



UTRIP

Letnik XXIII
Številka 9
December 2015

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

Poština plačana pri pošti 1102 Ljubljana



UVODNIK

Zaključimo leto 2015 z razmišljanjem o vrednotah in z njimi začnimo novo leto 2016

DELO ZBORNICE – ZVEZE

40 let Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti

VI SPRAŠUJETE, MI ODGOVARJAMO

Izpolnjevanje elektronskih receptov

11. SIMPOZIJ O RANAH

Z MEDNARODNO UDELEŽBO IN UČNIMI DELAVNICAMI
Celostna oskrba kronične rane – različne etiologije



21. - 22. 04. 2016

**Kongresni center
hotela Slovenija,
Portorož, Slovenija**

Organizator:

*red. prof. dr. Dragica Maja Smrke, dr. med.
Janja Nikolič, viš. med. ses.
tel.: 01 522 24 20*

**univerzitetni
klinični center ljubljana**

*University Medical Centre Ljubljana
Kirurška klinika
Klinični oddetek za kirurške okužbe
Zaloška cesta 1002, Ljubljana*



GLAVNA UREDNICA:

Darinka Klemenc

ODGOVORNA UREDNICA:

Biserka Marolt Meden

UREDNIŠKI ODBOR:

Irena Keršič, Tatjana Nendl, Ksenija Pirš,
Anita Prelec, Veronika Pretnar Kunstek
in Monika Ažman po položaju

NAKLADA:

14.650 izvodov

NASLOV UREDNIŠTVA:

UTRIP, Ob železnici 30 a, Ljubljana,
T. 01/544 5480, F. 01 544 5481

TRR Zbornice - Zveze pri NLB, d. d.,

poslovalnica Tavčarjeva, Ljubljana
števila: SI56 0201 5025 8761 480

OGLASI:

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije –
Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic
in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
T.01/544 5480, F. 01 544 5481
trzenje@zbornica-zveza.si

OBLIKOVANJE IN PRIPRAVA ZA TISK:

STARLING, d. o. o.,
Opekarska cesta 38, Vrhnika,
T. 01/ 7557-850, e-mail: starling@starling.si

TISK:

SET d. o. o.

SPLETNA STRAN ZBORNICE – ZVEZE:

www.zbornica-zveza.si Utrip (Online)

ELEKTRONSKI NASLOV UTRIPA:

utrip@zbornica-zveza.si

SPREMEMBE V VEZI Z NASLOVI

POŠILJAJTE NA:

clanarina@zbornica-zveza.si

ISSN1581-3738

Revija izhaja 9-krat letno.

Datum natisa: 6. 12. 2015

Fotografija na naslovnici: Sebastjan Plavec

UVODNIK

4 Zaključimo leto 2015 z razmišljanjem o vrednotah in z njimi začnimo novo leto 2016

DELO ZBORNICE – ZVEZE

- 6 Delo Zbornice – Zveze v novembru
- 9 Deklaracija ICN med zasedanjem regionalnega vrha v Opatiji
- 10 40 let Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti
- 12 Aktualnosti na področju šolstva – razširjena seja izvršilnega odbora Sekcije medicinskih sester v vzgoji in izobraževanju
- 14 Projekt nadgrajena celovita obravnava pacienta (CPC+)
- 16 Nacionalni protokoli aktivnosti zdravstvene in babiške nege: Zdravstvena vzgoja pacienta pred začetkom nadomestnega zdravljenja končne ledvične odpovedi

AKTUALNO

- 22 Dileme zdravstvene oskrbe beguncev
- 23 Pravilnik o službi nujne medicinske pomoči (NMP)
- 24 Ali je po 30 letih HIV/aidsa eliminirati stigmatizacijo v zdravstvu še vedno izziv?

ETIKA

- 26 Etične dileme v paliativni oskrbi

VI SPRAŠUJETE, MI ODGOVARJAMO

- 28 Izpolnjevanje elektronskih receptov

ŽIVLJENJE MEDICINSKE SESTRE

- 29 Minute s Simono Agrež

MEDNARODNA SREČANJA

- 30 Zlatibor – igra sonca in senc
- 31 Endo Club Nord 2015

PREDSTAVLJAMO VAM

- 32 Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v urgenci je na 3. mednarodnem kongresu podelila priznanji za dosežke na ožjem strokovnem področju. Prejemnika priznanja sta: Tanja Vranešević Žmavc in Uroš Grošelj
- 34 Dober milijon obiskov in vsaj trije milijoni zgodb na leto (deljeno z 820) ...
- 35 Opolnomočenje pacientov
- 36 Smučarska reševalna služba
- 37 Praznovanje 50-letnice Otroškega oddelka Splošne bolnišnice Murska Sobota

PRIDOBIVAMO NOVA ZNANJA

- 38 Pomen prepoznavne in prijavljanja odklonov v zdravstveni obravnavi
- 40 Staranje in zdravje
- 42 3. mednarodni kongres »Urgentni pacient – včeraj, danes, jutri«
- 44 8. posvet vodij patronažnih služb s strokovnimi vsebinami
- 47 Slovenski paliativni kongres: «V luči dostojanstva življenja»

NA KRAJKO

- 48 Slovensko zdravstvo v analizi WHO

IZ DRUŠTEV

- 49 DMSBZT Bova Gorica, Pohod na Galetovec
- 51 Razstava likovnih ustvarjalok DMSBZT LJUBLJANA ob dnevu duševnega zdravja v Bolnišnici Idrija
- 46 Božična koncerta pevskega zbora La Vita, DMSBZT Maribor

MODRE ZGODBE 53–58

Za vas, drage kolegice in kolegi, Dobra smrt, Zgodba s srečnim koncem ..., Slovo od očeta, Rože vse povedo

IZ DELA ZDRAVSTVENIH ŠOL

- 60 Virtualna preventiva – nove poti zdravstvenovzgojnega delovanja
- 62 Podjetništvo v zdravstvu
- 63 Mednarodna konferenca v okviru projekta HLAW – razširjanje ozaveščenosti o pomenu zdravega staranja

ŽIVIMO ZDRAVO

- 66 Kruh naš vsakdanji ...

PREJELI SMO

- 65 Ustvarjalke različnih svetov

IZOBRAŽEVANJA 69–71

Zaključimo leto 2015 z razmišljanjem o vrednotah in z njimi začnimo novo leto 2016

Darinka Klemenc

Leto 2015 se počasi izteka. Ob tem delamo inventuro preteklih dogodkov, po/dvigov in padcev, izzivov, dobrih ali slabih, zamujenih in izpolnjenih priložnosti, mnogo drugega. In za novo leto začnemo z novimi načrti, z različnimi pričakovanji, možnostmi, načeli, vrednotami. Tudi iluzijami. Veliko jih bo, ki bodo v novem letu gradili prav na iluzijah po boljšem, lepšem svetu. In prav je tako.

V teh izjemno turbulentnih časih želim ponovno spomniti na eno od vitalnih področij našega dela - na VREDNOTE, prepričanja in s tem etično esenco, ki je ena bistvenih vsebin (tudi) naše stroke. Etike kot besede imamo (pre)večkrat polna usta, ne le ob našem strokovnem delu, v učbenikih, v poklicnih kodeksih, tudi v vsakdanjih besedah in dejanjih, v zadnjem času tudi v politiki. Za povrhu so to tudi obvezne vsebine za podaljševanje naših licenc. Kar trdimo, da je prav. A prav etike v vsej njeni razsežnosti in raznolikosti je, žal, vedno manj zaznati v konkretnih dejanjih tako posameznikov, skupin, skupnosti, držav, narodov. Sveta nasploh. Sicer na zemeljski obli ne bi bilo skoraj obsednega stanja, ki smo mu priča, pa naj gre za vojne grozote s posledično begunsko krizo, za terorizem brez primere, za obvladovanje pretežne večine prebivalstva s peščico nepredstavljivo bogatih, za neoliberalni kruti sistem izkoriščanja na različnih ravneh in delih sveta. Čisto preveč za eno življenje in eno generacijo. Zato je prav, da vedno znova razmišljamo in govorimo o etiki. S stalnim trkanjem na poklicno (in osebno) odgovornost, tudi na svojo vest, v ljudeh sprožamo miselne viharje, vprašanja, ali delamo dobro in prav, ali pa smo že a priori »dobri ljudje«, ker smo se odločili za enega od t. i. »humanih« poklicev, ne da bi si za to etičnost misli in dejanj morali posebej prizadevati. Delamo namreč ljudje z ljudmi in za ljudi. Enoznačnega odgovora ni. Vsakdo ga mora iskati tudi pri sebi.

Zbornica – Zveza je pred leti zapisala svoje vrednote. Te so nanizane v igri črk organizacije: **Z**nanje **s**krb **B**solidarnost **s**trokovnost **o**dgovor**N**ost **p**ravilčnost **k**omunika**C**ija **e**mpatija - **Z**aupanje **V**arnost **E**nakopravnost **Z**agovornišstvo **p**artnerstvo.

Skušajmo privzeti zgornje vrednote za svoje. Ali oblikujmo druge, ki nam bodo bližje, vse v skrbi za ljudi, za razvoj stroke, tudi za blaginjo naše organizacije. Obstajajo številne druge vrednote, uporabne za naše delo in naša hotenja: delati boljši, bolj human, bolj prijazen, sočuten, pravičen svet, omogočati človeka vredno življenje, spoštljivo in strokovno zdravstveno obravnavo, mirno umiranje. Ključno bistvo etike je v dveh besedah: delati dobro. Vedno in povsod, četudi ni v mojem ali našem interesu in od tega nimam/o nobenih koristi. Jih imajo pa drugi. Najbrž. To poskusimo v letu, ki prihaja. Začnimo z malimi, drobnimi koraki, pilimo svoje vrednote do visokega sijaja. Potem bo, verjemimo v to, svet boljši in lepši. Za vse, saj si ga vsi zaslužimo. Želim nam, da imamo moči, da si prizadevamo za to tudi v letu, ki prihaja.

Leta 2010 sem ob 2. Dnevih Marije Tomšič v Novem mestu zapisala: *Razmišljanje o vrednotah v današnjih nemirnih časih, ko smo priča hitrim družbenim socioekonomskim, demografskim, podnebnim in drugim spremembam, na eni strani pospešenemu razvoju različnih znanosti, tudi informatizacije, na drugi pa ponovnemu iskanju modelov skrbi za ljudi, vračanje k človeku, k naravi nasploh in s tem tudi k drugačnim vrednotam, lahko pomeni izziv tudi v zdravstveni in babiški negi. Tudi v naši državi in v evropskem okolju, kamor smo vpeti. Če so še pred kratkim izrazi, kot so management, denar, profit, (nekrita?) posojila,*



Skupinska fotografija s posveta vodstva Zbornice – Zveze na Celjski koči jeseni 2015

obresti, managerski prevzemi, luksuz polnili glave podjetnikov, novopečenih managerjev, malih in velikih novodobnih podjetnikov (tudi v zdravstvu), iskali višje in višje zaslužke, predvsem na račun »malih ljudi«, se je pred kratkim svetovna in lokalna scena srečala s šokom gospodarske krize in recesije, post recesijskim sindromom, ki še prihaja, revščino, povečanim nasiljem vseh vrst, duševnimi obolenji, problemi nudenja skrbi starostnikom, nezaposlenim in drugim ranljivim skupinam; obrnili so se na glavo mali in veliki svetovi ljudi tako bogatih kot revnih, obračajo se vedno v takih situacijah tudi vrednote. Ni dvoma, da vse našeteto vpliva tudi na področje zdravstva in zdravstvene ter babiške nege (Klemenec, uvodnik).

Vrednot je veliko, razporejene so v skupine, z njimi se ukvarjajo na vseh nivojih življenja in delovanja ljudi. Po Musek Lešniku (2003) so vrednote prepričanja o tem, kaj je pozitivno, zaželeno in cenjeno, ki vodijo in usmerjajo naše delovanje – tako osebna ravnanja posameznikov kot delovanje skupin in organizacij. Vrednote so torej naša prepričanja o tem, kaj je pozitivno, zaželeno in cenjeno, ki vodijo in usmerjajo naše delovanje. Že Aristotel je trdil, da je človek najbolj zadovoljen in srečen takrat, ko so njegova dejanja skladna z njegovimi vrednotami. Kdor živi skladno s tistim, kar ima za dobro, pravo in resnično, samodejno občuti pozitiven odnos do sebe in sveta. Naši človeški cilji morajo biti torej skladni z našimi vrednotami in naše vrednote morajo biti skladne z našimi cilji. Obstaja več vrst vrednot; cenimo lahko različne stvari in prav pri vrednotah najdemo eno od največjih bogastev medčloveških razlik (isto tam).

Kje smo pet let po tem zapisu? Kaj lahko storimo, ko je svet spremenil svojo podobo? V borih petih letih. Če vsak dan naredimo vsaj nekaj za sočloveka, pravijo, da smo izživelili dan. Ali noč, če smo v službi ponoči. Nudenje strokovne pomoči in skrbi je naše delo, je tudi poslanstvo. Prizadevamo si za smeje odnose s soljudmi, se večkrat vprašajmo, delamo prav, dobro, skrbno, etično: z ljudmi, zlasti pacient in sodelavci, tudi z domačimi? Delam prav glede na strokovno znane doktrine? Poiščem znanstvene dokaze, da lahko z gotovostjo opravi svoje delo? Mislim pošteno, iskreno, poslušam in slišim, kar mi povedo najbolj tihi ljudje? Se smehljam le ljudem, ki jih prepoznavam kot koristne na svojih plezalnih podvigih po karierni lestvici? Imam ljudi iskreno rad? Skrbno ravnam z zaupanimi mi viri, denarjem pripomočki za delo, ki so plačani iz davkoplačevalskega denarja ali iz članarine članstva?

V tem uvodniku, ki je moj zadnji v vlogi predsednice Zbornice – Zveze, saj zaključujem svoje osemletno vodenje krovne organizacije, mi dovolite, da prav zato potrkam na naše vrednote. Hvala, da sem imela priložnost, pravi privilegij, ki ga nimajo vsi, da lahko napišem, opozarjam, sestavljam ta naš svet v zloženko krovne organizacije po svojih najboljših močeh, skupaj s sodelavkami in sodelavci v pisarni in skupaj z vami, spoštovane članice in člani, kolege in kolegi, z iskreno dobrimi nameni, da delamo boljši, lepši svet. Tudi boljšo stroko in organizacijo. Če nam je karkoli uspelo, je to stvar vseh nas. Hvala in srečno. ■

Delo Zbornice – Zveze v novembru

Monika Ažman

November leta 2015 je postregel z rekordnimi številkami. Tiste, zaradi katerih se nismo preveč pritoževali, so se nanašale na (pre)tope jesenske dni, ko smo vsi lovili še zadnje sončne žarke. Nekateri v gorah, drugi na plažah in najpogumnejši celo v morju. Pritoževali se nismo predvsem zato, ker smo vsi skupaj prihranili pri kurjavi, a se v istem hipu spraševali, kaj nam bo narava s segrevanjem ozračja postregla že to zimo in na splošno v naslednjem desetletju. Veliko bolj žalostne in skrb vzbujajoče so bile rekordne številke migrantov, ki so v največji begunski krizi današnjega časa prečkale našo državo. Če smo v oktobru na skupščini EFN v Londonu poročali o za našo državo zares visoki številki 40.000 migrantov, se je ta konec novembra povzpela že na več kot 250.000. Kakšna bo razsežnost begunske krize in usoda ljudi, ki potujejo več kot 3.000 kilometrov po morju, kopnem, z vlakom, peš, da bi se rešili revščine, bede, lakote in vojne, lahko le ugibamo. Ugibamo lahko tudi o tem, kje za bodočo žico zares obstaja obljubljena dežela. Združeni skupaj smo v tem mesecu zagotovo zbrali rekordno število oblačil, hrane, odej in opravili nešteto ur prostovoljnega dela z enim samim namenom, pomagati sočloveku v stiski. Stiska, strah, žalost, solze, molitev in objemi tolažbe so se v tem mesecu delili ne le v Parizu, kjer je v najhujšem terorističnem napadu do sedaj umrlo 120 ljudi, temveč po vsem svetu. Politiki, umetniki, književniki, duhovniki, športniki in mnogi drugi so s svojimi sporočili vlivali pogum in pozivali k skupnemu boju proti terorizmu.

Hvala vsem, ki ste in še vedno aktivno sodelujete v humanitarnih aktivnostih na naši južni meji s sosednjo državo Hrvaško, v Šentilju, v Dobovi, na Jesenicah, v zbirnih centrih in še kje. Zavedamo se, da tvegate tudi svoje zdravje in s svojimi dejanji odražate podobo vseh nas. Zavedamo se tudi, da vas vse, kar ste doživeli, ne bo pustilo ravnodušne. Prav zato si vsi skupaj iskreno želimo, da se nam nikoli ne bo treba brez lastne volje izseliti iz prelepe dežele na sončni strani Alp.

Precej številčen je bil november tudi po sestankih, dogodkih in praznovanjih v okviru Zbornice – Zveze. Mnoge med njimi vam predstavljamo v nadaljevanju:

3. november

Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v patronažni dejavnosti vsako leto organizira odlično obiskano posvet vodij patronažnih služb z vse države. Letošnji že osmi posvet s strokovnimi vsebinami »**Patronažno varstvo v Sloveniji – kje smo in kam si želimo**« je postregel z bogatimi vsebinami in izdatno izmenjavo mnenj. Udeležili sta se ga tudi predsednica in izvršna direktorica Zbornice – Zveze.

Na sedežu Zbornice – Zveze je potekal sestanek **Nacionalnega centa za strokovni, karierni in osebnostni razvoj medicinskih sester in babic (SKOR centra)**. Na sestanku so dorekli vsebino dela raziskovalne dejavnosti in načrt dela za leto 2016.

Sejna soba Zbornice – Zveze je bila skoraj premajhna za vse udeležence sestanka razširjenega izvršilnega odbora

Sekcije medicinskih sester v vzgoji in izobraževanju.

Na sestanku so se zbrali vsi predstavniki visokih zdravstvenih šol in fakultet in skoraj vsi predstavniki srednjih zdravstvenih šol. Zagotovo eden pomembnejših dogodkov omenjene strokovne sekcije, ki obeta skupno delovanje na področju izobraževanja za poklice v zdravstveni negi.

5. november

Vodstvo Zbornice – Zveze se je na pobudo predsednice **Slovenskega društva hospic** Renate Roban sestalo na Zbornici – Zvezi. Namen obiska naših kolegic, ki aktivno delujejo v okviru Društva hospic, je bila želja po tesnejšem sodelovanju z Zbornico – Zvezo. Povedale so, da imamo v državi veliko odličnih zdravstvenih in socialnih programov, da pa med njimi obstajajo vrzeli, ki bi jih morali v dobrobit uporabnikom, pacientom ustrezno zapolniti. Predsednica Zbornice – Zveze je poudarila, da Zbornica – Zveza podpira aktivnosti društva Hospic kot nevladne, neprofitne in humanitarne organizacije, ki nudi pomoč umirajočim bolnikom in njihovim svojcem, na način kot so dejale sogovornice – predvsem s komunikacijo oz. duhovno oskrbo (kar v 70 odstotkih) in s prepoznavanjem neugodnih simptomov, ki spremljajo umiranje (preostalih 30 % aktivnosti). Je pa treba bolj doreči strokovni del, ki ga nekatere medicinske sestre iz hospica nudijo v domačih okoljih. Dogovorili smo se, da se v prihodnje še srečamo in pripravimo skupni algoritem oskrbe, vključujoč tudi kolegice iz naše strokovne sekcije v patronaži, in kot ga predvideva državni program paliativne oskrbe.



V prostorih Zbornice – Zveze sta se sestala še izvršilni odbor **Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v socialnih zavodih** ter izvršilni odbor **Sekcije medicinskih sester v managementu**.

6. november

V Državnem zboru je bila sklicana skupna seja Odbora za delo, družino, socialne zadeve in invalide in Odbora za zdravstvo, kjer naj bi na pobudo Zveze društev upokojencev Slovenije (ZDUS) razpravljali o dolgotrajni oskrbi. Poslanci (zlasti opozicije) so predlagali prekinitev seje, ker niso prejeli ustreznega gradiva niti nobene verzije Zakona o dolgotrajni oskrbi. Zato je bila seja, ki sta se jo s strani Zbornice – Zveze udeležili Klavdija Kobal Štravs in Darinka Klemenc (s področja zdravstvene nege pa še Jelka Černivec in Marta Kavšek), prekinjena.

Izvršna direktorica in pravnik Zbornice – Zveze sta se udeležila operativnega sestanka na Ministrstvu za zdravje, vezanega na pripravo pravilnikov, ki bodo urejali področje javnih pooblastil.

9. november

V novembru se je v organizaciji Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana ponovno odvijala šola enterostomalne terapije. S strani edukacijskega komiteja WCET (Svetovnega združenja enterostomalnih terapevtov) je udeležence šole obiskala gospa Denise Hibbert. Skupaj z Vanjo Vilar, vodjo šole ET v UKC Ljubljana, smo cenjeno gostjo sprejeli tudi na Zbornici – Zvezi in si izmenjali koristne informacije s področja zdravstvene nege pacientov z različnimi stomami, inkontinence in kronično rano.



10. november

Potekala je redna seja Statutarne komisije, ki je pregledala posamezne pravne akte, ki urejajo delovanje naše organizacije.

11. november

Predsednica Zbornice – Zveze Darinka Klemenc se je z aktivnim prispevkom udeležila 2. strokovnega posveta »Vloga medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov ter diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov pri oskrbi oseb, ki živijo s HIV-om, in skupin MSM na vseh ravneh zdravstvenega sistema«. Na posvetu so sodelovali še predstavniki zdravstvene nege: Vera Grbec Simončič, pedagoška medicinska sestra s Klinike za infekcijske bolezni in vročinska stanja UKC Ljubljana, Jolanda Munič, glavna medicinska sestra z iste klinike, Đurđa

Sima, predsednica in Drago Lačen, oba iz DMSBZT Ljubljana. **Projekt ODZIV NA HIV** je podprt s sredstvi Norveškega finančnega mehanizma. Nosilec projekta je Društvo informacijski center Legebitra, partnerji v projektu pa so: Društvo ŠKUC – sekcija Magnus, Društvo DIH – Enakopravni pod mavrico, Inštitut za mikrobiologijo in imunologijo Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani, Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja UKC Ljubljana in Helseutvalget for bedre homohelse. Več o projektu na: www.odzivnahiv.si in v prispevku v Utripu.

12. november

Predsednica Zbornice – Zveze Darinka Klemenc se je udeležila in v imenu naše organizacije nagovorila udeležence 5. znanstvenega simpozija Fakultete za zdravstvene vede Novo mesto: »Celostna obravnava pacienta: starostnik v zdravstvenem in socialnem varstvu«. Odprtju simpozija je sledila svečana promocija doktorskega študija »Edukacija in management v zdravstvu«.

Izvršna direktorica Zbornice – Zveze Monika Ažman se je odzvala vabilu članic IO sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v socialnih zavodih, ki so organizirali regijsko srečanje vodij službe zdravstvene nege Primorsko-Notranske in Goriške regije.

Predsednica Zbornice – Zveze Darinka Klemenc se je udeležila 8. seje Odbora za zdravstvo, ki je potekala v Državnem zboru RS, kjer je bila skladno s 47. členom poslovnika vabljen k 2. točki dnevnega reda »Problematika sistemske korupcije v zdravstvu«, na predlog poslanske skupine SDS.

16. november

Na Ministrstvu za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti je potekal sestanek v zvezi s poklicnimi aktivnostmi in kompetencami izvajalcev zdravstvene nege in oskrbe v DSO-jih. Sestanka z g. Davorjem Dominkušem udeležile: Darinka Klemenc, Klavdija Kobal Straus, Jelka Černivec, Gabrijela Valenčič in Irena Keršič.

V letu 2014 je na Ministrstvu za zdravje začel potekati pilotni projekt peritonealne dialize na pacientovem domu in v domovih starejših občanov. Letos se aktivnosti skupaj s Slovenskim nefrološkim društvom pospešeno odvijajo naprej. Na pobudo Zbornice – Zveze smo ustanovili mešano delovno skupino za peritonealno dializo, ki pripravlja vsebinska izhodišča za izvedbo projekta na celotnem območju naše države. Na prvem sestanku je sodelovala tudi mag. Zdenka Tičar z Ministrstva za zdravje.

17. november

Darinka Klemenc, predsednica Zbornice – Zveze, se je udeležila okrogle mize na znanstvenem posvetu »Migracije in zdravstvo«, ki ga je organizirala Zdravstvena fakulteta v Ljubljani, skupaj s Filozofsko fakulteto. Med drugim je predstavila aktivnosti in pobude, ki jih je do sedaj izvedla Zbornica – Zveza. Sklepi s posveta so objavljeni v tej številki Utripa.

