
 16.30–17.00 **Zaključek srečanja**

**Splošne informacije:** Udeležba na seminarju se šteje za strokovno izpopolnjevanje. Kotizacija z DDV znaša 19.000,00 SIT za člane, za nečlane pa 30.000,00 SIT. Nakažite jo na TR - NLB, posl. Tavčarjeva 7, Lj - ZDMSZT: 02031 - 0016512314, sklic na številko 00 120 - 08, s pripisom »za Sekcijo patronažnih med. sester« ali jo plačate pred pričetkom seminarja. Vanjo je všteto pisno gradivo in organizacija srečanja. Obvezna je pisna prijava iz UTRIPA, ki jo pošljite na naslov: Magda Brložnik, ZD Celje, Gregorčičeva 5, 3000 Celje, ali po faksu: 03 54 41 356 ali po e-mailu: magda.brložnik@zd-celje.si najkasneje do 20. 05. 2005. Ob registraciji potrebujete člansko izkaznico, potrdilo o plačani kotizaciji in prijavo.

Informacije: Magda Brložnik, tel. 03 54 34 301, GSM 041 430 899

Organizacijski odbor:  
 Kolektiv Patronaže ZD Lenart Brložnik Magda  
 Predsednica sekcije: Brložnik Magda

## Obvestila članicam

**SLOVENSKO DRUŠTVO HOSPIC**

vabi na strokovno izobraževanje – učne delavnice

**CELOSTNA OBRAVNAVA UMIRAJOČIH BOLNIKOV IN NJIHOVIH SVOJCEV V ČASU HUDE BOLEZNI, UMIRANJA IN ŽALOVANJA,**

9. junija 2005

Slovensko društvo hospic, Kersnikova 6, LJUBLJANA

Program:

- 8.30–9.00 Registracija udeležencev  
 9.00–12.00 **UMETNOST POSLUŠANJA**  
 - Kaj je dobra komunikacija  
 - Težave v komunikaciji strokovnih delavcev z umirajočim in svojci  
 13.00–16.00 **SPREMENJENA DRUŽINSKA SITUACIJA V ČASU HUDE BOLEZNI, UMIRANJA IN ŽALOVANJA**  
 - soočanje umirajočega in njegovih svojcev s procesom umiranja  
 - duhovna priprava na umiranje in smrt  
 - podpora družini

Delavnici izvajata:

Tatjana Žargi, viš.med.ses., Slovensko društvo hospic

Tatjana Fink, univ. dipl. soc., Slovensko društvo hospic

Izobraževanje je namenjeno: medicinskim sestram, zdravstvenim tehnikom, delovnim terapevtom, fizioterapevtom, zdravnikom, socialnim in svetovalnim delavcem in drugim, ki se z umirajočim bolnikom in njegovo družino srečujejo v času hude bolezni, umiranja in žalovanja.

Kotizacija, ki vključuje DDV ter osvežitve s pijačo in malico v odmoru znaša 12.000 SIT. Nakažete jo na transakcijski račun: 05100 - 8010047155, sklic 1100

ali plačate z gotovino na dan izobraževanja.

Prijave nam pošljite do 05. 06. 2005

pisno: Slovensko društvo hospic, Dolenjska c. 22, 1000 Ljubljana

e-pošta: hospic@siol.net

faks: 01 420 52 66

**Informacije:** Slovensko društvo hospic, tel.: 01 420 52 60; gospa Tončka Jamšek in gospa Tatjana Žargi.

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

### SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV V NEVROLOGIJI

vabi na strokovno srečanje, ki bo v **petek, 10. junija 2005** v predavalnici poslovne stavbe Slovenijalesa, Dunajska 22, Ljubljana

