



KAKOVOSTNA ZDRAVSTVENA NEGA V ZOBOZDRAVSTVU - USTNA VOTLINA

24. strokovni seminar

8. 4. – 9. 4. 2016 Rimske terme



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



SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER
IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV
V ZOBOZDRAVSTVU

Zbornik predavanj

KAKOVOSTNA ZDRAVSTVENA NEGA V ZOBOZDRAVSTVU

-USTNA VOTLINA

24. strokovni seminar

Izdal in založil: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v zobozdravstvu

Uredili: Marina Čok, Damjana Grubar

Oblikovanje in prelom: Janja Baznik

Število natisnjenih izvodov: 230

April 2016

CIP - Kataložni zapis o publikaciji

Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

616.314-083(082)

KAKOVOSTNA zdravstvena nega v zobozdravstvu - ustna votlina : 24. strokovni seminar, 8. 4.-9. 4. 2016, Rimske Terme : zbornik predavanj / [uredili Marina Čok, Damjana Grubar]. - Ljubljana : Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v zobozdravstvu, 2016

ISBN 978-961-273-131-1

1. Čok, Marina

284217344

Zbornik predavanj

KAKOVOSTNA ZDRAVSTVENA NEGA V ZOBOZDRAVSTVU - USTNA VOTLINA

24. strokovni seminar

8. 4. – 9. 4. 2016

RIMSKE TERME

PROGRAMSKI ODBOR

MARINA ČOK, DAMJANA GRUBAR, DORA MASTEN

ORGANIZACIJSKI ODBOR

MARINA ČOK, DAMJANA GRUBAR, IRENA ŠUMER, MAJA KAUDILA,
DORA MASTEN, LOTI HREŠČAK, ANDREJA TURK, SONJA BERNOT,
VANJA KOVAČIČ

Program

Petek, 8. 4. 2016

08.30 - 09.45 REGISTRACIJA UDELEŽENCEV
09.45 - 10.00 OTVORITEV SREČANJA IN POZDRAV UDELEŽENCEM

I. SKLOP moderatorki: *Loti Hreščak, Irena Šumer*

10.00 - 10.40 RAK USTNE VOTLINE
ASIST. ROBERT ŠIFRER, DR. MED.

10.40 - 11.20 INTERDISCIPLINARNA OBRAVNAVA PACIENTOV Z ZOBNI MI VSADKI
DAVID DOVŠAK, DR. MED., MAKSILOFACIALNI KIRURG

11.20 - 12.00 ODMOR

12.00 - 12.40 KAKO PREPREČITI OKUŽBO POVEZANO Z ZDRAVSTVENO DEJAVNOSTJO
VESNA JURKOŠEK, DIPL. SAN. ING.

12.40 - 13.20 PRETOČNOST VODE V ZOBNI AMBULANTI
MAJDA MEDVED, DIPL. M. S.

13.20 - 15.00 ODMOR ZA KOSILO

II. SKLOP moderatorki: *Sonja Bernot, Maja Koudila*

15.00 - 15.40 POMEN IN POMEMBNOST STERILIZACIJE V ZOBOZDRAVSTVU
NATAŠA PILETIČ, DIPL. M S.

15.40 - 16.20 7 KLJUČEV DO DOBREGA ODNOSA
KLARA RAMOVŠ, PROF. ANDRAGOGIKE

16.20 - 18.00 VOLILNA SKUPŠČINA

20.00 VEČERJA Z ZABAVO

Sobota, 9. 4. 2016

III. SKLOP *moderatoriki: Dora Masten, Andreja Turk*

- 09.00 - 09.40** ZAKONSKE PODLAGE ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE
ANDREJ VOJNOVIČ, UNIV. DIPL. PRAV.
- 09.40 - 10.20** *POMEN ZOBOZDRAVSTVENE VZGOJE IN PREVENTIVE*
ŠOLOOBVEZNIH OTROK
MAJA KOUDILA, DIPL. M. S., ROSITA STOJKOVIĆ, DIPL. M. S.
- 10.20 - 10.40** UČINKOVITO DELOVANJE REMI DENT-A NA REMINALIZACIJO
ZOBNE SKLENINE
JANJA HRIBAR, MAG. FARM.
- 10.40 - 11.10** ODMOR
- 11.10 - 12.40** PREHRANA IN USTNO ZDRAVJE
EMILIJA PAVLIČ, KUCHARICA
- 12.40 - 13.00** ZAKLJUČNE MISLI SEMINARJA

Spoštovani,

ves čas se nam dogajajo spremembe, ki naj bi izboljševale delovni proces, vendar ni vedno tako. Pogosto v nas puščajo sledi nezaupanja in nezadovoljstva. Vedno manj je pozitivnih občutkov in motiviranosti. Kje je tu naše poklicno poslanstvo in kje na tej poti je usak posameznik?

Sprašujem se ali sedanja splošna kriza, tako finančna kot kriza vrednot upliva na naše delo, na naše sodelavce in nenazadnje na naše varovance. Odgovor je vsekakor pozitiven.

Vse to nas pogosto bremeni, utruja in spravlja v slabo voljo. Nezadovoljstvo, obremenjenost in utrujenost na delovnem mestu pa močno vplivajo na naše preživljanje prostega časa. Tako se hitro ujamemo v začarani krog, v katerem se urtimo kot v centrifugi in ne vidimo poti iz njega. Cepetamo na mestu, prikrajšani za osebnostno rast in razvoj. Vendar, "kjer je volja, je tudi pot."

Naše življenje je v naših rokah. Mi sprejemamo odločitve in mi nosimo posledice svojih odločitev. Izbirajmo pozitivne odločitve, brez opravičevanja in prelaganja odgovornosti, predusem pa ne trosimo energije za gojenje negativnih občutkov. Zaupajmo vase in v svoje sposobnosti in stopimo skupaj na pot učenja za doseganje lastnega uspeha.

Z našim srečanjem želimo doseči prav to. Čudovita pokrajina in prisrčna gostoljubnost Rimskih term naj prekine naš usakdan. Prijeten klepet ob kavici pa popestri pomladni dan. Upamo, da nam uspe izpolniti pričakovanja stroke, vaša pričakovanja, da bo naše srečanje kvalitetno, usebina zanimive, aktualne in uporabne za usakdanjo strokovno dejavnost.

Želiva Vam prijetno počutje in naj bo usak trenutek poln in popoln.

MARINA ČOK,
predsednica sekcije



DAMJANA GRUBAR,
podpredsednica sekcije



Rak ustne votline

Rak ustne votline je najpogostejši pri starejših moških, ki kadijo in uživajo alkoholne pijače. Incidenca v Sloveniji znaša 7.7/100.000 prebivalcev. Zgodnje spremembe so slabo razpoznavne in asimptomatske, zato ga največkrat odkrijemo v napredovalih stadijih. 5-letno preživetje z omejeno boleznijo je 70%, z razširjeno pa 40%. Histoško gre največkrat za ploščatocelični rak. Klinična slika je odvisna od prizadetega področja ustne votline in obsega raka. Z otorinolaringološkim pregledom ugotovimo raka in zasevke na vratu. Potrebna je biopsija, od radioloških preiskav pa v prvi vrsti ultrazvočna preiskava vratu in trebuha ter rentgensko slikanje pljuč. Bolezen v zgodnjih fazah zdravimo z operacijo ali obsevanjem, v napredovalih pa kombinirano z operacijo in kasnejšim obsevanjem z ali brez kemoterapije. Pri operaciji je treba napraviti disekcijo na vratu, tumor odstraniti v enem kosu in korenito, kar preverimo že med operacijo. Zdravljenje pusti posledice, poleg tega so bolniki nagnjeni k ponovitvi bolezni, novim primarnim rakom in oddaljenemu zasevanju, zato je potrebno spremljanje.

KLJUČNE BESEDE: rak ustne votline; klinična slika; diagnostika; zdravljenje; kirurško zdravljenje

EPIDEMIOLOGIJA

Rak glave in vratu je po pogostnosti na šestem mestu. Značilen je za moške stare od 50 do 74 let. V okviru raka glave in vratu je najpogostejši ravno rak ustne votline (RUV) z incidenco 7.7 na 100.000 prebivalcev (Register raka, 2012). V Sloveniji znaša 5-letno preživetje bolnikov z omejeno boleznijo 70%, z razširjeno pa 40%. Ustna votlina (UV) je anatomsko področje glave in vratu, ki je dostopno tako samo-pregledovanju kot kliničnemu pregledu. Kljub temu zgodnje odkritje RUV ni pogosto (Piazza e tal., 2010). Eden od vzrokov je, da so začetne sluznične spremembe komaj vidne in asimptomatske.

ANATOMIJA

Sprednja meja UV je meja med kožo obraza in rdečino ustnic, zadnja meja pa je t.i. isthmus faucium, ki ga tvorijo meja med trdim in mehkim nebom, sprednja nebna loka in cirkumvalatne papile. UV delimo na sedem področij: ustnici, čeljustni grebeni, gibljivi del jezika, retromolarna trikotnika, ustno dno, področji lične sluznice in trdo nebo.

FIZIOLOGIJA USTNE VOTLINE

Naloge UV so priprava hrane na požiranje (zalivanje gržljaja s slino, drobljenje). UV je tako vključena v prvi dve fazi požiranja (Cummings, 2005) – v ustno pripravljalo in v ustno transportno. Sledita tretja (žrelno-grlna) in četrta (požiralnikova) faza, pri katerih UV nima vloge. Ostale naloge UV so okušanje, artikulacija (oblikovanje glasov) in dihanje (Hočevnar-Boltežar, 2008). Slina opravlja zaščitno funkcijo in omogoča začetno prebavo škroba.

POMEN VRATNIH BEZGAVK

Bezgovke na vratu igrajo pri RUV pomembno vlogo. Gre za ovalne organe vključene v limfatični sistem. Maligne celice, ki z limfo pridejo iz primarnega tumorja, se v bezgovki ustavijo in delijo. Govorimo o področnem zasevanju, ki je najpomembnejši prognostični dejavnik RUV, saj 5-letno preživetje zmanjša za 50%. Če rakave celice prodrejo preko vezivne ovojnice bezgovke, govorimo o ekstrakapsularnemu preboju, ki preživetje zmanjša še za dodatnih 50%. Vendar pa bezgovke vsaj nekaj časa zadržujejo maligne celice, preden se le-te razširijo v venski sistem in povzročijo oddaljeno zasevanje.

Pretok limfe po vratu je pravilen in predvidljiv. Iz položaja primarnega tumorja sklepamo, katere bezgovke so ogrožene z morebitnimi zasevki. Pri raku zgornje ustnice področni zasevki nastanejo v preavrikularnih, infraparotidnih, perifacialnih, submandibularnih in v bezgovkah regije II (zgornje globoke jugularne bezgovke), pri raku spodnje ustnice pa v regiji I (submentalne in submandibularne bezgovke). Iz preostale ustne votline se zasevki širijo v regije I, II in III (srednje globoke jugularne bezgovke). Pogostnost zasevanja iz ustnic je manj kot 10%, iz preostale UV pa 30%. Slednji delež je odvisen od področja UV, na katerem se nahaja primarni tumor, in od debeline tumorja (NCCN, 2015).

PREMALIGNE SPREMEMBE IN HISTOLOGIJA

Levkoplakija je sivo-bela sprememba priraščena na sluznico (Foto 1: Šifrer, 2015). V 6% se lahko razvije v raka. Nevarnejša je eritroplakija, saj kar v 91% predstavlja raka ali intraepitelijsko spremembo visokega tveganja (Foto 2: Šifrer, 2013). Pomeni dolgotrajno rdečo spremembo na sluznici, ki ni posledica vnetja niti poškodbe. Lichen planus je kronična vnetna bolezen nepojasnjene vzroka (Foto 3: Šifrer, 2014). Gre za zlivajoče se papule, ki oblikujejo značilne črtaste in mrežaste vzorce. Možnost za razvoj v rak je 1% (Laskaris, 2006; Cummings, 2005).

V 90% je histopatološka oblika RUV ploščatocelični rak. Redkejši so adenokarcinomi, bazalnocelični rak, maligni melanom in sarkomi (Cummings, 2005).

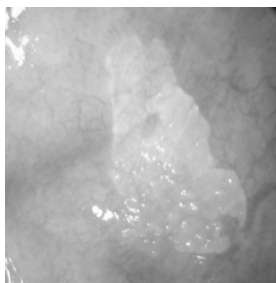


FOTO 1 – LEVKOPLAKIJA

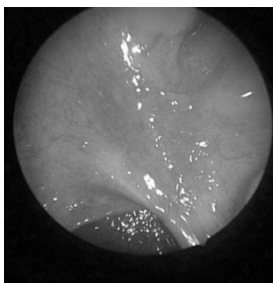


FOTO 2 – ERITROPLAKIJA



FOTO 3 – LICHEN PLANUS

VZROKI

Glavna vzročna dejavnika za RUV sta kajenje in uživanje alkoholnih pijač, še posebej v kombinaciji. Ostali dejavniki so žvečenje pripravka iz zmesi tobaka, limete in betelovega oreščka (angleško Betel Nut Quid), kar je sicer razvada prebivalcev jugovzhodne Azije in Indije, kajenje z obrnjeno cigareto, kajenje pipe, okužba s humanim papillomavirusom, izpostavljanje ultravijolični svetlobi in mehansko draženje s strani zobnih štrlin ali neprilagojenih zobnih protez.

Bolnik z RUV je podvržen naslednjim prognozično neugodnim dejstvom:

1. Istočasno je lahko prisotnih več primarnih rakov na sluznicah glave in vratu.
2. Kljub koreniti kirurški odstranitvi se rak lahko ponovi.
3. Kasneje lahko vzniknejo novi primarni raki v področju glave in vratu.

To pojasnjuje teorija o kancerizaciji polja. Vzročni dejavniki za RUV učinkujejo na celotno sluznico in povzročajo genetske spremembe, ki se z leti kopičijo. Nastanejo displastične celice, ki se delijo in izrivajo sosednje zdrave celice, zato je na koncu velik del sluznice glave in vratu displastično spremenjen in zato nagnjen k razvoju raka (Braakhuis, 2005).

KLINIČNA SLIKA

RUV najpogosteje prizadene ustno dno in gibljivi del jezika (Foto 4, 5, 6: Šifrer, 2011, 2014, 2012). V Sloveniji je ob postavitvi diagnoze v 30-40% bolezen omejena na UV, 55-65% bolnikov ima področne, 10% pa oddaljene zasevke (Register raka, 2012). Bolnikove težave so odvisne od področja, na katerem se rak nahaja, in od njegovega obsega:

- bolečine: stalne, ob dotiku, lahko pekoče,
- občutek tujka v ustih,
- dolgotrajne afte ali rane,
- s krvjo obarvana slina,
- težje požiranje,
- težje govorjenje,
- težje odpiranje ust,
- zrahljanje ali izpadanje zob,
- poslabšanje lege zobnih protez,
- stertor,
- zadah iz ust,
- otekline na vratu,
- hujšanje.

Ob pregledu ustne votline vidimo spremembo na sluznici, ki ima lahko sledeče lastnosti:

- rast: proliferativna, ulcerozna, eksofitična, endofitična, infiltrativna, posluznična,
- robovi: nepravilni, ostri, privzdignjeni,
- barva: rožnata, siva, bela,
- površina: nepravilna, zrnata, prekrita s krvjo,
- zatrdlina,
- ranljivost.



FOTO 4 – RAK NA
GIBLJIVEM DELU JEZIKA
LEVO

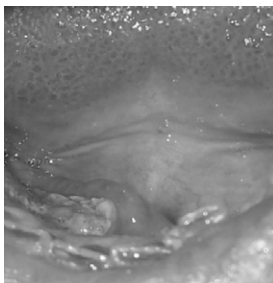


FOTO 5 – RAK NA
USTNEM DNU DESNO



FOTO 6 – PRERAŠČAJOČI
RAK UV



FOTO 7 – ZASEVKI NA VRATU DESNO

Pri pregledu in tipanju vratu ugotovimo trde otekline, ki so najprej premakljive in neboleče, kasneje nepremakljive, zraščene in boleče (Foto 7: Šifrer, 2011).

DIAGNOSTIČNA OBRAVNAVA

Diagnostična obravnava bolnikov z RUV poteka na Kliniki za otorinolaringologijo in cervikofacialno kirurgijo v Ljubljani, na Kliničnem oddelku za maksilofacialno in oralno kirurgijo v Ljubljani in na Oddelku za otorinolaringologijo, cervikalno in maksilofacialno kirurgijo v Mariboru.

Za postavitve diagnoze RUV je nujna histopatološka analiza vzorca tkiva. Z otorinolaringološkim (ORL) pregledom določimo izvor RUV in njegovo razsežnost. Uporabljamo loparčke, po presoji tudi rigidne ali fleksibilne endoskope. V zadnjih nekaj letih endoskopiramo z ozkospetralno osvetlitvijo (angleško Narrow-Band Imaging), s katero prikažemo zgodnje žilne spremembe in posumimo na rak, še preden ga vidimo s prostim očesom (Šifrer, Urbančič, 2010; Piazza et al. 2010, Takano et al. 2010). Področne zasevke na vratu lahko najdemo ob pregledu in tipanju vratu. Praviloma se nahajajo regijah I, II in III na isti strani vratu. Če tumor zajema mediano črto, lahko zasevki ležijo tudi drugi strani.

Če leži tumor blizu kosti, naročimo računalniško tomografijo (CT). Druge primarne tumorje iščemo z ORL pregledom, ki ga razširimo z morebitno direktno laringoskopijo v splošni anesteziji. Zasevke na vratu natančno opredelimo z ultrazvočno preiskavo (UZ) vratu. Če so veliki in zajemajo pomembne strukture na vratu, izvedemo CT ali magnetno resonanco (MR) vratu. Oddaljeni zasevki RUV se nahajajo prvenstveno v pljučih, sledijo kosti in jetra. Zato pri vsakemu bolniku naročimo rentgensko slikanje pljuč in UZ trebuha. Če ugotovimo oddaljene zasevke, naročimo preiskave, kot so CT, MR, bronhoskopija, aspiracijska biopsija s citološko analizo.

Ocenimo funkcionalne motnje zaradi RUV, splošno stanje in prehranski status.

Bolnika predstavimo na ORL-onkološkem konziliju. Naloga konzilija, ki ga sestavljata otorinolaringolog usmerjen v kirurgijo glave in vratu in onkolog-obsevalec, je določitev stadija raka in predstavitev najbolj primerne načina zdravljenja. Bolnik odločitev konzilija sprejme ali ne. V slednjem primeru se poišče druga, sicer manj uspešna terapevtska rešitev.