18. november

Potekala je 38. redna seja Upravnega odbora Zbornice – Zveze, kjer so člani obravnavali naslednje točke dnevnega reda:

1. **Sprejem zapisnika 37. seje UO Zbornice – Zveze z dne 14. 10. 2015, sprejem zapisnika 35. korespondenčne seje z dne 28. In 29. 10. 2015, sprejem zapisnika 36. korespondenčne seje z dne 16. in 17. 11. 2015**
2. **Poročila o aktivnostih med obema sejama UO:** Poročilo s 103. Skupščine EFN, Poročilo s sej Odbora za zdravstvo, Poročilo s sprejema pri predsedniku države, Poročilo s sestanka na Ministrstvu za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti, Poročilo s seje RSKZN
3. **Poročilo o poteku projekta CPC+**
4. **Pobude in predlogi:** Izdelava zloženek s področij referenčna ambulanta, dializa, Pobuda za ustanovitev DS za zdravstveno in zobozdravstveno vzgojo in preventivo, Sprememba Pravilnika o priznanjih in Pravilnika o delu strokovnih sekcij, Imenovanje Komisije za specialna znanja za naslednji mandat
5. **Priprave za začetek izvajanja javnih pooblastil**
6. **Strokovne usmeritve za načrtovani porod na domu – potrditev dokumenta**
7. **Pregled sklepov UO, 8. Priprave na skupščino, 9. Razno**

19. november

Na Ptujju je v sklopu dvodnevnega strokovnega srečanja potekala tudi slovesnosti ob **40. obletnici Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti** pri Zbornici – Zvezi. Izjemnega dogodka sta se udeležili tudi predsednica in izvršna direktorica Zbornice – Zveze. Posebno noto svečanosti je poleg podelitve zahval najzaslužnejšim dosedanjim predsednicam sekcije, prispevala tudi izdaja pomembne publikacije »**Operacijske medicinske sestre na Slovenskem**«, ki jo je uredila kolegica Marjeta Berkopec. S stoječimi ovacijami so udeleženci slovesnosti nagradili letošnjo prejemnico na-

grade Ansell Cares H.E.R.O. Nurse Award 2015, Matejo Stare, dipl. m. s., operacijsko medicinsko sestro UKC Ljubljana, kot najvidnejšo operacijsko medicinsko sestro v Evropi. **Iskrene čestitke tako organizatoricam slovesnosti kot vsem prejemnicam zahval.**

20. november

Konec tedna se je zaključil še z enim pomembnim dogodkom. Sekcija medicinskih sester in babic je v sklopu strokovnega srečanja obeležila še **90. letnico organiziranega delovanja babic na Slovenskem**. Praznovanju na Brezovici pri Ljubljani sta se pridružili tudi predsednica in izvršna direktorica Zbornice – Zveze. Zahvale za delo so prejele dosedanje predsednice strokovne sekcije. Prav posebno zahvalo sta prejela tudi gospa Hermina Repoša in gospod Mirko Kogelnik, člana Društva za ohranitev kulturne dediščine in umetnosti iz Radelj ob Dravi. Prav onadva sta »krivca«, da je ob visokem jubileju izšel pomemben zbornik »**Babice skozi desetletja**«, ki ga je založila in izdala Sekcija medicinskih sester in babic. **Iskrene čestitke vsem, ki skrbite za ohranjanje kulturne dediščine tudi na področju babištva.**

Toliko nam je uspelo zapisati do zaključka redakcije novembrske številke. Brez skrbi, tudi drugo leto vas bomo seznanjali z vsemi pomembnimi dogodki naše organizacije. Naslednjo številko boste v e-obliki lahko prebirali že na praznični dan 1. januarja 2016. Do takrat pa je pred nami najbolj čaroben mesec. Ko bi zares tudi bil. Pa saj veste, kako pravimo; če si nekaj zelo, zelo močno želiš, se to tudi uresniči. Predvsem vam želim, da bi bili zdravi. To je največje bogastvo, ki nam pomaga uresničiti vse druge želje. Zagotovo nam k temu pripomorejo še vsi dobri možje, ki se jih še najbolj veselijo otroci. Morda pa ne bi bilo slabo, če bi vsak izmed nas večkrat poiskal otroka v sebi, mar ne? ■



Mateja Stare je prejela kipec

Obvestilo

Naslednja številka Utripa izide v začetku januarja 2016.

Prispevke za to številko morate oddati do 20. decembra.

Uredništvo



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

Deklaracija ICN med zasedanjem regionalnega vrha v Opatiji

Med zasedanjem regionalnega vrha, ki je ob prisotnosti dr. Judith Shamian, predsednice Mednarodnega sveta medicinskih sester (ICN), in člana upravnega odbora ICN in regionalnega predstavnika Petra Požuna potekal 10. oktobra letos v Opatiji na Hrvaškem, so predstavniki nacionalnih združenj medicinskih sester iz Hrvaške, Makedonije, Črne gore, Srbije in Slovenije sprejeli naslednjo deklaracijo, ki jo posredujemo svojim vladam in drugim deležnikom.

Medicinske sestre in babice iz navedenih držav v okviru 3. regije ICN se srečujemo z mnogimi podobnostmi na področju izobrazbe, kompetenc, zaposlovanja in pogojev dela, v kakršnih izvajamo zdravstveno nego. Naši pacienti imajo enake človekove pravice in ena od njih je pravica do dostopnih, varnih storitev zdravstvenega varstva glede na njihove potrebe. V Evropi in mnogih drugih regijah dokazi kažejo, da potrebujemo medicinske sestre z univerzitetno izobrazbo, ki zagotavljajo profesionalno, kakovostno in učinkovito zdravstveno nego v dobro pacientov. Vladam priporočamo, da spremenijo izobraževalne sisteme tako, da se medicinske sestre in babice, odgovorne za izvajanje zdravstvene in babiške nege, lahko izobražujejo na univerzitetnih programih, usklajenih z direktivami Evropske unije, ki se skozi raziskave kažejo kot ustrezna raven priprave za kakovostno oskrbo pacientov.

Za medicinske sestre in babice, ki so se izobraževale na srednjih strokovnih šolah, želimo zagotoviti priložnost, da pridobijo dodatna znanja, s katerimi lahko vstopijo v univerzitetno izobraževanje. To bi bilo moč doseči skozi implementacijo »diferencialnih programov« znotraj javnih akademskih institucij.

Vlade pozivamo k sodelovanju z organizacijami zdravstvene nege pri razvoju in uveljavitvi načrta za spremembo izobraževanja medicinskih sester, in da za realizacijo teh programov prispevajo potrebna finančna sredstva, jih poiščejo v državnih proračunih ali v skladih EU.

V interesu javnosti tudi pozivamo državne uradnike, da vložijo več truda v zakonodajni postopek in predstavijo Zakon o zdravstveni negi in Zakon o babištvu, ki regulirata poklice v zdravstveni negi in babištvu.

Sedanji sistem zdravstvenega varstva je kompleksen in za izvajanje potrebne oskrbe zahteva oboje - vrhunsko znanje in čustveno zrelost. Skrbi nas, da od svoje mladine pričakujemo, da vstopa v klinično prakso brez potrebne čustvene zrelosti. Menimo, da tako stanje ni dobro niti za mlade niti za paciente.

Da bi izboljšali zdravstveni status naših državljanov in pripomogli k temu, da javnost postane dejavna družba, želimo člani poklicev v zdravstveni negi in babištvu, pa tudi predstavniki nacionalnih združenj medicinskih sester in babic in člani ICN, dejavno sodelovati pri razvoju in implementaciji načrta in vam ponujamo svojo podporo, strokovnost in znanje. Zavezujejo se, da bomo vse svoje člane spodbujali k doseganju zgoraj zapisanih ciljev.

Nacionalna združenja prisotna na zasedanju: Hrvaško združenje medicinskih sester, Zveza združenj zdravstvenih delavcev Srbije, Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Združenje medicinskih sester in babic v Črni gori, Združenje medicinskih sester, tehnikov in babic v Republiki Makedoniji (MANM), **Status uradnega opazovalca:** Združenje medicinskih sester in babic v Republiki Srpski, Bosna in Hercegovina, **Mednarodni svet medicinskih sester (ICN)** dr. Judith Shamian, predsednica, mag. Peter Požun, član upravnega odbora. ■

Opatija, Hrvaška, 10. oktober 2015

Prevod: Male misli d. o. o.



NO HEALTH
without a workforce.
NO WORKFORCE
without nurses and midwives!
Global Strategy on Human Resources for Health

40 let Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti

Marjeta Berkopec

Konec novembra je Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti s slavnostno akademijo in dvodnevni strokovni izobraževalni obojeležila štiri desetletja organiziranega delovanja operacijskih medicinskih sester na Slovenskem. Ob okroglem jubileju smo se s ponosom ozrli na prehojeno pot, se s spoštovanjem spomnili vseh, ki so sledili viziji organiziranega delovanja in tlakovali pot stroki perioperativne zdravstvene nege, po kateri stopamo danes.



Nagrajenke

Da bi pred pozabo rešili vsaj del zgodbe, ki so jo skozi zgodovino pisale operacijske medicinske sestre, smo izdali jubilejni zbornik Operacijske medicinske sestre na Slovenskem.

Operacijske medicinske sestre so zgodaj začutile potrebo po organiziranem delovanju, ki jim bo dajalo priložnost za strokovno in osebnostno rast. Kot peta po vrsti je bila v okviru Zveze društev medicinskih sester Slovenije, 21. 2. 1975 v Mariboru uradno ustanovljena Sekcija instrumentark. Za prvo predsednico je bila izvoljena Jožica Tomšič iz Splošne bolnišnice Maribor.

Operacijska zdravstvena nega na Slovenskem ima dosti več kot štirideset let. Že zgodovinski zapisi o delovanju usmiljenih sester sredi 19. stoletja omenjajo sestre instrumentarke, ki so delale v operacijski dvorani. Sestra instrumentarka je pripravila vse potrebno za nemoten potek operacije, sterilne instrumente, perilo, pomagala zdravniku pri umivanju rok, mu nadelala plašč in rokavice, pripravila bolnika na operacijo in pri operaciji podajala instrumente. Krajce svojega širokega pokrivala je imela spepte, da med operacijo ni motila kirurga. Instrumentarke opazimo tudi na redkih ohranjenih fotografijah kirurških posegov tistega časa. Pisni vir, ki z imenom in s priimkom omenja instrumentarko oziroma instrumentarja seže v leto 1935. Gre za fotografijo, posneto v novomeški bolnišnici okoli 1935, ko je med operacijo fotografiran primarij **dr. Ignacij Pavlič**, skrajno desno pa **Franjo Prokop – brat Kazimir**, ki instrumentira pri operativnem posegu. Kot zelo sposobnega instrumentarja v aseptični operacijski ga omenja primarij **dr. Franc Steinfelser**, ki je v Novem mestu delal z njim. Med zapisi o osebnosti, ki je med drugo svetovno vojno delala v bolnišnici Franja, zasledimo, da je bi-

la tam glavna medicinska sestra **Lidija Zlatoper**, ki je končala dva letnika srednje medicinske šole v Gorici in je poleg instrumentiranja skrbela za sterilizacijo operacijskega materiala, vodila lekarno in vsakodnevno delitev terapije, razporejala in nadzorovala je medicinsko in strežno osebje. Prav tako ne moremo mimo imena **Antonije (s. Livije) Merlak**, ki je bila priznana instrumentarka **prof. dr. Božidarja Lavriča** na ljubljanski Kirurški kliniki in je od leta 1946 do leta 1959 vodila šolo za kirurške instrumentarke in ortopedske asistentke. Omeniti je treba tudi delovanje prvih instrumentark (**Tjaša Kolenc**, **Majda Andrejašič**, **Majda Draksler**, **Hedvika Petelinc**, **Slavica Marinič**, **Marija Černe**, **Breda Cergolj**, **Mira Arnejšek**, **Jelena Ješe**, **Ivka Tepina**, **Slavica Terčec**, **Vlasta Praprotnik**, **Slava Stepanovič**, **Zora Postrak**, **Pavlina Vrščaj**, **Lonka Pukšič in Slavica Robida**), ki so že leta 1946 obiskovale šolo za kirurške instrumentarke, potem pa vsaka v svojem delovnem okolju organizirale in na noge postavljale operacijsko zdravstveno nego, največkrat prepuščene svoji lastni iznajdljivosti.

V okviru novoustanovljene strokovne sekcije so si operacijske medicinske sestre začele prizadevati za poenotenje dela v operacijskih dvoranah in sprejem standardov perioperativne zdravstvene nege. Še danes odzvanjajo besede gospe **Majde Šlajmer Japelj** ob ustanovitvi Sekcije instrumentark: "Vsak človek, ki je porabil veliko časa, truda in dela za pridobitev strokovnega znanja, ima tudi strokovne ambicije. Skupna srečanja in organizirano specializirano strokovno izpopolnjevanje daje vsakemu boljše možnosti. Pa ne le to, poleg strokovnih vprašanj so potrebni še čisto osebni, človeški stiki s tistimi kolegi, ki delajo na enakih in podobnih delovnih mestih in torej naj-



Bivše predsednice Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti slikane ob 20-letnici sekcije. Z leve proti desni: Ela Majerič, Olga Wagner, Jožica Tomšič, Ada Ličen, Zorica Šuligoj, Marija Lačen. Rogaška Slatina, 1995 (iz osebne arhiva Olge Wagner).

bolj razumejo strokovne probleme, pa tudi osebne težave in želje v zvezi s poklicno promocijo.

Ali ne bi bilo škoda, da bi še naprej delali vsak po svojem bolj ali manj pravem občutku, se učili še kar naprej na napakah in zato vedno zamujali? Vaša sekcija bo zbrala znanje, dobre in slabe izkušnje vas vseh, registrirala težave, ki ste jih imele na začetku te poklicne poti, tiste, ki vas spremljajo, in tiste, ki vam grenijo poklicno delo. Iz vsega se boste učili in vse napake boste lahko popravili, a le, če boste delali vsi skupaj.«

Strokovna sekcija je bila od vsega začetka med najaktivnejšimi sekcijami, ki delujejo v okviru krovne organizacije. Strokovna izobraževanja so bila prva leta organizirana štirikrat letno, v okviru sekcije so bile organizirane strokovne ekskurzije tudi izven slovenskih meja. Organizirano delovanje slovenskih operacijskih medicinskih sester je zelo zgodaj preraslo domače meje, povezovati so se začele s kolegicami iz drugih republik nekdanje skupne države in se udeleževati tudi mednarodnih izobraževanj. Štiri desetletja prizadevanj Strokovne sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti je bilo usmerjenih v ureditev izobraževanja operacijskih medicinskih sester na nacionalnem nivoju. Tečaji za izobraževanje instrumentark so potekali že marca 1945 v Slovenski sanitetni šoli v Zadru (pri tamkajšnji Slovenski partizanski bolnišnici). Januarja 1946 se je v Ljubljani začel šestmesečni tečaj za kirurške instrumentarke in ortopedske asistentke, ki je že naslednje leto trajal eno leto. Tečaji so potekali do leta 1959. V sedemdesetih letih prejšnjega stoletja so se začela intenzivna prizadevanja za vnovično uvedbo organiziranega izobraževanja za operacijske medicinske sestre. Izredno pomanjkanje usposobljenih operacijskih medicinskih sester in številne pobude iz zdravstvenih zavodov so privedle do organizacije enoletnega podiplomskega tečaja za kirurške instrumentarke. Enoletni tečaji, ki so bili leta 1972 organizirani v okviru šole za zdravstvene delavce v Mariboru, so potekali do leta 1984. Kasneje je sekcija večkrat razpravljala o pomenu organiziranega strokovnega izpopolnjevanja operacijskih medicinskih sester in si na različne načine prizadevala za specialistični študij. Po vseh prizadevanjih je leta 2003 ta-

kratna Visoka zdravstvena šola Maribor (zdaj Fakulteta za zdravstvene vede Univerze v Mariboru) razpisala specialistični študij Perioperativna zdravstvena nega, vendar pa je študij potekal le dve leti zapored. Žal formalno izobraževanje operacijskih medicinskih sester, ki bo v skladu z evropskimi smernicami, še danes ni urejeno.

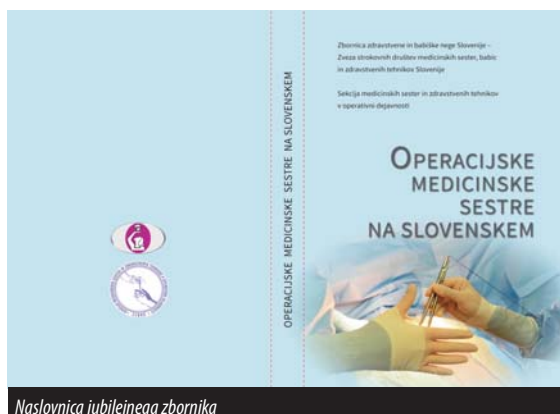
Sekcija operacijskih medicinskih sester Slovenije je bila 25. maja 1996 v Helsinkih sprejeta v organizacijo EORNA (European Operating Room Nurses Association). Prvi predstavnici Slovenije sta bili **Ana Goltes** (SB Novo mesto) in **Zorica Šuligoj** (SB Celje). Danes je sekcija aktivna članica evropskega združenja operacijskih medicinskih sester. Slovenske operacijske medicinske sestre z aktivno udeležbo na kongresih EORNA predstavljajo primere dobrih praks iz svojih delovnih okolij.

Od leta 1995 ob vsakem strokovnem seminarju sekcija izda zbornik predavanj, v katerem so zbrani strokovni prispevki posameznih srečanj. Na ta način so strokovne vsebine postale dostopne tudi tistim, ki se izobraževanja ne morejo udeležiti. Do vseh izdaj zbornikov, ki so izšli po letu 2004, je možen dostop tudi na spletnem naslovu www.soms.si. Ob 30-letnici organiziranega delovanja je skupina avtoric – **Marija Fabjan** (SB Novo mesto), **Ana Goltes** (SB Novo mesto), **Zorica Šuligoj** (SB Celje) in **Manica Rebernik Milič** (SB Maribor) – pripravila prvo izdajo Vodnika za začetnike v operacijskem okolju. Vodnik je nastal kot posledica velike potrebe strokovno zbranega pisnega gradiva v slovenskem jeziku.

Lahko bi rekli, da je vodilo sekcije naslednja misel: *Življenje ne zahteva od nas, da smo najboljši, le da se trudimo po najboljših močeh* (H. J. Brown).

Tudi v prihodnje bo sekcija sledila svoji viziji postati prepoznavna strokovna sekcija v okviru Zbornice – Zveze ter si z dejavnim vključevanjem v različne projekte prizadevala za vidnejšo in prepoznavno perioperativno zdravstveno nego. Prednostne naloge so še vedno organizirana strokovna izobraževanja, prizadevanja za poenoteno delovanje stroke, izdelava nacionalnih strokovnih standardov, kadrovske normativi in jasno opredeljene kompetence operacijskih medicinskih sester. Nadaljevali pa se bosta tudi sodelovanje z evropskim združenjem in dejavno delo v EORNI.

Neizbrisen pečat naših predhodnic nas obvezuje, da nadaljujemo z delom in si z aktivnim delovanjem v okviru strokovne sekcije prizadevamo za napredek, uveljavitev in priznanje perioperativne zdravstvene nege. ■



Naslovnica jubilejnega zbornika

Aktualnosti na področju šolstva – razširjena seja izvršilnega odbora Sekcije medicinskih sester v vzgoji in izobraževanju

Irena Šumak, Saša Šabjan, mag. Barbara Kegl

V prostorih Zbornice – Zveze je v torek, 3. 11. 2015, potekala razširjena seja Sekcije medicinskih sester v vzgoji in izobraževanju, ki so se je udeležili tudi vabljeni predstavniki zdravstvene nege visokih zdravstvenih šol in fakultet ter srednjih zdravstvenih šol. Srečanje je bilo namenjeno izmenjavi mnenj in izboljšav v šolstvu. Na vabilo sta se odzvala tudi ga. Monika Ažman in g. Andrej Vojnovič.

Irena Šumak, predsednica Sekcije, se je zahvalila vsem prisotnim za udeležbo in povedala, da je srečanje odraz skrbi in odgovornosti vseh prisotnih za kakovostno in dobro poučevanje zdravstvene nege v slovenskem prostoru. Poudarila je, da so Sekcijo ustanovile medicinske sestre pred 45 leti z namenom, da v Sloveniji poučujemo zdravstveno nego KAKOVOSTNO in ENAKO, kar pomeni, da je treba temu cilju slediti in ga tudi vsakodnevno uresničevati pri poučevanju zdravstvene nege, tako pri teoretičnem pouku kot kliničnem izobraževanju in usposabljanju. Enotno poučevanje zdravstvene nege v državi lahko dosežemo tudi s poenotenjem študijske literature in gradiv, zato je pozvala k pisanju učbenikov za strokovna področja, kjer le teh ni in so nujno potrebna. Predlagala je poenotenje negovalne učne dokumentacije za študente na kliničnih vajah po vsej državi. Tudi vsa diplomska dela naj bi bila dostopna preko elektronskih baz. Predlagala je sprejemne, vstopne pogoje za študij zdravstvene nege oz. psihološke teste, s katerimi bi zagotovili, da na zdravstvene šole pridejo kandidati z moralnimi in etičnimi vrednotami, ki so nujne za opravljanje poklica medicinske sestre. Povedala je tudi, da bo treba v okviru Zbornice – Zveze pregledati in prenoviti kompetence v skladu z novo Direktivo in EFN smernicami za srednje in visokošolsko izobraževanje. Povabila je učiteljice in predavateljce zdravstvene nege k pisanju nacionalnih protokolov v okviru Z – Z. **Predsednica Sekcije je pozvala vse visokošolske učitelje in učitelje v srednjih šolah k nadaljnjemu sodelovanju in k aktivnim udeležbam na strokovnih srečanjih.**

Monika Ažman je poudarila pomen EFN smernic za implementacijo člena 31 o medsebojnem priznavanju poklicnih kvalifikacij, glede na Direktivo 2005/36/EC, dopolnjeno z Direktivo 2013/55/EU, ki stopi v veljavo 18. 1. 2016. Ob tem je poudarila, da se moramo zavedati, da je delo medicinske sestre z zaključeno prvo bolonjsko stopnjo študija zdravstvene nege, ob bolniku, za bolnika, torej vsakodnevno izvajanje različnih aktivnosti zdravstvene nege. Študenti zdravstvene nege naj bi z mentorji v kliničnem okolju izvedli polovico vseh študijskih obveznosti, zato so mentorji ključnega pomena pri prenosu teoretičnega znanja v prakso.

Mag. Barbara Kegl je povedala, da so letos 1. letnike že vpisali v prenovljen program po EFN smernicah. Opozorila je na problematiko kliničnega usposabljanja, saj posamezni študenti ne dosegajo minimalnih kriterijev znanj, pa jih mentorji kljub temu pozitivno ocenjujejo. Posamezni mentorji nimajo časa, nekateri tudi interesa za delo s

študenti, prav tako za svoje delo niso primerno nagrajeni oz. plačani. Mentorji pomagajo pri prenosu znanja študentov, saj imajo to opisano v opisu delovnega mesta. Znano je, da v kliničnem okolju mora imeti študent enega mentorja, ki mora biti s študentom večino časa usposabljanja, ura kliničnega usposabljanja pa šteje 60 minut. Nagrajevanje mentorjev je treba urediti na državni ravni. Na posameznih visokih šolah je tudi problem zaporedja predavanj in kliničnih vaj: študenti so razporejeni na klinične vaje, preden poslušajo teorijo na šoli.

Dr. Danica Železnik sprašuje, ali imamo strokovnjake na vodenih mestih visokošolskih zavodov zdravstvene nege v Sloveniji. Poudarja pomen vertikale v izobraževanju zdravstvene nege v Sloveniji. Dekani visokošolskih ustanov in fakultet zdravstvene nege bi morali biti v osnovnem poklicu medicinske sestre/zdravstveniki. Žal v praksi ni tako.

Mag. Miha Kaučič je opozoril, da bi bilo treba razmisliti o načinu zaključka študija zdravstvene nege na prvi stopnji, saj je raziskav v okviru diplomskih del veliko in so klinična okolja prenatrpana z anketnimi vprašalniki. Razmisliti je potrebno o diplomskem izpitu, ob zaključku študija na prvi stopnji. Klinično okolje je treba nameniti za raziskovalno delo v okviru študija na drugi in tretji bolonjski stopnji.

Posamezni predstavniki fakultet izpostavijo problem prevelikih skupin študentov na laboratorijskih/kliničnih vajah v simuliranem okolju, kjer je pridobivanje spretnosti/veščin zelo pomembno za nadaljnje delo v kliničnem okolju.