**Tema srečanja:**

## GLAVOBOL

### Program:

- 08.30–09.30 Registracija udeležencev  
 09.30–10.00 Otvoritev srečanja, Helena Tušar, predsednica sekcije  
 10.00–10.40 **Glavobol: razvrstitev, klinična slika, zdravljenje,** prof. dr. Tomaž Pogačnik, dr. med., svetnik; asis. dr. Marjan Zaletel, dr. med.  
 10.40–11.00 **Zdravila za zdravljenje glavobola**  
 11.00–11.20 **Aplikacija zdravil preko pršila za nos in drugih oblik aplikacije,** Helena Tušar, univ. dipl. org.  
 11.20–11.40 **Glavobol pri otroku in mladostniku,** Milena Rogelj, dipl.m.s.  
 11.40–12.00 **Joga in glavobol,** asis. mag. Borut Škodlar, dr. med.  
 12.00–13.00 Odmor  
 13.00–13.20 **Subarahnoidna krvavitev,** Nataša Podnar, dipl. m. s.  
 13.20–13.35 **Lumbalna punkcija,** Maja Medvešček Smrekar, prof. zdr. vzg.  
 13.35–13.50 **Varovalna prehrana,** Štefka Sršen, viš.med.ses.  
 13.50–14.10 **Bolečina in lajšanje bolečine,** Cilka Petek, viš.med.ses.  
 14.10–14.20 Zaključek

**Splošne informacije:** Strokovno izpopolnjevanje se upošteva pri napredovanju.

Kotizacija: 22.000 SIT za člane, za nečlane 30.000 SIT. Kotizacijo nakažite na žiro račun ZDMSZTS št: 02031-0016512314, sklic na številko 00 12034, lahko jo poravnate tudi pred srečanjem. S seboj prinesite potrdilo o plačani kotizaciji in člansko izkaznico

Pisne prijave so obvezne na prijavnici, objavljeni v vsaki številki Utripa. Pošljite jih na Nevrološko kliniko, Zaloška 2, Ljubljana ali na sedež Zbornice – Zveze najkasneje do 6. junija 2005.

Informacije: Maja Medvešček Smrekar, prof. zdr. vzg., Klinični center Ljubljana, SPS Nevrološka klinika, Zaloška cesta 2, tel.: 01 522 4317, faks: 01 522 22 08.

*Predsednica sekcije  
Helena Tušar*

## POVABILO K AKTIVNEMU SODELOVANJU NA

### II. SLOVENSKI KONFERENCI O NEGOVALNIH DIAGNOZAH

**Maribor, Hotel Habakuk,  
29. september do 1. oktober 2005**

### Z MEDNARODNO UDELEŽBO

Vabimo vas k aktivnemu sodelovanju z referati in posterji. Izvleček referata ali posterja pošljite programskemu odboru do 30. 6. 2005

**NASLOV:** Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego, Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, Ulica talcev 9, 2000 Maribor s pripisom: za II. Slovensko konferenco o negovalnih diagnozah.

Pri pisanju prijave izvlečka upoštevajte objavljena navodila na [www.zd-mb.si/spoznajte/szo.htm](http://www.zd-mb.si/spoznajte/szo.htm)

○ izbiri prispevkov Vas bomo obvestili do **30. 7. 2005**

**KOTIZACIJA: 60.000,00 SIT do 30. 6. 2005,  
po 30. 6. 2005 75.000,00 SIT  
30.000,00 SIT 1-dnevna kotizacija**

**Nakazilo kotizacije:** Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, Ulica talcev 9, 2000 Maribor; št. Podračuna pri UJP, urad Slovenska Bistrica: 01270-6030922374 sklic

na št. 88-05-10, davčna : 49672509

**Za prijavo velja obrazec Zbornice zdravstvene nege,** ki ga pošljete na naš naslov.

**Rezervacija sob v hotelu:** informacije dobite na [www.zd-mb.si/spoznajte/szo.htm](http://www.zd-mb.si/spoznajte/szo.htm), kjer je priložen tudi obrazec za rezervacijo sobe v hotelu Habakuk s cenikom.