ZDRAVLJENJE

RUV zdravimo kirurško, z obsevanjem in s kemoterapijo. Začetne tumorje, nizkih stadijev, omejene na organ izvora, zdravimo z operacijo ali z obsevanjem. Obe možnosti sta po uspehu enakovredni. Za napredovale tumorje je zdravljenje kombinirano, torej operacija in po-operacijsko obsevanje z ali brez kemoterapije. Kirurško zdravljenje bolnikov z RUV poteka na enem izmed zgoraj omenjenih ustanov. Z obsevanjem, kemoterapijo in z biološkimi zdravili se ti bolniki zdravijo na Onkološkem inštitutu v Ljubljani.

Raka je treba odstraniti korenito in v enem kosu (Foto 8: Šifrer, 2011). Korenitost operacije preverimo s histološko tehniko »zaledenelega reza«, s katero histopatolog preveri kirurške robove. Izvid dobimo že med operacijo. V primeru, da tumorja nismo odstranili korenito, nadaljujemo z odstranjevanjem dodatnega tkiva. Operacijo je treba dobro načrtovati, saj nezadostni robovi poslabšajo prognozo. Korenitost je najbolj optimalno doseči v prvem poskusu. V tem primeru je ponovitev bolezni manj in preživetje boljše, kot če to dosežemo šele v drugem ali naslednjih poskusih (Guillemaud et al, 2010).



FOTO 8 – KIRURŠKO ZDRAVLJENJE Z DELNO ODSTRANITVIJO JEZIKA BOLNIKA Z RAKOM S FOTO 4

Pri operaciji RUV je treba upoštevati dodatno okoliščino - odnos tumorja in spodnje čeljustnice. Glede na to je potrebna odstranitev pokostnice, marginalna ali segmentalna mandibulektomija (Shah, Patel, 2012).

Potrebna je disekcija na vratu, v okviru katere odstranimo področne zasevke in ostale bezgavke na vratu, za katere na podlagi izkušenj in raziskav sklepamo, da so lahko prizadete s klinično prikritimi zasevki. To so regije I, II in III na strani raka (Foto 9: Šifrer, 2011). Če se rak nahaja v mediani črti, je treba disekcijo izvesti obojestransko.

Praznino v UV po odstranitvi RUV zapremo primarno, po potrebi uporabimo lokalne, področne ali proste mikrovaskularne režnje.

Bolniki, ki se zdravijo samo z obsevanjem, prejmejo dozo 66-70Gy na mesto primarnega tumorja in zasevkov. Na

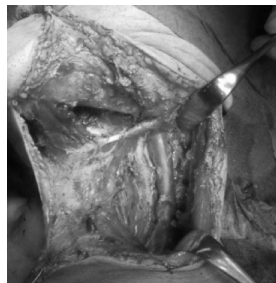


FOTO 9 – DISEKCIJA NA VRATU REGIJ I, II IN III PRI BOLNIKU S FOTO 4 IN 8

področja z nizkim tveganjem prejmejo dozo 44-63Gy. Bolniki, ki se obsevajo po-operacijsko, prejmejo 66Gy. Doze se spreminjajo glede na način obsevanja, ki ga izbere onkolog. Od kemoterapevtskih zdravil se pri bolnikih z RUV uporablja največkrat Cisplatin.



FOTO 10 – STANJE PO EKSTRAKCIJI ZOB IN MARGINALNI MANDIBULEKTOMIJI BOLNIKA S FOTO 5.

POSLEDICE ZDRAVLJENJA

Težave bolnikov po zaključenem zdravljenju RUV so večplastne. Bolniki se spopadajo s spremljajočimi boleznimi, s posledicami operacije (Foto 10: Šifrer, 2015) (odstranjeni zobje, težje grizenje in žvečenje hrane, težje požiranje, aspiracija, težje govorjenje, bolečina, slabša gibljivost ramenskega obroča, slabo zaceljena kirurška rana, orokutana fistula, brazgotina, fibroza) in s posledicami obsevanja (radiodermatitis, radiomukozitis, suha usta, fibroza, slabše okušanje, karies, slabši apetit, težje požiranje, hujšanje, glivična okužba, hipotireoza, osteoradionekroza). Posebnost nekaterih bolnikov po zdravljenju RUV je začasna traheostoma. Nekateri bolniki zaradi predhodne zlorabe alkohola in tobaka, posledične osebnostne spremembe, zaradi anatomskih sprememb, brazgotin na koži in traheostome zapadejo v psihosocialno osamo.

SPREMLJANJE PO ZAKLJUČKU ZDRAVLJENJA

Vse bolnike po zaključenemu zdravljenju RUV je treba spremljati. Bolniki so namreč nagnjeni k ponovitvam bolezni in k pojavu novih primarnih rakov. Z rednimi kontrolnimi pregledi jih poskušamo ugotoviti čim prej, ko so možnosti za kurativno zdravljenje boljše. Podobno velja za oddaljene zasevke, čemur nekateri avtorji nasprotujejo, saj oddaljeni zasevki večinoma pomenijo neozdravljivo bolezen in korist za bolnika tako razen paliacije ni prav velika. Bolnikom poskušamo lajšati bolečine, posledice zdravljenja in funkcionalne pomanjkljivosti ter jih spodbujamo h govorni rehabilitaciji, k pravilni prehrani in jim svetujemo pri psihosocialni osami (Šifrer, 2014).

LITERATURA

1. Braakhuis, B.J. in Brakenhoff, R.H. in Leemans, C.R., 2005. Second field tumors: a new opportunity for cancer prevention? *Oncologist*, 10 (7), str 493-500.
2. Cummings, C. W., 2005. *Otorhinolaryngology Head & Neck Surgery*. Philadelphia: Elsevier Mosby.
3. Guillemaud JP in Patel RS in Goldstein DP et al., 2010. Prognostic impact of intraoperative

- microscopic cut-through on frozen section in oral cavity squamous cell carcinoma. *J Otolaryngol Head Neck Surg.*, 39(4): str. 370-377.
4. Hočevar Boltežar, I., 2008. *Fiziologija in patologija glasu ter izbrana poglavja iz patologije govora*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta Univerze v Ljubljani.
 5. Laskaris, G. 2006. *Pocket atlas of oral diseases*. Stuttgart, New York: Thieme.
 6. National Comprehensive Cancer Network (NCCN.org). NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology - *Head and Neck Cancers*. [NCCN Web site]. Version 1.2015 Available at:
7. http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/head-and-neck.pdf
 8. Piazza C in Cocco D in Del Bon F et al., 2010. Narrow band imaging and high definition television in evaluation of oral and oropharyngeal squamous cell cancer: a prospective study. *Oral Oncol.*, 46(4): str. 307-310.
 9. Rak v Sloveniji 2012. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana, Epidemiologija in register raka, Register raka Republike Slovenije, 2015.
 10. Shah, J.P. in Patel, S.G. 2012. *Head and Neck Surgery and Oncology*. Edinburgh: Mosby.
 11. Šifrer, R. in Urbančič, J., 2013. Preiskavna metoda Narrow-band imaging v otorinolaringologiji. *Zdrav Vestn*, 82: str. 602-611.
 12. Šifrer, R., Skrb za bolnika z rakom glave in vratu po zaključenem zdravljenju. V: ŽARGI, Miha (ur.), HOČEVAR-BOLTEŽAR, Irena (ur.), BATTELINO, Saba (ur.). *Sodelovanje zdravnik družinske medicine, pediatria in otorinolaringologa pri obravnavi bolezni ušes, nosu, žrela, grla in vratu : izbrana poglavja 6*. Ljubljana: Katedra za otorinolaringologijo Medicinske fakultete: Univerzitetni klinični center, Klinika za otorinolaringologijo in cervikofacialno kirurgijo: Združenje otorinolaringologov Slovenije SZD, str. 65-70.
 13. Takano J.H. in Yakushiji T in Kamiyama I, e tal. Detecting early oral cancer: narrowband imaging system observation of the oral mucosa microvasculature. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2010; 39(3): 208-13.

Interdisciplinarna obravnava pacientov z zobnimi vsadki

IZVLEČEK:

V zdravljenju pacientov z zobnimi vsadki (implantati) danes za uspeh zdravljenja ni pomembno samo to, da pride do uspešnega vraščanja vsadkov v kost (osteointegracije), ampak je vedno bolj v ospredju estetski rezultat zdravljenja. Zdravljenje z implantati bo najbolj uspešno, tudi pri zelo zapletenih primerih, kadar v zdravljenju sodeluje več strokovnjakov, ki med seboj sodelujejo in komunicirajo že od načrtovanja zdravljenja naprej. Interdisciplinarni pristop k obravnavi pacientov se po zaključenem zdravljenju ne sme prekiniti, ampak je z njim potrebno nadaljevati tudi pri spremljanju pacientov z zobnimi vsadki. Vedno več pacientov, ki ima vstavljene zobne vsadke in dejstvo, da se prebivalstvo stara, pomeni, da bo vedno več tudi zapletov (predvsem periimplantitisa), ki jih bo v prihodnosti potrebno znati preprečevati in prepoznavati.

KLJUČNE BESEDE: interdisciplinarni pristop, zobni vsadki, implantologija, periimplantitis

Zadnja leta se v implantologiji v ospredje vse bolj postavlja estetske vidike protetične oskrbe na implantatih. Uspešna osteointegracija implantata že dolgo ni več končni cilj zdravljenja brez zobosti. Da lahko govorimo o uspehu v implantologiji, morajo biti zobje, ki so narejeni na implantatih, obdani z zdravimi trdimi in mehкими tkivi in v skladju z obstoječim zobovjem, če to obstaja seveda. Krona na implantatu je lahko vrhunsko izdelana, ampak, če ob tem ni poskrbljeno za zadosten volumen kosti in mehkih tkiv ob implantatu, bo končni rezultat kljub lepi kroni estetsko nezadovoljiv. Pomembno je, da implantološki tim še pred začetkom zdravljenja predvidi vse možnosti zdravljenja in ima še pred začetkom zdravljenja jasno idejo o končnem izdelku.

Skupaj z napredki v stroki in vse večjim vedenjem o implantologiji, postajajo tudi

pacienti vse bolj zahtevni in nobenega dvoma ni, da je interdisciplinarni pristop, ki združuje znanje, izkušnje in spretnost različnih specialistov tisti, ki daje najboljše rezultate zdravljenja. Cilj zdravljenja mora biti izboljšanje ustnega zdravja, doseči ustrezno in optimalno okluzijsko funkcijo protetičnih izdelkov, ob čim lepšem in naravnem videzu takšnih izdelkov.

Da takšen rezultat dosežemo, je potrebno biti pozoren na celo vrsto podrobnosti. Vse se začne z natančno anamnezo pacienta, čemur sledi natančno načrtovanje zdravljenja. V procesu implantološkega zdravljenja je ravno načrtovanje najbolj bistveno in pomembno je, da v procesu načrtovanja sodelujejo vsi strokovnjaki tima. Ne gre torej za to, da se v zdravljenje pacientov vključi različne strokovnjake, ampak da vsi ti strokovnjaki sodelujejo in med seboj komunicirajo že v diagnostičnem procesu, sploh pa v načrtovanju zdravljenja, ko morajo imeti vsi strokovnjaki, ki so vključeni v tim zdravljenja, jasno sliko o končnem izdelku.



SLIKA 1. ORTODONT JE USTREZNO PRIPRAVIL PROSTOR DO 18 LETA STAROSTI PACIENTA IN ZAČNE SE LAHKO Z NAČRTOVANJEM IMPLANTOLOŠKE OSKRBE.

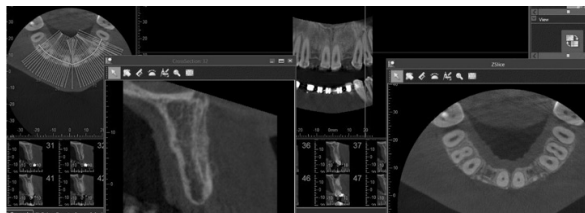
Vzemimo za primer zdravljenje pacienta s prirojeno odsotnostjo zgornjih stranskih sekalcev. Pomembno je, da osebni zobozdravnik in ortodont sodelujeta že od začetka, torej, ko se ugotovi, da pacient nima zametkov za stalna stranska sekalca. Potrebno je načrtovati izdrtje mlečnih podočnikov in nato ortodontsko zdravljenje z distalnim pomikom stalnih podočnikov, da se pripravi ustrezen prostor za implantata na mestu stranskih sekalcev. Vstavitev implantatov se načrtuje za čas, ko je zaključena rast obraznega skeleta, torej okrog 18 leta starosti.

Pomembno je, da je prostor med srednjima sekalcema in podočnikoma dovolj širok vzdolž celotnih korenin omenjenih zob in ne samo med kronami. Ko je prostor dosežen, se napravi CB CT (cone beam computer tomography – torej računalniška tomografija s stožčastim snopom) področja stranskih sekalcev. Pomembna ni samo razdalja med srednjim sekalcem in podočnikom, ampak tudi debelina kosti v preseku vrzeli. Za stranske sekalce praviloma uporabljamo najtanjša implantata (premera 3,0 mm ali 3,2 mm). Implantat mora biti z vsake strani obdan vsaj z 1 do 1,5 mm kosti. Kadar je kost v predelu stranskih sekalcev debela vsaj 4 mm je možno dograditev kosti izvesti hkrati ob vstavitvi implantata, kadar pa je resorpcija kosti na mestu zobnih vrzeli tako izražena,

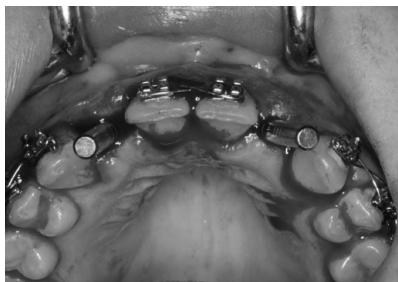
da je kosti v bukalno-palatinalni smeri manj kot 3,5 mm, se največkrat odločimo pred vstavitvijo implantatov za dograditev kosti s prostim kostnim transplantatom. Tega največkrat odvezamemo iz navpičnega kraka spodnje čeljusti.



SLIKA 2. KER JE BILA DEBELINA KOSTI NA MESTU VRZELI STRANSKIH SEKALCEV PREMAJHNA (3 MM), JE BILO POTREBNO KOST PRED VSTAVITVIJO IMPLANTATOV USTREZNO DOGRADITI.



SLIKA 3. V PRIMERIH, KO VSTAVLJAMO IMPLANTATE V PODROČJE DOGRAJENE KOSTI, JE RAČUNALNIŠKA TOMOGRAFIJA S STOŽČASTIM SNOPI (CONE BEAM CT) NEPOGREŠLJIVA. NA SLIKI SE VIDI, ZA KOLIKO SMO ODEBELILI KOST PO PRESADITVI KOSTI.



SLIKA 4. IMPLANTATA JE BILO MOGOČE VSTAVITI BREZ DODATNEGA DOGRAJEVANJA KOSTI OB SAMEM POSEGU.



SLIKA 5. REZULTAT PO DVEH LETIH (ORTODONTIJA: DR. MARINKO VIDOŠEVIČ; KIRURGIJA: DR. DAVID DOVŠAK; PROTETIKA: DR. IZTOK PRIVŠEK; TEHNIK: TOMAŽ JAVORNIK;)

Nikoli pa se v načrtovanju zdravljenja ne smemo osredotočiti samo na problem, ki ga rešujemo, ampak je potrebno v diagnostičnem procesu ovrednotiti stanje celotne ustne votline, stomatognatnega sistema, funkcije sklepov in vseh zob in obzobnih tkiv.

Ko po končanem implantološkem zdravljenju dosežemo rezultat, s katerim smo zadovoljni, se interdisciplinarna obravnava pacienta ne sme zaključiti. Vnaprej se je potrebno dogovoriti, kdo in kako bo pacienta po zdravljenju spremljal. Običajno je to zobozdravnik, ki je izvajal protetični del zdravljenja in ni nujno, da gre za pacientovega osebnega zobozdravnika. Pomembno je, da pacienti, ki imajo izdelano protetiko na implantatih, vsaj dvakrat letno hodijo na kontrole k zobozdravniku, ki je izdelal protetiko. Prav je, da se pridejo po zaključenem protetičnem zdravljenju pokazati tudi kirurgu, nato pa so kontrole pri kirurgu smiselne vsaki dve leti. Paciente je potrebno naučiti, kako skrbeti za zobe, ki so izdelani na implantatih, pri kontrolah naj sodeluje tudi ustni higienik. Še bolj je pomembno, da se pacienta obravnava interdisciplinarno, ko pride do zapletov. Ti so lahko mehanski, ko se del protetičnih konstrukcij odlomi, ali pa pride



SLIKA 6. ZARADI SLABE USTNE HIGIENE IN NEREDNIH KONTROL, JE NA IMPLANTATU, KI JE DRŽAL IMPLANTATNO PODPRTO SNEMNO PROTEZO, PRIŠLO DO VNETJA OB IMPLANTATU IN DO PERIIMPLANTITISA – IZGUBE KOSTI OB IMPLANTATU. TO NE POMENI VEDNO IZGUBE IMPLANTATA, JE PA POTREBNO IZVESTI KIRURŠKI POSEG, DA SE IMPLANTAT REŠI.

do poškodb nosilcev protetične konstrukcije, lahko pa so biološki, ko pride do vnetja ob implantatih, periimplantitisa, in posledično do izgube kosti ob njih.

Implantološko zdravljenje je vedno bolj razširjeno, dovolj je, da pogledamo reklamne letake v naši prestolnici in vidimo, da gre za velik posel, ki ga naši južni sosede v naši državi na veliko oglašujejo. Tudi težav po implantološkem zdravljenju bo vedno več, predvsem pri starejši populaciji in ljudeh, ki bodo bivali v domovih starejših občanov in v prihodnosti bo potrebno izobraziti srednji medicinski kader, da bo znal prepoznati težave ob implantatih, predvsem pa, da jih bo znal preprečevati – z učenjem pravilne ustne nege in čiščenja ter rednim spremljanjem stanja v ustih.

ZAKLJUČEK:

Poleg brezhibne funkcije protetičnih izdelkov v ustih se danes vse bolj v ospredje postavlja še lep in naraven videz protetike, ki naj bo v harmoniji z ostalim obstoječim

zobovjem in mehki tkivi v ustih. Zaradi vse večjih estetskih zahtev pacientov in ne nazadnje tudi stroke, je danes že kar običajno, da kirurški del zdravljenja in protetični del zdravljenja opravljata dva različna strokovnjaka, ki pa morata med seboj sodelovati. Kirurško zdravljenje je usmerjeno k protetičnemu cilju, ki mora biti jasen že v fazi načrtovanja zdravljenja. Poleg specialista, ki opravlja kirurški del zdravljenja in protetika, mora biti v timu seveda tudi zobni tehnik, ki z obema, predvsem pa s protetikom, tesno sodeluje. V tim pa se glede na kompleksnost zdravljenja vključuje še specialiste drugih strok, največkrat ortodonte in endodonte ter parodontologe.