Monika Ažman seznani udeležence sestanka s sprejetimi sklepi Ministrstva za izobraževanje, znanost in šport, da bo prenova srednjega strokovnega izobraževanja Zdravstvena nega v veljavi v šolskem letu 2017/2018, naziv bo zdravstveni asistent/asistentka in da ministrstvo ne podpira ustanovitve strokovnih, torej zdravstvenih gimnazij, katera pobuda je bila podana s strani predstavnikov Strateškega sveta zdravstvene in babiške nege pri MZ. Revizija poklicnega standarda je v pristojnosti Centra RS za poklicno izobraževanje, ki ga zastopa g. Metod Česarek. Potrebno je poenotiti odprti kurikulum v programu zdravstvena nega, kar mora biti v korist stroke in mednarodnih priporočil. Definirajo naj se zahteve glede izvajanja praktičnega pouka in izobraževanja (obvezna klinična okolja za usposabljanje). Praktično izobraževanje pri delodajalcu (PUD) se opravlja v bolnišničnem kliničnem okolju. Zdravstveni asistent/asistentka je član negovalnega in zdravstvenega tima, opravlja pripravništvo in strokovni

izpit, je vpisan v register izvajalcev. Zbornica - Zveza se bo zavzemala za opravljanje strokovnega izpita zdravstveni/asistentka po enotnih kriterijih in obsegu.

Povedala je tudi, da je bolničar/negovalac zdravstveni delavec, ki po zaključenem tri-letnem srednjem poklicnem izobraževanju, opravlja 6-mesečno pripravništvo in strokovni izpit. Torej je tudi poklic bolničar – negovalac reguliran poklic, za katerega velja, da je vpis v register izvajalcev zdravstvene in babiške nege obvezen. Prav zato bo Zbornica – Zveza predlagala izobraževanje bolničarja/negovalca le v okviru izobraževalnih institucij – srednjih zdravstvenih šol.

Predstavnice s srednjih zdravstvenih šol so postavile precej vprašanj o prenovi poklicnega standarda, kdo sodeluje pri prenovi, kakšna bo obveščenost, bodo smele tudi same sodelovati, saj si želijo dobro in kakovostno prenovno programa, ki bo nudila predvsem uporabno znanje za prakso. Prav tako pogrešajo sestanke aktivov ZN v okviru CPI – ja, kar je bila pred leti dobra praksa. Opozarjajo, da so skupine dijakov pri izvajanju praktičnega pouka v kliničnem okolju prevelike, obremenjujoče predvsem za paciente in delovno okolje, ob tem pa je vsa odgovornost na mentorju. Tudi predstavnice srednjih zdravstvenih šol predlagajo poenotenje učne negovalne dokumentacije za praktično izobraževanje za vse dijake vseh šol. Sprejeti sklepi, posredovani na Upravni odbor Zbornice – Zveze:

- **Ministrstvo za zdravje in Ministrstvo za izobraževanje, znanost in šport se poziva k ureditvi financiranja in nagrajevanja mentorjev, ki so vključeni v klinično usposabljanje študentov zdravstvene nege in mentorjem dijakom na praktičnem usposabljanju pri delodajalcu (PUD),**
- **Ministrstvo za izobraževanje, znanost in šport se poziva k zmanjšanju skupin dijakov v skupinah pri praktičnem pouku (do 8 dijakov) in študentov pri laboratorijskih in kliničnih vajah (10–12) študentov,**
- **Sanela Pivač sprejme pobudo za oblikovanje delovne skupine v okviru strokovne sekcije, za oblikovanje enotne negovalne dokumentacije, za 1. stopnjo Zdravstvena nega, po sprejetju Smernic za izobraževanje v zdravstveni negi na študijskem programu prve stopnje zdravstvene nege (VS),**
- **pogoj za opravljanje poklicev v zdravstveni negi in oskrbi je psihično in fizično zdravje posameznika, zato naj študenti ob vpisu v študij predložijo zdravniško potrdilo, ob tem pa se predlaga tudi intervju (moralne in etične vrednote kandidatov), slednji naj ima odločilno vlogo pri sprejemu na študij zdravstvene nege.**

Srečanje je bilo delovno, izmenjali smo si mnenja in iskali skupne rešitve v korist kakovostnemu poučevanju zdravstvene nege. Veselimo se nadaljnjih srečanj in skupnega dela. **HVALA. ■**

Strokovni nazivi ter uporaba kratic v zdravstveni in babiški negi

Spoštovane kolegice ter kolegi, glede na večje število pozivov članic in članov, naj ponovno objavimo prispevek o strokovnih nazivih, smo se odločili za njegovo ponovno objavo, tokrat v nekoliko poenostavljeni verziji.

Dogovorjene okrajšave po zaključku srednje strokovne šole:

- srednja medicinska sestra: **SMS**
- zdravstveni tehnik: **ZT**
- tehnik zdravstvene nege: **TZN**

Pridobljeni strokovni naslovi po višješolskem študijskem programu:

Visoka šola za zdravstvo v Ljubljani

- višja medicinska sestra: **viš. med. ses.**
- višji medicinski tehnik: **viš. med. teh.**
- višji zdravstveni tehnik: **viš. zdr. teh.**

Visoka zdravstvena šola v Mariboru

- višja medicinska sestra: **VMS**
- višji zdravstveni tehnik: **VZT**

Pridobljeni strokovni naslovi po dodiplomskih študijskih programih in študijskih programih prve stopnje

- diplomirana medicinska sestra/ diplomirana medicinska sestra (VS): **dipl. m. s. / dipl. m. s. (VS)**
- diplomirani zdravstvenik/diplomirani zdravstvenik (VS): **dipl. zn. / dipl. zn. (VS)**
- diplomirana babica, diplomirani babičar/ diplomirana babica (VS), diplomirani babičar (VS): **dipl. bab. / dipl. bab. (VS)**

Pridobljeni strokovni naslovi po študijskemu programu druge stopnje

- magister zdravstvene nege, magistrica zdravstvene nege: **mag. zdr. neg.**
- izjema – Fakulteta za zdravstvene vede, Univerza v Mariboru, magister zdravstvene nege, magistrica zdravstvene nege: **mag. zdr. nege**

Z dosledno uporabo naših nazivov, ki pripadajo naši stroki, izkazujemo svoj odnos do stroke, poklica, naše identitete in podobe izvajalcev zdravstvene in babiške nege v državi.

Hvala za vaše sodelovanje.

Vodstvo Zbornice – Zveze

Pripravil Andrej Vojnovič, univ. dipl. prav.



REPUBLIKA SLOVENIJA
SLUŽBA VLADE REPUBLIKE SLOVENIJE ZA RAZVOJ
IN EVROPSKO KOHEZIJSKO POLITIKO



Projekt nadgrajena celovita obravnava pacienta (CPC+)

Program Norveškega finančnega mehanizma 2009–2014

Monika Ažman

V Utripu in na spletni strani vas ves čas obveščamo o poteku projekta nadgrajena celovita obravnava pacienta (CPC+), ki smo ga skupaj s partnerji začeli v spomladanskih mesecih. Od začetnih priprav do načrtov izvedbe je projekt v polni fazi realizacije začrtanega dela. Zbornica – Zveza, kot partner na področju izvede izobraževanj za patronažne medicinske sestre, je pravzaprav glavnino svojih najpomembnejših aktivnosti že zaključila.

Naj še enkrat spomnimo, v čem je bistvo omenjenega projekta Nadgrajena celovita obravnava pacienta (CPC+). V že obstoječe time referenčnih ambulant (zdravnik, diplomirana medicinska sestra in medicinska sestra ali zdravstveni tehnik) smo vključili še patronažno medicinsko sestro in tako razširili populacijo obravnavanih pacientov še na paciente, pri katerih je dostopnost do osnovne zdravstvene oskrbe težja.

Razvili in verificirali smo novi klinični poti za sodelovanje patronažnih medicinskih sester z referenčnimi ambulantami in obravnavo debelosti v referenčnih ambulantah. Pripravili in izvedli smo izobraževanja za patronažne medicinske sestre in time referenčnih ambulant.

Po zaključenih izobraževanjih bodo specializanti, patronažne medicinske sestre in timi referenčnih ambulant pridobljeno znanje preizkusili še v praksi. Za izobraževanje bolnikov smo pripravili nov modul o zdravem življenjskem slogu in ga na delavnicah bolnikom tudi predstavili. Izvedli smo delavnice timskega pristopa k dolgoročni obravnavi debelosti.

Vsega tega Zbornica – Zveza seveda ni izvedla sama, se je pa odlično povezala z vsemi partnerji projekta, ki so: **Zdravstveni dom Ljubljana** (nosilec projekta), **DNV GL Norveška** (partner za zagotavljanje kakovosti), **Univerza v Ljubljani**, **Medicinska fakulteta**, **Katedra za družinsko medicino** (partner za strokovne vsebine in izobraževanje), **Mestna občina Ljubljana** (partner za splošno ciljno javnost) in **Zavod Prava poteza** (partner za diseminacijo, organizacijo in komunikacijo s SVRK).

Patronažne medicinske sestre so pridobile nova znanja s področja:

- preventivne obravnave pacientov,
- obravnave kroničnih bolnikov z astmo in kronično obstruktivno boleznijo,
- obravnave kroničnih bolnikov z arterijsko hipertenzijo in

- obravnava bolnika s sladkorno boleznijo tip 2 na domu/terenu.

Osnova za vsa prej omenjena izobraževanja so bili protokoli za diplomirane medicinske sestre v referenčnih ambulantah družinske medicine, ki so prilagojeni delu na terenu. S tem smo želeli čim bolj poenotiti obravnavo pacientov na domu (na terenu) s strani patronažne medicinske sestre z obravnavo diplomirane medicinske sestre v ambulantni družinski medicine ter tako omogočiti enako kakovostno obravnavo tudi tistim pacientom, ki ne morejo priti v ambulantno.

Poleg omenjenih izobraževanj smo patronažnim medicinskim sestram v okviru modula Vpliv družine na zdravljenje in zagotavljanje varnega okolja za starejše osebe, predstavili še vsebine, pomembne za kakovostno obravnavo pacientov na terenu.

V okviru modula Družinska obravnava debelosti je bil patronažnim medicinskim sestram predstavljen nov vidik obravnave debelosti in ugotavljanje stanja prehranjenosti posameznika s pomočjo univerzalnega orodja MUST. Eden izmed ciljev projekta je tudi okrepitev multidisciplinarnega sodelovanja v oskrbi pacientov, predvsem sodelovanja med patronažnimi medicinskimi sestrami in timom referenčnih ambulant družinske medicine.

Patronažne medicinske sestre so začele z novim načinom dela na terenu na začetku oktobra.

Prepričani smo, da bodo nova znanja in novi pristopi k obravnavi pacienta s strani patronažne medicinske sestre, pripomogli h kakovostnejši zdravstveni oskrbi pacientov na njihovem domu.

Vsebine vseh izobraževalnih modulov je vsem, ki vas omenjeno področje zanima ali bi želeli celo pridobiti nova dodatna znanja za delo, dostopna na spletni strani projekta: <http://www.zd-lj.si/cpc/index.php?lang=slo>. Vabimo vas k ogledu spletnih vsebin. O sklepnih fazah projekta vas bomo še obveščali. ■

Univerza v Ljubljani





Ponovni razpis za volitve v Sekcijo medicinskih sester v enterostomalni terapiji

Na osnovi Pravilnika o delu strokovnih sekcij Zbornice – Zveze Strokovna sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji razpisuje volitve za mandatno obdobje 4 let (2016-2020) za:

1. Šest članov izvršnega odbora strokovne sekcije (na podlagi Sklepa 7/3 z dne 3. 6. 2011, ki ga je sprejel odbor strokovne sekcije je en član odbora s strokovnega področja urologije)

Obrazložitev: Ob izvedenih razpisih smo pridobili člane izvršnega odbora za ljubljansko, prekmursko, koroško in primorsko regijo. V drugem razpisu pričakujemo prijave z ostalih slovenskih regij.

Razpisni pogoji:

1. Redna zaposlitev na ožjem strokovnem področju v Sloveniji najmanj 5 let za funkcijo člana izvršnega odbora sekcije,
2. Članstvo v Zbornici – Zvezi najmanj 5 let za funkcijo člana izvršilnega odbora sekcije.

Kandidat naj vloži:

1. Pisno kandidaturo za člana odbora sekcije, življenjepis z navedbo strokovne izobrazbe, delovnih izkušenj, dosedanjih aktivnosti na ožjem strokovnem področju ter podatke o članstvu v Zbornici - Zvezi.
2. Dokazilo delodajalca o redni zaposlitvi na ožjem strokovnem področju v Sloveniji vsaj 5 let.

Pri izbiri kandidatov za odbor strokovne sekcije se upoštevata regijski in strokovni princip.

Vloge s potrebnimi dokazili pošljete do vključno 15. 1. 2016 na naslov: Zbornica - Zveza, Ob železnici 30 a, 1000 Ljubljana. S pripisom: »Volitve Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji – NE ODPIRAJ.«

Volitve bomo izvedli na strokovnem seminarju v marcu 2016.

Mag. Tamara Štemberger Kolnik, predsednica strokovne sekcije v enterostomalni terapiji



**Vam UŠESNO MASLO
povzroča TEŽAVE?**

A CERUMEN
sprej/plastenke

**Raztaplja zamaške
iz ušesnega masla
in preprečuje njihov
nastanek**



**S površinsko aktivnimi snovmi
rastlinskega izvora!**

Od 6 mesecev starosti dalje.

**BREZ RECEPTA v lekarnah
in specializiranih prodajalnah**

www.a-cerumen.si **Dr. Gorkič**



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

Nacionalni protokoli aktivnosti zdravstvene nege

naziv **ZDRAVSTVENA VZGOJA PACIENTA PRED ZAČETKOM NADOMESTNEGA ZDRAVLJENJA
KONČNE LEDVIČNE ODPOVEDI**

koda **14.01**

Ključne besede: **Zdravstvena vzgoja, prehrana, peritonealna dializa, hemodializa, presaditev ledvice**

Namen aktivnosti:

Pacient je zgodaj in natančno seznanjen s svojo boleznijo in njenim potekom ter z vsemi možnimi oblikami nadomestnega zdravljenja.

Predvideni čas izvajanja protokola (aktivnosti):

60 do 90 minut z odmorom / eno srečanje

Skrbnik protokola aktivnosti zdravstvene in babiške nege:

Sekcija MS in ZT za področje nefrologije, dialize in transplantacije

Potrebno število oseb za izvedbo aktivnosti:

1

odgovorna oseba protokola:

Mirjana Rep, dipl. m. s.

Potrebni pripomočki:

- demonstracijska učila: plakati, računalniška predstavitev v programu power point, brošure, revije, zloženke
- akustična učila: pripomočki za predvajanje 15-minutnega filma (DVD, CD) o postopku peritonealne dialize, hemodialize in tx
- tridimenzionalni modeli: dializator, predpasnik za učenje peritonealne dialize
- diaprojektor, računalnik s projektorjem

Aktivnost ZBN lahko izvede:

bolničar	Ne
tehnik zdravstvene nege	DA
diplomirana medicinska sestra	DA
diplomirana babica	DA

omejitve, pripombe

Nacionalni protokoli aktivnosti zdravstvene in babiške nege

Izvedba aktivnosti zdravstvene nege:

Opombe:

I. stopnja zdravstveno vzgojnega dela		
1.	MS izvede sistematičen intervju s pacientom in njegovimi svojci: • oblikuje negovalno anamnezo, • dokumentira podatke v obrazec negovalne anamneze ob prvem obisku (priloga A)	<i>pacient bo obravnavan celostno</i>
2.	Medicinska sestra seznani pacienta in svojce s kronično odpovedjo ledvic: • predstavi anatomijo in delovanje ledvic • predstavi kronično ledvično bolezen • seznani s simptomi in znaki, ki opozarjajo na kronično obolenje ledvic • razloži pomen zdravil, ki jih je predpisal nefrolog, in njihovo pravilno uporabo pri vzdrževalnem zdravljenju	<i>pacient in svojci so seznanjeni z anatomijo in delovanjem ledvic</i> <i>pacient in svojci so seznanjeni s kronično ledvično boleznijo</i> <i>pacient in svojci poznajo simptome in znake, ki privedejo do kronične bolezni ledvic</i> <i>pacient in svojci razumejo pomen predpisanih zdravil in upoštevajo njihovo redno in pravilno uživanje</i>
3.	MS pouči pacienta in svojce o krvnem tlaku, prikaže in nauči jih pravilnega merjenja krvnega tlaka: • pouči jih o normalnih vrednostih KT (ciljni KT) • pouči jih o pravilnem ravnanju z merilcem krvnega tlaka doma • opozori jih na napake pri merjenju (rokav srajce pod manšeto, nepravilna velikost manšete) • pacienta in svojce opozori na vsakoletni strokovni pregled merilca KT • pacienta in svojce pouči o rednem uživanju predpisanih zdravil za znižanje krvnega tlaka • pacienta in svojce pouči o pomenu rednega uživanja zdravil za zniževanje krvnega tlaka za nadaljnje zdravljenje • pacienta in svojce pouči o pomenu vsakodnevne spremljanja KT	<i>pacient in svojci so seznanjeni, kakšen je priporočen ciljni KT</i> <i>prepoznajo visok krvni tlak (glede na ciljni KT)</i> <i>znajo ravnati z merilcem krvnega tlaka doma</i> <i>pacient in svojci poznajo napake pri merjenju krvnega tlaka in so nanje pozorni</i> <i>pacient in svojci poskrbijo za redni strokovni pregled merilca krvnega tlaka</i> <i>pacient redno uživa predpisana zdravila za znižanje krvnega tlaka</i> <i>pacient vzdržuje krvni tlak z zdravili, ki jih je predpisal zdravnik</i> <i>pacient in svojci razumejo pomen vsakodnevne spremljanja KT in uživanja zdravil za zniževanje krvnega tlaka za nadaljnje zdravljenje</i>
4.	MS načrtuje nadaljnje zdravstveno vzgojno delo pacienta in svojcev: • s pacientom in svojci se dogovori in uskladi za naslednje srečanje • s pacientom in svojci se dogovori za obliko srečanja (skupinsko / individualno) • pripravi vključitev drugih zdravstvenih delavcev po potrebi (nefrolog, psiholog, dietetik, socialni delavec, medicinska sestra, ki skrbi za pripravo pacienta na transplantacijo ...)	<i>pacient je seznanjen s potrebo po nadaljnjem zdravstvenem vzgojnem delu</i> <i>pacient bo obravnavan interdisciplinarno</i>
II. stopnja zdravstveno vzgojnega dela		
5.	MS predstavi podrobnosti nadomestnega zdravljenja končne ledvične odpovedi: • predstavi potek hemodialize ter njene značilnosti • predstavi potek peritonealne dialize ter njene značilnosti • predstavi transplantacijo ter njene značilnosti	<i>pacient in svojci so seznanjeni s hemodializnim zdravljenjem</i> <i>pacient in svojci so seznanjeni s PD</i> <i>pacient in svojci so seznanjeni s transplantacijo</i>
6.	MS predstavi pomen prehrane kroničnih ledvičnih bolnikov: • pouči o nadzoru natrija in soli v prehrani ter nevarnostih prevelikega vnosa natrija • pouči o nadzoru tekočine v prehrani in nevarnostih prevelikega vnosa tekočine v telo • pouči o nadzoru kalija v prehrani in nevarnostih prevelikega vnosa kalija	<i>pacient in svojci razumejo pomen izločitve soli v prehrani in se znajo izogibati živilom z veliko vsebnostjo natrija</i> <i>pacient in svojci razumejo nevarnost prevelikega vnosa tekočin v telo kroničnih ledvičnih bolnikov</i> <i>pacient in svojci prepoznajo živila, ki vsebujejo povečano vrednost kalija, znajo izbirati med primernimi živila za kroničnega ledvičnega bolnika in poznajo nevarnosti prevelikega vnosa kalija</i>

7.	• pouči o nadzorovanju fosfata v prehrani in nevarnostih prevelikega vnosa fosfata	<i>pacient in svojci prepoznajo živila, ki vsebujejo povečano vrednost fosfata, znajo izbirati med primernimi živili za kroničnega ledvičnega bolnika in poznajo nevarnosti prevelikega vnosa fosfata</i>
8.	• pouči o nevarnosti podhranjenosti zaradi nezadostnega vnosa hranil	<i>pacient in svojci znajo pripraviti okusen, beljakovinsko ter kalorično polnovreden obrok kljub vsem prepovedim v prehrani</i>
9.	• pouči o razlikah prehrane pri pacientu na zdravljenju s HD in PD	<i>pacient in svojci razumejo značilnosti zdravljenja s HD in PD</i>
10.	- MS pouči pacienta in svojce o skrbi za krepitev psihofizične vzdržljivosti organizma • pouči o pomenu redne telesne vadbe in gibanja za ohranjanje dobrega zdravstvenega stanja	<i>pacient in svojci so poučeni o telesnih dejavnostih, ki jih lahko izvaja pacient s kronično ledvično odpovedjo na nadomestnem zdravljenju glede na svoje zdravstveno stanje</i>
11.	• pouči o pomenu navezovanja stikov z ostalimi pacienti in učenju novih veščin za lažje prilagajanje novemu življenjskemu slogu	<i>pacient in svojci imajo možnost vključitve v društvo kroničnih ledvičnih pacientov</i>
12.	- MS sproti ocenjuje in dokumentira razumevanje sprejetega znanja: • vprašalnik osvojenih znanj pacienta (priloga B)	<i>znanje pacienta in svojcev je sproti preverjeno</i>
13.	- MS načrtuje nadaljnje zdravstveno vzgojno delo pacienta in svojcev: • s pacientom in svojci se dogovori za naslednje individualno srečanje	<i>pacient in svojci imajo naslednje individualno srečanje glede na psihofizične in socialne potrebe ter njihove želje</i>
14.	- MS pripravi vključitev drugih zdravstvenih delavcev po potrebi (nefrolog, psiholog, socialni delavec, medicinska sestra, ki skrbi za transplantacijo, patronažna MS) - MS se dogovori za individualno srečanje pacienta s svojcem in MS, ki vodi individualno prehransko svetovanje	<i>pacient in svojci pridejo na individualno prehransko svetovanje pripravljeni z vprašanji glede priprave hrane pacienta s KLB</i>
III. stopnja zdravstveno vzgojnega dela		
15.	- MS v razgovoru s pacientom in njegovim svojcem pojasni nerešena vprašanja: • pojasni, kako bi obe obliki nadomestnega zdravljenja vplivali na življenje pacienta in njegovih svojcev MS preveri, ali je pacient opravil individualno prehransko svetovanje	<i>pacient in svojci imajo možnost predstaviti svoje dvome</i> <i>pacient in svojci razumejo razliko med obema načinoma nadomestnega zdravljenja</i> <i>pacient je opravil individualno prehransko svetovanje in razume podana navodila</i>
16	- MS poda zdravniku nefrologu in timu na dializi informacijo o zdravstveno vzgojnem delu s pacientom: • poročilo MS, ki vodi zdravstveno vzgojno delo pred začetkom nadomestnega zdravljenja končne ledvične odpovedi, o pacientu (priloga C)	

Opombe, omejitve protokola:	Temeljna literatura:
OBLIKE DELA Glede na število udeležencev: - individualna oblika dela - skupinska oblika dela (2-3 pacienti s svojci) I. stopnja zdravstveno vzgojnega dela: individualna oblika dela II. stopnja zdravstveno vzgojnega dela: skupinska oblika dela III. stopnja zdravstveno vzgojnega dela: individualna oblika dela	1. Hoyer S (2005). Pristopi in metode v zdravstveni vzgoji. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo. 2. Lavrinc J (2005). Načrtovanje prehrane za ledvične paciente. Ljubljana: Zveza društev ledvičnih pacientov Slovenije. 3. Ponikvar R, Buturović-Ponikvar J (ur.) (2004). Dializno zdravljenje. Ljubljana: 4.Klinični oddelek za nefrologijo, Interna klinika, Klinični center. 5. Chronic Kidney Disease, A Guide to Clinical Practice (stages 1-3 and 4-5), Prague, September 2008. Switzerland, 6.Luzern: European Dialysis and Transplant Nurses Association/ European Renal Care Association (EDTNA/ERCA). 6. EDTNA/ERCA, Peritonealna dializa. Priročnik za klinično prakso. 2008.

Sklep	organ, ki izdaja sklep o ustreznosti:	številka sklepa:	datum:	odgovorna oseba:
Sklep skrbnika nacionalnega protokola	Sekcija MS in ZT za področje nefrologije, dialize in transplantacije	3/2014	13.11. 2014	Mirjana Rep
I. sklep o ustreznosti nacionalnega protokola	Delovna skupina za protokole aktivnosti ZBN	1/15	6. 2. 2015	Majda Oštir
II. sklep o ustreznosti nacionalnega protokola	Upravni odbor Zbornice Zveze	583/32	8. 4. 2015	Darinka Klemenc
III. sklep o ustreznosti nacionalnega protokola	Razširjeni strokovni kolegij za zdravstveno nego pri MZ	04-03a/04-2015	17. 6. 2015	mag. Branko Bregar

Dokument objavljen na spletni strani
Zbornice – Zveze dne **29. 9. 2015**

Nacionalni protokol se uporablja najmanj do: 28. 9. 2017

Iz navodila za objavo prispevkov, obvestil in izobraževanj v Utripu

Obvezno napišite naslov prispevka, rubriko, v kateri želite, da je prispevek objavljen in ime in priimek avtorja besedila ter fotografij. Prispevki naj bodo napisani **v programu Word, pisava Ariel (12) in presledek med vrsticami 1,5.**

Zaželeno je, da prispevki niso daljši kot **4.000 znakov (oziroma 70 vrstic)**. Ime datoteke naj se začne z imenom rubrike (kamor prispevek sodi) in nadaljuje s skrajšanim naslovom. Urednica si pridržuje pravico, da uvrsti prispevek v drugo rubriko, kot je želja avtorja, če meni, da je druga rubrika ustrežnejša. Prosimo, da pri poimenovanju datotek ne uporabljate šumnikov. Če ste k prispevku priložili digitalno fotografijo ali dve, naj bo prispevek temu primerno krajši. Ne bomo objavili prispevkov, ki so bili že objavljeni v drugih medijih.