**Predavanja tujih gostov bodo konsektivno prevajana v slovenščino.**

**Program II.** Slovenske konference o negovalnih diagnozah bo objavljen naknadno.

**Vse dodatne informacije** dobite v Kolaborativnem centru, tel.: 02- 22-86-455 ali po e-pošti: [who.kcmb@zd-mb.si](mailto:who.kcmb@zd-mb.si)

*Organizacijski odbor:*

*Tatjana GEČ,  
Dragica GABRIJELČIČ,  
Majda PAJNKIHAR*

*Programski odbor:*

*Majda ŠLAJMER-JAPELJ,  
Darinka FRAS,  
Andreja VRTOVEC*

Slovensko združenje za urgentno medicino v sodelovanju z  
Evropskim združenjem za urgentno medicino  
Evropskim svetom za reanimacijo in  
Zbornico zdravstvene nege Slovenije  
**Sekcija med. sester in zdr. tehnikov urgentne medicine  
in Sekcijo reševalcev v zdravstvu**  
Prireja

## 12. MEDNARODNI SIMPOZIJ O URGENTNI MEDICINI

15. - 18. junij 2005, Portorož, Slovenija  
Kongresni center St. Bernardin

**Namen simpozija:** Simpozij je namenjen zdravnikom vseh strok, zobozdravnikom, medicinskim sestram in zdravstvenim tehnikom ter drugim, ki se pri svojem delu srečujejo z urgentnimi primeri ali se želijo za to področje dodatno izobraziti in usposobiti oziroma želijo predstaviti svoje dosežke ali ugotovitve.

**Kraj prireditve:** Kongresni center St. Bernardin, Grand Hotel Emona, Obala 2, 6320 Portorož, Slovenija. Tel. 05/ 695-0000, faks: 05/ 674-6410, E-mail: hoteli.bernardin@siol.net, http://www.h-bernardin.si

**Uradna jezika:** slovenščina in angleščina.

### Vodstvo simpozija / Dodatne informacije

Slovensko združenje za urgentno medicino, Klinični center Ljubljana, Interne klinike, Tajništvo, Zaloška 7, 1525 Ljubljana.  
Sekretarki simpozija: gospa Irena Petrič in gospa Maja Strajnar

**Informacije o prijavi:** ga. Maja Strajnar, tel.: 01 549-7321, faks: 01 549-7322, e-pošta: maja.strajnar@slon.net

**Ostale informacije:** ga. Irena Petrič, tel.: 01 522 53 37, faks: 01 522 24 16, e-pošta: irena.petric@kclj.si

### VABILO ZA POŠILJANJE PRISPEVKOV - PROSTE TEME IN PRIKAZI PRIMEROV

Še vedno lahko aktivno sodelujete s prostimi temami in predstavljami primerov. Izvleček napišite v slovenščini ali angleščini na 1 stran A4 in ga pošljite po pošti na naslov vodstva simpozija. Izvleček naj bo po možnosti strukturiran kot članek (uvod, metode, rezultati,...). Označite, ali kandidirate za ustno ali poststrsko predstavitev - dokončna odločitev o tem je v rokah programskega odbora. Programski odbor si pridržuje tudi pravico do odločitve, ali bo sprejeti prispevek v knjigi objavljen v celoti ali v obliki izvlečka. Na dodatnem listu navedite natančna imena avtorjev, kontaktne naslove oz. številke ter e-naslove. Jasno označite, s katerim avtorjem naj programski odbor komunicira; ta bo prejel nadaljnja navodila za pripravo in oddajo prispevka.

### Izvlečkov in prispevkov ne pošiljajte po elektronski pošti.

Rok za pošiljanje izvlečkov: 31. maj 2005.

Rok za oddajo dokončnih prispevkov: 4. maj 2005.

### Programski odbor za zdravniški del srečanja

A. Bručan (predsednik), P. Aplenc, M. Bunc, M. Cimerman, M. Gričar, M. Hribar-Habinc, M. Možina, M. Noč, R. Vajd, I. Vidmar, D. Vlahovič, S. Zver, A. Žmavc.

### Programski odbor za sestrski del srečanja

A. Fink (predsednik), V. Anderle, V. Bračko, A. Bručan, M. Bručan, M. Brvar, I. Buček Hajdarevič, M. Cotič Anderle, M. Homar, Z. Kardoš, S. Klančar, S. Košir, J. Kramar, M. Petrovič, M. Plančak, A. Posavec, J. Prestor, R. Prešeren, D. Štromajer, D. Žnidaršič.