Pomembno je sledenje pacientov in poleg rednih kontrol pri protetiku in kirurgu je smiselno, da pacienti redno obiskujejo tudi ustnega higienika. Ob dejstvu, da je pacientov z implantati vse več in da je vse več tudi zapletov ob implantatih ter da se prebivalstvo stara, bo v prihodnosti potrebno izuriti tudi kader, ki bo v domovih za starejše občane znal skrbeti za higieno protetičnih konstrukcij in nadomestkov in prepoznavati zaplete povezane z zobnimi vsadki.

Kako preprečiti okužbo povezano z zdravstveno dejavnostjo

IZVLEČEK

Preprečevanje okužb povezanih z zdravstveno dejavnostjo je eden od pglavitnih ciljev pri zagotavljanju kakovostne in varne oskrbe bolnika.

Za uspešno preprečevanje prenosa okužb v zobozdravstvu je potrebno dosledno upoštevanje standardnih zaščitnih ukrepov. V članku so predstavljeni ukrepi vezani na razkuževanje in praktično uporabo razkužil. Za izvajanje pravih postopkov dekontaminacije je potreben racionalen pristop k razkuževanju, ki temelji na tveganju za razvoj okužbe. Glede na sposobnost uničevanja mikroorganizmov delimo razkužila na visoko učinkovita, srednje in slabo učinkovita. Programi razkuževanja oziroma pisna navodila o razkuževanju naj zajemajo postopke vzdrževanja inštrumentov in pripomočkov, aparaturo, opremo in površin, kot tudi postopke higiene rok, s katerimi učinkovito preprečujemo prenos okužb v zobozdravstvu.

KLJUČNE BESEDE: zobozdravstvena ordinacija, okužba, razkuževanje,

Uvod

Bolniki, kot tudi zdravstveni delavci v zobozdravstveni ordinaciji, so lahko izpostavljeni številnim mikroorganizmom, prav tako pa so lahko tudi izvor številnih mikroorganizmov. Navidezno zdrav človek je lahko nosilec različnih patogenih mikroorganizmov. Tako je lahko v inkubacijski dobi določene bolezni, v obdobju okrevanja, občasni ali trajni nosilec mikroorganizmov, ki se nahajajo na sluznici žrela oziroma nosnožrelnega prostora, se izločajo v slino oziroma se nahajajo v krvi.

Pri delu v zobozdravstveni ordinaciji lahko pride do prenosa okužbe:

- z neposrednim stikom s krvjo, tekočinami iz ust in izločki iz dihal
- posredno po stiku z okuženimi inštrumenti, operacijskim priborom, protetičnimi pripomočki, rentgenskimi filmi in z mikroorganizmi iz predmetov in površin v okolici delovnega mesta, ali celo tekočinami, razkužili in vodo
- preko zraka z vdihavanjem okuženih kapljic in/ali aerosola iz ust in dihal (Lešničar, Žerdoner, 2003).

Za uspešno preprečevanje prenosa mikroorganizmov in s tem zmanjšanje možnosti nastanka okužb v zobozdravstvu je potrebno dosledno upoštevanje standardnih zaščitnih ukrepov.

Standardni ukrepi obsegajo: oceno zdravstvenega stanja bolnika; aktivno zaščito zdravstvenih delavcev s cepljenjem; uporabo osebnih zaščitnih sredstev in aseptične tehnike pri vseh posegih; osebno higieno in higieno rok; sterilizacijo, čiščenje in razkuževanje inštrumentov ter čiščenje in razkuževanje opreme in površin; ustrezno ravnanje z odpadki; prepoznavanje odklonov in ustrezno ukrepanje ob tem.

Zdravstveni delavci se morajo zavedati, da s izvajanjem teh ukrepov ščitijo bolnike in tudi sebe.

V nadaljevanju bodo obravnavani standardni ukrepi, ki so vezani na uporabo razkužil. Ti ukrepi so razkuževanja rok, čiščenja in razkuževanja inštrumentov, pripomočkov in površin.

Cilj razkuževanja pri postopkih dela v zdravstvu je zmanjšanje možnosti nastanka okužb pri bolnikih in zdravstvenih delavcih (CDC, 2003).

Da je ta cilj uresničljiv, je potrebno poznati potrebo po razkuževanju, načine in postopke razkuževanja, vrste in učinkovitost razkužil ter dejavnike, ki vplivajo na njihovo uspešnost.

DEKONTAMINACIJA je postopek, ki uniči mikroorganizme do te stopnje, da postane predmet, naprava ali površina varna za uporabo. Ta postopek lahko vključuje čiščenje, razkuževanje in sterilizacijo (Rutalla, 1997).

RAZKUŽEVANJE je postopek, ki zmanjša število patogenih mikroorganizmov (ni nujno da tudi bakterijskih spor), na predmetih, površinah ali na koži do te stopnje, da le-ti niso več škodljivi za zdravje (Rutalla, 1997).

DOLOČITEV POTREB PO RAZKUŽEVANJU

Za učinkovito in pravilno razkuževanje v zobozdravstvu je potreben racionalen pristop k razkuževanju, ki temelji na tveganju za razvoj okužbe. Vse predmete, naprave, opremo, površine in prostore lahko razdelimo na tri kategorije, ki narekujejo pravilne postopke dekontaminacije (Rutalla, 1997).

MAJHNO TVEGANJE – NEOBČUTLJIVI PREDMETI IN NEKRITIČNI INŠTRUMENTI

Ti predmeti, inštrumenti ali naprave prihajajo v stik z zdravo, nepoškodovano kožo (ne s sluznico) in okolja, ki niso v stiku z bolniki. Nepoškodovana koža je učinkovita pregrada za večino mikroorganizmov.

Zato za takšne predmete, kot so npr. zunanji predeli rentgenskih glav, zadošča čiščenje in sušenje, razkuževanje je potrebno le v primeru kontaminacije. Tveganje, da bi prenesli povzročitelje okužbe na bolnike, je majhno.

Vendar pa bi ta sredstva lahko prispevala k sekundarnemu prenosu, če se na njih okužijo roke zdravstvenih delavcev ali pa oprema, ki se kasneje uporablja pri drugih bolnikih. Za razkuževanje neobčutljivih predmetov se uporabljajo sredstva z majhno močjo (slabo učinkovito razkužilo) (CDC,2003, Rutalla, 1997).

ZMERNO TVEGANJE – DELNO OBČUTLJIVI PREDMETI IN »POLKRITIČNI« INŠTRUMENTI

To so predmeti oziroma inštrumenti, ki pridejo v stik s tkivi v ustni votlini, s sluznicami ali poškodovano kožo, z njimi pa ne prediramo mehkih tkiv ali kosti (npr. ogledalca, amalgam kondenzator,). Te inštrumente bi, tako kot kritične, morali sterilizirati po vsaki uporabi. Če ta postopek, predvsem zaradi toplotne neobstoynosti inštrumentov, ni mogoč, zadošča tudi razkuževanje z visoko učinkovitimi razkužili.

V to kategorijo zahtevnosti uvrščamo okolja v katerih so oprema in površine onesnažene s patogenimi mikroorganizmi ali je velika verjetnost da so okuženi (npr. neposredna okolica zobozdravniškega stola) ali pa so to prostori v katerih se izvajajo zahtevni aseptični postopki dela. Na njih ne sme biti nobenih mikroorganizmov, z izjemo visokega števila bakterijskih spor. Predmeti in površine zmernega tveganja morajo biti natančno očiščeni in nato izpostavljeni razkuževanju, ki uniči vse mikroorganizme in večino bakterijskih spor (visoko učinkovito razkuževanje) (CDC,2003, Rutalla, 1997).

VELIKO TVEGANJE – OBČUTLJIVI PREDMETI IN »KRITIČNI« INŠTRUMENTI

Občutljivi predmeti se imenujejo zato, ker obstaja veliko tveganje za nastanek okužbe, če so okuženi z mikroorganizmi, vključno z bakterijskimi spori. To so inštrumenti in predmeti, s katerimi prediramo mehka tkiva ali kosti (npr. klešče, rezilo skalpela, dleta, inštrumenti za odstranjevanje zobnega kamna, kirurški zobozdravstveni svedri). To vrsto inštrumentov je potrebno sterilizirati po vsaki uporabi (CDC, 2003, Rutalla, 1997).

POSTOPKI RAZKUŽEVANJA

V praksi se razkuževanje izvaja z različnimi postopki, ki jih najpogosteje delimo na **fizikalne** in **kemične**. Fizikalni način je razkuževanje s toploto-vročino, ki zlasti če deluje skupaj z vodo, hitro in učinkovito uničuje mikroorganizme, ker koagulira beljakovine. Za razkuževanje s toploto uporabljamo pralne in pomivalne stroje, da se izognemo ročnemu delu, kjer je tudi možnost okužbe osebja večja. Pomivalne stroje, ki pomivajo pri nižji temperaturi (65–80°C) in nato razkužujejo čiste predmete pri višji (93–95°C), imenujemo termodezinfektorje in so v zobozdravstvu primerni predvsem za razkuževanje inštrumentov, steklenih in drugih posod, širše pa tudi za opremo za anestezijo in umetno predihavanje, operacijska obuvala, posodo in perilo. Razkuževanje s kemičnimi razkužili uporabljamo tam in takrat, kadar razkuževanje s toploto ni mogoče (predvsem za kožo, roke in površine). Omejeno pa se uporablja razkuževanje s sevanjem in mikrovalovi.

Beseda razkuževanje se v praksi najpogosteje uporablja kot pojem za preprečevanje okužb in postopek, s katerim označujemo uporabo raztopin za razkuževanje (razkužil-kemičnih snovi).

UČINKOVITOST RAZKUŽIL

Glede na sposobnost uničevanja in inaktivacijo mikroorganizmov delimo razkuževanje in razkužila v tri kategorije (CDC, 2003).

Prva kategorija je **visoko učinkovito razkuževanje**, ki uniči vse mikroorganizme, z izjemo visokega števila bakterijskih spor. Uporablja se za predmete, kjer obstaja veliko tveganje (ob ustrezno podaljšanih kontaktnih časih so to kemična sporocidna sredstva). V literaturi zasledimo ta sredstva z oznako HDL, ki izhaja iz angleške besede High-level disinfectants. Učinkovine, ki to dosegajo so aldehidi, peroksiocetna kislina in druge peroksi spojine (sredstva na osnovi vodikovega peroksida) ter klorovi preparati v visokih koncentracijah.

Druga kategorija je **srednje učinkovito razkuževanje**, ki uniči vse vegetativne bakterije, vključno z Mikobakterijum tuberkulosis, večino virusov in gliv, toda ne nujno bakterijskih spor. Majhni virusi brez lipidov (enterovirusi, rinovirusi) so morda lahko bolj obstojni za kemikalijo, medtem ko so večji virusi z lipidi (adenovirusi) bolj občutljivi. Uporabljajo se za predmete in površine, kjer obstaja zmerno tveganje. Takšna razkužila zasledimo pod oznako IDL (ang. Intermediate-level disinfectants). Učinkovine, ki to dosegajo in jih zasledimo pri izdelkih na našem tržišču so etilni in propilni alkohol, alkilamini (glukoprotamin) in klorni preparati v nizkih koncentracijah.

Tretja kategorija je **slabo učinkovito razkuževanje**, ki uniči vegetativne bakterije, večino virusov in gliv, toda ne bakterijskih endospor, mikobakterij in majhnih nelipidnih virusov. Uporablja se za predmete in površine, kjer obstaja majhno tveganje. Takšna razkužila imajo oznako LLD (ang. Low-level disinfectants) (CDC, 2003). V to skupino sodi klorheksidin in kvarterne amonijeve soli, ki pa jih v okolju zdravstvenih ustanov uporabljamo samo kot čistila oziroma v kombinaciji z drugimi učinkovinami.

Učinkovitost razkužil je odvisna od številnih dejavnikov, ki jih tvorijo mikroorganizmi (vrsta in količina mikroorganizmov ter njihova dostopnost ter prisotnost krvi, gnoja, sluzi, različnih organskih snovi), sredstva (kemična sestava razkužila, koncentracija in čas trajanja delovanja) in pogoji v katerih razkužilo deluje (temperatura, pH, trdota vode).

Pri izbiri in uporabi je pomembno, da izberemo sredstvo, ki je dovolj učinkovito, ni toksično, je sprejemljivo za okolje in ga uporabljamo v pravih koncentracijah. Samo prave koncentracije so dovolj učinkovite in ne poškodujejo materialov, pri čemer se vedno držimo navodil proizvajalca sredstva (Pravilnik o dajanju biocidov v promet, 2016, Zakon o zdravilih in medicinskih pripomočkih, 2016).

UPORABA RAZKUŽIL V ZOBOZDRAVSTVU

Kemična razkužila glede na vrsto uporabe delimo na razkužila za **roke osebja** in razkužila za **ustno sluznico bolnika** (antiseptiki); razkužila za **dekontaminacijo inštrumentov** ter **visoko učinkovita razkužila za termolabilne inštrumente in pripomočke**; razkužila za **površine**.

Namen uporabe razkužil pri določenih postopkih v zdravstvu je zaščita osebja pred okužbo in preprečevanje prenosa okužbe preko rok, predmetov, inštrumentov ali celo površin.

RAZKUŽEVANJE ROK

Roke s prehodnimi kontaminanti so najpogostejši izvor okužb v zdravstvu in vodilne pri prenosu in širjenju okužb. Higiena rok je najpomembnejši, najenostavnejši in najcenejši ukrep za preprečevanje širjenja povzročiteljev bolnišničnih okužb v zobozdravstvu.

Pogosto umivanje rok (več kot 4 krat na uro) povzroča težave na koži, saj se zaščitna funkcija kože med tem ne more obnoviti. Pri delu v zdravstvenih ustanovah je tako sprejemljivejše razkuževanje rok s sodobnimi alkoholnimi antiseptiki (CDC,2003).

Cilj higienskega razkuževanja rok, da s tem preprečujemo okužbo osebja in bolnikov.

Ministrstvo za zdravje je sprejelo kazalnik kakovosti Higiena rok, ki povzema metodologijo 5 trenutkov za higieno rok Svetovne zdravstvene organizacije (WHO).

Priporočila WHO in CDC za higieno rok v zobozdravstveni ordinaciji narekujejo potrebo po razkuževanju rok v primeru, ko moramo preprečiti prenos mikroorganizmov iz cone pacienta (kontaminirana cona) v čisto cono (cona zdravstvenega delavca) in obratno. V praksi to pomeni razkuževanje rok (5 trenutkov):

1. pred stikom z bolnikom
2. pred postopkom v ustni votlini
3. po postopku oziroma po tveganju izpostavljenosti telesnim tekočinam
4. po stiku z bolnikom
5. po stiku z bolnikovo okolico. Z doslednim upoštevanjem teh priporočil preprečimo prenos patogenih mikroorganizmov na pacienta, vnos patogenih mikroorganizmov med posegom, prenos patogenih mikroorganizmov na osebje in kontaminacijo okolice.

Uporaba zaščitnih rokavic ni nadomestilo za higieno rok. Roke si razkužimo pred uporabo in po snetju rokavic.

Razkužilo se nanaša se na suhe roke in se vtire v kožo po postopku, ki zajame vso površino kože rok. Količina, ki zadošča za uspešno razkuževanje rok (3 ml do 5 ml) se na rokah posuši v kontaktnem času 30 sekund.

Svetujejo se antiseptiki, ki delujejo hitro na vso patogeno floro (baktericid, virucid, fungicid, tuberkuolid) in so testirani po veljavnih Evropskih normah. Učinkovine, ki dosegajo zahteve norme so n-propanol(1-propanol), izopropanol (2-propanol) in etanol v koncentraciji od 60% do 90% (vol/vol) (Lesničar, Žardoner, 2003).

Učinkovitost alkoholov primerjamo glede na zmanjšanje števila mikroorganizmov in je odvisna od koncentracije in vrste alkohola. Slabost alkoholov je v izsuševanju kože. Zato imajo sodobni antiseptiki za roke dodana sredstva, ki ohranjajo vlažnost kože (glicerol) in dajejo koži dodatno zaščito (pantenol, vitamin E, aloja vera,...). Ta sredstva pa tudi povečujejo učinkovitost alkoholov, ker povečujejo njihov čas izhlapevanja in s tem stik alkohola s prehodno kožno floro.

Prednost alkoholov je tudi v tem, da na koži ne povzročajo alergij. Te se na koži lahko pojavijo zaradi dodatkov (dišave ali barvila) ali zaradi preostankov mila (nesprane roke po umivanju) ali polzila (po odstranitvi rokavic).

RAZKUŽEVANJE USTNE SLUZNICE

Mikroflora sluznice lahko predstavlja žarišče za endogene okužbe, predvsem pri operativnih posegih v ustni votlini (Mc Donnell, Russel, 1999, Krame et al., 1995).

Antiseptike za sluznico uporabljamo predvsem za kratkotrajne profilaktične učinke tudi pri zobozdravstvenih posegih. Za daljše profilaktične učinke jih uporabljamo pri bolnikih z grozečim kariesom in paradentozo, pri čeljustni frakturi in osebah z zmanjšano imunsko sposobnostjo (Mc Donnell, Russel, 1999, Krame et al., 1995).

Razkužilo za ustno sluznico pa lahko ima tudi terapevtski pomen, ki ga uporabljamo pri infektivnih erozijah sluznic, herpetičnih vnetjih, inficiranih paradentoznih žepkih, aftah in v primerih, kjer je potrebno lokalno delovanje antiinfektivnega sredstva (Krame et al., 1995).

Sodobna sredstva za antiseptično delovanje na ustni sluznici vsebujejo navadno več različnih aktivnih učinkovin, ki med seboj delujejo sinergistično. Najpogostejše aktivne učinkovine so etanol, klorheksidinglukonat, vodikov preoksid ob dodatku sestavin, ki ohranjajo fiziološki pH sluznice.

Ne sme biti toksično, alergogeno, mutageno, karcinogeno in ne sme obarvati sluznice.

RAZKUŽEVANJE MEDICINSKIH PRIPOMOČKOV IN INŠTRUMENTOV

Pred sterilizacijo inštrumente razkužimo in ročno ali strojno očistimo. Z razkuževanjem in mehanskim čiščenjem odstranimo organske in anorganske zaostanke, zmanjšamo število mikroorganizmov in s tem omogočimo optimalen učinek sterilizacije (CDC, 2003, Seme, Poljak, 2000).