Fotografije

Digitalne fotografije naj ne bodo del prispevkov v Wordu, ampak naj bodo oddane kot samostojne priponke – ne v Wordu (jpg idr.) Fotografije morajo biti kakovostne, ker jih sicer ne bomo mogli objaviti. Prosimo, da so fotografije

opremljene s podnapisom (vsebuje naj kraj, čas dogodka in imena oseb, če jih ni več kot sedem) in avtorjem. **Podnapis** pod fotografijo naj bo sestavni del prispevka v Wordu.

Odmevi

Odmevi na prispele članke oziroma prispevke za rubriko Prejeli smo so lahko dolgi največ 1.500 znakov. Če so daljši in jih ne krajša avtor, jih krajša odgovorna urednica. **Ne objavljamo odmevov z žaljivimi in neresničnimi vsebinami.** Objavljamo samo odmeve članic in članov Zbornice – Zveze.

Izobraževanja

Napovedi izobraževanj objavimo v obrazcu, ki je na voljo na spletni strani. Na spletni strani Zbornice – Zveze pa objavimo celoten program izobraževanja. Brezplačno objavimo samo izobraževanja, ki jih organizira ali soorganizira Zbornica – Zveza (strokovne sekcije, strokovna društva, Nacionalni center za strokovni, karierni in osebnostni razvoj, delovne skupine Zbornice – Zveze, ...) Vsa izobraževanja objavimo samo v obliki

obrazca (izjema so kongres Zbornice – Zveze ali mednarodni kongresi ter simpoziji regijskih strokovnih društev in strokovnih sekcij) in celoten program na spletni strani Zbornice – Zveze. Plačane oglase objavimo v obliki, kot jo zahteva plačnik. Izjemoma so možne kompenzacije – objava oglasa v zameno za kotizacije. Bodite pozorni na nov obrazec za objavo izobraževanj, ki je na voljo na spletni strani Zbornice – Zveze.

Napovedi interesnih dejavnosti strokovnih društev

objavimo v obrazcih, ki so na voljo na spletni strani Zbornice – Zveze ali pa na običajen način, vendar je obseg omejen na 1/3 strani v Utripu. **Prosimo za čim manj kasnejših popravkov poslanih besedil in programov izobraževanj.** Mnenja o uredniški politiki Utripa, predloge za nove rubrike idr. sprejemamo po elektronski pošti utrip@zbornica-zveza.si Zahvaljujemo se za vaše nove ideje, pohvale in predloge. Cenimo vaše sodelovanje

Uredniški odbor Utripa



Članstvo v Zbornici zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zvezi strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije (Zbornici – Zvezi)

Spoštovana kolegica, kolega,

veseli nas, da ste naša članica ali član. Hvala za zaupanje. Morda razmišljate, da bi to postali? Lepo povabljeni. Z vpisom se vključujete v enotno 85 let staro nacionalno stanovsko organizacijo, ki združuje 15.000 medicinskih sester, babic, zdravstvenih tehnikov in bolničarjev v državi.

Kratka zgodovina: 27. novembra 1927 je bila ustanovljena "Organizacija absolventk šole za sestre v Ljubljani". Leta 1951 se je združenje preimenovalo v Društvo medicinskih sester, leta 1963 v **Zvezo društev medicinskih sester Slovenije** ter se povezovalo v Zvezo društev medicinskih sester Jugoslavije. 15. 12. 1992 je bila v okviru Zveze društev ustanovljena še **Zbornica zdravstvene nege Slovenije**; tako organizacija lahko izvaja tudi naloge regulacije stroke.

Organiziranost: Zbornica – Zveza je pravna oseba zasebnega prava (društvo) in je **ni mogoče deliti samo na »zbornični del« ali samo na »zvezo društev« oz. »društvo«**. Sestavlja jo **enajst regijskih strokovnih društev**; posameznik/ca se sam/a odloči, kateremu regijskemu strokovnemu društvu želi pripadati (Ljubljana, Maribor, Celje, Pomurje, Ptuj-Ormož, Nova Gorica,

Koper, Slovenj Gradec, Novo mesto, Velenje, Gorenjska). Obstaja tudi možnost vključitve **fizičnih članov** oz. aktivna fizičnih članov, če kdo ne bi želel biti član regijskega strokovnega društva. Člani regijskih strokovnih društev in aktivna fizičnih članov so tudi člani Zbornice – Zveze. V organizaciji deluje **31 strokovnih sekcij**, ki povezujejo izvajalke/ce na ožjih strokovnih področjih po vsej državi, ter več začasnih ali stalnih delovnih skupin in teles.

Včlanitev: preko pristopne izjave. Na osnovi slednje vsak/a član/ica prejme najprej začasno potrdilo o članstvu in nato še člansko izkaznico, s katero lahko koristi ugodnosti članstva.

Članstvo v Zbornici – Zvezi je **prostovoljno**.

Članarina znaša 0,6 odstotka bruto mesečnega osebnega dohodka za redno zaposlene, za upokojene in študente 20 € letno, za čas porodniškega dopusta in brezposelnosti pa 3€ mesečno.

Članstvo fizični osebi preneha: na podlagi pisne izjave, da izstopa, in vrnjene članske izkaznice, če eno leto ne plačuje članarine in je ne plača tudi po opominu, z izključitvijo, če ne deluje v skladu s statutom, če krši Kodeks etike medicinskih sester in

zdravstvenih tehnikov Slovenije ali Kodeks etike za babice Slovenije, če s svojim ravnanjem škoduje delu in ugledu Zbornice – Zveze in s smrtjo. Zbornica – Zveza na podlagi pisne izjave o izpisu obvesti delodajalca in regijsko društvo.

Ponovni vpis: če se je član/ica izpisal/a iz organizacije in se v tekočem letu želi ponovno vpisati, za ponovni vpis v register članov Zbornice – Zveze, za izdajo potrdila in članske izkaznice plača pavšalno članarino od izstopa dalje. Če je član/ica prekinil/a članstvo v preteklem letu ali letih nazaj, za ponovni vpis poravnava pavšalno članarino v višini 35€.

Spremembe podatkov: v pisarni Zbornice – Zveze si prizadevamo, da bi bili podatki o članstvu pravilni in ažurni. Zato vas prosimo, če nam spremembe, vezane na delodajalca, status (študent, zaposlen, upokojenec), naslov prebivališča, porodniški dopust ipd. pisno javljate na naslov Zbornica – Zveza, Ob železnici 30 a, 1000 Ljubljana ali po e-pošti – clanarina@zbornica-zveza.si. Najhitrejša možnost sporočanja vaših podatkov je preko portala članov na naši spletni strani www.zbornica-zveza.si – zavihek »pripombe«. ■

Kupon ugodnosti

www.tosama.si

Bela štacunca

TOSAMA
Since 1923

- **10 % popusta na nakup**
- **15 % popusta na kozmetiko Dr. Pasha**
- **20 % popusta na obutev Alegria**

- **Vir**, Šaranovičeva cesta 35, 1230 Domžale
- **Maribor**, Jezdarska ulica 4, 2000 Maribor
- **Koper**, Pristaniška 4, 6000 Koper
- **Izola**, Ulica oktobrske revolucije 11, 6310 Izola
- **Ljubljana**, Šmartinska 152, BTC – Hala A, 1000 Ljubljana
- **Jesenice**, Center Tuš Jesenice, Cesta železarjev 4b, 4270 Jesenice
- **Idrija**, Drogerija Tuš Idrija, Lapajnetova ulica 33 5280 Idrija
- **Kranj**, Planet Tuš Kranj, Cesta Jaka Platiše 18, 4000 Kranj

Kupon ugodnosti velja do 31. 12. 2015 ob predložitvi ID kartice Zbornice-Zveze.

Popusti se ne seštevajo in ne veljajo na izdelke na naročilnico, na izdelke v akciji, darilne bone in izdelke z zaklenjeno ceno.



Prednosti in ugodnosti članstva:

- **vođenje osebnih mape** (portfolia) strokovnih izpopolnjevanj in izobraževanj;
- številne možnosti za **vseživljenjsko učenje**: izobraževalni dogodki v okviru strokovnih sekcij, regijskih strokovnih društev, delovnih skupin, drugo;
- vključevanje posameznikov ali skupin v področje **raziskovanja lastne stroke**;
- različne **interesne dejavnosti**: skrb za zdrav življenjski slog, izletništvo, kulturne, športne in druge prostocasne aktivnosti, zlasti v okviru regijskih strokovnih društev;
- možnost enkratnega letnega zaprosila za **sredstva iz sklada za izobraževanje**;
- možnost **pravnega svetovanja**;
- možnost **koriščenja različnih popustov**, odvisno od trenutne ponudbe;
- možnost **reševanja osebnih stisk in težav** tako na delovnem mestu kot v zasebnem življenju (v sodelovanju z SOS telefonom);
- možnost **individualnih obravnav primerov nasilja na delovnem mestu** v sodelovanju z zunanjo strokovnjakinjo v okviru Delovne skupine za nasilje v zdravstveni negi;
- drugo.

Pravice člana/ice:

voliti in imenovati ter biti voljen/a in imenovan/a v organe Zbornice – Zveze, uresničevanje poklicnih interesov preko svojih predstavnic/kov ali neposredno v organih Zbornice – Zveze, soodločanje o zadevah, ki so pomembne za zdravstveno in babiško nego za izboljševanje kakovosti, varnosti, humanosti in učinkovitosti zdravstvene oskrbe, posredovanje idej, pobud, vprašanj organom in telesom Zbornice – Zveze, prejemanje informativnega biltena.

Dolžnosti člana/ice: spoštovanje statuta in drugih pravnih aktov in sklepov Zbornice – Zveze, delovanje v skladu z etičnimi načeli stanovskih kodeksov, širitev poslanstva in delovanje v skladu z vrednotami organizacije, redno plačevanje članarine in redno obveščanje odgovornih o spremembah podatkov, ki so potrebni za vođenje registra članstva in dobro delo pisarne Zbornice – Zveze.

Združeni v enotni nacionalni stanovski organizaciji – za kakovostno in varno stroko, za solidarnost med nami, za boljšo prepoznavnost in več vpliva v družbi.

Vaša Zbornica – Zveza ■



Delovna Skupina Za
Nasilje v Zdravstveni Negi

Delovna skupina za nasilje v zdravstveni negi



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



Društvo SOS telefon za ženske in otroke – žrtve nasilja

SVETOVALNI TELEFON ZA OSEBE Z IZKUŠNJO NASILJA NA DELOVNEM MESTU

031 722 333

vsak torek, od 17. do 20. ure

Telefonsko svetovanje je **anonimno in zaupno**. Namenjeno je osebam, ki:

- so žrtve nasilnih dejanj na delovnem mestu,
- imajo izkušnjo spolnega nadlegovanja ali nadlegovanja zaradi osebne okoliščine: invalidnosti, zdravstvenega stanja, starosti, politične, etnične ali verske pripadnosti, istospolne usmerjenosti ... ,
- imajo izkušnjo besednega nasilja, podcenjevanja in omalovaževanja,
- preživljajo sistematično psihično nasilje in poniževanja,
- so na delovnem mestu socialno izločene in diskriminirane,
- na delovnem mestu nimajo zagotovljenega dostojanstva in varnosti,
- so zaradi izkušnje z nasiljem v stiski in potrebujejo pomoč,
- bi rade ustavile nasilje, ukrepale ali pomagale sodelavki/sodelavcu, pa ne vedo, kako.

POKLIČITE NAS, POSKUŠALI VAM BOMO POMAGATI!

Dileme zdravstvene oskrbe beguncev



Zaključki okrogle mize »Dileme zdravstvene oskrbe beguncev: izkušnje s terena«, ki je potekala v torek, 17. 11. 2015, v okviru znanstvenega posveta »Migracije in zdravstvo« na Zdravstveni fakulteti Univerze v Ljubljani



Dolgoročni cilji

- Oblikovanje dolgoročne strategije vključevanja migrantov in beguncev v sistem zdravstvenega varstva Slovenije, ki bo prispevala zmanjšanju neenakosti v zdravju teh prebivalcev in zagotavljala dostop do optimalnih zdravstvenih storitev za migrante in begunce in druge ranljive skupine prebivalstva.
- Začeti je treba s sistematičnim izobraževanjem, v času rednega izobraževanja in v okviru vseživljenjskega izobraževanja zdravstvenih delavcev, za razvoj in dvig njihovih kulturnih kompetenc.
- Delo medkulturnih mediatorjev in tolmačev mora biti sistemsko podprto v zdravstvenih ustanovah. S tem je zagotovljena kakovost obravnave oseb.
- Pri pripravi in vpeljavi ukrepov, ki zadevajo zdravstvene pravice migrantov in beguncev, je nujno njihovo aktivno sodelovanje.

Kratkoročni cilji

- 1) Velik del zdravstvenih problemov beguncev, ki danes prihajajo v Slovenijo, izhaja iz neustreznih nastanitvenih pogojev, ki se postopoma izboljšujejo. Zaradi zimskih vremenskih pogojev je treba beguncem ob prihodu v Slovenijo zagotoviti nastanitveni sistem, ki bo zagotavljal dostojne razmere bivanja (dostop do tekoče vode, dovolj in ustrezni sanitarni prostori, zaščita pred neugodnimi vremenskimi/okoljskimi vplivi, dostop do (toplih) obrokov ipd.).
- 2) Zagotoviti je treba fleksibilno prisotnost zdravstvenih ekip v nastanitvenih centrih glede na potrebe beguncev. V času neprisotnosti zdravstvenega kadra je treba zagotoviti kontinuiteto (24 urno) zdravstvene oskrbe (npr. v Petišovcih).
- 3) Triaziranje beguncev glede potreb po zdravstveni oskrbi mora biti strokovno.
- 4) Pomanjkanje zdravstvenega kadra je možno rešiti z aktiviranjem brezposelnih oseb, ki so prijavljeni na Zavo-

du RS za zaposlovanje, ki imajo strokovno izobrazbo. Za zaposlitev teh naj država nameni ustrezno finančno podporo.

- 5) Opazno je veliko pomanjkanje tolmačev in medkulturnih mediatorjev, zaradi česar prihaja do mnogih jezikovnih in kulturnih nesporazumov, kar znižuje kakovost zdravstvene oskrbe. Predlagamo vpeljavo večjega števila tolmačev in medkulturnih mediatorjev v oskrbo beguncev.
- 6) Pri zdravstveni obravnavi naj se praviloma ne razdružuje družinskih članov. Ko tega ni mogoče zagotoviti, je treba poskrbeti za informiranosti o lokaciji in stanju njihovega družinskega člana. V primeru hospitalizacije begunca naj se na željo svojcev jim zagotovi nastanitev v bližini bolnišnice.
- 7) Begunce je potrebno sistematično informirati o zdravstvenih pravicah (o tem, da je oskrba brezplačna, kje poiskati pomoč ipd.).
- 8) Sredstva za izboljšanje zdravstvene oskrbe beguncev naj državne ustanove pridobijo iz evropskih skladov pomoči za begunce. ■

Vir:

http://www.zf.uni-lj.si/images/stories/datoteke/cvu/dogodki/2015/MIGRACIJE_IN_ZDRAVSTVO_NOV_15/zaklju%C4%8Dki_kopija.pdf

Zaključke sta zapisali:

*doc. dr. Uršula Lipovec Čebtron in
mag. Marija Milavec Kapun.*

Na znanstveni posvet je bila vabljen tudi Zbornica – Zveza, za kar se organizatorjem (ZF UL) zahvaljujemo. Na okrogli mizi, kjer so bili oblikovani gornji zaključki, je v imenu organizacije sodelovala predsednica Darinka Klemenc.

Pravilnik o službi nujne medicinske pomoči (NMP)

Organizacija nujne medicinske pomoči

Pravilnik o službi NMP ureja pogoje, organizacijo in način dela službe nujne medicinske pomoči. V Uradnem listu, št. 81/15 je bil dne 30. 10. 2015 objavljen Pravilnik o službi nujne medicinske pomoči, ki začne veljati 14. 11. 2015.

Ministrica za zdravje Milojka Kolar Celarc je prisluhnila pripombam, zato Pravilnik ne posega na področje neprekinjenega zdravstvenega varstva. Do nadaljnjega bodo dežurne ambulate na obstoječih lokacijah delovale tako, kot so do sedaj.

Koncept sistema nujne medicinske pomoči in glavni gradniki – urgentni centri, satelitski urgentni centri, dispečerstvo, triaža, prvi posredovalci ostajajo enaki. Predvidena je evalvacija in morebitna revizija mreže vsaki dve leti.

Urgentni centri

Do konca leta 2015 bomo imeli zgrajenih 10 urgentnih centrov, ki so namenjeni oskrbi urgentnih pacientov. Novi urgentni centri že delujejo v Brežicah in Murski Soboti, 19. novembra 2015 se odpira urgentni center v Mariboru, do konca leta pa bodo začeli delovati še na Jesenicah, v Novi Gorici, Celju, Trbovljah, Slovenj Gradcu, Izoli in Novem mestu.

Sateliti urgentni centri za zagotavljanje večje dostopnosti (SUC)

Sateliti so manjše enote (pomanjšani UC), ki imajo stalno prisotno osebje, triažo, osnovno opremo in zdravila za oskrbo kritično bolnih, manjši prostor za opazovanje, prenosni ultrazvok, obposteljni laboratorij za osnovno diagnostiko, ter možnost nujne izdaje vsaj osnovnih zdravil. Za uveljavitev SUC-ev je podaljšano prehodno obdobje. V začetni fazi bodo vzpostavljeni nekateri pilotni projekti SUCa, predvsem tam, kjer bodo podatki dispečerja potrdili smotrnost SUCa in seveda tudi izpolnitev v pravilniku določenih zahtev, glede kadrov, usposobljenosti in prostorskih zahtev ter opreme. V prehodnem obdobju, po vzpostavitvi dispečerskega centra zdravstva, bodo lahko enote, ki želijo postati SUCi, podale vloge za pristop k Pilotnemu projektu SUC.

Dispečerstvo

V začetku leta 2016 bodo začeli delovati tudi dispečerski centri (poleg že obstoječega na Obali tudi v Ljubljani in Mariboru). Ti bodo objektivno beležili vse klice, hitrosti izvozov in prihodov do bolnikov, težavnost posredovanj, itd. Na osnovi tudi podatkov in kriterijev, ki so zapisani v Pravilniku za vzpostavitev satelitskega urgentnega centra, se bodo postopoma uvajali predvideni satelitski centri po Sloveniji.

Triaža za hitro obravnavo življenjsko ogroženih bolnikov

Triaža zagotavlja, da bodo pacienti obravnavani, glede na stopnjo ogroženosti. V urgentnem centru oziroma satelitskem urgentnem centru bo vedno prisotna oseba, ki bo zagotavljala prednostno obravnavo življenjsko ogrožajočih stanj. Ta bo poenotena, s tem se bo posledično zago-



Urgentni center v UKC Maribor

tovila enovita visoko kakovostna in varna obravnava pacientov, s čimer bo zagotovljena pravica vseh prebivalcev do enako dostopne ter hitre in kakovostne oskrbe.

Prvi posredovalci za najhitrejšo oskrbo življenjsko ogroženih

Prvi posredovalci ostajajo v pravilniku kot dodana vrednost in se organizirajo na željo in potrebe lokalne skupnosti, na popolnoma prostovoljni bazi. Pravilnik določa samo potrebna znanja in veščine, ki jih mora znati prvi posredovalec. Prvi posredovalci so osebe, ki zagotavljajo najhitrejšo začetne oskrbe v primerih srčnih zastojev, nezvesti, dušenja s tujkom, itd. Tako bo omogočena skoraj enako dobra možnost preživetja predvsem v ruralnih okoljih, kjer je dostopnost ekipam nujne medicinske pomoči nekoliko daljša.

Zdravstveno varstvo na prireditvah

Pravilnik ureja tudi enotno ureditev zdravstvenega varstva na prireditvah, to področje je bilo sedaj dokaj neurejeno. V pravilniku so določeni ključni kriteriji za razvrščanje tipa prireditve, glede na velikost prireditve, ogroženosti z vidika zdravja in potreb po vrsti zdravstvene ekipe. ■

Vir: PR MZ

Ali je po 30 letih HIV/aidsa eliminirati stigmatizacijo v zdravstvu še vedno izziv?

Janez Tomažič, Irena Klavs, Jože Balažič, Dušica Pleterski, Miha Lobnik*

Strah pred stigmatizacijo je pri osebah, ki živijo s hivom, dandanes še vedno njihov in naš največji problem in se je, žal, le malo zmanjšal, kljub vsemu znanju glede načinov prenosa virusa, in kljub temu, da je zaradi učinkovitega zdravljenja hiv/aids postala kronična obvladljiva okužba oz. bolezen. To se je nedavno potrdilo tudi v okviru partnerskega projekta »Odziv na hiv«, ki ob podpori Norveškega finančnega mehanizma združuje nevladne organizacije LEGEBITRA, ŠKUC, DIH in GayLesbianHealthNorway, Inštitut za Mikrobiologijo in Imunologijo MFUL ter Kliniko za infekcijske bolezni in vročinska stanja UKCL.

Tveganje prenosa virusa hiv ob izvajanju zdravstvenih storitev v zdravstvenih ustanovah je ob upoštevanju splošnih previdnostnih ukrepov, ki so uveljavljeni v zdravstvu, zanemarljivo. Pri zdravstvenih delavcih, ki se pri delu izpostavijo s hivom okuženi krvi pri nezdavljennih osebah (npr. vbod z iglo), je 0,33 % tveganje za okužbo s hiv. Pri nas se do sedaj še ni okužil noben zdravstveni delavec. V ZDA pa je do sedaj, v vsej zgodovini hiv/aidsa, dokumentiranih 59 okužb in 150 možnih okužb.

V Sloveniji, v obdobju od 1986, ko so bili prijavljeni prvi primeri prenosa hiva, med katerimi so bili tudi prejemniki krvnih pripravkov, nismo več imeli niti enega samega prenosa hiva, ki bi se zgodil na tak način.

Nedopustno je, da se osebe, ki živijo s hivom, več kot tri desetletja po začetku epidemije nemalokrat še vedno soočajo z diskriminacijo v zdravstvu. Zagotoviti moramo strokovno primerno in spoštljivo obravnavo teh oseb v zdravstvenem sistemu, s čimer bomo prispevali k zmanjševanju ponotranjene stigme in slabega psihičnega počutja med ljudmi, ki živijo s hivom, in tudi med nami, zdravniki, medicinskimi sestrami, babicami, tehniki zdravstvene nege, drugimi zdravstvenimi delavci in sodelavci. Treba je zagotoviti spoštovanje določil Zakona o pacientovih pravicah (ZPacP), kot so *pravica do dostopa do zdravstvene oskrbe in zagotavljanja preventivnih storitev, pravica do enakopravnega dostopa in obravnave pri zdravstveni oskrbi, pravica do varstva zasebnosti in varstva osebnih podatkov* itd.

Izpostavili bi splošno znan in še vedno prepogost problem odklanjanja oseb s hivom s strani številnih stomatologov, ki je še toliko bolj nesmiseln, ker dandanes vse osebe s prepoznano okužbo zdravimo in ima velika večina nezaznavne koncentracije virusa v telesnih tekočinah, tako da prenos virusa praktično ni mogoč, sploh pa ne ob upoštevanju splošnih previdnostnih ukrepov.

ZPacP določa: *Zdravnik in izvajalec zdravstvenih storitev, ki ga je pacient izbral, lahko pod pogojem, da ne gre za nujno medicinsko pomoč, pacientovo izbiro zavrne le v posebej utemeljenih primerih, ko bi bilo zdravljenje predvidoma manj uspešno oziroma nemogoče, ali kadar tako določa zakon. Pacientu mora predlagati izbiro drugega zdravnika in izvajalca zdravstvenih storitev ter razloge za zavrnitev pojasniti v pisni obliki v osmih dneh od izražene pacientove izbire.*

Izvajalci zobozdravstvenih storitev, ki ne odklonijo obravnave oseb s hivom (ki jim razkrijejo svoj status), slednje

pogosto in praviloma naročajo ob koncu delovnega časa, kar pa je nesmiselno, ker se morajo storitve pri vseh osebah (ne glede na prepoznano ali morda neprepoznano okužbo, ki se lahko prenese ob izpostavljenosti okuženi krvi ali telesnim tekočinam) izvajati v skladu s splošnimi previdnostnimi ukrepi, kar prepreči prenos okužbe ob zdravstvenih storitvah. Zdravstveni delavci bi se morali zavedati, da so bolniki, ki vedo za svojo hiv okužbo ali aids in so zdravljeni, izrazito manj nevarni za prenos virusa, kot tiste osebe, ki še ne vedo za svojo okužbo in imajo lahko zelo velike koncentracije virusa v krvi. Torej je treba za preprečevanje prenosa okužb, ki se prenašajo ob izpostavitvi okuženi krvi ali telesnim tekočinam, pri vseh bolnikih upoštevati splošne, v zdravstvu uveljavljene previdnostne ukrepe.