**Organizacijski odbor:** M. Gričar (predsednik), M. Bunc, D. Grenc, T. Ploj, L. Šarc, R. Vajd, L. Žigon

### PRELIMINARNI STROKOVNI PROGRAM:

- Reanimacija pri poškodbah
- Memorialno predavanje v spomin dr. Matjaža Marolta: Urgentna medicina v daljni črni Afriki (Iza Ciglenečki)
- Akutno popuščanje srca
- Zmote pri urgentnih stanjih, ki se jim težko izognemo
- Nasilen bolnik in prisilna hospitalizacija – pro et con
- Oskrba dihalne poti
- Otrok ni pomanjšan odrasel človek
- Satelitni simpoziji
- Posterji

### PRELIMINARNI STROKOVNI PROGRAM ZA MEDICINSKE SESTERE IN ZDRAVSTVENE TEHNIKE

#### STANDARDI IN KAKOVOST V URGENTNI ZDRAVSTVENI NEGI

- **Standardi in kriteriji**, mag. Marija Zaletel, univ. dipl. org.
- **Osnutki priprave standardov na področju življenjsko ogroženih bolnikov v svetu**, Draga Štromajer, dipl. m. s., Slavica Klančar, viš.med.ses., Melanija Plančak, viš. med. ses., dipl.org.dela
- **Zadovoljstvo bolnikov kot element kakovosti na kirurškem urgentnem oddelku Splošne bolnišnice Izola**, Rozana Prešeren, dipl.m.s., Gordana Ratoša, dipl.m.s.
- **Algoritem odklonitve oskrbe/reševalnega prevoza s strani bolnika na Reševalni postaji KC**, Gorjup Denis, dipl. zn.
- **Standard urgentnega sprejema bolnika z zmerno hipotermijo v SB Slovenj Gradec**, Tina Čekon, dipl. m. s., Petra Štigl, dipl. m. s.
- **Analiza obstoječih standardov negovalnih intervencij pri urgentnem bolniku na oddelku za intenzivno interno medicino SB Maribor**, Vanja Žunkovič, dipl. m. s.
- **Pravice državljanov do socialnega varstva**, Irena Eržen, dipl. soc. del.
- **Brezdomci, težave in problemi ob odpustu**, Vida Bračko, viš. med. ses., Stanka Košir, dipl. m. s., Silva Mahnič, dipl. m. s., Majda Cotič Anderle, viš. med. ses.

#### NESREČE Z NEVARNIMI SNOVMI

- **Nevarne snovi – prepoznavanje, pristop in obravnava s strani gasilske službe**, Milan Dubravac
- **Pristop reševalca v zdravstvu k nesrečam z nevarnimi snovmi**, Janez Kramar, dipl. zn.
- **Nevarne snovi - plini in tekočine**, Anton Posavec, dipl. zn.
- **Množična nesreča z nevarno snovjo – terorizem**, Andrej Fink, univ. dipl. org.
- **Množična zastrupitev s CO – obravnava na IPP**, Maruša Brvar, dipl. m. s., Renata Prah, dipl. ms.
- **Sistem zaščite, reševanja in pomoči ob nesrečah z nevarnimi snovmi**, Julij Jeraj, univ. dipl. obr.

#### BOLNIK V DIHALNI STISKI

- **Oskrba na terenu in transport bolnika v dihalni stiski**, Aleksander Jus, dipl. zn.
- **Poškodbe prsnega koša**, Boštjan Sluga, dr. med.
- **Dihalna stiska pri poškodovancih**, Rudi Kočever, viš. zdr. teh., Irena Buček Hajdarevič, dipl. m. s.
- **Urgentna intubacija**, Jože Šimenko, dipl. zn., Mira Frangeš, viš. med. ses.
- **Zdravstvena nega bolnika s poškodbo prsnega koša**, Lili Knific, viš. med. ses, Maja Prhne, dipl. ms.
- **Zdravstvena nega bolnika s torakalno drenažo**, Starc Andrej, univ. dipl. andr., dipl. zn.
- **Respiratorna insuficienca**, Ivo Radan, dr.med.