Vsi medicinski instrumenti so po uporabi potencialno kontaminirani in so možni vir

okužbe. Razkužimo jih po vsaki uporabi in sicer pred izvajanjem ročnih postopkov čiščenja, da izvedemo postopek dekontaminacije (prekinemo pot prenosa mikroorganizmov preko onesnaženih inštrumentov). Inštrumente takoj po uporabi odložimo v razkuževalnik z raztopino razkužila in počakamo, da le to deluje (kontaktni čas delovanja, ki ga predpiše proizvajalec sredstva). Če ima razkužilo dodane čistilne komponente lahko inštrumente v njem tudi očistimo, dobro speremo in pripravimo za sterilizacijo. Če je potrebno ročno čiščenje inštrumentov se mora osebje zaščititi z osebnimi zaščitnimi sredstvi (rokavice, predpasnik, očala). Ročnemu čiščenju inštrumentov se izognemo z uporabo ultrazvočnih čistilcev, ki odstranjujejo biološke ostanke z inštrumentov, ne uničujejo pa mikroorganizmov, razen, če smo vanje dodali učinkovito razkužilo (CDC, 2003, Seme, Poljak, 2000).

Razkužila, ki jih uporabljamo za ta namen morajo biti visoko učinkovita (baktericid, fungicid, virucid, tuberkulocid; za končno dezinfekcijo pa se zahteva sporocidno sredstvo), sprejemljiva za osebje in inštrumente, ter ekološko razgradljiva. Na voljo so aldehydna sredstva (najpogosteje 2 % glutaraldehid), ki pogosto dražijo sluznice; klor in klorove spojine, ki so manj primerne zaradi korozivnega učinka ter obremenjevanja okolja in alkilaminderivati (kot je na primer glukoprotamin), ki ne hlapijo, imajo dobre čistilne učinke in so sprejemljivejši za osebje. Vse pogosteje pa se pojavljajo sredstva z aktivno učinkovino perocetna kislina (sama ali v kombinaciji z drugimi učinkovinami) oziroma peroksi spojine, ki so visoko učinkovita in sprejemljiva tudi v ekološkem smislu.

Najustreznejši način dekontaminacije in čiščenja medicinskih inštrumentov in pripomočkov pa predstavlja strojno čiščenje v strojih - s termodezinfekcijo.

Tudi protetični material predstavlja potencialni možni vir in prenos mikroorganizmov iz bolnikovih ust v protetični laboratorij ali iz laboratorija v bolnikova usta. Zato je eden pomembnih ukrepov za preprečevanje okužb v zobni ambulanti tudi postopek čiščenja in razkuževanja protetičnega materiala (CDC, 2003).

Ta material prihaja v kontakt s tkivom in telesnimi tekočinami v ustni votlini in ga zato uvrščamo v kategorijo velikega tveganja za prenos okužbe. Za uspešno preprečevanje prenosa mikroorganizmov je potrebno uporabljati sredstva, ki dosegajo visoko stopnjo razkuževanja (najprimernejša perocetna kislina).

DEKONTAMINACIJA NASADNIH INŠTRUMENTOV IN DRUGIH NAPRAV POVEZANIH Z VODNIMI IN ZRAČNIMI CEVMI

Zunanje in notranje površine nasadnih inštrumentov in naprav z velikim številom obratov (turbine) se med delom kontaminirajo z izločki bolnika (mešanica krvi, sline, mikroorganizmov). Pri daljši uporabi lahko pride tudi do vsesavanja mikroorganizmov v globino cevi. Zato je nasadne inštrumente in naprave z velikim številom obratov potrebno sterilizirati za vsakim bolnikom ali vsaj izvajati razkuževanje z visoko učinkovitim razkužilom (CDC, 2003, Seme, Poljak, 2000).

RAZKUŽEVANJE PREDMETOV IN POVRŠIN

Mikroorganizmi se usedajo na predmete in površine, ali jih tja zanesemo kontaktno (roke).

Površine v zobozdravstveni ordinaciji lahko v osnovi delimo na klinično pomembne površine, ki predstavljajo tveganje za prenos okužbe in klinično nepomembne površine (t.i. gospodinjske površine, kot so tla, stene), ki predstavljajo minimalno tveganje za prenos okužbe (CDC, 2003).

Klinično pomembne površine v območju bolnika v zobozdravstveni ordinaciji delimo na:

1. površine, ki potencialno prihajajo v direkten stik z bolnikom
2. površine, ki se jih pogosto dotikamo z rokami
3. površine, ki so potencialno lahko kontaminirane s telesnimi tekočinami (CDC, 2003).

Takšne površine so: držala luči, stikala, oprema za radiografijo, zabojniki za večkratno uporabo, ročaji na predalih, računalnik, pulti za pripravo materiala, telefon, kljuke.

V kolikor je to možno lahko pred vsakim bolnikom površine mehansko zaščitimo (pokrivala) in po odstranitvi zaščite očistimo (CDC, 2003).

V kolikor pa zaščita ni možna pa je potrebno po delu z vsakim bolnikom in na koncu delavnega dne vse površine ustrezno očistiti in razkužiti.

Za razkuževanje površin, ki so v zobozdravstvu kontaminirane z bolnikovimi izločki je priporočljiva uporaba razkužil, ki dosegajo najmanj srednje učinkovito razkuževanje (tuberkulocidno delovanje). Če pa razkužujemo prostore, kjer se izvajajo aseptični postopki dela oziroma pripomočke in opremo, ki je onesnažena s patogenimi mikroorganizmi uporabljamo visoko učinkovita razkužila.

Za predmete in površine, ki sodijo v kategorijo majhnega tveganja (npr. čakalnice) se

uporabljajo sredstva z majhno ali srednjo močjo (slabo učinkovita razkužila in srednje učinkovita razkužila).

Za razkuževanje majhnih površin in predmetov še zlasti, če to opravljamo med postopki rednih del in v prisotnosti bolnikov (stikala, ročaji za odpiranje predalov, ročaj luči) se svetuje uporaba pripravljenih izdelkov na alkoholni osnovi z dodatki podaljšanega delovanja oz. dodatki čistilnih komponent. Pri občutljivih aparataturah (npr. rentgenski aparat), moramo preveriti kolikšen odstotek alkohol lahko uporabimo.

Učinkovine, ki se uporabljajo za razkuževanje površin so zelo različne in sicer: aldehidi, klor, peroksi spojine, glukoprotamin .

ZAKLJUČEK

Vsaka fizična ali pravna oseba, ki opravlja zdravstveno dejavnost, mora imeti **Program preprečevanja in obvladovanja okužb povezanih z zdravstveno dejavnostjo**. Program med drugim obsega tudi doktrino sterilizacije, razkuževanja, čiščenja in rokovanja z odpadki.

Za vsako zobozdravstveno ordinacijo oziroma ustanovo je pomembno, da ima **izdelana pisna navodila** o razkuževanju, ki določajo najmanj kaj razkužujemo, s čim (vrsta razkužila, koncentracija, čas delovanja), kako pogosto razkužujemo in kdo je za to zadolžen.

Potrebno je stalno izobraževanje osebja in nadzor. Upoštevanje navodil zagotavlja zdravstvenim delavcem in bolnikom manjše tveganje za okužbo.

Pri izbiri razkužil je pomembna njihova učinkovitost, uporabnost in varnost. Vsa razkužila naj se uporabljajo namensko, le po strokovnem razmisleku in ob natančnem upoštevanju strokovnih navodil (navodilo proizvajalcev sredstva), saj le tako dosegamo optimalne in želene učinke. Izbiramo sredstva, ki imajo **ustrezno dovoljenje za uporabo in preverjeno učinkovitost**.

LITERATURA:

1. CDC, 2003. Guidelines for Infection Control in Dental Health-care settings. Available at: <http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/rr5217.pdf> [2.2.2016].
2. World Health Organization (WHO), 2009. Guidelines on Hand Hygiene in Healthcare. Available at: http://www.who.int/gpsc/5may/tools/who_guidelines-handhygiene_summary.pdf [2.2.2016].
3. Seme, K., Poljak, M., 2000. Higijensko vzdrževanje zobozdravstvenih inštrumentov in prostorov. V: zbornik predavanj IX. Čelešnikovih dnevov. Ljubljana: Klinični center, Medicinska fakulteta,

pp. 29-35.

4. Lešničar, G., Žerdoner, D., 2003. Aerogene in kapljične okužbe v zobozdravstvu. Zdrav Vestn, 72, pp. 447-51.
5. Rutalla, W.A., 1997. Disinfection, Sterilization and Waste Disposal. In: Wenzel RP, eds. Prevention and control of Nosocomial Infections. Baltimore: Williams&Wilkins, pp. 539-93.
6. Mc Donnell, G., Russel, D., 1999. Antiseptics and disinfectants: activity, action and resistance. Clin Microbiol Rev, 12, pp. 147-179.
7. Kramer, A., Wendt, M., Werner, H.P., 1995. Möglichkeiten und Perspektiven der klinischen Antiseptik. Wiesbaden: mph – Verlag GmbH.
8. Pravilnik o dajanju biocidov v promet, Ur.l. RS št. 38/00, 81/03, 114/04, 61/06, 77/11, 2016. Available at: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=PRAV2072> [26.2.2016].
9. Zakon o zdravilih in medicinskih pripomočkih, Ur.l. RS št. 101/99, 52/00, 1, 2016. Available at: <https://zakonodaja.com/zakon/zzdr-2> [26.2.2016].

MAJDA MEDVED, DIPL.S., HIGIENIK

Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor

Higiensko oskrbovalni oddelek

Pretočnost vode v zobni ambulanti

KLJUČNE BESEDE: neoporečna pitna voda, pretočnost, preventivni ukrepi, vzorčenje

IZVLEČEK

V prispevku so prikazani vsi potrebni ukrepi in postopki za zagotavljanje neoporečne pitne vode v zobozdravstveni enoti. Preventivni ukrepi preprečujejo nastanek neskladij in zmanjšujejo možnost porasta mikroorganizmov in legionel v internem vodovodnem omrežju.

Dobro poznavanje sistema za preskrbo s pitno vodo, možnih drugih virov okužb, poznavanje faktorjev, ki zmanjšujejo njihovo razmnoževanje ter izvajanje preventivnih ukrepov, ki zagotavljajo, da zmanjšujemo nevarnost za okužbo!

Uvod

Pitna voda je najpomembnejši vir življenja za žive organizme.

Pitna voda je tista voda, ki jo ljudje lahko uživamo z minimalnim tveganjem. V večini razvitih držav je pitna voda pripeljana v gospodinjstva. Največ vode porabimo za čiščenje, zalivanje in umivanje. Vse premalo pa se zavedamo kakšno bogastvo je zdrava pitna voda!

V nekaterih predelih sveta imajo ljudje neustrezen dostop do pitne vode, velikokrat je okužena z mikroorganizmi in strupenimi snovmi. Pitje in priprava hrane iz take vode velikokrat vodi v akutne in kronične bolezni ter je lahko tudi vzrok smrti, predvsem v nerazvitih deželah. Zatiranje bolezni, ki se prenašajo z vodo, je cilj izboljšanja javnega zdravstva!

Parametri za zagotavljanje pitne vode:

- fizikalni
- kemijski
- mikrobiološki

Fizikalni in kemijski parametri vključujejo preverjanje vsebnosti težkih kovin, organskih spojin, kalsnost in neraztopljive trdne snovi.

Mikrobiološki parametri pa vključujejo preverjanje vsebnosti kolimorfni bakterij, E – colli in vsebnost patogenih bakterij.

OPREDELITEV TVEGANJA

Pri opredelitvi tveganja moramo poznati rizična mesta, postopke in načine, ki nam lahko povzročajo neskladnost izvajanja storitev na področju uporabe in pretočnosti neoporečne pitne vode v zobozdravstveni enoti.

Pri ocenitvi rizičnosti, nam je v veliko pomoč shema internega vodovodnega omrežja objekta oziroma zobne enote. V timu naj sodeluje tudi vzdrževalec iz tega področja.

Zaradi kvalitetnejše izvedbe postopkov preprečevanja okužb v zobozdravstveni enoti na področju oskrbe z zdravo, neoporečno pitno vodo, izvajamo postopke v okviru načrta vzdrževanja pretočnosti v zobni enoti.

NAMEN je preprečevanje okužbe pacientov in osebja zaradi prisotnosti mikroorganizmov v pitni vodi, v internem vodovodnem omrežju in napeljavi v zobni enoti.

NAČRT VZDRŽEVANJA VODNEGA OMREŽJA ZOBOZDRAVSTVENE ENOTE

NAČRT SPREJME OZIROMA POTRDI, S PODPISOM ODGOVORNE OSEBE, ZAVOD ALI POSAMEZNIK, KJER SE IZVAJA ZOBOZDRAVSTVENA DEJAVNOST!

NAČRT OBSEGA:

1. Določitev odgovorne osebe
2. Načrt hišnega vodovodnega omrežja
3. Ukrepe za zmanjševanje prisotnosti mikroorganizmov v vodi zobne enote
4. Protokol za monitoring vode v zobni enoti
5. Ukrepe za zagotavljanje kvalitete vode v zobni enoti
6. Vodenje evidenc
7. Zakonodajo in strokovno literaturo ter internetne vire

1. DOLOČITEV ODGOVORNE OSEBE.

Za izvajanje načrta v neposrednem delovnem procesu zobozdravstvene dejavnosti, vpišemo odgovorno osebo.

V mreži izvajanja te dejavnosti se, odgovornost izvajanja načrta prenese na zaposlene v zobni ambulanti oz. delovišču, kjer delovni proces poteka.

2. NAČRT HIŠNEGA VODOVODNEGA OMREŽJA

Shema internega vodovodnega omrežja se nahaja pri vzdrževalcu internega vodovodnega omrežja, sheme omrežja v zobni enoti, pa pri vzdrževalcu – pooblaščenem serviserju le te.

3. UKREPI ZA ZMANJŠANJE PRISOTNOSTI MIKROORGANIZMOV V PITNI VODI ZOBOZDRAVSTVENE ENOTE

Načrt opredeljuje najpomembnejše ukrepe za zmanjševanje tveganja pred okužbo ter preprečevanje bolnišničnih okužb v skladu z zakonodajo in strokovnimi priporočili.

3.1. UKREPI ZA ZMANJŠEVANJE PRISOTNOSTI MIKROORGANIZMOV V VODI ZOBNE ENOTE

3.1.1. UKREPI ZA VZDRŽEVANJE HIŠNEGA VODOVODNEGA OMREŽJA, V KATEREM SE NAHAJA ZOBNA ENOTA

- zagotavljanje ustrezne temperature vode
- temperatura hladne vode v omrežju naj bo pod 20°C;
- temperatura tople vode v omrežju na vseh (tudi na najbolj oddaljenih) pipah naj bo več kot 50°C (bolje 55°C);
- temperatura v boilerju naj bo nastavljena na maksimum, oziroma več kot 60°C, kjer obstaja merilec temperature; voda na izstopu iz grelca naj ima vsaj 60°C, eno uro na dan naj ima tako temperaturo tudi na dnu grelca;
- na mestih, kjer voda v omrežju zastaja, naj se izvaja dnevno spiranje do stabilizacije temperature vode;
- voda naj na vsaki izlivki pred prvo uporabo tega dne teče vsaj 2 minuti (curek naj bo enakomeren, srednje jakosti, debelosti svinčnika) oziroma toliko časa, da se temperatura vode na pipi ustali;
- mrežice na izlivkah in glavah tušev naj bodo redno čiščene (usedline, nesnaga,

- kamen), menjava najmanj 2 krat letno oziroma po potrebi;
- v primeru, da so na hišno vodovodno omrežje nameščeni filtri za vodo, je potrebno njihovo redno vzdrževanje po navodilih proizvajalca;
- izločiti cevi, ki predstavljajo «mrtve rokave»; zagotavljati obvezno, celotno pretočnost pitne vode,
- dezinfekcija z ustreznimi dezinfekcijskimi sredstvi po posegih v vodovodni sistem, oziroma izvajanje toplotnih šokov v internem vodovodnem omrežju objekta;
- v primeru, da je v objektu več uporabnikov prostorov in dejavnosti, je potrebno vključiti upravnike objektov, v izvajanje postopkov zagotavljanja neoporečne pitne vode v internem vodovodnem omrežju.

Določi se odgovorna oseba za vzdrževanje hišnega vodovodnega omrežja.

3.1.2. UKREPI ZA VZDRŽEVANJE INTERNEGA VODNEGA OMREŽJA V ZOBNI ENOTI

- spiranje nasadnih inštrumentov 2-3 minute pred začetkom dela in vsaj 30 sekund med delom po vsakem pacientu (vodenje evidence);
- redno čiščenje zobne enote po vsakem pacientu in po končanem delovnem dnevu;
- notranja dezinfekcija vodnega omrežja v zobne enote, vsaj 1 krat tedensko, z ustreznim dezinfekcijskim sredstvom po navodilih proizvajalca, v kolikor gre za avtomatsko ali polavtomatsko dezinfekcijo;
- reden pregled in vzdrževanje zobne enote ter menjavanje filtrov po priporočilih proizvajalca in serviserja, oz. po potrebi;
- polnjenje, čiščenje, dezinfekcija in nameščanje oziroma menjava rezervoarjev za vodo pri enotah, ki niso vezane na hišno vodovodno omrežje, po navodilih proizvajalca,
- dezinfekcija vodnega omrežja zobne enote, ki nima avtomatske ali polavtomatske dezinfekcije, se opravi vsaj enkrat na 1 leto, v primeru ugotovljenega neskladja pa takoj!

4. PROTOKOL ZA MONITORING VODE

4.1. NADZOR TEMPERATURE VODE :

4.1.1. NADZOR TOPLE VODE V HIŠNEM VODOVODNEM OMREŽJU:

Na kontrolnih izlivkah vsaj vsakih 6 mesecev preveriti, če je temperatura vode v manj kot minuti točenja, 50°C ali več.

4.1.2. NADZOR HLADNE VODE V HIŠNEM VODOVODNEM OMREŽJU:

Na kontrolni izlivkah vsaj vsakih 6 mesecev preveriti, če je temperatura vode v manj kot 2 minutah točenja $< 20^{\circ}\text{C}$.

Kontrolna izlivka je merilno ali odvzemno mesto, ki ga določi odgovorna oseba v ordinaciji.

4.2. VZORČENJE VODE ZOBNE ENOTE:

Vodo za mikrobiološko analizo iz turbine zobne enote vzorčimo po potrjeni shemi. Vzorčenje poteka, glede na navedene kriterije, lokacije in število zobnih enot. Plan vzorčenja si opredelimo v letnih planih vzorčenja zobnih enot, veljavnih za tekoče leto!

Plan vzorčenja, z vsemi izdelanimi načrti, smo dolžni v delovnem procesu spoštovati in vsa priporočila in ukrepe upoštevati!

Odvzame se en vzorec vode za mikrobiološko analizo prisotnosti števila kolonij bakterij pri 22°C in 37°C .