Število primerov stigmatizacije/diskriminacije oseb, ki živijo s hivom ob zdravstvenih storitvah, je nezadostno raziskano, ker se šele v zadnjem času opogumlja več ljudi, ki o tem poročajo. Vsekakor pa menimo, da je vsak primer preveč. Ne dogajajo se samo pri zobozdravstveni oskrbi, pač pa tudi na drugih področjih v zdravstvu. Navajamo nekaj primerov, ki so jih naši bolniki zaupali nevladnim organizacijam, in so dokumentirani:

a) *Oseba, ki se je zdravila v eni od slovenskih bolnišnic in imela na kartonu z rdečim flomastrom napisano HIV pozitiven, rabljeno bolnišnično pižamo je morala sama odlagati v posebno vrečo, pri terapiji je vedno prišla zadnja na vrsto.*

b) *Moškega s hivom, ki smo ga z Infekcijske klinike poslali na psihiatrijo, so namestili v enoposteljno sobo, in je bil vedno zadnji na vrsti na viziti. Na Centru za izvenbolnišnično psihiatrijo pa so ga na preglede naročali zadnjega, ob čimer so mu dali jasno vedeti, da zaradi hiva. Po njegovem odpustu so sobo razkužili, kar mu je pozneje povedala zdravnica.*

c) *HIV pozitiven moški, ki je padel in si razbil nos, je bil sprejet na urgenco, kjer ga je specialist nadržal, češ da je dolžen povedati, da je HIV pozitiven, in da bi ga zaradi nerazkritja lahko prijavil policiji. Moški je poklical svojega infektologa, ki je interveniral.*

d) *HIV pozitivnemu moškemu, ki dela kot mesar v trgovini, je zdravnik medicine dela odsvetoval delo na oddelku mesnin zaradi možnosti prenosa okužbe. Po posredovanju infektologa je delo lahko opravljal.*

e) *Več ljudi s hivom je poročalo, da so nekatere medicinske sestre v ambulantni za spolno prenosljive okužbe Dermato-*

loške klinike homofobne, in da obsojajo HIV pozitivne osebe. Pacient s hivom je medicinski sestri pred odvzemom krvi sam rekel, naj uporabi rokavice, a ga je nadrla. Moralizirala je v smislu, kako je bil lahko tako nespameten (da se je okužil).

f) Na Dermatološki kliniki je moški s hivom dobil injekcijo antibiotika, po navodilu medicinske sestre odležal dve uri in potem so mu izmerili pritisk. Na temperaturni list, ki ga je videlo vse drugo zdravstveno osebje, so napisali HIV. Medicinska sestra je komentirala: »Mogoče boste za drugič vedeli, da se ne splača.« Zaradi slabe izkušnje se zdaj izogiba Dermatološke klinike.

g) Oseba s hivom, pri katerem se je pozneje izkazalo, da je v Adisonovi krizi, je prišel po pomoč v Univerzitetni klinični center Maribor. Povedal je, da ima hiv in da se uspešno zdravi in da ima nezaznavno virusno breme. Brez potrebe so mu postavljali vprašanja, kje se je okužil, zakaj se je okužil itd.

Zaradi bodisi preteklih negativnih izkušenj z odnosom različnih zdravstvenih delavcev do oseb, ki živijo s hivom (nediskretnosti, stigmatizacije ali diskriminacije), bodisi zaradi strahu pred zavrnitvijo obravnave njihovega dodatnega zdravstvenega problema, posamezniki svojega hiv statusa ne želijo razkriti.

ZPacP določa: *Pristojnemu zdravniku in drugim zdravstvenim delavcem in sodelavcem je bolnik dolžen dati vse potrebne in resnične informacije o svojem zdravstvenem stanju, ki so pomembne za nadaljnjo zdravstveno oskrbo, zlasti podatke o svojih sedanjih in preteklih poškodbah ter njihovem zdravljenju, boleznih v rodbini, morebitnih alergijah in zdravlilih, ki jih uživa.*

Torej, bolnik pove, da je hiv pozitiven, ker je to pomembno za njegovo nadaljnjo zdravstveno oskrbo, ni pa tega dolžan povedati, da bi zdravstvenega delavca opozoril, da se primerno zaščiti (splošni previdnostni ukrepi), vendar pa menimo, da je to njegova moralna obveza. Infektologi vsaki na novo odkriti osebi, ki živi s hivom, med številnimi napotki in priporočili, svetujemo oz. jih poučimo, da dejstvo, da so okuženi s hivom, razkrije drugemu zdravstvenemu delavcu, ki ga zdravi oz. neguje, in to stori na primeren način, da pri tem zaščiti tudi svojo zasebnost in integriteto.

Za osebe, ki živijo s hivom, je pomembno, da se zavedajo svojega stanja ne samo zaradi osnovne bolezni, pač pa tudi zaradi diferencialnih zdravil, ki jih uživajo in ki lahko s součinkovanjem z morebitno na novo uvedenimi drugimi zdravili (različni antibiotiki, statini, antihistaminiki, učinkovinami, ki delujejo na strjevanje krvi, zdravili proti epilepsiji itd.), povzročijo nepričakovane reakcije, ki so lahko nevarne in ogrožajoče. Podobno je tudi pri drugih kroničnih boleznih (npr. epilepsija, sladkorna bolezen, zdravljenje z imunosupresivnimi zdravili itd.), ki sicer niso socialno stigmatizirane, nevarnost zatajene bolezni pa je za bolnika v navedenih primerih podobna, s to razliko, da se na hiv/aids celo redkeje pomisli.

Osebam, ki živijo s hivom in so v redni zdravstveni oskrbi, je treba zagotoviti enakopravno obravnavo tudi v socialno-varstvenih ustanovah, saj zaradi svojega hiv statusa ne predstavljajo nevarnosti za ostale varovance in varovanke, niti za zaposlene v teh ustanovah. Žal so glede tega v slovenskem prostoru še ogromni predsodki, ki onemogočajo, da bi včasih osebo, ki nima drugih možnosti, lahko napotili v tovrstne ustanove.

Nedopustni so primeri, ko bi zdravnik pri osebi s hivom, bolniku opustil nudenje nujne medicinske pomoči, kadar bi jo ta potreboval, in bi bil v neposredni življenjski nevarnosti. S takim dejanjem bi storil kaznivo dejanje opustitve zdravstvene pomoči po 178. členu KZ-1UB, ki pravi: »Zdravnik ali drug zdravstveni delavec, ki v nasprotju s svojo poklicno dolžnostjo ne pomaga bolniku ali komu drugemu, ki je v nevarnosti za življenje, se kaznuje z zaporom do enega leta«. Znana sta dva taka primera odklonitve s strani zdravnika, vendar je drugi zdravnik prevzel zdravniško pomoč in do udejanjenja kaznivega dejanja ni prišlo. Je pa tako dejanje nesporno tudi hud etično-deontološki prekršek.

Prispevek je napisan v želji, da prepoznamo in se zavedamo, kako pomembno je, da s svojimi, včasih neustreznimi in nepremišljenimi dejanji lahko spodbujamo ravnanje oseb, ki živijo s hivom, ki si ga nihče ne želi in ni v čast niti ljudem s hivom, še manj pa zdravnikom in drugim zdravstvenim delavcem.

*Društvo informacijski center LEGEBITRA, nevladna organizacija za odpravo diskriminacije na področju spolne usmerjenosti in preventivne programe v skupnosti. ■

NAGRADNA KRIŽANKA TOSAMA, D. O. O.

Izmed pravih rešitev nagradne križanke v novembrski številki Utripa (geslo: MALČKI RASTEJO Z DIFRAXOM) smo izžrebali naslednje nagrajenske, ki bodo po pošti prejele praktična darila:

1. Tadeja Suhadolnik, 4000 Kranj
2. Katja Poznič, 1410 Zagorje
3. Helena Zemljič, 2333 Sv. Ana v Sl. Goricah
4. Tatjana Marič, 5291 Miren
5. Sonja Šinkovec, 1111 Ljubljana - Vič

Etične dileme v paliativni oskrbi

Judita Slak

Zdravstveni delavci se ob svojem delu in odločanju mnogokrat srečujemo z dilemami, še posebno pa takrat, ko oskrbujemo neozdravljivo bolnega ali umirajočega in njegove bližnje. Na eni strani odločanje o ohranitvi življenja in pravici do življenja, umetno vzdrževanje življenja, na drugi strani pa pravica človeka do smrti, vnaprej izražene volje in do zavrnitve medicinskih posegov so odločitve, ki močno obremenijo bolnika in njegove bližnje, vsekakor pa tudi zdravstvene delavce na vseh nivojih zdravstvene oskrbe. Z namenom, da si izmenjamo izkušnje in poglede ter utrdimo etično občutljivost, smo se zbrali zdravstveni delavci in sodelavci iz vseh nivojev zdravstvenega varstva ter vseh poklicnih skupin in tudi svojci bolnika na strokovnem izobraževanju o etičnih dilemah v paliativni oskrbi v okviru golniškega simpozija, ki je potekal 22. oktobra 2015 v Univerzitetni kliniki za pljučne bolezni in alergijo Golnik.



Udeleženci

Foto: Polona Ozbič

Po uvodnem nagovoru organizatorice izobraževanja **Purške Lunder** in spodbudnih besedah direktorja gostiteljice Klinike Golnik **Matjaža Fležarja**, je sledila predstavitev izkušenj, dilem in primerov iz prakse z vseh področij obravnave bolnika in tudi izkušenj svojcev bolnika, kar se je naslušatelj še posebno dotaknilo. V prvem predavanju je **Matjaž Figelj**, zdravnik iz Splošne bolnišnice dr. Franca Derganca v Novi Gorici predstavil **etične dileme v paliativni oskrbi na oddelku za intenzivno medicino in opis primera obravnave bolnika**. Etične dileme nastajajo zaradi razlik v vrednotah med bolnikom, bolnikovimi bližnjimi in zdravstvenim osebjem. Ključ za reševanje dilem je pogovor, pridobitev objektivnih informacij, zagotovitev jasnih definicij, poznavanje bioetike in analiza argumentov. Celostno, k bolniku in družini orientirano oskrbo, lahko bolniku zagotovi le moralno kompetentno zdravstveno osebje s profesionalnim znanjem in praktično modrostjo, ki v etično presojo vključuje tudi bolnika in njegove bližnje. **Etične dileme zdravstvenega osebj v domu starejših občanov ob odločitvi stanovalca o zavrnitvi zdravljenja** je na podlagi predstavitve primera opisala **Lucija Jagodic Klipšteter**,

zdravnica iz Zdravstvenega doma Logatec. Privolitev ali zavrnitev diagnostičnih in terapevtskih postopkov je ena od temeljnih pravic vsakega bolnika. Pogoj za privolitev ali zavrnitev določene zdravstvene oskrbe je kakovostno, na bolniku razumljiv način posredovano pojasnilo glede načrtovanih preiskav, zdravljenja in možnih izidov, ki ga je dolžan opraviti zdravnik s svojimi sodelavci. Pri razreševanju dilem ob zavrnitvi zdravljenja je bistven odkrit pogovor, poznavanje bolnikovih pravic in osnovnih etičnih principov, deontoloških načel, zakonodaje in postopkov v paliativni medicini. Vse te veščine in znanja omogočajo osebu v zdravstvenem timu, da z razumevanjem in sočutjem sprejema in upošteva bolnikove odločitve. Spoštovanje bolnikove avtonomije ob hkratnem spoštovanju avtonomije bolnikovih bližnjih je etična dilema, s katero se pogosto srečuje **družinski zdravnik ob odločanju na hišnem obisku bolnika v zadnjem obdobju življenja**. **Jana Harej Figelj**, družinska zdravnica iz **Zdravstvenega doma Nova Gorica** je povedala, da je pri iskanju rešitve etične dileme poleg medicinskega znanja, veščin in izkušenj, pomembno upoštevati tudi etična priporočila. O pomenu skrbno **načrtovane uvedbe invazivnega**



Udeleženci okroglo mize - vabljeni predavatelji

Foto: Mojca Sajoč

umetnega predihavanja (IUP) pri bolnikih z amiotrofično lateralno sklerozo (ALS), ki temelji na dobri seznanitvi bolnika in svojcev z vsemi prednostmi in slabostmi, nam je predaval **Blaž Koritnik**, zdravnik in član multidisciplinarne **Skupine za ALS**, ki deluje na **Inštitutu za klinično nevrofiziologijo Nevrološke klinike UKC Ljubljana**. IUP lahko bolnikom z ALS podaljša preživetje in ob tem ohrani kvaliteto življenja, hkrati pa lahko pri naša precej možnih zapletov in neprijetnosti za bolnike in svojce. Pri načrtovanju IUP je predavatelj poudaril dobro sodelovanje med Inštitutom za klinično nevrofiziologijo in Kliniko Golnik ter vključevanje bolnika in svojcev pri odločanju in načrtovanju. **Urška Lunder**, zdravnica iz **Klinike Golnik** je na predstavitvi primera bolnika orisala dileme ob **spreminjanju bolnikove opredelitve glede IUP**. Ko bolnik izraža simptome, ki jih ne moremo dovolj lajšati in se zateka k odločitvam prenehanja postopkov vzdrževanja življenja, smo soočeni z najtežjimi etičnimi dilemami, tako strokovno kot tudi moralno etično in čustveno. V odločitvah je treba poleg bolnika in svojcev vključiti vse sodelujoče; zdravnike, ki so sodelovali v medicinski oskrbi do sedaj ter celotno osebje, ki bo bolniku nudilo obravnavo do konca življenja. **Izkušnje in etične dileme medicinskih sester ob postopku sedacije bolnika v paliativni oskrbi** je predstavila **Judita Slak**, dipl.m.s. iz **Klinike Golnik**. Izvajanje paliativne sedacije, ki se izvaja za blaženje neobvladljivih simptomov, se izvaja poredko, na osebje pa lahko deluje stresno. V času paliativne sedacije ima medicinska sestra vodilno vlogo pri oskrbi bolnika. Pomembno je, da je v proces paliativne sedacije vključena od vsega začetka, že v času načrtovanja. Za razreševanje vseh dilem v zvezi s paliativno sedacijo je pomemben timski pristop z ustreznim sodelovanjem in komuniciranjem vseh članov tima, dobra informiranost in znanje o postopkih sedacije, podpora in razumevanje članov tima. **Izkušnjo svojcev ob spoštovanju bolnikov odločitve prenehanja IUP** nam je opisala gospa **Zdenka Grižon**, soproga umrlega bolnika z ALS. S predstavitvijo pokojnega soproga, opisom poteka

bolezni in občutki bolnika in vseh bližnjih v času poslabšanja bolezni in izvajanja IUP, odločitvi o prenehanju IUP, je razrešila marsikatero moralno etično dilemo, ki se nam zdravstvenim delavcem pojavlja ob soočanju s podobnimi situacijami. Naj se ji ob tej priliki še enkrat iskreno zahvalim. **Marta Globočnik Kukovica**, zdravnica iz **Klinike Golnik**, je predstavila rezultate raziskave, **kako zgodaj prepoznamo bolnike z napredovalim pljučnim rakom za zgodnjo paliativno obravnavo**. Rezultati raziskave nakazujejo, da je za 2,1 meseca boljše preživetje v paliativno oskrbo vključenih bolnikov, kar pripisujejo boljšemu obvladovanju simptomov, psihosocialni podpori in manj agresivnim terapevtskim postopkom v zadnjih mesecih življenja. **Povratno informacijo svojcev zdravstvenemu osebju: doživljanje napovedi bližajoče se smrti** je raziskovala in nam izsledke raziskave predstavila **Polona Ozbič**, raziskovalka iz **Klinike Golnik**. Izkušnja pri napovedi procesa umiranja in bližajoče se smrti s strani zdravstvenih delavcev pomembno zaznamuje proces žalovanja bližnjih ob smrti družinskega člana. Pozitivne jim stisko olajšajo, negativne pa jo poglobijo. Intervjuirani v raziskavi si želijo, da bi nekateri zdravniki imeli z njimi toplejši odnos, nekateri pa obžalujejo, da medicinske sestre na področju informiranja o bolezni nimajo več pristojnosti.

Strokovno izobraževanje smo zaključili z okroglo mizo, pri čemer so sodelovali vabljeni predavatelji in vsi drugi udeleženci. Skupaj smo razčističevali dileme, ki se porajajo ob oskrbi neozdravljivo bolnega in umirajočega bolnika ter njihovih bližnjih. Prišli smo do zaključka, da je dobra komunikacija temelj obravnave. Prepoznavanje problemov bolnika, opolnomočenje z realnimi informacijami o bolezni in zdravljenju, načrt paliativne oskrbe in izražena vnaprejšnja volja, znanje, timsko delo, medsebojno spoštovanje in razumevanje ter povezovanje so aktivnosti, ki pomagajo razrešiti marsikatero dilemo, preprečujejo izgo-relost in vodijo v kakovostno oskrbo bolnika z neozdravljivo boleznijo ter v razvoj paliativne oskrbe tudi v slovenskem prostoru. ■

Izpolnjevanje elektronskih receptov (eRecept)

Vprašanje

Zdravnica, ki je nosilka ambulate v zdravstvenem domu, trdi, da ne bo zmogla predpisovati terapije v sistem eRecept zaradi prevelikega števila opredeljenih pacientov in ker nima praktičnih izkušenj z računalnikom. Predlagala je, da bi to izvajala srednja medicinska sestra oziroma tehnik zdravstvene nege. Zdravnica bi v zdravstveni karton zapisala predpisano terapijo, srednja medicinska sestra oziroma tehnik zdravstvene nege pa bi to vnesel v računalnik. Zdravnica bi ji dala svojo profesionalno kartico in PIN kodo ter bi prevzela vso odgovornost za eventualne napake. Zanima me, ali je izvajalka zdravstvene nege s srednjo strokovno ali višjo oziroma visoko izobrazbo dolžna na podlagi podeljenega pooblastila zdravnice izpolniti eRecept.

S. M.

Odgovor

Izdaja eRecepta je vezana na kvalificirano digitalno potrdilo na profesionalni kartici, ki ga izdaja **Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije izključno zdravnikom in zobozdravnikom ter farmacevtom** za podpisovanje elektronskih listin (npr. eRecept). Delodajalec in imetnik profesionalne kartice in kvalificiranega digitalnega sprejemata odgovornost, ki jo na podlagi **Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju** (Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedil in naslednji) ter **Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja** (Uradni list RS, št. 79/94 in naslednji) določa **Pravilnik o kartici zdravstvenega zavarovanja** (Uradni list RS, št. 89/08, 12/09, 91/09, 39/12 in 27/14, v nadaljevanju pravilnik).

V skladu s tretjim odstavkom 23. člena pravilnika profesionalno kartico **lahko uporablja le imetnik profesionalne kartice, na čigar ime se glasi**. Vsak imetnik profesionalne kartice ima glede na svojo vlogo v sistemu zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja natančno opredeljena pooblastila za delo v tem sistemu (drugi odstavek 25. Člena pravilnika). **Za zlorabo ali neupravičeno uporabo profesionalne kartice** in siceršnje ravnanje v nasprotju s tem pravilnikom izvajalci - **imetniki profesionalnih kartic in druge osebe odškodninsko odgovarjajo po splošnih odškodninskih predpisih in kazensko, če takšne kršitve vsebujejo elemente kaznivega dejanja** (27. člen pravilnika).

V skladu z zgoraj navedenim na Zbornici – Zvezi pojasnjujemo, da izvajalec zdravstvene nege nima **pooblastila za vstop v sistem eRecept in za izpolnjevanje receptov v sistemu eRecept**.

Pooblastilo za vstop v sistem **eRecept**, za izpolnjevanje obrazca v sistemu **eRecept** in za elektronski podpis s kvalificiranim digitalnim potrdilom ima izključno zdravnik, ki omenjenega pooblastila **ne sme prenesti** na druge zdravstvene delavce (nepooblaščen osebe). ■

Andrej Vojnovič, univ. dipl. prav.

Tadeja Bizjak, dipl. m. s.

Predsednica Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v splošni medicini

Obvestilo

Če ne želite prejemati Utripa v papirni verziji, ker ga prebirate preko spleta, nam sporočite na e-naslov: clanarina@zbornica-zveza.si

Obvestilo

Naslednja številka Utripa izide v začetku januarja 2016.

Prispevke za to številko morate oddati do 20. decembra.

Uredništvo

Minute s Simono Agrež

Vprašanja je postavil uredniški odbor Utripa

Zakaj ste se odločili za poklic medicinske sestre?

Ne spominjam se, da bi že kot otrok imela željo po kakšnem določenem poklicu. Kot majhna deklica sem rada previjala in negovala dojenčke in, ko se je bilo v osnovni šoli treba odločiti za nadaljnje šolanje, sem v prepričanju, da se bom ukvarjala z najmlajšo populacijo, izbrala zdravstveno šolo. Ne vem, zakaj, a takrat sem poklic medicinske sestre povezovala z otroki in to me je najbolj veselilo.

Katera je bila vaša prva zaposlitev?

Po končani Srednji zdravstveni šoli v Celju sem pripravništvo opravljala v Bolnišnici dr. Petra Držaja na Kliničnem oddelku za hipertenzijo. Po opravljenem strokovnem izpitu sem se leta 1997 zaposlila na Internistični prvi pomoči v UKC Ljubljana, kjer sem zaposlena še danes.

Od koga ste na poklicni poti največ pridobili?

Na poklicni poti vsak dan sproti pridobivaš nova znanja, širiš svoje poglede, se učiš in osebnostno rasteš. Iz vsake izkušnje se skušam nekaj naučiti. Največ sem pridobila od svojih sodelavcev vseh profilov in od pacientov.

Kakšen nasvet bi danes dali nekomu na začetku poklicne poti?

Prevečkrat pozabimo, da smo tudi sami bili nekoč na začetku poklicne poti in marsičesa nismo znali. Predvsem se mi zdi pomembno vsakodnevno učenje, medsebojno spoštovanje in zavedanje, da imamo odgovornost do sebe, svojega dela, sodelavcev in do pacientov.

Kako ste zadovoljni z delom, ki ga opravljate?

S svojim delom sem zadovoljna in ga rada opravljam. Ponosna sem, da ga ne dojemam kot rutino in, da v službo ne hodim slabe volje. Všeč mi je, da je vsak dan drugačen in nepredvidljiv. Največje zadovoljstvo mi nudi vedenje, da sem svoje delo opravila strokovno in odgovorno in, da sem izpolnila svoja pričakovanja.

Kako se začne vaš delovni dan v službi?

Delovni dan se lahko začne vsak dan različno, odvisno od situacije na oddelku in časa prihoda v službo (dan, noč). Običajno po predaji službe sledi jutranji raport, kjer se vsi zberemo in se seznanimo s potekom preteklega dneva, posebnostmi, novostmi. Nato sledi priprava delovišča. Ur-



genca je zelo obremenjeno in stresno delovišče in težko je predvideti, kako bo delo potekalo, zato je zelo pomembna komunikacija in prilagajanje trenutnim razmeram.

Kako komentirate trenutne razmere v zdravstveni negi?

Trenutne razmere v zdravstveni negi vidim kot odraz razmer v naši družbi. Veliko je nezadovoljstva, slabe volje, prelaganja odgovornosti na druge, poudarjanja pravic, zanemarjanja dolžnosti ... Premalo je komunikacije, ali pa je le ta slaba ... Podoba medicinske sestre je na nizki ravni, naš poklic ni cenjen in spoštovan.

Kaj bi v zdravstveni negi spremenili?

Zaposleni v zdravstveni negi bi morali držati skupaj, sodelovati, se spoštovati in si pomagati. Delati bi morali na sebi, da bi bili zadovoljni, bolj optimistični ... Verjamem, da je glede na trenutno splošno situacijo v družbi to težko ...

Katerega izobraževanja bi se radi udeležili?

Trenutno zaključujem študij na Zdravstveni fakulteti in po treh letih študija, usklajevanja službenih, študijskih in družinskih obveznostih, me čaka na začetku prihodnjega leta še enosemestrski podiplomski tečaj Bolnišnične higijene. V prihodnosti bi želela obiskati katerega od urgentnih centrov v tujini.

Kako preživljate prosti čas?

Poleg adrenalinskih izzivov rada preberem dobro knjigo.

Najlepši kotichek v Sloveniji?

Ga nimam. Vsepovsod je lepo ...