- **Bolnik s KOPB v urgenci**, Drago Satošek, dipl. zn., Maja Skrbinšek, dipl. m. s.
- **Obnova bolnika z dihalno stisko na KOIIM**, Carmen Jankovec, dipl. m. s., Bojana Korošec, dipl. m. s.

### ENOTNI DISPEČERSKI SISTEM V SLOVENIJI

- **Dispečerstvo v zdravstvu danes**, Karli Stanič, zt, Jože. Prestor, dipl. zn.
- **Pomen dispečerske službe v zdravstvu**, mag. Mitja Mohar, dr. med.
- **Primerjava z ostalimi dispečerskimi sistemi v EU z vidika dostopnosti**, Branko Kozar, dipl. zn., Andrej Fink, univ. dipl. org.
- **Tehnološka in informacijska podpora**, Janez Peršak, zt., Marko Alauf, dipl. ing. tk.
- **Vloga dispečerja pri ukrepanju ob nenadnem zastoju srca**, prim. Andrej Žmavec, dr. med., Branko Kešpert, dipl. zn.
- **Sabosti, prednosti, izzivi in nevarnosti dispečerstva v zdravstvu v Sloveniji**, Andrej Fink, univ. dipl. org

### PROSTE TEME IN PRIKAZI PRIMEROV

- **Ali je delo na reševalnih postajah pravilno vrednoteno in plačano**, Jernej Kocbek, zt.
- **Uporaba stetoskopa v urgentnih stanjih za zdravstvene tehnik in diplomirane medicinske sestre/zdravstvenike**, Anton Koželj, dipl. zn., Miljenko Križmaric
- **Prikaz primera urgentne obravnave bolnika s poškodbo obraza z vidika operacijske medicinske sestre**, Nina Samsa, dipl. ms., Tatjana Bratovšek, dipl. ms.
- **Nujni ukrepi pri poškodbi zob**, Andreja Eberlinc, dr. med.
- **Vloga medicinske sestre pri inducirani hipotermiji nezavestnih bolnikov po uspešnem oživljanju**, Suzana Rozman, dipl. ms., Sabina Podlesnik, dipl. ms.
- **Vloga medicinske sestre pri transportu bolnika z inducirano hipotermijo**, Hermina Kastelic, dipl. ms.
- **Krvavitev iz zgornjega dela prebavil, ukrepi in možna alternativa**, Blaž Kolar, zt., Petra Oprešnik, dipl. ms.
- **Sposobnost nudenja prve pomoči med starostniki**, Anton Koželj, dipl. zn., Maja Strauss, dipl. ms.
- **Uporaba motorja za izvajanje nujne medicinske pomoči**, Boštjan Polenčič, zt., dr. Štefan Grmec, dr. med.
- **Celostni informacijski sistem za vodenje nujne medicinske pomoči**, mag. Aleš Jelovšek, univ. dip. ing. rač.
- **Zastupitev s kurilnim oljem**, Karmen Saksida, sms.
- **Obnova zastrupencev na internem, pljučnem in infekcijskem oddelku Splošne bolnice Novo Mesto**, Metoda Gorenc, sms, Tina Vukšinič
- **Delo reševalcev v timu predbolnišnične nujne medicinske pomoči**, Jože Prestor, dipl. zn.
- **Zdravstvena nega politravmatiziranega bolnika ob sprejemu v enoto intenzivne terapije**, Romana Jakič, dipl.ms., Irena Dobovičnik, dipl.ms.
- **Intervencija reševalca motorista in ekipe predbolnišnične nujne medicinske pomoči**, Danijel Andoljšek, zt.

### UČNE DELAVNICE:

- Intubacija in alternative
- Politravma
- Motnje srčnega ritma
- Toksikološki primeri
- Imobilizacija
- Varno snemanje čelade
- Reševanje iz hibridnih vozil
- Intraosalna pot pri otroku
- Simulacija množične nesreče

### Družabni program

- Otvoritvena slovesnost: sreda, 15. junij 2005 ob 18.00
- Otvoritveni cocktail: sreda, 15. junij 2005 ob 20.00
- Slavnostna večerja s plesom: četrtek, 16. junij 2005, ob 20.30. Skupina: **VICTORY**
- Zabava na obali – BEACH PARTY: petek, 17. junij 2005, ob 20.30. Skupina: **KINGSTON**.