Število kolonij pri 22°C s parametri določamo število bakterij, ki so v vodi prisotne kot normalna flora. Vsako nenadno povečanje v številu teh bakterij je lahko zgodnji pokazatelj motenj v sistemu oskrbe z vodo. Ta temperatura pomeni, pri kakšni temperaturi smo jih inkubirali oziroma, da gre predvsem za bakterije nefekalnega porekla. Mejna vrednost je pod 200 CFU/ml.

S parametrom število kolonij pri 37°C določamo število bakterij, ki kažejo na učinkovitost postopkov priprave vode v omrežju zaradi zastojev in povečane temperature, naknadnega vdora bakterij v sistem in podobno! Parameter nam pokaže ali so v vodi bakterije fekalnega izvora. Mejna vrednost je pod 200 CFU/ml.

Vzorčenje na prisotnost legionele v internem vodovodnem omrežju izvajamo običajno na izlivkah v ambulantah, lahko pa tudi na zobni enoti!

V nobenem odvzetem vzorcu ne sme biti prisotna legionela!

Ves čas v vseh zobozdravstvenih ordinacijah skrbimo za izvajanje postopkov za preprečevanje razmnoževanja legionele v internem vodovodnem omrežju (zahtevana temperatura vode, pretočnost vode, preprečevanje korozije materialov, odstranjevanje kotlovca, redno vzdrževanje naprav, po potrebi izvajamo toplotni šok...).

5. UKREPI ZA ZAGOTAVLJANJE KVALITETE VODE V ZOBNI ENOTI , KADAR JE UGOTOVLJENO NESKLADJE

V primeru ugotovitve neskladnosti je potrebno ukrepati takoj, v delovnem dnevu, ko izvemo za rezultate.

- ugotoviti je potrebno vzrok neskladnosti in odpraviti vse ugotovljene dejavnike tveganja;
- v kolikor je zobna enota priključena na hišno vodovodno omrežje, je potrebno od odgovorne osebe za hišno vodovodno omrežje pridobiti podatke o možnih eventualnih vzrokih v hišnem vodovodnem omrežju. Po posvetu z odgovorno osebo za hišno vodovodno omrežje, izvedemo prvotne sanacijske ukrepe v smislu preprečevanja razvoja mikroorganizmov v pitni vodi ter nato ponovno vzorčimo, skladno s Pravilnikom o pitni vodi, vendar se nabor parametrov razširi: Število kolonij pri 220C in 37°C, Clostridium perfringens, E. coli, Koliformne bakterije ((vključno s sporami) kadar je pitna voda po poreklu površinska voda;
- v primeru ponovnega neskladja s Pravilnikom o pitni vodi, navedenih vrednosti, se izvajajo ponovni, razširjeni sanacijski ukrepi v sodelovanju z strokovnjaki iz tega področja in ponovno vzorčenje pitne vode;
- izvesti je potrebno ponovno intenzivno dezinfekcijo vodovodnega omrežja zobne enote;
- v primeru, da gre za zobno enoto, ki ni vezana na hišno vodovodno omrežje in ima rezervoar za vodo, se postopek dezinfekcije, čiščenja in polnjenja opravi po priporočilih proizvajalca, tako, da ne pride do zunanje kontaminacije;
- pred izvedbo intenzivne dezinfekcije, kadar jo izvede serviser, je potrebno napeljavo zobne enote ločiti od hišnega vodovodnega omrežja;
- izvede se ponovno vzorčenje pitne vode, neposredno po izvedbi dezinfekcije na zobni enoti. Po dezinfekciji je potrebno temeljito izprati ves sistem omrežja enote.

6. VODENJE EVIDENC

Odgovorna oseba v posamezni zobni ambulanti, je dolžna voditi evidenco o nadzoru pitne vode v zobozdravstveni ordinaciji s podatki:

- evidenca o kontroli temperature vode
- evidenca o dezinfekciji, datumu, vrsti in letni količini uporabljenega dezinfekcijskega sredstva
- evidenca o datumu vzorčenja vode, rezultatih vzorčenja vode iz zobni enoti
- evidenca o izvedenih ukrepih v primeru ugotovljene neskladnosti
- evidenca o izvedenih vzdrževalnih delih/posegih na zobni enoti

PRIMERI- VZORCI TABEL ZA VODENJE EVIDENC:

Kontrola temperature na izlivkah v zobozdravstveni ambulanti

DATUM:	TOPLA VODA °C	HLADNA VODA °C

Dezinfekcija zobozdravstvene enote

DATUM:	LETNA KOLIČINA IN VRSTA DEZINFEKCIJSKEGA SREDSTVA

Vzorčenje pitne vode v zobozdravstveni enoti

DATUM ODVZEMA:	REZULTATI VZORČENJA

Ugotovljene neskladnosti, ukrepi

DATUM:	VRSTA NESKLADNOSTI	UKREPI	DATUM IZVEDBE

DATUM:	VRSTA DELA

Odgovorna oseba v zavodu pripravi letni plan dezinfekcije in vzorčenja pitne vode vseh zobozdravstvenih enot, glede na lokacije in področje dela. Zaradi finančne obremenitve zavoda, se storitve in strošek razdelita preko celega leta!

ZAKLJUČEK

Naša prvotna naloga je, da skrbimo za izvajanje delovnega procesa skladno s strokovnimi smernicami in priporočili, kar nam nalaga tudi varnost zaupanih nam pacientov!

Pri doslednem izvajanju navedenih priporočil v zobozdravstvenih enotah, bo zagotovo oskrba s zdravo, neoporečno pitno vodo, zagotovilo za kakovostno storitev uporabnikov!

Ker je postopek vzdrževanja in zagotavljanja neoporečne pitne vode v internem vodovodnem omrežju zdravstveni objektov, zahteven problem, predlagam, da se z njim srečujejo strokovno usposobljeni kadri, vključno z vzdrževalci z dodatnim znanjem iz področja preprečevanja okužb!

7. STROKOVNA LITERATURA, ZAKONODAJA

1. Zakon o nalezljivih boleznih, Ur.l.RS št.33/2006
2. Pravilnik o pogojih za pripravo in izvajanje programa preprečevanja in obvladovanja bolnišničnih okužb Ur. l. RS št. 74/99, 92/06, 10/11
3. Pravilnik o pitni vodi, Ur.l.RS št.19/04, 35/04, 26/06 in 92/06, 25/09
4. Zdravstveni dom Maribor, Program preprečevanja in obvladovanja bolnišničnih okužb, 2013, dopolnjen 2015
5. Zdravstveni dom Maribor, Načrt za vzdrževanje vodnega omrežja zobozdravniškega stola/enote, 2014
6. CDC, Guidelines for Infection Control in Dental Health-care Settings, 2003 <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/r15217a1.htm>
7. HPSC, National guidelines for the Control of Legionellosis in Ireland, 2009
8. Code of Practice relating of Infection Control in Dental Practice, Dental Council of Ireland, http://www.dentalcouncil.ie/g_crossinfection.php

9. American Dental Association Statement on Dental Unit Waterlines <http://www.ada.org/1856.aspx>
10. Cottone's Practical Infection Control In Dentistry, Third Edition, John A.Molinari, Jennifer A. Harte,2010
11. Priporočila lastnikom objektov o ukrepih za zmanjšanje in odpravo tveganja, če je vzrok neskladnosti pitne vode hišno vodovodno omrežje, Navodilo za izvedbo dezinfekcije vodovodnega omrežja, Priporočila lastnikom objektov za vzdrževanje hišnega vodovodnega omrežja.
12. Priporočila so na voljo na tej spletnih povezavah:
13. Izpiranje vodovodnega omrežja: http://ivz.si/Mp.aspx?ni=114&pi=5&_5_id=529&_5_PageIndex=0&_5_groupId=244&_5_newsCategoryId=&_5_action=ShowNewsFull&pl=114-5.0
14. Priporočila za higiensko vzdrževanje avtomatov za vodo
15. http://87.118.66.107/Planet/Mp.aspx?ni=23&pi=5&_5_id=1253&_5_PageIndex=2&_5_groupId=193&_5_newsCategoryId=&_5_action=ShowNewsFull&pl=23-5.0
NAKOBO
http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz_dokumenti/delovna_podrocja/zdravstveno_varstvo/zdravstveno_varstvo_v_osebni/NAKOBO_september_2010/MZ_pogl_12_Voda_2009.pdf

O posameznih parametrih

http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=115&pi=5&_5_id=409&_5_PageIndex=0&_5_groupId=245&_5_newsCategoryId=&_5_action=ShowNewsFull&pl=115-5.0

Priporočila za preprečevanje razmnoževanja legionel v HVO/internem vodovodnem omrežju

http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=115&pi=5&_5_id=396&_5_PageIndex=1&_5_groupId=245&_5_newsCategoryId=&_5_action=ShowNewsFull&pl=115-5.0

Preprečevanje legioneloz v javnih objektih:

http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=115&pi=5&_5_id=398&_5_PageIndex=0&_5_groupId=245&_5_newsCategoryId=&_5_action=ShowNewsFull&pl=115-5.0

Pogosta vprašanja o pitni vodi

http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=115&pi=5&_5_id=410&_5_PageIndex=0&_5_groupId=245&_5_newsCategoryId=&_5_action=ShowNewsFull&pl=115-5.0

7 ključev do dobrega odnosa

IZVLEČEK

Dobra komunikacija lahko zdravi posameznika in organizacijo, slaba izzove bolezni in neuspeh.

Dobri medsebojni odnosi neposredno in odločilno vplivajo na uspešno sodelovanje v organizaciji in zunaj nje in prispevajo k uresničevanju njenih temeljnih ciljev. So torej ključnega pomena za obstoj organizacije.

A ne le to, so tudi ključnega pomena za zdravje in počutje zaposlenih.

Zato je za vse zaposlene eno najpomembnejših »delovnih orodij« komunikacija. Obvladovanje komunikacije s strankami in sodelavci odločilno vpliva na uspeh in zadovoljstvo pri delu.

V prispevku želimo predstaviti 7 ključev do dobrih medsebojnih odnosov: zavedanje, zdrava samopodoba, moč dobrega stika, aktivno poslušanje, moč besed, obvladovanje čustev in moč potrditev.

KLJUČNE BESEDE: medsebojni odnosi, komunikacija, zavedanje, poslušanje, stik, potrditve.

Uvod

Pomena učenja komuniciranja se pogosto premalo zavedamo. Mislimo, da se komunikacija odvija sama od sebe in se ne poglobljamo v iskanje možnosti za njeno izboljšanje.

Dobra novica pa je, da se komuniciranja lahko naučimo, izboljšujemo ali spreminjamo.

Znanost danes postreže z vrsto raziskav, ki dokazujejo, da delovno okolje in medsebojni odnosi na delovnem mestu vplivajo na zdravje zaposlenih. Lahko povzročajo in poglobljajo bolezni, lahko pa ohranjajo ter spodbujajo zdravje in duševni mir (Golman, 2010)

V odnosih si prizadevamo uresničiti človekove temeljne potrebe: potrebo po ljubezni, varnosti, sprejetosti, potrditvi, priznanju. Na delovnem mestu preživimo več kot 1/3 svojega dneva. In če upoštevamo, da 1/3 prespimo, je to torej več kot polovica našega dejavnega dnevnega časa.

Zato ni presenečenje, da lahko stalni negativni vplivi v delovnem okolju povzročijo številne psihosomatske bolezni.

Že zelo nedolžni komunikacijski zapleti imajo lahko velik učinek. In kakšen šele imajo učinek nenehni spori, nerazčiščene zadeve, sovražen jezik ali pa sodelovanje brez osnovnih temeljev sodelovanja?

In po drugi strani, kakšen učinek ima izbira pravih besed, sočutnega odgovora, sodelovalne naravnosti in brezpogojnega spoštovanja sogovornika?

Pomislite, iz koliko vsakdanjih stikov je stkan vaš delovnik? Od sodelavca, s katerim delite pisarno, do strank, poslovnih partnerjev ... Medsebojni stiki se raztezajo od bežnega pozdrava do zahtevnih pogajanj, prepričevanj, upravljanja, reševanja sporov; na ravni dveh ali skupinski ravni. Iz njih je prepleten naš vsakdan.

Znanje o komuniciranju je najboljša naložba, ki prinaša dividende visokih vrednosti!

Največje bogastvo učenja predstavlja ravno učenje o odnosih in v odnosih, ki nam nenehno zrcalijo našo lasno podobo, naše prednosti in pomanjkljivosti, naša prepričanja in vzorce, naša čustva in motive, naše vrednote in potrebe.

Veliko dejavnikov vpliva na uspešno komunikacijo in izgradnjo kakovostnih odnosov.

V tem prispevku jih bom izpostavila 7, ki jih predstavljam kot ključne za odpiranje vrat v bogastvo sporazumevanja z drugimi in izgradnjo kakovostnih odnosov.

7 KLJUČEV DO DOBREGA ODNOSA

1. ZAVEDANJE

*»Česar se ne zavedam, me drži v oblasti, česar se zavedam, lahko spremenim«
Krishnamurti*

Temeljni vzorec komuniciranja je nezavedna komunikacija.

Uporablja ga veliko »pomembnih drugih«: starši, vrstniki, vzgojitelji in učitelji, vodje in sodelavci. Zavedanje pa je temeljni ključ na poti izgradnje sebe in dobrih odnosov.

Kaj je zavedanje?

Zavedanje je najvišja oblika spoznavanja in samospoznavanja, ki vključuje celostni pogled na notranje doživljanje in zunanje odzive. (Šavko, 2008). Je sposobnost, ki je dana človeku z namenom, da jo uporablja in z njo dosega za življenje pomembna spoznanja. A jo marsikdaj premalo uporabljamo.

V odnosih se zavedanje dogaja na treh ravneh: zavedanje sebe (svojega telesa, misli, občutkov, potreb), zavedanje drugega (besedne in nebesedne govorice) in tretji nivo, ki mu pravimo meta nivo – ko smo kot nepristranski opazovalec dogajanja v odnosu. Priča, ki v meta poziciji zajame dogajanje s celostnim pogledom. Če se hočemo zavedati dogajanja, moramo biti prisotni. Naše misli naj ne begajo sem in tja v sodbe, pričakovanja, prepričanja, ocene, temveč smo odprti za stik in celostno prisotni. (Crowley, Elster 2015)

Meta raven vodenja pogovora je izjemno učinkovita iz več razlogov (prirejeno po Wehrle, 2010):

- pomaga nam oddaljiti se od čustvenega naboja in zagledati "širšo sliko dogajanja";
- pomaga nam usmerjati pozornost iz enega na drugo področje in s tem uspešnejše voditi pogovor;
- pomaga lažje razumeti dogajanje in postaviti meje v pogovoru;
- pomaga tudi ves čas pogovora voditi sebe in usmerjati svojo pozornost k sogovorniku.

Z zavedanjem pridemo do pomembnih spoznanj o podobnostih in razlikah med ljudmi – spoznanj, da je odnos srečanje najmanj dveh svetov. Spoznanje nas naredi bolj strpne, bolj odprte in bolj sočutne.

2. ZDRAVA SAMOPODOBA

»Človek postaja JAZ skozi TI.«

Martin Buber

Najhitrejša pot za izboljšanje sloga komuniciranja je pot, ki pelje od znotraj navven. Deluje bolje in hitreje kot najučinkovitejše tehnike ali formule uspešnega sporazumevanja.

Zdrava samopodoba se lahko razvija le v odnosu, samopodobe si ne moremo izgraditi z izolacijo od ljudi. Izkušnja o samem sebi močno vpliva na naš način razmišljanja, čustvovanja, na naše želje in vrednote, cilje in načine razlaganja posameznih dogodkov. Je resnični ključ do našega vedenja.

Transakcijska analiza daje zelo uporabno in preprosto razlago delovanja človeka s pomočjo ego stanj.

Stanje **Jaz sem v redu – ti si v redu** odseva zdravo samopodobo.

Je pozicija medsebojnega spoštovanja. Izhaja iz zavedanja in sprejemanja sebe, kar je predpogoj za sprejemanje drugega.

Ta pogled na svet nam nudi največ možnosti dobrega sobivanja. S te pozicije smo pripravljene razumeti in spoštovati potrebe drugih in poiskati načine, kako bova našla dobro rešitev za oba. (Stewart, Joines 2011)

3. MOČ DOBREGA STIKA

»Dotakni se me s srcem.«

Veliko bolj kakovostne stike bomo imeli, če bomo za ljudi izkazovali pristno zanimanje.

In čeprav to pogosto vemo, v naglici in pod pritiskom to večkrat spregledamo. Ko se nekdo iskreno zanima za nas, se počutimo razumljene in sprejete. Če človeku pokažemo, da se zanimamo zanj, se bo tudi on začel zanimati za nas.

Kako to izrazimo?

Naše telo razkriva naše zanimanje, zato je pomen nebesedne govornice praviloma večji, kot smo to pripravljene sprejeti. Z besedami lahko prikritimo resničnost, s telesom je to skoraj nemogoče.

Odprtost za stik in izkazovanje zanimanja je kot odpiranje vrat. V dobrem stiku jih odpremo na stežaj, da izrazimo povabilo sogovorniku, naj vstopi.

Lahko se tega zavedamo, ali pa tudi ne, vsi imamo slog, s katerim drugim sporočamo, kako dostopni smo. (Demarais, White, 2006).

4. DEJAVNO POSLUŠANJE

»Človek potrebuje dve leti, da se nauči govoriti in petdeset, da se nauči molčati.«

Hemingway

Poslušanje ni le spretnost, poslušanje je umetnost. Najboljši poslušalci so kot virtuoz, ki iz sogovornika zvabijo najboljšo glasbo.

V komunikaciji z drugimi si v bistvu vsi ljudje želimo, da bi bili sprejeti, priljubljeni, spoštovani. A se pogosto zgodi, da ostajamo nerazumljeni, brez podpore, brez strinjanja. Zato je pri razgovoru ključnega pomena, da poskušamo razumeti sogovornika in mu prisluhniti tako, da se počuti varnega in izrazi sebe.

Ko resnično poslušam, pomeni, da sem:

- fokusiran,
- dejaven,
- empatičen – sočuten – prepoznavam sogovornikove občutke in jih podoživim.

Ključ dejavnega poslušanja je spretnost, da začasno odmislimo svoj okvir razmišljanja in skušamo razumeti sogovornikov okvir – to je trenutek izjemne povezanosti, ko se dotaknemo srca in duha sogovornika in sogovornik se na isti način dotakne nas.

Bolj, ko smo pripravljeni razumeti, kaj človeka pripravi, do tega, da deluje na sebi svojstven način, bolj smo sposobni spretnega komuniciranja in bolj učinkovito lahko podajamo vrnitveno sporočilo.

Kako sogovornik ve, da ga poslušamo?

- smo prisotni (nebesedna govorica),
- povzemamo,
- sprašujemo,
- izrazimo razumevanje.