Vaše sanjske počitnice?

Uf, ne vem ... kak mesec nekje na drugem koncu sveta z družino ...■

Zlatibor – igra sonca in senc

Ljubiša Pađen, Mirjam Ravljen, Marija Milavec Kapun, Andreja Kvas

V času od 24. 10. do 28. 10. 2015 je na Zlatiboru v Srbiji potekal kongres zdravstvenih delavcev Srbije z naslovom »Oktobarski susreti - uvek novo, uvek iskustvo« z mednarodno udeležbo.



Zlatibor, 28. 10. 2015, od leve proti desni: Ljubiša Pađen, Marija Milavec Kapun, Radmila Nešić, Mirjam Ravljen, Goran Mošić, Andreja Kvas

Foto: Ljubiša Knežević



Razgled

Foto: Ljubiša Pađen

Kongresa so se udeležili različni strokovnjaki s področja zdravstva, in sicer v največjem deležu so bili strokovnjaki zdravstvene nege, prav tako pa so se kongresa udeležili fizioterapevti, sanitarni inženirji, delovni terapevti, dietetiki, farmacevti, kozmetični tehniki, laboratorijski tehniki in zdravniki. Plenarna tematika kongresa za vse udeležence je bila presejanje raka in sindrom izgorlosti. Delo je potekalo v številnih sekcijah, ki so se začele z bodisi vabljenim predavanjem ali krajšim seminarjem. Zatem so sledile številne predstavitve prispevkov in posterjev iz najrazličnejših področij zdravstva.

Tega jesenskega srečanja smo se aktivno udeležili štirje predstavniki Oddelka za Zdravstveno nego Zdravstvene fakultete Univerze v Ljubljani. Na posameznih sekcijah smo predstavili raziskovalno delo, ki je bilo povezano z zdravim življenjskim slogom in zdravjem. Veseli smo bili zanimanja za rezultate našega dela, tako da smo se z vodstvom Zveze zdravstvenih delavcev Srbije dogovorili o skupnem raziskovalnem projektu s področja zdravega življenjskega sloga in nadaljevanju že ustaljenega sodelovanja.

Prav tako smo za dosedanje delo in sodelovanje z zvezo dobili plaketo za priznanje in zahvalo za izjemen doprinos k razvoju in strokovnemu delu zveze.

Pomemben del tega srečanja je predstavljalo tudi neformalno druženje s kolegi iz Srbije, Bosne in Hercegovine, Črne gore in Makedonije, s katerimi smo si izmenjali mnenja in izkušnje ter tako imeli možnost primerjave teorije, prakse in raziskovanja na področju nekdanje skupne države. Prav tako smo razpravljali o novih idejah in predlogih, ki jih želimo skupaj uresničiti v prihodnje.

Poleg aktivnega dela na kongresu pa je na Zlatiboru moč opaziti stalno igro sonca, ki obsije zlate borovce in tako ustvarja čudovite poglede na neokrnjeno naravo te plan-

ote. Zlatibor ponuja številne turistične znamenitosti. Ena od njih je zagotovo vožnja s starinskim vlakom po 14 km dolgi Šarganski osmici iz začetka 20. stoletja. Poseben čar ji daje več kot 20 predorov, mostov in viaduktov ter 300 metrov višinske razlike s pogledi na soteske in vrhove. V prostem času smo si ogledali tudi slap, etno vas in majhne lesene cerkve, ki pričajo o bogati zgodovini življenja na tej planoti. ■



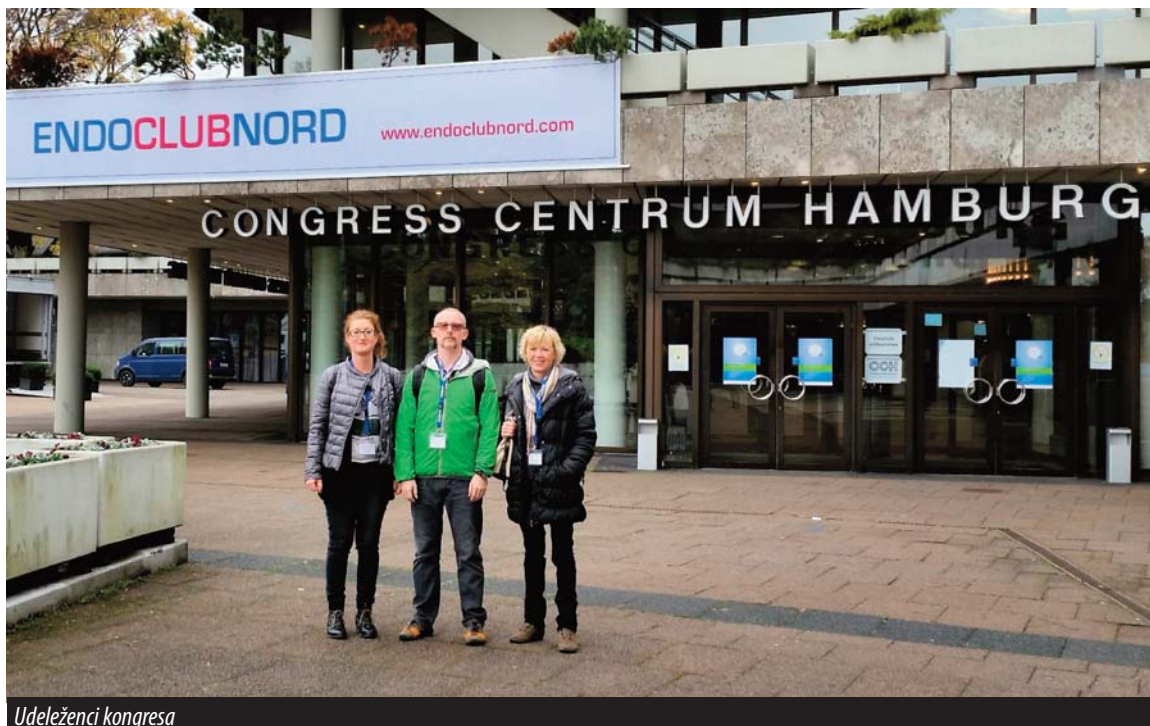
Igra sonca in senc

Foto: Ljubiša Pađen

Endo Club Nord 2015

Darja Kobal

6. in 7. novembra je v Hamburgu potekal že 23. Endo Club Nord 2015 v Congress Center Hamburg. Endo Club Nord je kongres z mednarodno udeležbo strokovnjakov na področju gastroenterologije.



Udeleženci kongresa

Udeleženci kongresa smo lahko v živo spremljali endoskopske posege iz treh endoskopskih centrov v Hamburgu – iz Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Asklepios Klinik Altona in Asklepios Klinik Barmbek. Gastrointestinalna endoskopija bistveno vpliva na diagnosticiranje in zdravljenje mnogih bolezni prebavil in je danes sestavni del odkrivanja, ocenjevanja in zdravljenja bolezni prebavil. V zadnjih nekaj letih se endoskopska slika zelo hitro razvija, njena super-visoka resolucija omogoča, da vidimo strukturo notranjih organov in morebitnih nastalih patoloških sprememb jasneje kot kdaj koli prej. Slednje nam pomaga, da bolezen diagnosticiramo že v najzgodnejši fazi, kar pripomore k uspešnejšemu zdravljenju. Prikazane so bile nove tehnike tako v diagnostiki in zdravljenju, kot tudi minimalno invazivni, a že skoraj kirurški posegi, ki so zelo pritegnili naša pozornost. Zdravljenje postaja bolj učinkovito in manj invazivno. Izbrani vrhunski strokovnjaki in njihova izvedba posegov so bili res edinstveni. Udeležili smo se tudi delavnice z razpravo za medicinske sestre, kjer so prikazali nove endoskopske naprave in pripomočke, nekaj jih že uporabljamo na Kliničnem oddelku za gastroenterologijo v Ljubljani. Vsi smo bili enotni, da je bila prikazana zdravstvena nega zelo dobra, prav tako organizacija dela in profesionalna komunikacija, ki vpliva na razvoj in učinkovitost timskega dela.

Ker smo imeli let domov v večernih urah, smo lahko začutili tudi kanček utripa velemesta, z največ mostovi v Evropi. Ogledali smo si cerkev sv. Mihaela, ki je ena najlepših in največjih v severni Nemčiji. Njen stolp z uro in z višino 132 metrov je prepoznavna znamenitost Hamburga, z vrha je čudovit razgled na mesto in pristanišče. ■

Čestitka

Na ECM je uspešno zagovarjala diplomsko delo z naslovom: PERIOPERATIVNA OBRAVNAVA PACIENTA Z RAKOM PROSTATE naša sodelavka

Alenka Kajdič.

Pridobila si je naziv diplomirana medicinska sestra.

Za strokovni dosežek ji iskreno čestitamo!

*Sodelavci Kirurškega oddelka in vodstvo bolnišnice
Murska Sobota*

Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v urgenci je na 3. mednarodnem kongresu podelila priznanji za dosežke na ožjem strokovnem področju.

Prejemnika priznanja sta: Tanja Vranešević Žmavc in Uroš Grošelj



Tanja Vranešević Žmavc

Tanja Vranešević Žmavc

Tanja Vranešević Žmavc je leta 1982 zaključila Srednjo zdravstveno šolo v Celju in si pridobila strokovno izobrazbo za poklic »srednja medicinska sestra«. Zaposlila se je v Centru za usposabljanje, delo in varstvo Dobrna, ki vključuje otroke, mladostnike in odrasle osebe z zmerno, težjo in težko motnjo v duševnem in telesnem razvoju, kjer je opravila pripravništvo in strokovni izpit. Po treh letih dela v Dobrni se je zaposlila kot srednja medicinska sestra v Zdravstvenem domu Celje v ambulantah splošne medicine. Po dodatnem strokovnem usposabljanju je začela delati tudi v ambulanti za nujno medicinsko pomoč. Po upokojitvi odgovorne medicinske sestre je prevzela delo odgovorne medicinske sestre v ambulanti za nujno medicinsko pomoč.

Leta 2000 se je vpisala na Visoko zdravstveno šolo v Mariboru, smer Zdravstvena nega, kjer je leta 2004 diplomirala. V diplomski nalogi je opisala delo medicinske sestre iz njenega neposrednega delovnega okolja pod naslovom »Vloga medicinske sestre pri prepoznavanju nujnih stanj v ambulanti nujne medicinske pomoči«.

Leta 2005 je bila izbrana za delo glavne medicinske sestre zdravstvenega doma Celje oz. za delo pomočnice direktorja za področje zdravstvene nege (ZN). Zaradi želje po aktivnem in neposrednem delu s pacienti se je ob svojem vodstvenem delu ves čas tudi vključevala v redno delo in dežurstva v ambulanti nujne medicinske pomoči. Po dveh mandatih vodenja ZN v ZD Celje nadaljuje s svojim strokovnim delom na dveh področjih; še vedno je zvesta delu v ambulanti nujne medicinske pomoči, nov strokovni izziv pa je izbrala na področju patronažne zdravstvene nege.

Trenutno zaključuje podiplomski študij na Fakulteti za zdravstvene vede v Mariboru, smer Management v zdravstvenih in socialnih organizacijah.

Leta 2010 jo je Razširjeni strokovni kolegij za zdravstveno nego (RSKZN) povabil v delovno skupino za zdravstveno nego na primarnem nivoju. Izvoljena je bila za predsednico delovne skupine. V RSKZN je sodelovala v več delovnih skupinah, v katerih je kot predstavnica primarnega nivoja delovala na prepoznavnosti primarne ravni zdravstvene nege. Med najpomembnejšimi delovnimi skupinami so bile delovna skupina za prenovo kadrovskih normativov v ZN, delovna skupina za pripravo kazalnikov kakovosti ZN in delovna skupina za prenovo dokumenta Kompetence v ZN.

Svoje znanje s področja ZN na primarnem nivoju je nekaj let delila s študenti podiplomskega študija na Fakulteti za zdravje v Izoli, kjer je bila strokovna sodelavka prof. Janka Kersnika pri predmetu Vodenje zdravstvenih organizacij. Tanja Vranešević Žmavc je vsa leta aktivna članica Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v urgenci. Kot članica izvršilnega odbora Sekcije je bila vodja strokovne skupine za splošno nujno medicinsko pomoč. Aktivna je na področju raziskovalnega dela in pri pripravi strokovnih srečanj, na katerih vrsto let aktivno predstavlja primarno raven zdravstvenega varstva.

Tanja je delovna, vestna in neomajno predana celoviti in empatični oskrbi pacientov. Na svoji poklicni poti se ves čas trudi za razvoj stroke zdravstvene nege in njeno prepoznavnost v širši družbi. V odnosu do različnih sodelavcev je korektna in zanesljiva in vedno pripravljena pomagati. Odprta je za nova znanja, ki jih deli s sodelavci in tudi širše.

S svojimi predlogi, pobudami, strokovnim znanjem, bogatimi izkušnjami, z znanjem iz področja managementa in vodenja v zdravstvenih organizacijah je dragocena sodelavka v Sekciji, zato ji Sekcija v znak zahvale podeljuje posebno priznanje za delo na ožjem strokovnem področju.

Foto: A. Novak



Uroš Grošelj

Uroš Grošelj

Uroš Grošelj je leta 1987 končal Srednjo zdravstveno šoli v Ljubljani. Njegovo prvo delovno mesto v zdravstvu je bilo na Reševalni postaji UKC Ljubljana, kjer se je zaposlil leta 1990 in tam opravil tudi strokovni izpit. Na Reševalni postaji se je srečal s postopki primarne imobilizacije. Imobilizacija v različnih oblikah in načinih ostaja na njegovi poklicni poti nenehen strokovni izziv. Leta 1992 je se zaposlil na travmatološki kliniki UKCL na delovnem mestu mavčarja. Kot mlad zdravstveni tehnik ni imel specifičnega znanja o mavčenju in nameščanju sekundarne imobilizacije. Pred njim je bil nov izziv, ki ga je popolnoma prevzel in ni popustil, dokler se ni naučil pravilno nameščati terapevtske imobilizacije. Učil se je „ročnih“ spretnosti, bral veliko strokovne literature in se vključeval v pogovore in izmenjave izkušenj starejših sodelavcev. Bil je učljiv, znal je sprejemati tudi kritike in je v zelo kratkem času osvojil tehnike pravilnega nameščanja terapevtske imobilizacije. Vedno se je trudil, da je bil njegov izdelek lepega estetskega videza. Svoje delo je ves čas izpopolnjeval in strmel h kakovostni oskrbi ter celostni obravnavi pacienta.

V mladosti si je vedno želel novih in različnih izzivov in iskal priložnosti za nova znanja tudi na drugih področjih. Tako je zapustil delo v zdravstvu in se zaposlil na Ministrstvu za obrambo. To je bilo kratko obdobje, saj je še istega leta ugotovil, da delo na terenu in v negotovosti ni zanj. Vrnil se je nazaj na delovno mesto v mavčarno v veliko veselje sodelavcev in njega samega.

Imobilizacija, ortopedski pripomočki in različni materiali za oskrbo poškodb so zelo specifični, zato so si „mavčarji“ prizadevali svoje delo ovrednotiti in si za to delo pridobiti dodatno usposobljenost. Uroš je sodeloval pri pripravah in izvedbi nacionalne poklicne kvalifikacije (NPK) ortopedski tehnolog, ki jo je tudi sam uspešno opravil in si pridobil poklic ortopedskega tehnologa. Danes imajo posamezniki možnost, da na tem specifičnem področju dosežejo ustrezno profesionalno usposobljenost in znanje. Sedaj je mentor mladim ortopedskim tehnologom, ki si pridobivajo praktične veščine za opravljanje preizkusa znanja iz NPK.

V želji po nadgradnji znanja in povezovanja z ostalimi mavčarji slovenskih zdravstvenih ustanov se je pridružil strokovni skupini mavčarjev, ki že od ustanovitve leta 1995 deluje znotraj Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v urgenci. Vsa leta aktivno deluje pri pripravah strokovnih predavanj in deli znanje in izkušnje v učnih delavnicah. Njegovi strokovni prispevki so objavljeni v zbornikih predavanj, ki jih je Sekcija izdala ob strokovnih dogodkih. Vsako leto pomaga pri organizaciji in pripravi strokovnega srečanja. Nepogrešljiv je pri dokumentiranju dogodkov, saj ima ves čas v roki fotografski aparat in skrbi za fotodokumentacijo strokovne sekcije.

Uroš Grošelj je pošten, vesten, preudaren, sočuten, dosleden in ima profesionalen odnos do pacientov in njihovih svojcev oziroma bližnjih ter sodelavcev.

Rad se vključuje v strokovne kot tudi nestrokovne razprave, prepričajo ga samo argumenti. Ve, kaj hoče in kje so njegove meje. Z veseljem se sooča z novostmi, ki mu predstavljajo izziv in zadovoljstvo pri vsakdanjem delu. Njegova strokovnost in pripravljenost sodelovati in pomagati ga spremljajo skozi celotno profesionalno pot. Zaradi njegovega prispevka k poklicu ortopedski tehnolog in razvoju strokovnega področja imobilizacije in ortopedskih pripomočkov mu Sekcija podeljuje priznanje za delo na ožjem strokovnem področju. ■

Foto: A. Novak

Dober milijon obiskov in vsaj trije milijoni zgodb na leto (deljeno z 820) ...

Eva Kovačič

... »pospravimo« v svoje torbe, glave (seveda v kartoteke in v računalnik – ZZZS!) in, da, velikokrat tudi v svoja srca, vsak letni čas, od vrat do vrat, vsak sleherni dan, ob vsakem vremenu, v vsakem kotičku te prelepe dežele – patronažne medicinske sestre. V Sloveniji nas je 820. Veliko? Premalo?



Eva Kovačič

Foto: Metka Žitnik Širčelj

Odgovor, ki ne odloča o tem kam, h komu, kako gremo. Smo edini poklic v zdravstvu, katerega osnovno delovno mesto je pacientov dom, pa karkoli že to pomeni, in edini, katerih obravnava in skrb je namenjena vsej družini, pa karkoli tudi to že pomeni. Tam smo, ko se pričakuje novo življenje, bodisi pospremljeno z veliko radostjo ali, žal, z neopisljivo stisko; ko novorojenčka in njegovo novo družino pospremimo čez prag njihovega doma; ko se kasneje malčki plazijo po svojem vesolju, kjer je včasih spodbuda in sprejetost, ali pa odtujenost, izguba službe ali preveč alkohola. Z ljudmi delimo njihove zadnje dneve na tem svetu; včasih smo del ljubeče in pristne družine, v pomoč njim in umirajočemu, včasih edini, ki pospremimo odhajajočo dušo v neki, upamo, zanj lepši svet. In vse vmes, od zdravih, da bi ostali zdravi, do bolnih, da bi jim bilo lažje ali bolje. Hodimo k urejenim, izobraženim pacientom, ki živijo v sanjskih hišah, čez pol ure iščemo brezdomca po ulicah, da bi ga naučili, kako si aplicira inzulin ... ali odvisnike z dojenčkom v varnih hišah, če je sreča na njihovi strani, sicer pa vsepovsod. Romi in tujci vseh jezikov nas razumejo, včasih celo upošte-

vajo, kar jim svetujemo. Preprostim, kmečkim ostarelim ljudem smo pogosto edini, ki prihajamo k njim na obisk, zato si nekateri od njih ne želijo, da bi se rana zaprla, ker potem ne bi več prihajali ... Naše niti zdravstvene nege posežejo na vsa področja, ki si jih, dokler nismo v patronaži, niti v sanjah ne predstavljamo. Od sodelovanja in iskanja novih znanj na vseh klinikah, kjer se spoprijemamo z učenjem posegov, ki so bili še pred nekaj leti strogo izvajani samo v intenzivnih enotah, danes pa se jih lotevamo sredi kuhinj, dnevnih sob in spalnic v vseh izvedbah, do pogostih stikov s »socialo«, z domovi za ostarele, z vladnimi in nevladnimi institucijami, z verskimi predstavniki, s za pomoč pripravljenimi sosedi, in marsikoga sem pozabila omeniti. Si lahko zamišljate, da v enem dnevu obiščete življenje od nosečnosti, rojstva, preko vsega življenja, do njegovega konca ali še dlje ... (ko obiščemo žalujočo ženo, npr.). Da ste v enem dnevu »močni« tako v pediatrični, psihiatrični, gerontološki, ginekološki, paliativni, itd. zdravstveni negi, da razmišljate internistično, kirurško, urgentno in – predvsem človeško? Da je najmanjši izziv poledenel klanec, spuščena kuža, zaklenjeno stanovanje ali prazna torba, iz katere ne moreš pričarati sodobne obloge za rano, ki jo je predpisal specialist na kontrolnem pregledu, ker je pač nimaš. Trudimo pa se s čaranjem možnega v najbolj »nemožnih« razmerah, ki so pogosto neprivlačne tako za družinskega zdravnika, kot za socialno delavko ali policista, za več let z dementno mamo sprto hčerko, ki je edina od svojcev pa itak ... pa gre »patronaža«, ker »one bodo pa že nekaj naredile« ... pogosto slišimo. Res je, veliko vemo o naših pacientih in njihovih življenjih, bolje razumemo, zakaj je, kot je in lahko pomagamo tudi tam, kjer drugi ne (z)morejo, znajo. Ljudje nas večinoma zelo pozitivno sprejemajo in z delovanjem si ne zapiramo vrat, ker nas bo družina še potrebovala in morda tudi edine še spustila v svoj dom in s tem v svoje življenje. V Sloveniji imamo častljivo zgodovino patronaže, ki se ji Evropa, kadar nas obišče na terenu, čudi in, ko z nami razni tuji študenti in strokovnjaki preživijo dan, občuduje. Zato smo na začetku novembra na **8. posvetu vodij vseh patronažnih služb** zopet staknili glave in predelali perečo problematiko in izmenjali izkušnje in dobre prakse. Na seminarju o obravnavi dementnega bolnika na domu, ki jo je organizirala Socialna zbornica Slovenije, smo poudarili nenadomestljivo vlogo patronažne medicinske sestre v družini, ker se pojavljajo poskusi in prizadevanja, da »drugi«, ki so na terenu prisotni »zadnjih pet minut«, vedo več in znajo bolje. »Patronažke« merimo svojo kilometrino v družinah v letih, z njimi smo, ko jim je najlepše in najtežje, vsak dan in vsako uro, ker že

dolgo ne delamo več samo dopoldan kot mnogi, ki tudi vstopajo v družine, ampak takrat, ko nas bolnik potrebuje. Ob vseh spremembah, ki se dogajajo in se bodo dogajale v družbi v zvezi z organizacijo in zakonodajo oskrbe na domu, bi radi opozorili, da je patronaža daleč najbolj učinkovita in tudi najcenejša kakovostna in celostna sistemska rešitev za paciente in njihove družine, seveda s sodelovanjem mnogih drugih, ki lahko doprinesejo svoje deleže in se jih s kolegicami že od nekdaj trudimo iskati in vključevati v oskrbo naših pacientov (t. i. »case management« izvajamo že davno pred tem, preden je tujina skovala ta izraz). In na konferenci v Državnem zboru ob evropskem dnevu za zaščito otrok pred spolnim izkoriščanjem in spolno zlorabo, je bila patronažna medicinska sestra, omenjena kot tista prva, dostikrat edina, ki lahko in mora takšno nasilje zaznati in ukrepati v skladu s stroko, zakonodajo in svojo vestjo.

Kjerkoli delamo medicinske sestre, na katerem koli področju zdravstvene nege, se zavedajmo svojega vpliva, ki ga imamo na ljudi. Na naši oglasni deski imamo tole misel, če vam je všeč, si jo lahko pripnete tudi vi:

»Preko naših vrednot, stališč in vedenja do drugih, medicinske sestre oblikujemo "pomen in barvo" pacientovega sveta: lahko ga naredimo večjega ali manjšega, jasnega ali temačnega, bogatega ali dolgočasnega, grozljivega ali varnega. Pomagamo jim oblikovati njihove svetove, ne preko teorij in različnih usmeritev, ampak preko nas samih, preko našega bitja in usmerjenosti k njim. Znotraj tega leži neimenovana in anonimna etična zahteva, ko prevzemamo skrb za življenje, ki je zaupano našim rokam.« (Armstrong, 2006). ■

Opolnomočenje pacientov

dr. Branko Gabrovec

Zdravstveni sistemi se po vsem svetu vse bolj zavedajo, da je treba okrepiti vlogo pacienta pri njegovem zdravljenju in se odmakniti od tradicionalnega pristopa - od zdravnika do pasivnega pacienta. Vključevanje pacientov v njihovo oskrbo izboljšuje kakovost njihove oskrbe in je pomembno za vzdržnost zdravstvenih sistemov po svetu. Raziskave in primeri opolnomočenja pacientov potrjujejo, da opolnomočenje daje pacientom priložnost, da razširijo svojo vlogo v procesu skrbi za njihovo zdravje. Ta priložnost odpira tudi drugačne in nove modela oskrbe pacientov, ki vračajo k osnovnim vrednotam zdravstvene oskrbe, kot so: dostojanstvenost, varnost in spoštovanje. [1].