### Navodila za prijavo in plačilo

1. Izpolnite prijavnico, ki jo najdete v prospektu in ima veljavnost predračuna.
2. Najkasneje do 1. junija 2005 nakažite ustrezen znesek na poslovni račun Slovenskega združenja za urgentno medicino pri Novi ljubljanski Banki d.d.št. 02014-0019966250. Na nakazilu naj bodo razvidni plačnik ter priimek in ime udeleženca. **OPOZORILO:** Prijav po 1. juniju 2005 ne bomo sprejemali - registracija in plačilo po tem datumu bosta mogoča le na recepciji simpozija v Portorožu!
3. Prijavnico in fotokopijo potrdila o plačilu pošljite po pošti na naslov organizatorja najkasneje do 1. junija 2005.
4. Po prejemu plačila bomo plačniku izstavili in poslali avansni račun.
5. Dokončni račun bomo plačniku izstavili in poslali po zaključku simpozija.

Prijavo sprejemamo do zasedbe mest na osnovi vrstnega reda vplačanih kotizacij. V primeru prostih mest bosta prijava in plačilo kotizacije mogoča tudi na recepciji simpozija. Na recepciji simpozija bomo sprejemali tudi plačila s kreditnimi karticami Eurocard/MasterCard in Visa.

### Kotizacija

Zdravniki	60.000 SIT (250 EUR)
Člani SZUM	55.000 SIT (230 EUR)
Zdravniki sekundariji	50.000 SIT (210 EUR)
Med. sestre, zdr. tehnik	48.000 SIT (200 EUR)
Med. sestre, zdr. tehnik - člani ZZNS	44.000 SIT (185 EUR)
Enodnevna kotizacija	24.000 SIT (100 EUR)

Učne delavnice in pogovori s strokovnjaki so vključeni v ceno kotizacije.  
Vse cene vsebujejo DDV

**KOTIZACIJA ZAGOTAVLJA** udeležbo na predavanjih, učnih delavnicah in pogovorih s strokovnjaki, obisk razstave, zbornik predavanj, osvežitve med odmori ter udeležbo na družabnih prireditvah.

**REGISTRACIJA** udeležencev bo v Grand Hotelu Bernardin v predverju kongresnega centra 15. junija 2005 od 12.00 do 19.30 in nato vse dni simpozija od 7.30 dalje.

Hotelska namestitve: Priporočamo Hotele Bernardin zaradi neposredne bližine kongresnega centra. Na [www.ssem-society.si](http://www.ssem-society.si) si oglejte cenik nočitev z zajtrkom (v SIT in v EUR) - posebna ponudba velja le do 25. maja 2005.

hotelske Rezervacije: Udeleženci naj sobe rezervirajo pravočasno in neposredno na tel. 05/ 695-5104, 05/ 695-5106, na faks 05/ 674-6410, ali po pošti na naslov Hoteli Bernardin d.d., Obala 2, 6320 Portorož. E-mail: [hoteli.bernardin@siol.net](mailto:hoteli.bernardin@siol.net), internet: <http://www.h-bernardin.si>  
Priporočamo zgodnje rezervacije!

### Rok za rezervacije: 25. Maj 2005.

Pomembni roki:

- Rok za pošiljanje izvlečkov: 31. marec 2005
- Rok za oddajo dokončnih prispevkov: 4. maj 2005
- Rok za predčasno prijavo: 1. junij 2005 (po tem datumu prijave in plačila le še na recepciji simpozija)
- Rok za rezervacije hotelskih sob: 25. maj 2005

Obiščite našo spletno stran: [www.ssem-society.si](http://www.ssem-society.si)

# PRIJAVNICA ZA STROKOVNA SREČANJA

Zavod (podjetje) \_\_\_\_\_

Poštna številka in kraj \_\_\_\_\_

Ulica in hišna številka \_\_\_\_\_

Zavezanec za DDV DA NE (obkrožite) - Davčna številka \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Kontaktna oseba: \_\_\_\_\_