5. MOČ BESED

"Kajti beseda, to je treba vedeti, je živo bitje."

Victor Hugo

Besede imajo čudežno moč. Lahko nam odprejo pot do sogovornika, lahko pa jo za zmeraj zaprejo.

Ko se zavedamo moči besed, uporabljamo zavesten pogovor, ki je še posebej dragocen,

24. strokovni seminar

43

ko gre za ozračje polno čustvene napetosti.

To so v prvi vrsti naslednji primeri:

- Želite, da bi se s sogovornikom slišala in razumela.
- Vi ali sogovornik sta zaradi nečesa vznemirjena in bi se o tem želela pogovoriti.
- Vi želite govoriti o temi, ki utegne biti občutljiva.

Pri zavestnem pogovoru, skušamo čim bolje razumeti:

- Kaj je cilj pogovora. Kako lahko zagledam skupni cilj?
- Nudimo čustveno oporo: Začnimo z nečim pozitivnim.
- Uporabljamo zavestne izjave – sporočila, ki se začnejo z JAZ (Povemo, kaj mislimo, čutimo, želimo, opažamo ...)
- Poiščemo načine, kako spodbuditi sogovornika, da se usmeri v iskanje rešitev.
- Zaključite pogovor pozitivno.

6. OBVLADOVANJE ČUSTEV

"Biti jezen ni težko; a biti jezen na pravo osebo, ob pravem času, s pravim namenom in na pravi način, to pa je težko«.

Aristotel

Če bi v komunikaciji zmeraj in povsod izražali kar mislimo, čutimo, doživljamo, pričakujemo, ocenjujemo, želimo, pogojujemo in še vse ostalo, kar se dogaja znotraj nas, potem bi to bila ena velika kepa energije, marsikdaj podobna bombi. Na srečo, človeku je dana sposobnost, da obvladuje svoje čustvene vzgibe. V tem se pravzaprav zrcali njegova emocionalna inteligenca.

Obvladovanje čustev ne pomeni, da zakopljemo svoja čustva v skrite predele našega nezavednega, temveč pomeni, da jih ozavestimo, pridemo v stik z njimi in izberemo svoj čustveni odziv, primeren situaciji in sogovorniku. Uporabimo torej čudežno moč izbire, ki nam daje občutek odgovornosti in svobode.

Kako se naučimo obvladati čustva?

Pomembno spoznanje je, da naš čustveni odziv povzročajo naše misli, telesne reakcije in vedenje, ne pa dejanje druge osebe ali situacija.

Če to razumemo, potem ugotovimo, da je moč obvladovanja čustev v nas samih. Takrat

v resnici prevzamemo odgovornost za svoje delovanje.

Močna čustva se pogosto sprožijo ob stresnih dogodkih. Stres v nas izzove reakcijo boj ali beg in temu primerno se tudi čustveno odzovemo, pogosto z jezo ali strahom.

Priporočila:

- Prepoznajte vznemirjenost.
- Sprostite se in zmanjšajte vznemirjenost.
- Naučite se tehnik zavedanja in sproščanja.

7. MOČ POTRDIČEV

»Če se me mehko in nežno dotakneš, če me pogledaš in se mi nasmehneš, če me včasih najprej poslušаш, preden ti spregovoriš, bom rasel, resnično rasel«.
9-letni otrok

Vsak dan ljudje po malem umirajo zaradi pomanjkanja potrditev in človeške topline: zapuščen otrok, izkoriščan delavec, stari osamljeni ljudje, od vseh pozabljeni.

In vsak dan na 1000 ljudi nadomeščajo kronično pomanjkanje bližine z različnimi vrstami nadomestkov. Pretirano hranjenje, promiskviteta, potrošništvo, odvisnosti.

Tako kot otroci, tudi odrasli potrebujemo sprejemanje. Potrebujemo, da nas ljudje opazijo, cenijo, se nas razveselijo, nas pohvalijo.

Transakcijska analiza govori o moči potrditev. Njen ustanovitelj Erik Bern pravi, da ljudje doživljamo lakoto za potrditvami. Ta psihološka lakota pa je lahko nevarnejša od telesne (Stewart, Joines, 1987).

Potrditve so hrana za naše odnose.

Potrditve se med seboj razlikujejo glede na intenzivnost in način komunikacije.

POZITIVNE ALI NEGATIVNE POTRDIČEV

Potrditve se med seboj razlikujejo glede na intenzivnost in način komunikacije.

Pozitivne potrditve so tiste, ki nas pozivajo, naj se dobro počutimo sami in z drugimi, negativne pa nas pozivajo, naj se ne počutimo dobro sami, v zvezi z drugimi ali oboje.

Vrste pozitivnih potrditev:

- Pohvalna pripomba
- Pohvala
- Konstruktivna kritika

POGOJNE IN BREZPOGOJNE POTRĐITVE

Pogojne dobimo zato, ker nekaj počnemo; brezpogojne pa zato, ker smo, ker obstajamo.

Tradicionalni pogled na organizacije je predpostavljala le pogojne potrditve. Potrditev izhaja iz izvajanja nalog. Lahko so pozitivne in negativne.

Brezpogojne potrditve pa dodajajo pomembno razsežnost.

Predstavljajo preprosto zanimanje za nekoga, sporočilo, da se dobro počutimo v njegovi družbi.

Tudi vse bolj prisotna potreba, da se v organizacijah bolj posvečamo celoviti osebnosti, je odraz potrebe po brezpogojnih potrditvah (Haris, 2007)

Najpomembnejše pri izrekanju potrditev pa je sposobnost, da si jo izrazimo sebi samim.

Da se sami brezpogojno sprejemamo, cenimo in veselimo radostnega bivanja.

Da se zavedamo svoje enkratnosti, svojega poslanstva in pomena lastnega prispevanja.

Naša moč v sprejemanju sebe se zrcali v sprejemanju drugih.

ZAKLJUČKI

Komuniciranje je temelj našega dela in življenja. Je spretnost, s katero se ne rodimo, temveč se je naučimo. S komuniciranjem človek uresničuje sebe. Komuniciranje pa je ravno tako temelj skoraj vsakega poklica, saj nenehno prihajamo v stik z zunanjimi in notranjimi strankami. Še posebej pa je pomembno pri delu v zdravstvu. Uspešno sporazumevanje med pacienti in zdravstvenim osebjem je pogosto tisti odločilni element, ki vpliva na uspešno zdravljenje.

Naj bo strokovno znanje še tako neoporečno in nazivi še tako zveneči, bo to le polovica poti do uspeha. Druga polovica je uspešno sporazumevanje.

75% svojega časa porabimo za komuniciranje.

Kljub izjemnemu razvoju informacijske tehnologije in razvoju stroke, so za največ težav v organizacijah odgovorni preprosti komunikacijski zapleti. Ali to preseneča?

Ljudje smo v svojem bistvu socialna bitja; ne glede na to, kakšna je struktura organizacije in kakšen je razvoj tehnologije, nobena organizacija ne more obstati brez medosebne interakcije njenih članov. Nobena medosebna interakcija pa se ne more popolnoma ločiti od osebnih čustev, stilov in pričakovanj, ki jih prinaša v stik vsak posameznik. Kot socialna bitja doživljamo v odnosih z drugimi ljudmi največjo srečo in najintenzivnejša razočaranja, največjo izpolnitev in najglobljo osamljenost, dosegamo globoko potrditev ali zavračanje, brezpogojno sprejetost in odtujenost. V interakcijah z drugimi se dnevno učimo o lastnem stilu in stilu drugih ljudi. Največje bogastvo učenja predstavlja ravno učenje o odnosih in v odnosih, ki nam nenehno zrcalijo našo lasno podobo, naše prednosti in pomanjkljivosti, naša prepričanja in vzorce, naša čustva in motive.

Ali je potem čudno, da je osebna sreča, zadovoljstvo pri delu in uspeh organizacije odvisen od naših sposobnosti in spretnosti medosebnega komuniciranja.

Ravno ta dejstva nam dajejo dodatno spodbudo, da temeljnih 7 ključev za dobre medsebojne odnose nenehno urimo in razvijamo.

LITERATURA:

1. Crowley K, Kathy E., 2015. Delo s teboj me ubija. Založba Chiara, Ljubljana
2. Demarais A, White V., 2006. Kako vas vidijo drugi, vi pa tega ne veste. Lisac & Lisac
3. Golman D., 2010. Socialna inteligenca. Mladinska knjiga Založba, Ljubljana
4. Grant W., 2004 Vsakdanji nesporazumi. Mladinska knjiga, Ljubljana
5. Haris T., 2007. Jaz sem v redu – Ti si v redu. Založba Karantanija, Ljubljana
6. Stewart I, Vann J., 1987. TA Today, U.K. and Chapel Hill. North Karolina, USA
7. Šavko M., 2008. Čustvena inteligenca pri delu z ljudmi (gradivo za delavnico). Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice
8. Wehrle M., 2010. 100 vaj odličnega coachinga za začetnike in profesionalce. Moja knjiga
9. Weisbach C., 1998. Kako razvijemo čustveno inteligenco. DZS Ljubljana

Zakonske podlage zdravstvene in babiške nege

Zdravstvena in babiška nega v zadnjih desetletjih doživljata skokovit razvoj, ki se kaže v tem, da se zdravstvena dejavnost odvija v času uvajanja novih in dragih tehnologij v zdravstveni obravnavi, kompleksnih ter zahtevnih zdravstvenih pristopov, spremenjenih zdravstvenih potrebah prebivalstva zaradi podaljševanja življenjske dobe, uveljavljanja zavezujoče direktive Evropskega parlamenta in Sveta 2005/36/ES z dne 7. septembra 2005 o priznavanju poklicnih kvalifikacij (Direktiva, 2005), spremenjene in dopolnjene z direktivo Evropskega parlamenta in Sveta 2013/55/EU (Direktiva, 2013), ki se nanašata na opredelitev poklicnih kvalifikacij medicinske sestre in babice.

Zdravstvena nega in babištvo sta poklicni področji, ki sta nujno potrebni v sistemu zdravstvenega varstva, vendar v nasprotju z medicinsko, farmacevtsko ali socialno-varstveno stroko nimata lastnega zakona, ki bi celovito in sistemsko urejal to strokovno področje. Relativno nedorečeno sta obe poklicni dejavnosti normativno urejeni v Zakonu o zdravstveni dejavnosti (Zakon o zdravstveni dejavnosti, 2005), ki opredeljuje vsebino in pogoje za opravljanje zdravstvene dejavnosti, javno zdravstveno službo ter povezovanje zdravstvenih organizacij in zdravstvenih delavcev oziroma delavk v zbornice in združenja. Zdravstvena dejavnost v skladu z omenjenim zakonom obsega ukrepe in aktivnosti, ki jih po medicinski doktrini in ob uporabi medicinske tehnologije opravljajo zdravstveni delavci oziroma delavke in zdravstveni sodelavci oziroma sodelavke pri varovanju zdravja, preprečevanju, odkrivanju in zdravljenju bolnikov in poškodovancev (1. člen). Kljub normativni neurejenosti področja v kratkem še ni mogoče pričakovati lastnega zakona o zdravstveni negi in babištvu, saj Ministrstvo za zdravje v času priprave pričujočega prispevka pripravlja nov Zakon o zdravstvenih delavcih. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije (v nadaljnjem besedilu: Zbornica – Zveza) je kot reprezentativno strokovno združenje izvajalcev zdravstvene in babiške nege izrekla svojo podporo omenjenemu zakonu. Če bi posamezne poklicne skupine uspele s prizadevanji, da mora biti njihov status urejen samostojno in ne v okviru enotnega Zakona o zdravstvenih delavcih, bo Zbornica – Zveza vztrajala pri zahtevi

za sprejem lastnega zakona o zdravstveni in babiški negi (Ažman, 2016). Zgled dobrih in drugačnih praks v zvezi z normativno ureditvijo obeh poklicnih dejavnosti je mogoča najti že v sosesčini. Republika Hrvaška je leta 2003 sprejela Zakon o sestrinstvu (Zakon o sestrinstvu, 2003) ki določa vsebino in način delovanja, standard izobraževanja, pogoje za opravljanje nalog, nadzor kakovosti in nadzora nad delom medicinskih sester in medicinskih tehnikov ter leta 2008 Zakon o primaljstvu (Zakon o primaljstvu, 2008) ki ureja področja babištva. V pričujočem prispevku se v nadaljevanju osredotočamo na zakonske podlage, ki se nanašajo na izvajalce zdravstvene in babiške nege, kot jih opredeljuje Zakon o zdravstveni dejavnosti in področni podzakonski akti.

REGULACIJA IZVAJALCEV ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE

Regulacija zdravstvenih delavcev se je razvijala skozi čas. Nanjo so vplivale socialne, kulturne in druge okoliščine ter veliko drugih dejavnikov, kot so: bolj ozaveščena in informirana javnost, naraščajoča zahtevnost delovnih mest z večjo možnostjo rizika in človeških napak, hiter razvoj tehnologije, globalizacija, razvoj informatike in socialnih mrež, povečanje prizadevanja vlad za večjo mobilnost in priznavanje kvalifikacij ter objavlanje strokovnih napak (ICN, 2012). Regulacija je namenjena tako izvajalcem zdravstvenih storitev kot uporabnikom, ki jih ščiti pred tveganjem slabega izvajanja dejavnosti (prakse), in sicer tako, da: postavlja dogovorjene standarde, kompetence izvajalcev, registrira kompetentne za izvajanje dejavnosti, dovoljuje uporabo poklicnih nazivov le tistim, ki so registrirani, in enakopravno uveljavlja sankcije, kot je na primer izbris posameznika iz registra, če le-ta ne izpolnjuje standardov poklicne dejavnosti (Zdravstvena, 2012).

Zakon o zdravstveni dejavnosti opredeljuje, da zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci opravljajo zdravstveno dejavnost v skladu s sprejeto zdravstveno doktrino in s kodeksom medicinske deontologije oziroma z drugimi strokovnimi in etičnimi kodeksi. Pri opravljanju svojega dela morajo obravnavati vse ljudi pod enakimi pogoji na enak način in spoštovati njihove ustavne in zakonske pravice. Edino merilo prednosti je nujnost zdravstvenega posega (45. člen). Kodeks etike tako na primer predstavlja vodilo pri oblikovanju profesionalnih etičnih in moralnih stališč ter vrednot in podlago za etično odločanje ter pomoč pri argumentiranju teh odločitev ter omogoča etično refleksijo profesionalnega dela (Kodeks etike zdravstveni negi in oskrbi Slovenije, 2014), na področju babiške nege pa etična načela za babice predstavljajo vodila etičnega delovanja (Kodeks etike za babice Slovenije, 2014).

KOMPETENCE IZVAJALCEV ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE

Kompetence jasno določajo odgovornost poklicev v zdravstveni negi, v okviru posameznega poklica pa lahko zdravstveni delavec sprejme samo tiste naloge, za katere ima ustrezno izobrazbo in je za njihovo izvajanje kompetenten (Železnik, 2010).

Zakon o zdravstveni dejavnosti delovno področje posameznih zdravstvenih delavcev prepušča ureditvi v podzakonskem aktu, ko v tretjem odstavku 62. člena določa, da minister, pristojen za zdravje, predpiše seznam poklicev za zdravstveno dejavnost, v katerem so določeni poklici zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev, njihovo delovno področje in stopnje zahtevnosti dela na področju zdravstvene dejavnosti. Na podlagi omenjenega zakonskega pooblastila je bil na podlagi Odredbe o seznamu poklicev v zdravstveni dejavnosti izdan Seznam poklicev zdravstvenih delavcev, ki je objavljen na spletni strani Ministrstva za zdravje in opredeljuje poklic, kvalifikacijo, delovno področje ter poklicno dejavnost zdravstvenih delavcev (Odredba o seznamu poklicev v zdravstveni dejavnosti, 2014).

ODGOVORNOST IZVAJALCEV ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE

Temeljno določilo zdravstvene zakonodaje, ki opredeljuje odnos med poklicnimi kompetencami in odgovornostjo posameznega zdravstvenega delavca, je določilo 55. člena zakona, ki določa, da lahko zdravstveni delavec samostojno opravlja vsako delo, za katero ima ustrezno izobrazbo in je zanj usposobljen ter ima na razpolago ustrezno opremo. Za svoje delo prevzema etično, strokovno, kazensko in materialno odgovornost.

Pri različnih oblikah pravne odgovornosti (disciplinske, odškodninske ter kazenske) pa se zastavlja temeljno vprašanje, ali je izvajalec zdravstvene nege kršil dolžnostno ravnanje, se pravi ali je ravnal v nasprotju s pravili stroke. Pomembno je tudi, da zdravstveni delavci lastnih poklicnih nalog ne prenašajo na druge zdravstvene delavce, ki za opravljanje nalog nimajo ustrezne izobrazbe in niso strokovno usposobljeni, saj omenjena dela in naloge ne spadajo med njihove poklicne kompetence, o čemer pričča naslednji primer iz sodne prakse. Medicinska sestra, zaposlena v Centru za usposabljanje in varstvo, je bila odgovorna za pripravo in dajanje zdravil varovancu. Ker je medicinska sestra svojo dolžnost dajati zdravila varovancem prepustila varuhinji, bi morala poskrbeti, da varovanec v njeni prisotnosti zaužije zdravila. V medicini namreč pri prenosu del in nalog od osebe z višjo medicinsko izobrazbo na osebo z nižjo medicinsko izobrazbo ostaja odgovorna oseba tista, ki je nalogo prepustila osebi z nižjo izobrazbo (VSL sodba I Kp 1659/2006).

Najtežja oblika odgovornosti je kazenska odgovornost za izvršitev kaznivih dejanj kot najtežjih oblik kaznivih ravnanj (Filipčič, 2002). V primeru obsojenega zdravstvenega tehnika in zdravstvene tehtnice za kaznivo dejanje malomarnega zdravljenja, storjenega v Splošni bolnišnici Celje, je sodišče ugotovilo, da nista ravnala v skladu s svojo poklicno dolžnostjo, saj je paciente z neurejenim zdravstvenim zavarovanjem dopustno opozoriti glede samoplačništva in ga napotiti k ureditvi zavarovanja šele po tem, ko bi zdravnik (ne medicinska sestra ali zdravstveni tehnik) odločil, ali je treba opraviti sprejem. Pacienta, ki je zaradi bolečin v prsih in vratu iskal nujno medicinsko pomoč, nista sprejela niti nista o njegovih težavah obvestila dežurne zdravnice, ampak ga je zdravstvena tehtnica po ugotovitvi, da pacient nima urejenega zdravstvenega zavarovanja, po navodilu svojega nadrejenega napotila v zdravstveni dom po napotnico, pacient pa je na poti zaradi zastoja srca umrl. Skupni imenovalc obeh primerov je vprašanje o dopustnosti samostojnega ukrepanja izvajalcev zdravstvene in babiške nege pri zdravstvenih posegih, za katere niso bili ustrezno usposobljeni, sodišče pa je opustitev ustrezne obvestitve zdravnika štelo kot opustitev dolžnostnega ravnanja (Premelč, 2013).