Opolnomočenje pacientov postavlja paciente v središče zdravstvenih storitev. Oblikuje in omogoča zdravstvene storitve, ki dajejo pacientom kontrolo nad njihovimi zdravstvenimi potrebami. [2].

Kljub temu, da je opolnomočenje kompleksen koncept, je prepoznan kot temeljni steber zdravstvene oskrbe v 21. stoletju. Opolnomočenje pacientov ni pomembno le za razvitejša družbe, mlajše ali spretnejše manjšine. Kljub temu da bo opolnomočenje za nekatere ljudi še vedno pomenilo, da odločitve za njih sprejemajo drugi, bodo pacienti, ki imajo danes najmanj moči, pridobili največ. [1]. Večina definicij opolnomočenja pacientov definira kot osredotočenje na posameznikovo sposobnost za sprejemanje odločitev o njihovem zdravju (in vedenju), imetju, in/ali prevzemanju kontrole nad področji njihovega življenja, ki zadevajo njihovo zdravje. [3].

Opolnomočenje se pojavi, ko pacient razvije kapaciteto za kritično mišljenje in samostojno odločanje. Opolnomočenje pacienta je proces, ki je oblikovan za lajšanje samousmerjene spremembe vedenja. Opolnomočenje je proces, kjer je cilj intervencije povečanje kritičnega mišljenja in samostojnosti delovanja pacienta. Opolnomočenje je izid, ko se kot rezultat procesa izobraževanja pojavi izboljšanje čut za samoučinkovitost. [4].

Kultura, starost in socialno-ekonomski resursi nedvomno vplivajo na pacientovo opolnomočenje. Opolnomočenje je lahko tudi proces ali rezultat, da so pacienti: opolnomočeni skozi izobraževanje njihovih zdravstvenih delavcev, svetovanje, postavljanje pacienta v središče

zdravljenja in nege, skozi voditelje v skupnosti ali skozi samoizobraževanje. [5].

Opolnomočen in aktiven pacient: razume svoje zdravstveno stanje, se počuti sposobnega sodelovati ob sprejemanju odločitev z zdravstvenimi delavci; se počuti sposobnega sprejemati informirane odločitve o njegovem zdravljenju; razume, da je treba narediti spremembe življenjskega sloga za izboljšanje zdravja; je sposoben postavljati vprašanja zdravstvenim delavcem o svojem stanju; prevzame odgovornost za svoje zdravje in aktivno išče pomoč le takrat, ko jo res potrebuje; aktivno išče, evalvira in koristno uporablja informacije. Opolnomočen pacient bo bolje razumel, kako se prebijati med številnimi deležniki v zdravstvenih oskrbi, vključujoč z njegovo družino, osebnim zdravnikom, specialistom, lekarno, zavarovalnico, itd. Ko se bo negotov pacient spraševal, kam naj gre naprej, kaj naj naredi, ipd., bo opolnomočen pacient dovolj samozavesten, da bo spraševal po informacijah, ki jih potrebuje. [2]. ■

Literatura:

1. Patient empowerment: for better quality, more sustainable health services globally. All Party Parliamentary Group (APPG) on Global Health, London, 2014.
2. Patient empowerment. Dosegljivo za spletne naslovu: <http://www.enope.eu/patient-empowerment.aspx> (2.11.2015).
3. Zimmerman MA: Empowerment theory: psychological, organizational and community levels of analysis. V Handbook of Community Psychology. New York. 2000.
4. Anderson RM, Funnell MM. Patient Empowerment: Myths and Misconceptions. Patient Educ Couns. 2010; 79: 277-282.
5. Holmstrom I, Roing M. The relation between patient-centredness and patient empowerment: A discussion of concepts. Pat Ed Counsel. 2009; 79: 167-172.

Smučarska reševalna služba

Leon Ločičnik

Počasi se približuje zima in s tem letnim časom povezane rekreacije. Mnogi med nami radi tudi smučamo.



Človeka že od nekdaj privlači vse tisto, kar je skrivnostno in težko dosegljivo. In gore so prav to. Seveda pa ima vsako tveganje lahko tudi posledice. Število tistih, ki potrebujejo pomoč, z vse večjim obiskom gora, narašča (Rotovnik, 2012, str. 12).

Smučanje je zelo zakoreninjeno med Slovenci. Za popularnost so skrbeli včasih Bojan Križaj, Jure Franko, Mateja Svet, Jure Košir, Špela Pretnar, v zadnjem času Tina Maze in ostali.

Ker je smučanje popularen šport, smuča veliko število ljudi vseh starosti (od štiriletnikov, kar je starostna meja za vpis v šolo smučanja, pa do starostnikov – seniorjev, ki imajo ugodnosti pri nakupu smučarske vozovnice). Zato je tudi število poškodb temu primerno.

Okrog leta 1999 se je uveljavila nova oblika smučke (tako imenovana smučka s poudarjenim stranskim lokom). S tem se je pojavila nova tehnika smučanja, zarezna ali carving tehnika, ki omogoča lažje in hitrejše smučanje.

Zaradi vseh naštetih razlogov se je povečalo število nujnih stanj na smučiščih. Včasih smo srečevali predvsem lažje poškodbe, v zadnjem času se je pa povečalo število hujših poškodb. Na smučišču se pa vse pogostejše srečujemo tudi z določenimi poslabšanji kroničnih (internističnih) obolenj ali nenadno nastalimi bolezenskimi stanji (AKS, hipo/hiperglikemija ...).

Usoda poškodovancev ali kasnejše posledice ter čas in način zdravljenje, so v veliki meri odvisne od pravočasne in predvsem pravilne prve pomoči.

Prvo pomoč na terenu lahko nudijo že prisotni očividci. Ljudje v nujnem primeru potrebujejo čimprejšnjo pomoč. Pomagati osebi v nujnem primeru ni le etično vprašanje, temveč nas k temu zavezuje tudi zakon (Keggenhoff, 2006, str. 15).

Pravno določilo, ki določa obveznosti smučarjev, ki so prisotni ob nezgodi na smučišču:

Zaradi lastne varnosti in varnosti drugih smučarjev na smučarski progi je smučar dolžan:

- pomagati pri nesreči na smučišču
- dati osebne podatke nadzorniku, če je priča ali udeleženec v nesreči ali če je sam prekršil določbe tega zakona (ZVSmuč, 24. člen, 2. odstavek, 11. in 12. alineja).

(<http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO3426#>).

Zato so ustrezno opremljeni in usposobljeni smučarji reševalci na smučiščih nujno potrebni.

Zakonski predpisi v Republiki Sloveniji slabo in neustrezno opredeljujejo, kdo je lahko reševalec, kakšna znanja mora imeti, kakšna mora biti oprema reševalca in sobe prve pomoči ... Novi pravilnik o reševanju na smučišču še ni v veljavi, stari pa je bil sprejet leta 2002.

Delovanje zdravstvenih reševalcev, gorskih reševalcev, reševalcev iz vode ..., natančno predpisujejo zakonski predpisi, ki predstavljajo zahteve o izobrazbi kadrov in opremljenosti omenjenih ekip.

Zato je nov pravilnik o reševanju na smučiščih nujno potreben.

Zaradi zelo splošnega zakona je organiziranost, opremljenost in znanje smučarskih reševalcev na slovenskih smučiščih različna. Po večini je odvisna od vsakega posameznega smučišča.

Na nekaterih smučiščih so se odločili za sodelovanje z bližnjo gorsko reševalno službo in okoliškimi reševalnimi postajami oziroma zdravstvenimi domovi. Tako so večino ali vse reševalce zaposlili honorarno. S takšnim načinom kadrovanja so smučišča pridobila ustrezno izobražen in usposobljen kader. Kot primer navajam smučišče Golte, ki ima honorarno zaposlene zdravstvene tehnike, diplomirane zdravstvenike in medicinske sestre, člane GRS Celje. Kot zelo pomembna dodana kakovost so dežurstva zdravnikov ob koncih tednov, praznikih in počitnicah, ko je na smučišču povečan obisk. Vir: Golte, d. o. o.

Samo reševanje poteka v težkih pogojih (sneg, led, veter ...), veliko težavo predstavlja tudi mesto predaje poškodovanega ali nenadno obolelega enoti nujne medicinske pomoči. To je največji problem na smučiščih, kjer je dostop mogoč s krožno kabinsko žičnico (Golte, Vogel ...). Hitro nudenje prve pomoči je nujno predvsem pri življenjsko ogrožajočih stanjih (nezavest, motnje ritma, večje krvavitve, odprti zlomi, poškodbe glave ...).

Problem smučarskih reševalnih služb so predvsem slaba in presplošna zakonska določila, ki ne postavljajo jasnih zahtev za usposobljenost kadrov in opremljenost smučarskih reševalnih enot. Drugi problem je dostopnost ekip NMP, kar je v tujini rešeno s helikopterskimi reševanji. Smučarski centri, ki vedo, da dobra varnost in zdravstvena oskrba privablja turiste in smučarje v njihove centre, imajo interes in posluš za izobraževanje in opremljenost smučarskih reševalcev. ■

Literatura:

Bele J., Rotovnik B., Reševanje v gorah. Kranj: Gorska reševalna zveza Slovenije, 2012: 12.

Keggenhoff F., Prva pomoč-pomagaj prvi. Ljubljana: Prešernova družba, 2006: 15.

Ločičnik L., Smučarska reševalna služba. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede, 2012.

Zakon o varnosti na smučišču. Dosegljivo na: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO3426#>

Praznovanje 50-letnice Otroškega oddelka Splošne bolnišnice Murska Sobota

Jožef Sever, Metka Lipič Baligač

Ob nastanku Otroškega oddelka pred pol stoletja so pomembno vlogo odigrale takratne dijakinje tretjega letnika zdravstvene šole pediatrične smeri, saj so zaorale ledino na enem najobčutljivejših področjih zdravstvene nege. Iz šolskih klopi so naenkrat stopile v bolnišnično areno, kjer so s svojo prisrčnostjo, toplino, razumevanjem in znanjem dolga leta lajšale bolezenske tegobe malih in večjih otrok, iztrganih iz toplega domačega okolja. Pogostokrat so jim nudile svojo ljubezen, sočutje, zaupanje, ki si ga je bilo treba pridobiti tako od otrok kot od njihovih staršev.



Podelitev plaketa

V okviru praznovanja 50-letnice otroškega oddelka Splošne bolnišnice Murska Sobota je bila svečanost v gledališču Park v Murski Soboti. V svojem nagovoru je direktor bolnišnice **Bojan Korošec** povedal, da smo v teh prehojenih 50 letih bili priča številnih družbenih sprememb, demografskih, strokovnih, pa tudi kadrovskih. Ob Abrahamu Otroškega oddelka je čestital vsem dosedanjim in današnjim sodelavcem oddelka za prehojeno pot in za dosedanje delo. Prisotne je nagovoril tudi župan Mestne občine Murska Sobota **dr. Aleksander Jevšek** in Otroškemu oddelku podelil zahvalno listino. **Prim. mag. Zdravko Roškar, dr. med., spec. pediater** in glavni zdravstvenik **Jožef Sever, dipl. zdravstvenik** sta podelila zahvalne listine za uspešno delo na področju pediatrije in pediatrične zdravstvene nege. Zahvalni listini sta prejela **Jana Norčič, dr. med., spec. pediater** in **Katarina Bergles, dipl. m. s.** V kulturnem programu so nastopili skupina Veseli marki OŠ Beltinci, pevki Duo CaTaja in Gledališka skupina strokovnega društva medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Pomurja pod vodstvom Edvarda Jakšiča.

Od leta 2005 je za področje zdravstvene nege odgovoren Jožef Sever.

Poseben poudarek in izziv za vse zaposlene je na zdravstveni negi otroka, saj delo združuje različna obdobja človeškega življenja, od otroštva do mladostništva. V vsakem obdobju sta najpomembnejša otrok in družina, pa naj gre za obdobje bolezni ali zdravja. Zato je naš največji izziv doseči napredek v zdravstveni negi, usmerjeni v družino in netravmatsko obravnavo otroka in družine.

Vsak človek, še posebej pa otrok, doživlja hospitalizacijo drugače. Velik izziv za vse zaposlene v zdravstveni negi otroka je prav v tem, da prepoznaš edinstvenost posameznika, si pridobiš njegovo zaupanje in sodelovanje tudi s starši. S sočutjem, z individualno pozornostjo, namenjeno vsakemu otroku in z upoštevanjem smernic stroke lahko to dosežeš. Zadovoljitev fizičnih, emocionalnih in kulturnih potreb nam omogoča visok nivo timskega dela in medsebojnega sodelovanja.

Zdravstvena obravnava otroka velikokrat zahteva tudi boleče neizogibne fizične posege, zato veliko pozornost namenimo iskanju naprednih, manj bolečih posegov. Še bolj moramo slediti smernicam sodobne zdravstvene nege otroka in vanjo vključiti tudi starše. Bolniki in starši bodo zadovoljni, če bodo spoznali, da sta oskrba in zdravstvena nega v bolnišnici kakovostni, kar postaja tudi del našega zastavljenega procesa. Mnenja tako bolnikov kot staršev in zdravstvenih delavcev so pomemben dejavnik uspešnega dela in visoko kakovostne zdravstvene nege. Vsekakor je bolnim otrokom in mladostnikom v bolnišničnem okolju treba zagotoviti popolno varnost, nuditi vso skrb in zdravstveno obravnavo na najvišji možni strokovni ravni.

Ob današnjem jubileju se s ponosom oziramo v preteklost, hvaležni smo vsakemu posebej, ki je s svojim delom, znanjem in poštrevnostjo prispeval k ozdravitvi bolnih in ohranitvi Otroškega oddelka, saj so nad njim nemalokrat viseli temni oblaki. Danes pa nam sveti žarek upanja in naša obljuba, da bomo še bolj zavzeto in vestno opravljali svoje delo. ■



Mladi folkloristi med programom

Pomen prepoznavne in prijavljanja odklonov v zdravstveni obravnavi

Draga Štromajer, Zdenka Mrak, Nika Škrabl

Uvod

Zdravstveni sistemi delujejo v kompleksnem okolju, na katerega vplivajo številni dejavniki, kot so bolezensko stanje pacienta, zdravstveno osebje, tehnologija, aparature, različni postopki, pripomočki, oprema, pravila, standardi, vrednote, navodila. Kadar se ti dejavniki povežejo na nepričakovan in škodljiv način, lahko pride do napake oziroma varnostnega zapleta (odklona).

Na podlagi študij se ocenjuje, da 8 – 12 % vseh hospitaliziranih pacientov v času zdravstvene obravnave utrpí varnostni zaplet, ki ni posledica narave pacientove bolezni. Poročanje o odklonih v slovenskih zdravstvenih zavodih je bistveno manjše od te ocene.

Slovar slovenskega knjižnega jezika opredeli odklon kot odmik od normalnega oziroma pravega. V zdravstvu prepoznavamo odklone kot različne oblike nasilja, varnostne zaplete, sume na kaznivo dejanje, napake v delovanju opreme, pripomočkov in drugo. Odklon se lahko zgodi pri pacientu, zaposlenem, obiskovalcu, študentu ...

Varnostni zaplet pri pacientu je nenameren ali nepričakovan dogodek, ki je ali bi lahko škodoval pacientu ob prejemanju zdravstvene oskrbe in ne nastane zaradi narave pacientove bolezni (Robida, 2013).

Pacienti in zdravstveno osebje so tako stalno izpostavljeni nevarnosti, da gre kaj narobe in se zgodi odklon.

Kultura varnosti v zdravstvenih zavodih zaposlenim omogoča, da prosto in brez strahu poročajo o odklonih. Ustrezen sistem poročanja in ukrepanja ob nastanku odklona je priložnost za učenje in obvladovanje napak.

Uvajanje kulture varnosti in vzpostavitev sistema obvladovanja odklonov je naloga vsakega zdravstvenega zavoda. Vodstva zavodov poskrbijo za izobraževanje zaposlenih o varnosti pacientov in vzpostavijo sistem poročanja o odklonih.

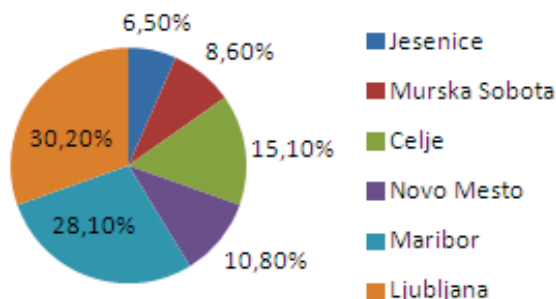
Poudarek je na izboljševanju procesov in sistemov in ne na obtoževanju, posmehovanju ali iskanju krivca. Prepoznavna odklona, poročanje, analiza vzrokov, obvladovanje tveganj, ustrezno ukrepanje in spremljanje uvedenih ukrepov v praksi so pogoj za obvladovanje odklonov.

Kako v praksi poteka poročanje o odklonih in ali izvajalci zdravstvene nege prepoznavajo odklone pri zdravstveni obravnavi, iščejo vzroke in na podlagi ugotovljenih nepravilnosti ukrepajo, je bilo preverjeno z raziskavo na področju urgentne dejavnosti.

Potek raziskave

Namen je bil dobiti vpogled v trenutno stanje na področju obvladovanja odklonov. Raziskava je bila izvedena med zaposlenimi izvajalci zdravstvene nege na urgentnih oddelkih šestih slovenskih bolnišnic. Potekala je od 20. 8. 2015 do 5. 9. 2015. Razdeljenih je bilo 207 anketnih vprašalnikov. Vrnjenih je bilo 142 izpolnjenih anketnih vprašalnikov, od katerih so bili štirje neveljavni. Veljavnih je bi-

lo tako 138 vprašalnikov, kar je 68,60 % realizacija vzorca. Vprašalnik je bil sestavljen iz dveh delov. V prvem delu je bilo 7 vprašanj, ki so se nanašala na odklone; v drugem delu pa so anketiranci odgovarjali na vprašanja o usposobljenosti za delo in etičnih dilemah. Predstavljeni so odgovori iz prvega dela vprašalnika, to je področje obvladovanja odklonov. Na zastavljeno vprašanje je bilo ponujenih več odgovorov, anketiranec se je moral odločiti samo za en odgovor, in sicer tistega, ki je bil zanj najbolj verjeten oziroma najpogostejši.



Graf: Delež sodelujočih v raziskavi po bolnišnicah

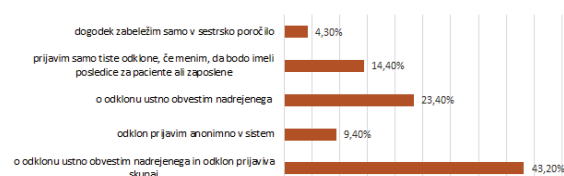
Odgovori na vprašanja

1. Ali menite, da je v vašem delovnem okolju kultura varnosti dovolj razvita?



Skoraj polovica anketiranih (48,9 %) odklone prijavlja in se o njih pogovarja. Obvladovanje odklonov pomeni, da se analizirajo vzroki, sprejemajo korektivni in preventivni ukrepi, uvajajo izboljšave in spremlja učinkovitost uvedenih izboljšav. Celovito obvladovanje odklonov zaznava le 18,7 % anketiranih. Skoraj petina anketiranih odgovori, da se pri njih pogovarjajo samo o tistih odklonih, ki so imeli posledice za paciente. S tem zamujajo priložnost za prepoznavo vzrokov in posledično preventivno ukrepanje ob dogodkih, ki niso povzročili škode za paciente. Še vedno pa so posamezniki (3,6 %), ki menijo, da se odkloni ne dogajajo.

2. V primeru, da odklone prijavljate, na kakšen način to naredite?

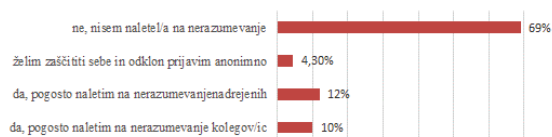


Število prijavljenih odklonov v slovenskih zdravstvenih zavodih je bistveno manjše, kot se jih zgodi glede na oceno, da se pri približno 10 % hospitaliziranih pacientih zgodi varnostni zaplet.

Če posameznik ne sporoči odklona pri zdravstveni obravnavi, je to zato, ker v ustanovi prevladuje kultura obtoževanja posameznika za napako in se jo oseba boji sporočiti, ali pa kaže na kulturo te osebe, saj ji je morda lažje stvar prikriti, saj je s poročanjem preveč dela.

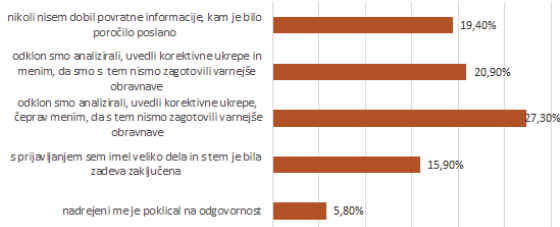
Glede na način prijavljanja odklonov lahko ugotovimo, da se odgovornost za prijavo predlaga na odgovorne oziroma se prijavljajo samo tisti odkloni, pri katerih je prišlo do posledic pri pacientih.

3. Ali ste ob opozarjanju na odklone naleteli na nerazumevanje?



Vzpostavljanje kulture varnosti, kjer sleherni zaposleni prosto in brez zadržkov sporoča in prijavlja odklone, mora biti cilj vsakega zdravstvenega zavoda in znotraj njega slehernega zdravstvenega tima. Zaskrbijoč je nerazumevanje nadrejenih, kadar zaposleni prijavljajo odklone.

4. V primeru, da ste odklon prijavili, kaj je sledilo?



Obravnava prijavljenega odklona in posledično ukrepanje in izboljševanje procesov in sistemov je potrebno za proces nenehnega izboljševanja kakovosti in varnosti. Anketiranci le v 20,9 % prepoznajo ustrezen sistem obvladovanja odklonov. 35,3 % anketiranih ne zazna, da bi prijavili odklonov sledili pozitivni učinki ali da bi se kakorkoli ukrepalo. Če temu dodamo še 10,8 % tistih, ki na to vprašanje niso odgovorili, lahko zaključimo, da obvladovanje odklonov ne poteka po sodobnih principih varnostne kulture.

5. V primeru, da izvajate varnostne pogovore, kdo pri njih sodeluje?



Pri varnostnem pogovoru morajo sodelovati vse poklicne skupine. Skupina sodelujočih je različna, verjetno je od posameznega zdravstvenega zavoda odvisno, kako obvladujejo odklone. Več kot petina anketiranih (22,3 %) še nikoli ni bila udeležena pri varnostnem pogovoru. Glede

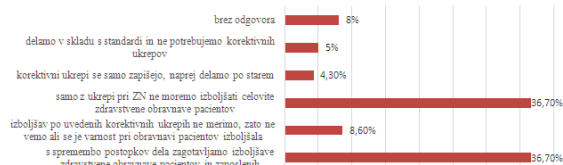
na število let dela v zdravstvu je le 1,4 % anketiranih, ki imajo do dve leti delovnih izkušenj, vsi ostali so usposobljeni in samostojni pri opravljanju svojega dela. Prisotnost na varnostnem pogovoru je priložnost za učenje in ozaveščanje zaposlenih o kulturi varnosti.

6. V primeru, da ste bili udeleženi pri varnostnem pogovoru, kako ste se počutili?



Varnostni pogovori pri skoraj polovici anketiranih (42,4 %) potekajo na način, da analizirajo dogodek in iščejo vzroke za nastanek odklona. 7,7 % pa je imela občutek, da so iskali krivca in niso analizirali vzrokov.

7. V primeru, da so bili uvedeni korektivni ukrepi, kako je po vašem mnenju to vplivalo na boljšo varnost zdravstvene obravnave



36,7 % anketirancev zazna izboljšave po uvedenih korektivnih ukrepih. Enak odstotek anketirancev pa meni, da se samo s spremembami postopkov pri zdravstveni negi ne more izboljševati celovita zdravstvena oskrba, kar je verjetno posledica tega, da obravnava odklonov poteka ločeno med poklicnimi skupinami. Komunikacija in sprejemanje ukrepov mora potekati v interdisciplinarnih timih.

Zaključek

Izvajalci zdravstvene nege prepoznavajo odklone pri zdravstveni obravnavi, se o njih pogovarjajo in o nekaterih poročajo. Ne prijavijo vedno vseh odklonov in ne prepoznajo, da bi z uvedenimi korektivnimi ukrepi spremenili postopke obravnave in s tem zagotavljali varnejšo oskrbo pacientov.

Zaznati je, da varnostni pogovori ob nastanku odklona niso redna praksa in da imajo nekateri še vedno občutek, da se išče krivec. Za natančnejšo oceno stanja na področju varnosti pacientov bi bilo treba izmeriti stopnjo zaznavanja kulture varnosti.