Prijavnica za strokovno srečanje v kraju \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_  
z naslovom \_\_\_\_\_  
Organizator \_\_\_\_\_

Prijava udeleženk/cev:

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

IME IN PRIIMEK

DELOVNO MESTO št. članske izkaznice

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Kotizacijo z DDV v višini \_\_\_\_\_ tolarjev je poravnana:

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

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

nakazilo izvedeno dne \_\_\_\_\_

Z gotovino na dan seminarja  S čekom na dan seminarja

Datum prijave \_\_\_\_\_

Žig Podpis odgovorne osebe: \_\_\_\_\_

# UBIKINON IN SRCE

# Q10

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

## FIDI KOENCIM 10

# Da!

**pri**

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

**V eni kapsuli je:**

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

**Izdeluje:**

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

**FIDIMED** d.o.o.  
FIDIFARM



**FIDI KOENCIM 10®**

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

MED SLOVENSKIMI ZDRAVNIKI PREIZKUŠENO ZDRAVILO

# LETIZEN®

tablete  
peroralna raztopina

cetirizin

*Naj bo pomlad spet najlepši letni čas*

**Indikacije.** Zdravilo je namenjeno za preprečevanje in zdravljenje sezonskega in celoletnega alergijskega rinitisa, kronične urtikarije, atopijskega dermatitisa in drugih alergijskih bolezni.  
**Odmerjanje in uporaba.** *Tablete.* Odrasli in otroci, starejši od 12 let: 1 tableta na dan. Otroci od 6 do 12 let z več kot 30 kg: dvakrat po ½ tablete; z manj kot 30 kg: ½ tablete na dan. *Peroralna raztopina.* Odrasli in otroci, starejši od 12 let: 2 brizgi (10 ml) enkrat na dan. Otroci od 6 do 12 let z več kot 30 kg: dvakrat po 1 brizgo (5 ml); z manj kot 30 kg: 1 brizgo na dan. Otroci od 2 do 6 let: enkrat 1 brizgo ali dvakrat pol brizge (2,5 ml) na dan. **Kontraindikacije.** Preobčutljivost za sestavine zdravila in za hidroksizin. **Previdnostni ukrepi in opozorila.** Zdravilo dajemo previdno in v zmanjšanem dnevnem odmerku bolnikom z okvarjenim ledvičnim delovanjem, bolnikom ne hemodializi in bolnikom z okvarjenim jetrnim delovanjem. **Nosečnost in dojenje.** Zdravila ne dajemo v prvih treh mesecih nosečnosti. V poznejših mesecih nosečnosti ga predpišemo le, če je to nujno potrebno. Zdravilo se izloča v materino mleko, zato med zdravljenjem odsvetujemo dojenje. **Interakcije.** Med sočasnim jemanjem cetirizina in teofilina (zlasti odmerkov, večjih od

400 mg) lahko zaradi zmanjšanja očistka pride do povečanja serumske koncentracije in relativnega preodmerjanja cetirizina. **Stranski učinki.** V kliničnih preizkusih nadzorovanih s placebom, je bila pogostost prekinitev zdravljenja s cetirizinom zaradi stranskih učinkov podobna kot pri zdravljenju s placebom. Najpogostejši stranski učinki zdravila so zaspanost, utrujenost, omotica, suha usta in glavobol. Redkeje se pojavijo šibkost, slabost, bruhanje, bolečine v trebuhu, driska, zaprtje in povečan tek. **Oprema.** Zloženka z 20 filmsko obloženimi tabletami po 10 mg cetirizina, 120 ml peroralne raztopine (1 mg/1 ml), samo na zdravniški recept. 10 filmsko obloženih tablet Letizen S po 10 mg, brez recepta. **Datum priprave besedila:** februar 2005.

Podrobnejše informacije so na voljo pri proizvajalcu.

Krka, d. d., Novo mesto, Šmarješka cesta 6, 8501 Novo mesto, www.krka.si

Že 50 let.

 KRKA