POKLICNA KVALIFIKACIJA IN POGOJI ZA SAMOSTOJNO OPRAVLJANJE DELA

Seznam poklicev zdravstvenih delavcev opredeljuje tudi poklicno kvalifikacijo naslednjih zdravstvenih delavcev, ki izvajajo aktivnosti na poklicnem področju zdravstvene ali babiške nege:

- profesor zdravstvene vzgoje/profesorica zdravstvene vzgoje,
- diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik,
- višja medicinska sestra/višji medicinski tehnik,
- medicinska sestra babica,
- tehnik zdravstvene nege/tehtnica zdravstvene nege,
- bolničar-negovalc/bolničarka-negovalka,
- diplomirana babica/diplomirani babičar,
- ustni higienik / ustna higieničarka,
- zobozdravstveni asistent/ zobozdravstvena asistentka.

Zakon o zdravstveni dejavnosti v 64. členu določa, da smejo zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci razen zdravnikov, samostojno opravljati delo v zdravstveni dejavnosti po končani pripravniški dobi in opravljenem strokovnem izpitu. Pripravništvo traja za zdravstvene delavce s srednjo strokovno izobrazbo šest mesecev, z višjo strokovno izobrazbo devet mesecev in z visoko strokovno izobrazbo, razen za zdravnika, 12

mesecev. Ne glede na omenjeno določila pa smejo delo v zdravstveni dejavnosti samostojno opravljati diplomirana medicinska sestra oziroma diplomirani zdravstvenik in diplomirana babica oziroma diplomirani babičar po končanem najmanj triletnem ali 4.600 ur trajajočem študiju s teoretičnim in praktičnim izobraževanjem. Zakon še v istem členu določa, da morajo biti za samostojno opravljanje dela v zdravstveni dejavnosti izvajalci posameznih zdravstvenih poklicev oziroma s posameznih področij vpisani v register in imeti veljavno licenco.

Na podlagi omenjenega zakonskega pooblastila je bila izdana Odredba o seznamu izvajalcev zdravstvenih poklicev, ki morajo biti vpisani v register in imeti veljavno licenco (Uradni list RS, št. 16/13), ki v 2. členu opredeljuje, da se za samostojno opravljanje dela v zdravstveni dejavnosti vpišejo v register in imajo veljavno licenco izvajalci naslednjih zdravstvenih poklicev: diplomirana medicinska sestra, višja medicinska sestra, diplomirana babica in magistra oziroma magister farmacije. Izvajalci drugih zdravstvenih poklicev se vpišejo zgolj v register in za samostojno opravljanje dela ne potrebujejo licence (Odredba o seznamu izvajalcev zdravstvenih poklicev, ki morajo biti vpisani v register in imeti veljavno licenco, 2013).

Pravilnik o registru in licencah izvajalcev v dejavnosti zdravstvene ali babiške nege (Uradni list RS, št. 3/16) ureja vsebino in obliko ter postopek vpisa v register izvajalcev v dejavnosti zdravstvene ali babiške nege, pogoje za vpis in izbris iz registra, pogoje in postopek za podelitev, podaljšanje in odvzem licence izvajalcem v dejavnosti zdravstvene ali babiške nege ter licenčno vrednotenje strokovnih izpopolnjevanj in izobraževanj v dejavnosti zdravstvene ali babiške nege, ki jih vodi Zbornica – Zveza (Pravilnik o registru in licencah izvajalcev v dejavnosti zdravstvene ali babiške nege, 2016). Izvajalci, ki mora biti vpisan v register izvajalcev zdravstvene nege so tehnik zdravstvene nege, medicinska sestra babica in bolničar negovalec. Čeprav ustni higienik in zobozdravstvena asistentka svoje aktivnosti izvajata na področju zdravstvene nege, pa postopek vpisa in izbriša iz registra ne opredeljuje Pravilnik o registru in licencah izvajalcev v dejavnosti zdravstvene ali babiške nege, ampak bo opredeljen v pravilniku, ki ga bo sprejelo Ministrstvo za zdravje.

LITERATURA:

1. Ažman M. Se zdravstvena politika, tudi ob pomoči nacionalne strokovne organizacije Zbornice - Zveze, zaveda potenciala medicinskih sester in babic? Utrip 2016: letnik XXIV, št. 1: 19 - 20.
2. Direktiva Evropskega parlamenta in sveta o priznavanju poklicnih kvalifikacij. Uradni list Evropske unije 2005/36/ES; 2005.
3. Direktiva Evropskega parlamenta in sveta o spremembi Direktive 2005/36/ES o priznavanju poklicnih kvalifikacij in Uredbe (EU) št. 1024/2012 o upravnem sodelovanju prek informacijskega

- sistema za notranji trg. Uradni list Evropske unije 2013/55/EU; 2013.
4. Filipičič K. Pravna odgovornost medicinske sestre za poslabšanje zdravja in izdajo poklicne skrivnosti. *Obzor Zdr N* 2002; 36: 15–21.
 5. Kodeks etike za babice Slovenije. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2014.
 6. Kodeks etike zdravstveni negi in oskrbi Slovenije. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2014.
 7. ICN. Regulation series. Toolkit on complaints management. Geneva: International Council of Nurses; 2012: 7–8.
 8. Odredba o seznamu izvajalcev zdravstvenih poklicev, ki morajo biti vpisani v register in imeti veljavno licenco. Uradni list Republike Slovenije, št. 16/13.
 9. Odredba o seznamu poklicev v zdravstveni dejavnosti. Uradni list Republike Slovenije, št. 4/2014.
 10. Pravilnik o registru in licencah izvajalcev v dejavnosti zdravstvene ali babiške nege. Uradni list Republike Slovenije, št. 3/16.
 11. Premelč D. Kazenskopravno okolje. In: Kvas A., et al. eds. Približajmo zdravstveno okolje pacientu: zbornik predavanj. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, 2013, str. 19–30.
 12. Zakon o sestrinstvu; Narodne novine 121/03.
 13. Zakon o primaljstvu; NN 120/08.
 14. Zakon o zdravstveni dejavnosti (uradno prečiščeno besedilo) (ZZDej-UPB2). Uradni list Republike Slovenije št. 23/2005.
 15. Zdravstvena nega v luči zahteve po deregulaciji zdravstvenih poklicev. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2012. Dostopno na: http://www.zbornicazveza.si/sites/default/files/doc_attachments/dokument_zbornicezveze_zdravstvena_nega_v_luci_zhteve_po_deregulaciji.pdf (20.11. 2013).
 16. Železnik D. Kompetenca na pot. *Obzor Zdr N*. 2008; 42: 165–167.

MAJA KOUDILA, DIPL. M. S.

ROSITA STOJKOVIĆ, DIPL. M. S.

Pomen preventivne zobozdravstvene vzgoje pri šoloobveznih otrocih

IZVLEČEK

TEORETIČNA IZHODIŠČA: Oralno zdravje je sestavni del splošnega zdravja. Higiena zob in ustne votline je v neposredni povezavi z nastankom zobnega plaka, kateri je bistven za nastanek zobnega kariesa. Zobozdravstvena preventiva je pri tem ključnega pomena.

METODA: Uporabili smo kvantitativno metodo dela. Raziskovalni del je potekal s pomočjo strukturiranega anketnega vprašalnika in pridobitvijo podatkov KEP indeksa v Zdravstvenem domu dr. Adolfa Drolca Maribor ter Zdravstvenem domu Murska Sobota. Izvajanje anketiranja je potekalo na Osnovni šoli Tabor I Maribor in Osnovni šoli I Murska Sobota.

REZULTATI: Rezultati so pokazali, da je KEP indeks pri šoloobveznih otrocih v ZD Murska Sobota višji kot pri šoloobveznih otrocih v ZD dr. Adolfa Drolca Maribor. Prav tako so odgovori o ščetkanju zob pokazali, da so učenci iz OŠ Tabor I Maribor nekoliko bolj seznanjeni s pravilno tehniko ščetkanja, vendar tudi učenci OŠ I Murska Sobota uporabljajo ustrezno tehniko ščetkanja ter skrbijo za ustno higieno na različne načine, kot je prehrana, obisk pri zobozdravniku, z zmernim uživanjem sladkarij ipd.

RAZPRAVA: Ker ustna higiena, to je pravilna skrb za nego zobovja, vpliva na zdravje nasploh, je izrednega pomena načrtno izvajanje preventivne zobozdravstvene vzgoje pri šoloobveznih otrocih, saj na ta način skušamo ozavestiti in privzgojiti dobre navade otrok za lastno skrb oralnega zdravja.

KLJUČNE BESEDE: zdravstvena vzgoja, zobozdravstvena preventiva, ustna higiena, KEP indeks, zobovje

Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) opredeljuje ustno zdravje kot pomemben

sestavni del splošnega zdravja in blagostanja, ki vpliva na kakovost življenja posameznika in na kakovost življenja v družbi (WHO 2012). S pojmom oralno zdravje opisujemo stanje zob in ustne votline pri prebivalcih nekega določenega območja. Stopnja oralnega zdravja je odvisna od različnih dejavnikov socialnega okolja, kot so: prehrana in prehranjevalne navade, izvajanje oralne higiene, različni varovalni dejavniki v smislu preventive, organiziranost strokovne službe in socio -ekonomske razmere v družbi. Eden najpogosteje uporabljenih merljivih indeksov je vrednost KEP, ki se uporablja za prikaz razširjenosti zobnega kariesa in nam pove povprečno število zaradi kariesa obolelih (K), izdrtih (E) in popravljenih (P) stalnih zob. Dober pokazatelj oralnega zdravja je tudi število oseb brez obolelih, izdrtih in popravljenih zob zaradi kariesa. Drugi merljivi kazalniki pa so še število preventivnih storitev za določeno populacijo, kot so: preventivno zalivanje fisur, topikalna aplikacija fluoridov, fluoriranje zob z aminfluorid železem med šolarji, dostopnost do zobozdravnika in število zobozdravnikov na določeno število ljudi.

V Sloveniji se je preventiva zobnega kariesa doslej in se tudi sedaj v mladinskem zobozdravstvu zelo uspešno izvaja. Prvo raziskavo o stanju oralnega zdravja je objavil Vrbič s sodelavci leta 1974 v Zobozdravstvenem Vestniku, ko je bilo oralno zdravje zelo slabo, KEP vrednost je namreč takrat za 12-letne otroke znašala 6,1. Kot kažejo rezultati 26-letne epidemiološke raziskave se je v Sloveniji krivulja povprečnega števila prizadetih zob od leta 1987, ko je bila povprečna vrednost KEP pri 12-letnih otrocih zelo visoka (nad 5), do leta 1998 v razmeroma kratkem času močno znižala (na 1,8), nato se je ustalila, v zadnjem petletnem obdobju pa spet rahlo narašča (Vrbič, 2013). To nam je lahko v opozorilo, da je potrebno na preventivi nenehno delati.

Z zobozdravstveno preventivo je potrebno začeti čim prej, saj le ta temelji na primarni zdravstveni ravni, ker se nanaša na krepitev zdravja in s tem preprečuje obolenje. Zato je zelo pomembno, da začnemo z zobozdravstveno preventivo že pri nosečnici in s tem pri razvijajočem se plodu v maternici. Nadaljevati pa je potrebno takoj po rojstvu, saj ima takrat otrok zelo močan sesalni refleks, s katerim si razvija čeljusti, čeljustne sklepe in pridobi prostor za razvijajoče se zobe (Perkič, 2012).

Angleški mislec Francis Bacon je izjavil: »Navada je velika usmerjevalka življenja.«. Zato bi si morali na vse načine prizadevati vcepljati dobre navade. Ta izrek bi naj bil moto vsem zdravstvenim delavcem vzgojne in preventivne dejavnosti. Menimo, da bomo s kontinuiranim prosvetljevanjem in vzgajanjem dosegali zelene uspehe (Makovec 2005).

V Pomurju se začne preventivna dejavnost komaj v vrtcu, ko preventivne sestre

popeljemo otroke skozi pravljico v svet ustne higiene, saj otroci še vedno najbolj verjamejo pravljicam in njihovim bitjem. Na tak način si pridobimo njihovo zanimanje in zaupanje, da lahko vstopimo v njihov intimni prostor, njihova usta. Pogovor o zobeh, zdravi prehrani, tehniki čiščenja in pomoč staršev so zelo pomembni za izvajanje preventivnih dejavnosti pri predšolskih otrocih.

V šolah poteka že utečen program s ščetkanjem in fluoriranjem zob z aminfluorid želejem. Otroke najprej poučimo o ustni higieni in tehniki pravilnega čiščenja zobovja. S šolami sodelujemo pri tekmovanju za čiste zobe z zdravo prehrano na regionalnem in republiškem nivoju. Ob sistematičnih zobozdravstvenih pregledih šoloobveznih otrok pa izvajamo predavanja prilagojena starostni stopnji otrok.

Raziskava na temo „Pomen preventivne zobozdravstvene vzgoje pri šoloobveznih otrocih“ je bila izvedena z anketnim vprašalnikom na OŠ Tabor I Maribor in OŠ I Murska Sobota. Za raziskavo smo pridobili tudi podatke KEP indeksa v ZD dr. Adolfa Drolca Maribor in ZD Murska Sobota. V raziskavi je sodelovalo 125 šoloobveznih otrok. Ugotavljali smo KEP indeks šoloobveznih otrok v obeh zdravstvenih domovih ter s pomočjo anketnega vprašalnika skrb za ustno higieno.

KEP indeks pri 12 letnih otrocih v Zdravstvenem domu Murska Sobota je 2,18 in je višji od KEP indeksa 12-letne mladine v Sloveniji z letom 2013, ko je bil 1,89 (Vrbič 2014). Predvidevamo, da je tako visoka stopnja KEP indeksa v tej regiji zaradi odsotnosti kabineta za zobozdravstveno vzgojo in preventivo.

Namen preventivne zobozdravstvene vzgoje je, da ozavešča in privzgoji pomen o ustni higieni, o pravilnem ščetkanju zob in vplivu na celotno zdravje. S pomočjo anketnega vprašalnika smo ugotovili, da je večina anketiranih, tako na OŠ Tabor I Maribor kot na OŠ I Murska Sobota, bila seznanjena s tehniko ščetkanja zob s strani medicinske sestre, ki jih obiskuje na šoli.

Na mariborskem območju je organizirano timsko sodelovanje pediatrov, psihologov (3- letnih otrok), logopedov (5-letnih otrok) in specialistov pedontologov. Pri sistematsko-posvetovalno-preventivnih pregledih 3-letnih in 5-letnih otrok pedontolog opredeli ustno zdravje in izloči rizične skupine otrok ter jih napoti s starši v Kabinet za zobozdravstveno vzgojo in preventivo. Diplomirana med. sestra s posebnimi znanji na področju ustne preventive v kabinetu da poudarek na individualnem pristopu, predvsem staršev in otrok. Starše seznanjamo o pravilni ustni higieni in prehrani, o rizičnih dejavnikih nastanka kariesa in o razvadah. Preiskava je pokazala, da je stopnja KEP

indeksa kot pokazatelja prizadetosti zob s kariesom občutno nižja na območju, kjer deluje kabinet (0,96), za razliko od KEP indeksa (2,18), kjer ni organiziranega dela v kabinetu.

Glede na dobljene rezultate, ki smo jih pridobili na obeh šolah, ugotavljamo, da prihaja do različnih rezultatov pri odgovorih na OŠ I Murska Sobota in OŠ Tabor I Maribor. Razlog je možen v načinu izvajanja programa zobozdravstvene preventive, kajti le ta se razlikuje.

Dobra ustna nega je eden najučinkovitejših ukrepov za preprečevanje zobne gnilobe. S pravilnim ščetkanjem odstranimo s površine zob zobne obloge, ki jih sestavljajo ostanke hrane, bakterije in njihovi izločki pa raztapljajo površino zoba.

Pri otoku začnemo z zobno preventivo še preden pride na svet, nadaljujemo skozi vsa kritična starostna obdobja, se pravi v vrtcih in po šolah, trajala pa naj bi vse življenje. Ravno zaradi vsega tega dajemo velik poudarek prosveti in vzgoji staršev. Vzgoja in sodelovanje vsakega posameznika sta ključ do uspeha na področju zobnega zdravja. S skupnimi prizadevanji nam bo uspelo, da bo otrok to kar mu je dala narava, zdrave bele zobe in bleščeč nasmeh, tudi ohranil in cenil.

LITERATURA

1. Artnik B, Kosem R. Zdravje ustne votline otrok in mladostnikov nekoč in danes. In: Sekcija medicinskih sester v vzgoji in izobraževanju. Ustna nega - vloga zdravstvene nege za zdravje ustne votline. Ljubljana; 2009.
2. Borovšak Bela D. Kronološki pregled razvoja in organizacije dela v mladinskem zobozdravstvu Maribor. In: Završnik J. 70-letnica ustanovitve prvih javnih zobnih ambulant v Mariboru. Maribor: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor; 2015.
3. Kosem R. Skrb za ustno zdravje otroka in mladostnika. In: Sekcija medicinskih sester v vzgoji in izobraževanju. Ustna nega - vloga zdravstvene nege za zdravje ustne votline. Ljubljana; 2009.
4. Makovec R. Obravnava družine z malim otrokom z vidika oralnega zdravja [diplomsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru; 2005.
5. Navodilo za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. Uradni list Republike Slovenije; št. 19/1998.
6. Toth M. Mladinsko in preventivno zobozdravstvo v Pomurju. In: Rajbar B. in Homan D. Društvo za oralno zdravje Slovenije. IX. Dnevi oralnega zdravja. Moravske Toplice 5.- 6. oktober 2001. Murska Sobota: Zdravstveni dom Murska Sobota; 2001.
7. Vrbič V, Koželj V, Pompe-Kirn V, Premik M, Rode M. Oralno zdravje v Sloveniji. Ljubljana: Medicinska fakulteta; 1995: 1-62.
8. Vrbič V. Upadanje zobnega kariesa v Sloveniji v obdobju 1987-1998. Zobozdravstveni vestnik; 1999; 54 (2): 39-43.
9. Wikipedia. 2015. Dostopno na: <https://sl.wikipedia.org/wiki/Zdravje> (27.9.2015).
10. World health organisation. Oral health priority action areas. 2015. Dostopno na: http://www.who.int/oral_health/action/en/ (17.8.2015).

JANJA HRIBAR, MAG.FARM.

Učinkovito delovanje RemiDent-a z remineralizacijo zobne sklenine

KRVAVENJE DLESNI IN EROZIJA ZOB, NJIHOVO PREPREČEVANJE IN LAJŠANJE Z IZDELKOM - GELOM MULTI-ORAL REMIDENT

Vsakodnevno se mnogo ljudi spopada z občutljivimi, bolečimi dlesnimi in zobmi, saj naša usta niso imuna na proces staranja. Sčasoma se začnejo dlesni umikati in odkrivati korensko območje zob, kjer je zaščitna plast zobne sklenine še najbolj ranljiva. Poleg tega pa naši zobje lahko trpijo tudi zaradi izgube mineralov, kar prispeva k postopni eroziji zobne sklenine. Z nezaščito dlesni in sklenine pa postane koreninsko območje zob občutljivo na zunanje dražljaje. Mikroskopske luknjice v zobovini, tako imenovane cevčice namreč omogočajo prenos toplote, mraza in drugih dražljajev v zobni živec. Vse to pa sproži bolečino. Okoli tega bolj občutljivega in izpostavljenega območja pa se lahko kasneje postopoma razvije karies zobovine.



Multi-Oral RemiDent pa preprečuje in odpravlja krvavenje dlesni in erozijo zob in sicer tako, da zmanjšuje otekanje, obnavlja zobe po eroziji ter krepi zobno sklenino. Preprečuje pa tudi nastanek novih zobnih oblog, izboljša stanje dlesni in nenazadnje nevtralizira škodljive bakterije. Pri vsem tem pa vzdržuje ustno floro na optimalni ravni, je naraven, varen in učinkovit.

IZVLEČEK

Zobna erozija je izguba trdih zobnih tkiv, ki je posledica kemičnega procesa, v katerem sodeluje kislina nebakterijskega izvora. Prizadene lahko vse ploskve, najpogosteje pa

grizno ploskev prvih spodnjih kočnikov. Bolnik toži zaradi spremenjene oblike, barve in povečane občutljivosti zob, a navadno šele pri napredovali stopnji. Pogostost zobne erozije narašča tako pri otrocih kot odraslih.

Vzroke za nastanek erozij delimo na notranje in zunanje. Notranji vzrok je želodčna kislina, ki pride v ustno votlino najpogosteje z gastroezofagealnim refluksom ali bruhanjem. Zunanje vzroke predstavljajo kisline v pijačah, hrani in zdravilih ali kisline, prisotne na delovnem mestu. Pri odkrivanju vzrokov za nastanek zobnih erozij najprej se vzame temeljito anamnezo in naredi natančen klinični pregled.

Lezije se lahko dokumentira s študijskim odtisom ali fotografijo. Tu je poudarjena potreba po zgodnji prepoznavi zobne erozije. Preventivni ukrepi vključujejo svetovanje o pravilni prehrani in ustni higieni, v primeru notranjega vzroka pa se napoti bolnika k osebnemu zdravniku oziroma ustreznemu specialistu. Plomba in protetična rešitev sta primerni pri velikih erozijah.

MULTI-ORAL REMIDENT

Delovanje gela Multi-Oral RemiDent pa temelji na reminalizaciji zob in vzdrževanju ustne flore na optimalni ravni. Osnovna sestavina bioaktivnega gela je patentirani 2QR-kompleks. Ta naravna snov se pridobiva iz zdravilnih rastlin in vsebuje bioaktivne molekule, imenovane polisaharidi. Gel nevtralizira škodljive bakterije in jim preprečuje, da bi se pritrdile na tkivo.

2QR - aktivna sestavina izdelkov Multi-Oral pa je njihova osnovna sestavina in pomeni naravno pomoč pri preprečevanju in odpravljanju krvavenja dlesni in zobne gnilobe(erozije zob).



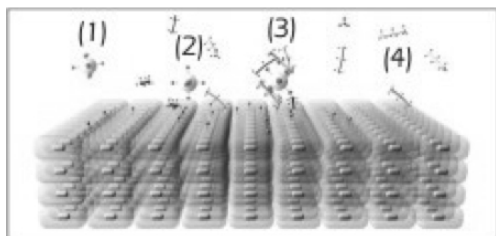
2QR ('to cure') je izjemna, po vsem svetu patentirana inovacija, ki rešuje težave z bakterijami. To je kompleks polisaharidov, ki se pridobiva iz aktivnih sestavin posebne vrste Aloe Vere z imenom Aloe Barbadensis Miller.

Ti polisaharidi se vežejo na proste vezi škodljivih bakterij in s tem blokirajo pričvrstitev bakterij na sluznico. Sila, ki privlači 2QR-polisaharide na celično membrano, učinkovito nevtralizira škodljive bakterije.

Proces deluje na fizikalnem in ne kemičnem principu. Takšno delovanje nima nikakršnih negativnih vplivov na koristne laktobacile.

zQR-kompleks v izdelkih Multi-Oral torej izjemno učinkovito nevtralizira širok spekter škodljivih mikrobov. Poleg tega je idealen za vzpostavitev mikrobiološkega ravnovesja.

Negova velika prednost pred antiseptiki in antibiotiki je v tem, da za razliko od zdravil (ki delujejo v tkivu), deluje izven tkiva in blokira ter izloči škodljive mikroorganizme. Pri vsem tem pa ne škoduje koristnim bakterijam.



Uporabljamo ga lahko istočasno z zdravili, omejitev glede količine in pogostosti uporabe ni, spodbuja pa obnovo tkiva, pomaga pri naravnem celjenju in normalizira naravno floro kože, nožnice, ustne votline.

Ena izmed najpomembnejših lastnosti za uporabo izdelka Multi.Oral RemiDent je zagotovo okus, ki pa ga ta gel zagotovo ima, saj je prijetnega in nevtralnega okusa. Gel nanašajte s prstom ali s posebnim aplikatorjem (paličico), ki je priložen v škatlici. Nanesite ga na vse zobe (na prednjo in zadnjo stran) in na stike med zobmi in dlesnimi.

Za odpravljanje težav z zobno gnilobo (erozijo zob), krvavenjem dlesni, zobnimi oblogami in občutljivo sklenino nanesite gel Multi-Oral RemiDent enkrat dnevno po čiščenju zob. Gel je najbolje nanašati zvečer, pred spanjem, da bo dolgo v stiku s tkivom in bo zato bolje učinkoval.

Pri preprečevanju težav kot so krvavenje dlesni, erozija zob in nastajanje zobnih oblog, pa je najbolje, da na obzobno tkivo nanesete Multi-Oral RemiDent najmanj dvakrat tedensko po umivanju zob.

Multi-Oral RemiDent je prejel 3. nagrado za najboljšo inovacijo na CPhI Pharma Awards



ZAKLJUČEK

Poleg 2QR-kompleksa pa gel vsebuje tudi sestavine za remineralizacijo in posebne sestavine, ki delujejo proti zobnim oblogam. Multi-Oral RemiDent na dlesnih in zobeh oblikuje neviden bioaktivni film.

Delovanje Multi-Oral RemiDenta je povsem varno in neškodljivo, saj gel ne vsebuje strupenih sestavin ali dražečih kemikalij in zato nima škodljivih stranskih učinkov.

LITERATURA

1. J. Jan, Zobna erozija, URL: <http://ibk.mf.uni-lj.si/teaching/izbirnijb/Pred3.pdf> (30.3.2016)
2. <http://bioclin.com/2012/10/30/bioclins-multi-oral-remident-remin-wins-bronze-cphi-pharma-award-2012/> (30.3.2016)
3. <http://multi-oral.si/multi-oral-remident.html> (30.3.2016)

Prehrana in ustno zdravje

Moje delo in življenje je že vrsto let povezano s pripravo hrane, torej tudi z ustnim zdravjem. Sem kuharica po poklicu, kuharica stare šole kuhanja, že nekaj let v poklju. Kuharica brez mikserjev in paličnih mešalnikov, brez v naprej pripravljene hrane, moje jedi so brez umetnih dodatkov. Trdno sem prepričana, da so industrijski dodatki v hrano, neprimerna kuhalna posoda, kozarci in pribor iz plastike in drugih umetnih mas največja nevarnost tudi za ustno zdravje. Tudi predpriprava živil lahko prispeva k boljšemu ustnemu zdravju. Na primer zelenjavo operem v vroči vodi, če jo dam kuhat, če bo za solato pa v topli vodi. V vodo ne dodajam sode ampak le naravno morskó sol ali kis. Menim, da je manj škodljivo, če na solati ostane malo soli ali kisa kot če ostane soda ali kaj podobnega. Kuhanje zame pomeni, da vzamem živilo in ga sama spremenim v jed. Ker se še kako dobro zavedam, da je ustno zdravje izjemnega pomena za moje zdravje ne vnašam vase ničesar, kar menim, da zame ni primerno. Tudi ko sem še kuhala otrokom v vrtcu in šoli sem redno upoštevala napotek zdravstvene službe kako zelo je za otroke pomembno kaj jedo, kako je hrana pripravljena, da bodo imeli dobro ustno zdravje. Vsaj dvakrat letno smo po odločitvi ravnateljice seznanjali starše na delavnicah na temo » Kaj in kako kuhamo za vaše otroke«. Delavnice so bile vedno zelo dobro obiskane. Tako smo vedenje o zdravi pripravi hrane razširili tudi v marsikatero družino. To mi po mnogih letih povedo starši, sedaj že odraslih otrok. V čast si štejem, da sem bila del ekipe vrtca, s katero smo rešili tudi ustno zdravje marsikateremu otroku, mogoče tudi njihovi mami ali očetu. Takrat je bila to službena dolžnost in dobra volja vseh, ki smo se potrudili in speljali projekt. Sedaj, ko sem že upokojenka pa so to lepi spomini na opravljeno delo.

Pri mojih 68 letih še vedno veliko delam. Včasih mi kdo reče le kje jemljem moč, voljo do dela, energijo, le kako toliko zmoreš, boš pregorela. Odgovorim jim, da jem vrhunsko to je preprosto hrano, naredim veliko prostovoljnih ur, podarim veliko mojih knjig, mojih nasvetov, sodelujem v projektih, kjer lahko pomagam otrokom, pa čeprav le

posredno. Velikokrat res pridem domov utrujena pa si vseeno pripravim obrok iz živil in ne iz jedi. Največkrat je to skleda radiča ali motovilca z žlico toplega fižola. Radič ne pride kar sam do mene, tudi očistiti sem si ga morala že prej. Tudi fižol sem najprej namočila v hladilnik, skuhalo, vložila z vročim polnjenjem, ohladila in tak me počaka v hladilniku dan ali dva. S tem vam hočem povedati, da sta PREHRANA IN USTNO ZDRAVJE tesno povezano s planiranjem prehrane v družini, vrtcu, šoli ...Le s pravilnim in pravočasnim načrtovanjem kaj bom, bomo - bodo jedli lahko jemo tako hrano, ki bo zagotovo prinesla tudi dobro ustno zdravje. Brez dobrega načrta za dobre temelje se na zunaj lepa hiša podre. Mama z lepo frizuro, lepo obleko ampak brez kvalitetne prehrane prej ali slej opeša, oče tudi. Kvaliteta družinskega življenja se tako poruši. Po mojem mnenju je stres v prvi vrsti posledica slabe, neuravnotežene prehrane. Zdravo telo premaga marsikateri stres. Zato se splača veliko vlagati v preventivo predvsem ustno. Noben fitnes, nobeno prehransko dopolnilo ne pomaga, če pozabimo tudi kaj sami skuhati. Otroci potrebujejo zdrave starše, starši zdrave svoje starše. Tega sporočila se tudi sama zavedam zato, da ne bom prezgodaj v breme svojim otrokom. Za enkrat mi zdravje dobro služi vendar se zato, da je tako trudim vsak dan sproti. Hči mi včasih reče: »Mama, Ti prav hočeš biti zdrava«. Ja, hočem, samo želeti je premalo.

Prepričana sem, da je za dobro ustno zdravje nujno treba upoštevati letni čas pri nas, živila, ki zrastejo in dozori pri nas. Narava dobro ve, kaj in kdaj se je treba najesti, da dobimo dovolj moči. Vsako živilo ima drugačno hranila, nekatera razkužijo ustno votlino z naravnimi razkužili ravno v pravšnjem razmerju. Tudi naše telo je naravnano prav. Narava da, telo vzame kar rabi. Danes, ko to pišem kuham joto za kosilo, da mi kislo zelje razkuži telo in še hišo. Za večerjo pa bodo sveže sardele. Morska sol in ribe so tudi izvrstno razkužilo. Če jih bo kaj ostalo, jih bom marinirala v kis in limono, da me bodo razkužile še jutri. Tudi domač kis in limona sta razkužilo ust. To je moje naravno zdravilo za glasilke. Vse deluje samo od sebe, v sozvočju narave. Ker sem takega načina prehranjevanja naučena že od otroštva moje telo in duša si želi sveže spomladanske hrane. »Iz morja v ponev, iz njive v skledo«. Ko so sveži šparglji, sardele, mladi grah ... so pri nas doma vsak dan na jedilniku. Takrat se teh živil najemo do sitega in jih ne dajem v zamrzovalno skrinjo. Z zamrznjeno hrano uvozom živil oz. jedi iz daljnih krajev ne bomo rešili planeta še manj ustno zdravje. K tem živilom » se prilepi« še navodilo za pripravo, ki v mnogih primerih navajajo način priprave na vroči maščobi, ki ustnemu

zdravju le škoduje. Prav žal mi je, da take hrane veliko pojedjo že majhni otroci, pa država sistemsko in bolj odločno še ni pristopila k projektu za zaščito zdravja otrok. Ustno zdravje je na prvem mestu.

Hrano je treba žvečiti od rojstva do smrti. To so vedeli že naši starši, ki nam niso nič mikšali, tudi banan nismo poznali, čokolade tudi ne. Doma pečene sladice brez pecilnih praškov, sode in peki papirja so bile le za velike praznike. Slaščice je nadomeščalo sveže ali posušeno sadje, orehi, lešniki ali mandeljni. Sveža živila smo oprali ali pa jih je mama le obrisala potem pa smo jih zmelili z zobmi. Vse to je bila šola za zdravje in preživetje. Starši so nam bili zgled. Kuhano hrano so mame le potlačila z leseno tlačilko »bio leseni ribčan«, zelo majhnim otrokom pa prepasirale z ročno pasirko ali pa so živila le z vilicami malo zmeččale. Majhnim otrokom so sveže sadje naribale na steklen ribež, v zimskem času ko je bil čas za suho sadje pa so ga dale kuhat v mlečne kaše, kjer je odlično nadomestilo sladkor in jedi dodalo še druga hranila. Nobenih smutijev, lepo vas prosim. Pa saj tudi sedaj je kaša na voljo, dozorijo slovenski orehi, lešniki, na primorskem mandeljni. A vedno manj nas je, ki jih ko so zreli hitimo pobirati pred dežjem, pa čeprav se že težko sklanjam se trudim, da jih poberev v suhem. Da ne bodo splesnili. Trud, ki ga vložim v pobiranje me potem spomni in opomni, da jih pozimi pojem ali komu podarim in jih ne zavržem. Kdor živila ne pridela sam več ne ve, kako težko je to delo. Zato mnogi zavržejo kupljena živila kar brez sramu. Marsikomu se več ne ljubi niti gristi orehova jedrca tudi če jih babica in dedek prineseta že stolčene. Nekateri starši otrokom raje kupijo kekse, tortice. Bolje bi bilo, če bi jih naučili kako preživeti v lastnem kraju, jih naučili, da mirujejo, ko imajo kaj v ustih, da se ne zadušijo, da vsako živilo prej dobro prežvečijo. Naša nona je govorila, da je treba pozimi jesti sedem orehov na dan, to je štirinajst polovičk. Tudi v prehranski piramidi, ki se jo otroci učijo v šoli kot napotek za zdravo in uravnoteženo dnevno prehranjevanje, o njej uči zdravstvena preventiva, tam so narisani tudi orehi pa to le malo kdo opazi. Kako preprosto in varčno jih je uživati. Nič jih ni treba kuhat, nič pomivat, nikjer škodljivega sladkorja. Super živilo, pa vendar že zelo zapostavljeno domače »suho zlato«. Orehi so živilo za pamet, so včasih rekli. Velikokrat namesto peciv ali kar tako za zimski ali spomladanski poobedek na mizo postavim nekaj orehovitih jedrc, kocke sira, suhe fige ali izdolbeno in narezano jabolko ali hruško.

Žeja je hujša kot lakota. V mojem otroštvu smo pili samo vodo, čaj pa le takrat, ko smo bili bolni. Še vedno je pri meni tako. Čaja skoraj nikoli ne pijem. Moja pijača za žejo

je voda iz pipe. Opažam, da s starostjo resnično zgubljam občutek za žejo. Če si jo natočim v vrč in postavim na vidno mesto jo spijem občutno več. Čeprav zdravstvena stroka svetuje, riše plakate, organizira simpozije na temo zdravja še vedno v vrtcih in šolah otrokom za žejo ponujajo čaj namesto vode. Če bi v vseh ustanovah dnevno izračunali, koliko energije je potrebne za kuhanja čaja, koliko vode za hlajenje in pomivanje, koliko nepotrebne dela, koliko gnilih zobkov, bi bil prihranek denarja in otroškega joka ogromen. Upam, da bo ta prispevek naletel na plodna tla in bodo sklepi simpozija le prisilili državo, da bo določila kaj naj pijejo in kaj jedo otroci prav v vseh slovenskih vrtcih in šolah, da se bo njihovo zdravje izboljšalo. Ne pa da je največkrat »glasba po željah« nekaterih staršev ali celo posameznih učiteljic oziroma vzgojiteljic, ki hočejo, da otrok dobi čaj in drugo nezdravo hrano.

RAZSTAVLJALCI

JOHNSON & JOHNSON | LOMAS

COLGATE

ECOLAB

GORDO

AFRODITA

DIAFIT

FLEGIS

SPONZORJI ALI DONATORJI

GLAXOSMITHKLINE

BIOEDEN

AS NOVA GORICA

GOZDNO GOSPODARSTVO NOVO MESTO

INTERSPAR MEGAMARKET NOVA GORICA

AGRARIA KOPER

ZAVAROVALNICA TRIGLAV

PEKARNA VODONČNIK, PAKA PRI VELENJU

PEKARNA PRESTA, VELENJE

MLEKARNA CELEIA, ARJA VAS PETROVČE

Za usebino prispevku odgovarjajo avtorji, ki so navedeni pri posameznem prispevku.

Marina Čok, predsednica sekcije

Johnson & Johnson

Colgate®

ECOLAB®

flegis

 Zdrav nasmeš
je uspeh!

®
diaFIT

It's in our nature,
and yours.

BioEden 


pekarna
Vodončnik

 GlaxoSmithKline

 **triglav**

 KOZMETIKA
AFRODITA®

 **PRESTA**
Prešče d.o.o.
Cesta talcev 37a, 3320 Velenje, SI

 AGRARA
KOPER



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