Izboljševanje kulture varnosti v zdravstvu je dolgoročen, sistematičen in nenehen proces. Je bistvena sestavina preprečevanja napak in izboljševanja kakovosti zdravstvene obravnave. ■

*Prispevek je bil predstavljen na 3. mednarodnem kongresu (oktobra 2015) Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v urgenci z naslovom **URGENTNI PACIENT – VČERAJ, DANES, JUTRI** in je v originalni verziji objavljen v zborniku kongresa. Za objavo smo pridobili dovoljenje avtoric in strokovne sekcije, za kar se jim zahvaljujemo.*

Staranje in zdravje

dr. Branko Gabrovcec

Danes lahko večina ljudi pričakuje, da bo živila v svoja 60-ta leta ali dlje [1]. V kombinaciji z zmanjševanjem števila rojstev povečanje življenjske dobe vodi k hitremu staranju populacij po vsem svetu. Te spremembe so dramatične in posledice so velike. Otrok, rojen v Braziliji ali Myanmarju v letu 2015, lahko pričakuje, da bo živel 20 let dlje kot tisti, ki se je rodil pred 50 leti. V Islamski Republiki Iranu je v letu 2015 samo en od desetih starejši od 60 let. V samo 35 letih je pričakovati, da bo to razmerje 1 proti 3. Hitrost staranja prebivalstva je danes veliko hitrejša, kot je to bilo v preteklosti [2].

Daljšje življenje je dragocen vir [3]. Nudi priložnost za premislek, ne le o tem kakšna bo starost, ampak tudi o tem, kako se bo naše življenje odvijalo. V večini sveta je življenjski cikel uokvirjen okoli posameznih rigidnih etap: otroštvo, študij, določen čas dela in upokojevit. V tej perspektivi se pogosto dojema, da so dodatna leta preprosto dodana na koncu življenja in podaljšani upokojevit. Vendar, ko vse več ljudi živi dlje v pozno starost, mnogi od njih ponovno premišljajo o tem ustaljenem ciklusu. Namesto tega si želijo dodatna leta preživeti na drugačen način, npr. z dodatnim študijem, novo kariero ali obuditi dolgo zanemarjeno strast. Pričakovati je, da bodo tudi mlajši ob zavedanju daljše življenjske dobe drugače načrtovali svoje življenje, npr. začeli s svojo kariero kasneje, se bodo prej v večji meri posvetili družini, ipd. [2].

Kljub temu bodo priložnosti, ki izhajajo iz podaljšane življenjske dobe odvisne predvsem od enega ključnega faktorja; to je zdravje. Če bodo ta dodatna leta dominirana z upadom fizične in mentalne kapacitete, bodo implikacije za starejše ljudi in družbo veliko bolj negativne. Žal, tudi če je pogosto domnevano, da podaljšanje življenjske dobe spremlja podaljšana doba dobrega zdravja, temu ni tako. Dokazov, da starejši danes živijo ob boljšem zdravju in sposobnostih, kot so njihovi starši v istih letih, ni.

Ravno tako lahko pri starejših opazimo veliko raznolikosti, ki pa ni naključna. Nekaj raznolikosti lahko pripišemo genetiki [8], večino pa fizičnem in socialnem okolju, v katerem živimo. Ta vključuje dom, sosesčino in širšo skupnost, ki lahko direktno vpliva na naše zdravje ali na ovire ter spodbude, ki se odražajo na priložnostih, odločitvah in vedenju. Odnos, ki ga imamo z okoljem, se razlikuje glede na družino, v katero smo rojeni, spol in narodnost. Vpliv okolja pogosto vodi v razlike v zdravju in neenakost dostopnosti do zdravja [9]. Res je, da kumulativen učinek vseh teh razlik prispeva k neenakosti dostopnosti do zdravja skozi cel življenjski cikel [10]. Ti trendi so vidni skozi fizične sposobnosti v življenjskem ciklusu na primeru študije zdravja žensk v Avstraliji [11]. Večja, kot je primer na zadostnost dohodka, večji in lažji je razpon fizičnih aktivnosti. To neskladje se nadaljuje skozi ves življenjski cikel. Ti vzorci morajo imeti veliko vlogo pri oblikovanju politik, saj ljudje z največjimi zdravstvenimi potrebami, imajo praviloma najmanj sredstev [2].

Kljub temu ni potrebno, da slabo zdravje dominira pozni starosti. Večina zdravstvenih težav, s katerimi se soočajo starejši, je povezanih s kroničnimi stanji. Mnoge od teh se lahko preprečijo ali odložijo z bolj zdravim stilom življenja.

Druge zdravstvene težave lahko učinkovito obravnavamo, če jih pravočasno odkrijemo. In tudi pri ljudeh, ki jim pešajo sposobnosti, lahko podporno okolje zagotovi, da živijo dostojno življenje v osebnostni rasti [2].

Kljub temu, da 70-ta še ne deluje kot nova 60-ta leta, ni razloga, da v prihodnosti ne bi bilo tako. Potreben bo skladen in usmerjen odgovor med več sektorji in deležniki [4]. Starajoča se populacija torej potrebuje obsežen javno zdravstveni odziv, kljub temu, da so dokazi o tem kaj je možno narediti omejeni [5,6].

Svetovna zdravstvena organizacija (WHO) je izdala prvo svetovno poročilo o staranju in zdravju (World report on aging and health 2015). Poročilo obravnava staranje iz vidika poteka življenja, a se osredotoči na drugo polovico življenja [7].■

Literatura:

1. World economic and social survey 2007: development in an aging world. New York: United Nations; 2007 (http://www.un.org/en/development/desa/policy/wess/wess_archive/2007wess.pdf, 22.7.2015)
2. World report on ageing and health. World health Organisation. Geneva, Switzerland; 2015.
3. Beard JR, Biggs S, Bloom DE, Fried LP, Hogan P, Kalache A, et al. Introduction. V: Beard JR, Biggs S, Bloom DE, Fried LP, Hogan P, Kalache A, et al., Uredniki. Global population aging: peril or promise? Geneva: World Economic Forum; 2012. pp. 4 – 13.
4. Hung WW, Ross JS, Bookvar KS, Siu AL. Recent trends in chronic disease, impairment and disability among older adults in the United States. BMC geriatr 2011; 11: 47.
5. Lloyd-Sherlock P, McKnee M, Ebrahim S, Gorman M, Greengross S, Prince M, et al. Population ageing and health. Lancet. 2012 Apr 7; 379(9823):1295-1296.
6. Smith A. Grand challenges of our aging society: workshop summary. Washington (DC): National Academies Press; 2010.
7. Beard JR, Officer A, De Carvalho IA, Sadana R, Pot AM, Michel JP, Lloyd-Sherlock P, et al. The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. Lancet. Published on line: October 29, 2015.
8. Steves CJ, Spector TD, Jackson SH. Ageing, genes, environment and epigenetics: what twin studies tell us now, and in the future. Age Aging. 2012 Sep; 41(5): 581-586.
9. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organisation; 2008.
10. Dannefer D. Cumulative advantage/disadvantage and the life course: cross-fertilising age and social science theory. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2003 Nov; 58(6): S327-337.
11. Lee C, Dobsob AJ, Brown WJ, Bryson L, Bayles J, Warner-Smith P, et al. Cohort profile: the Australian Longitudinal Study on Women's Health. Int J Epidemiol. 2005 Oct; 34(5): 987-991.

Zdravo staranje

dr. Branko Gabrovec

Kaj je staranje? Spremembe, ki sestavljajo in vplivajo na starost, so kompleksne [1]. Staranje je na biološki ravni povezano s kopičenjem različnih molekularnih in celičnih poškodb. Sčasoma te poškodbe vodijo k postopnemu zmanjšanju fizičnih rezerv, povečanemu tveganju za izbruh bolezni in splošnemu upadu sposobnosti posameznika. Na koncu se konča s smrtjo. Ampak te spremembe niso linearne niti enakomerne ter ohlapno povezane s posameznikovo starostjo v letih (2).

Zdravje v starosti

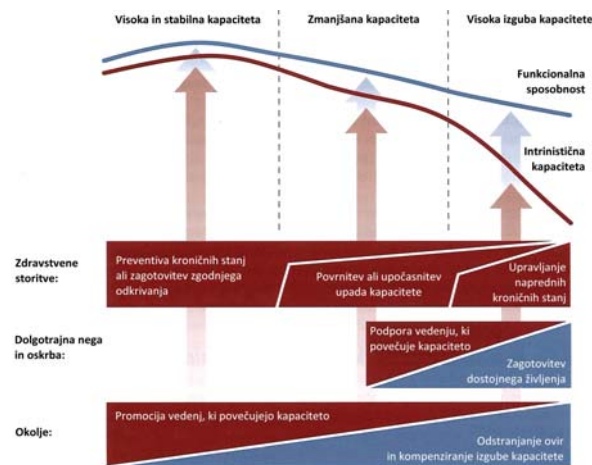
Invalidnost in smrt so do 60. leta rezultat predvsem zaradi s starostjo povezanih vzrokov: izguba sluha, vida, zmanjšana mobilnost in kronične bolezni, kot so bolezni srca, kapi, respiratorna obolenja, rak in demenca. To niso le težave bogatejšega sveta, ampak je breme, ki je povezano s temi stanji pri starejših, višje v državah z nizkimi in srednjimi prohodki. Prisotnost teh stanj še ne pove veliko, kakšen imajo vpliv na starostnikovo življenje. Npr. starostnik s pomembno slušno okvaro lahko nemoteno živi z uporabo slušnega aparata. Poleg tega je preveč enostavno gledati na vpliv vsakega stanja posamezno, saj je staranje povezano s povečanim tveganjem razvoja več kot enega kroničnega stanja naenkrat (multimorbidnost) [3]. Multimorbidnost je definirana kot najpogostejše kronično stanje, katerega pojavnost narašča s starostjo in prizadene več kot 60 % ljudi starejših od 65 let [4-7]. To število naraste na 85 % pri skupini stari 85 let [8].

Vpliv multimorbidnosti na pacienta, uporabo zdravstvenih storitev in stroške je običajno pomembno večja, kot ob samo enem kroničnem stanju. Poleg multimorbidnosti se pojavljajo tudi druga stanja, ki niso zajeta v standardni klasifikaciji bolezni. Ta so lahko kronična (npr. krhkost, katere razširjenost je 10 % pri starejših od 60 let, 25 % do starosti 80 let ...) ali akutna (npr. delirij). Ta kompleksnost zdravstvenih in funkcionalnih težav, s katerimi se soočajo starejši, postavlja temeljna vprašanja, kaj pomeni zdravje pri starostnikih, kako bi ga lahko merili in krepili. Potrebni so novi koncepti, ki ne bodo definirani zgolj s prisotnostjo ali odsotnostjo bolezni, ampak glede na vpliv, ki ga ta stanja imajo na funkcioniranje starejših in njihovo blaginjo. Obsežne ocene teh zdravstvenih stanj so boljši prediktorji preživetja in drugih rezultatov zdravljenja kot samo prisotnost posameznih bolezni ali komorbidnosti (9).

Zdravo staranje

Pri gledanju na zdravje in funkcioniranje starejših se moramo osredotočiti na dva pomembna koncepta. Prvi je intrinistična sposobnost, ki se nanaša na skupek duševnih in fizičnih sposobnosti, ki jih posameznik lahko ima. Drugi pa je okolica, v kateri živijo. Ta okolica, v kateri živijo, ima lahko vire ali ovire, ki ljudem določajo, ali bodo lahko počeli stvari, ki so njim pomembne. Kljub temu, da imajo starejši omejene zmožnosti, lahko v urejenem in njim prijaznem okolju še vedno hodijo v trgovino (če imajo npr. na voljo protivnetna zdravila, palico za hojo, voziček, skuter, živijo blizu ugodnega in dosegljivega prevoza ...). Kombinacija intrinističnih in okoljskih lastnosti ter njihova interakcija pa rezultira kot funkcionalna sposobnost starejših [3].

Zdravo staranje je proces, ki ostaja pomemben vsem starejšim, saj se lahko ta proces za njih ali izboljša ali poslabša. Npr. tirnica zdravega staranja starejših z demenco ali srčno boleznijo se izboljša z njihovo dostopnostjo do zdravstvene oskrbe in življenjem v podpornem okolju [3]. Javno zdravstveni okvir zdravega staranja Potrebni so široki javno zdravstveni ukrepi. Kljub temu, da znanja še ni dovolj, imamo zadostno količino dokazov, da je treba ukrepati sedaj. Veliko število intervencij je lahko identificirano s ciljem povečevanja funkcionalne sposobnosti starejših [3]. Ključne priložnosti za optimizacijo poti funkcionalne sposobnosti in intrinistične kapacitete skozi življenje prikazujemo na Sliki 1.



Slika 1: Javno zdravstveni okvir zdravega staranja: priložnost javnozdravstvenega ukrepanja skozi vsa življenjska obdobja. Povzeto po: World report on ageing and health, 2015.

Slika 1 prikazuje identifikacijo treh podskupin starejših ljudi: skupina z visoko in stabilno kapaciteto, skupina z zmanjšano kapaciteto in skupina z visoko izgubo kapacitete. Te podskupine niso toge in nujno ne pokrivajo poteka življenja vsakega starostnika. Kljub temu, če so potrebe teh podskupin naslovljene, bodo njihove funkcionalne zmožnosti izboljšane. Pri tem lahko pomagajo naslednja štiri prioriteta področja [3].

1. Naravnanje zdravstvenega sistema starejši populaciji;
2. Razvoj sistemov dolgotrajne oskrbe;
3. Ustvarjanje letom prijazna okolja;
4. Izboljšanje merjenj, monitoringa in razumevanje. ■

* Nadaljevanje na strani 46

3. mednarodni kongres »Urgentni pacient – včeraj, danes, jutri«

Nada Macura Višič, Vida Bračko

Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v urgenci je 15. in 16. oktobra 2015 organizirala 3. kongres z mednarodno udeležbo s področja urgentne zdravstvene nege. Ob tem smo proslavili 20-letnico delovanja strokovne sekcije. Kongres, ki je potekal pod naslovom »Urgentni pacient – včeraj, danes, jutri« je potekal v Termah Čatež. Poleg gostoljubnosti osebja, nam je bilo ob prihodu naklonjeno tudi lepo vreme in jesensko obarvana okolica.



Udeleženci kongresa med predavanjem

Foto: A. Novak

Praznovanje 20-letnice Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v urgenci smo obeležili s pravo in izvedbo 3. kongresa z mednarodno udeležbo. V zadnjih dvajsetih letih sta se tako urgentna medicina kot urgentna zdravstvena nega (ZN) intenzivno razvijali in postali tudi družbeno prepoznavni. Delo v urgentnih ambulantah je danes za izvajalce ZN bistveno bolj odgovorno in zahtevno, terja več kompleksnega znanja, veščin, spretnosti, iznajdljivosti, sposobnosti dobre komunikacije ... Vsebine kongresa so zato vsebovale tako strokovne predstavitve različnih področij oz. vidikov urgentne zdravstvene oskrbe kot tudi učne delavnice, kjer so udeleženci lahko preizkušali svoje veščine in praktična znanja.

Po pozdravnih nagovorih je **ga. Darinka Klemenc**, predsednica Zbornice – Zveze, Sekciji podelila **priznanje za 20-letno kakovostno in uspešno strokovno delo na področju urgentne dejavnosti**. Za dolgoletno in uspešno medsebojno sodelovanje se je **g. Matej Mažič** v imenu Sekcije reševalcev v zdravstvu zahvalil z **zahvalno listino**. 20-letno pot in strokovno delovanje Sekcije je orisala predsednica **ga. Vida Bračko**. V svojem prispevku se je zahvalila tako ustanovnim članicam kot vsem zavzetim posameznikom/kom, ki so skozi leta s požrtvovalnim delom razvijali urgentno ZN ter gradili uspešno podobo Sekcije in s svojim znanjem bistveno prispevali k strokovni in

celostni oskrbi urgentnih pacientov. Za dolgoletno sodelovanje in prispevek k delovanju Sekcije je predsednica Zbornice – Zveze podelila **priznanje za dosežke na ožjem strokovnem področju ga. Tanji Vranešević Žmavc in g. Urošu Grošlju**.

V uvodnem delu nam je **ga. Darinka Klemenc** predstavila izzive na področju odgovornosti medicinskih sester (MS) in njihovo vlogo v negovalnih in zdravstvenih timih. Predavateljica je ob tej aktualni temi opozorila na dejstvo, da nismo le izvrševalci ukazov, ampak avtonomni subjekti, kar se izraža v odgovornosti, ki jo za svoje delo sprejemamo. Posebna gostja kongresa je bila podpredsednica EfCCN-e **ga. Anne Kokko**, ki je spregovorila o izobraževanju MS na področju življenjsko ogroženih pacientov in modelu, ki ga je razvila Finska v sodelovanju s finskim združenjem MS za intenzivno nego.

V prvem sklopu o etičnih dilemah in odgovornosti v ZN nas je **ga. Dušica Pleterski** izzvala s prispevkom Sprejemanje etičnih odločitev v klinični praksi. Kakšno naj bi bilo sodelovanje in profesionalna komunikacija v zdravstvenem timu pa je opisala in podprla z raziskavo **ga. Darja Ovičaj**. O zavedanju izvajalcev ZN o odgovornosti in pomenu prepoznavne in prijavljanja odklonov v zdravstveni obravnavi je bila narejena raziskava na Kirurški kliniki UKC Ljubljana ter urgentnih oddelkih šestih slovenskih bolnišnic. **Ga. Zdenka Mrak**, glavna MS Kirurške kli-

nike je predstavila ugotovitve o zavedanju odgovornosti in o odklonitvi naročil/posegov, ki bi lahko škodovali oz. niso v korist pacientu. Rezultate o pomenu prepoznavne in prijavljanja odklonov v zdravstveni obravnavi v šestih urgentnih oddelkih je predstavila **ga. Draga Štromajer**. Ugotovili smo, da se MS srečujejo s številnimi strokovnimi in etičnimi dilemami ter osebnimi stiskami in da to področje zahteva nenehno izobraževanje in ozaveščanje vseh zdravstvenih delavcev.

Po odmoru za kosilo smo nadaljevali z dvema sklopoma, in sicer z učnimi delavnicami iz temeljnih postopkov oživiljanja otrok in odraslih ter varne uporabe AED in oskrbe akutne rane. Drugi sklop pa je nosil naslov Urgentna nevrologija. **G. Serdo Mofardin**, iz Nevrološke klinike je prikazal njihove izkušnje trombolitičnega zdravljenja ishemične možganske kapi. Kakšna je ZN urgentnega nevrološkega pacienta pa sta predstavili **ga. Jasmina Gorenjec** in **ga. Urška Skrt Golja**. Kako poteka transport pacienta z ICV po aplikaciji trombolize, je prikazala **ga. Veronika Vogelnik**. **Ga. Ana Krašna** je poudarila pomen ABCDE pristopa pri pacientu z akutno motnjo zavesti. Na koncu sta uporabo MTS algoritmov pri določanju prioritete nevroloških pacientov prikazali **ga. Majda Cotič Anderle** in **ga. Radojka Milojka Bradarič**.

Kar nekaj prostih tem je prišlo na naš naslov, za kar smo bili izredno veseli: **g. Matej Mažič** z Akcidentalno hipotermijo – prikaz smernic in prikaz primera, **g. Denis Verdel** z Obravnavo nenujega pacienta v ambulantni nujne medicinske pomoči (NMP), **g. Jure Noč** in **ga. Gordana Marković** sta predstavila prikaz primera poškodbe vratne hrbtenice, **ga. Simona Ljuboja Sodja** pa prikaz primera akutne zastrupitve s korozivno snovjo. Kakšne so osebne lastnosti MS na urgenci, sta nas seznanila **g. Denis Kordež** in **ga. Marjana Črv**, **ga. Andreja Špilek Plahutnik** je govorila o Manchestrskem triažnem sistemu v urgentnih ambulantah. Kako poteka izvajanje urgentne službe v vojaški bolnišnici ROLE je slikovito prikazala **ga. Nada Macura Višić**, sodelovanje Poklicne gasilske enote z reševalci pa **g. Anže Mužan**. Vlogo in naloge operacijske MS na humanitarni misiji je predstavila **ga. Mateja Stare**.

Ob zaključku strokovnega dela smo izvedli še volitve za člane/ice izvršilnega odbora in predsednika/co Sekcije. Optimalni urgentni centri pomenijo bistven skok naprej v razvoju urgentne oskrbe v bolnišnicah in so tudi pogoj k napredku stroke ter omogočajo racionalno uporabo človeških virov in opreme. S temi izhodišči je **g. Roman Košir** odprl strokovni del drugega dne kongresa s predavanjem Urgentni centri – ali smo pripravljeni? Na to vprašanje bomo verjetno najlažje odgovorili po odprtju vsakega urgentnega centra posebej. **G. Jože Prestor** je predstavil spremembe v pravilniku NMP in spremembe sistema NMP in poudaril, da spremembe lahko sprejmemo z odporom ali pa v njih vidimo priložnost za razvoj in izboljšanje oskrbe pacientov. Kako pa urgentna služba deluje v dveh sosednjih državah so predstavili naši gosti: **g. Biagio Epifani** o organizaciji NMP v italijanski pokrajini Veneto, **ga. Renza Marcato** pa organizaciji ZN v urgentnem centru Mirano/Dolo. O izzivih in organizaciji urgentne službe NMP v Republiki Hrvaški pa je govoril **g. Damir Vazanić**.



Učna delavnica TPO

Da se je o varni in kakovostni zdravstveni oskrbi treba pogovarjati, nam je pokazal tudi sklop z naslovom Varnost pri uporabi zdravil. Pomen zagotavljanja varnosti in kakovosti pri uporabi zdravil je predstavila **ga. Brigita Mavsar Najdenov**, o pristojnostih in odgovornosti MS pri pripravi in aplikaciji zdravil pa sta spregovorili **ga. Goranka Beguš** in **ga. Anita Cimerman**. Spoznali smo, da je priprava in uporaba zdravil področje, kjer je potrebno nenehno izobraževanje in izpopolnjevanje, da ne pride do napak, na katere nas je opozorila **ga. Slavica Kojanić**. **Ga. Maruša Brvar** je predstavila prispevek svojih kolegic o pomembnejših in najbolj pogostih zdravilih, ki jih uporabljamo v urgentni ambulanti.

Seveda pa naša srečanja ne potekajo brez prisotnosti in sodelovanja tudi mavčarjev oz. ortopedskih tehnologov. V prispevkih in učnih delavnicah, ki so jih vodili **g. Robi Podhostnik**, **g. Julijan Špes**, **g. Andrej Kramer**, **g. Miha Okrožnik** in **g. Edin Adrović** smo spoznali različne načine imobilizacije hrbtenice.

Kongres smo zaključili s sklopom o travmatskih ranah. **G. Miha Ambrožič**, **g. Aleš Fischinger** in **g. Jure Kos** so predstavili vrste travmatskih ran, njihovo primarno oskrbo in celjenje. Kako pomembna je dobra psihična in fizična priprava otrok s travmatsko rano je poudarila **ga. Živa Sprogar**. O proaktivnih strategijah oskrbe kirurške rane v operacijskih dvoranah je govorila **ga. Suzana Strnad**. Zaključila pa je **ga. Marta Grgić Vitek** s predavanjem Zaščita proti tetanusu pri poškodbi.

Poleg bogate vsebine prispevkov, predavanj, razprav in učnih delavnic pa seveda nismo pozabili tudi na druženja med predavatelji in na tradicionalni ples z večerjo, kjer smo prisotnim predstavili nov izvršilni odbor naše Sekcije, ki ga sestavljajo: *Edin Adrović, Vojko Anderle, Maruša Brvar, Majda Cotič Anderle, Tina Gros, Nada Macura Višić, Renata Mlakar in Drago Satošek ter predsednica Vida Bračko*. Celotnemu izvršilnemu odboru in predsednici iskreno čestitamo in želimo veliko uspehov pri nadaljnjem delu. Na koncu pa še posebna zahvala udeležencem, predavateljem, sponzorjem ter vsem sodelujočim pri organizaciji in izvedbi 3. kongresa. Vsi vi ste nam omogočili, da smo kongres uspešno izvedli. ■

8. posvet vodij patronažnih služb s strokovnimi vsebinami

Martina Horvat, Andreja Krajnc

Posveti vodij patronažnih služb so postali nepogrešljiv del aktivnosti Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v patronažni dejavnosti (Sekcije). Letošnji, že osmi po vrsti je potekal, 3. novembra v Ljubljani. Udeležilo se ga je 85 udeleženk in udeležencev iz 56 zdravstvenih domov (85 odstotkov) ter Združenja zasebnih patronažnih medicinskih sester. V veliko veselje nam je bilo, da sta se vabilu odzvali tudi predsednica Zbornice – Zveze Darinka Klemenc in izvršna direktorica Monika Ažman. Naš gostitelj je bilo podjetje Lek, d. d.



Udeleženci posveta

Posvet smo začeli s prispevkom predsednice strokovne sekcije **Martine Horvat, Patronažno varstvo v Sloveniji – kje smo bili, kje smo danes in kam si želimo.** V uvodu je povzela zgodovinski razvoj stroke s 96 letno tradicijo v slovenskem prostoru in pomen polivalentnega načina delovanja v skrbi za posameznika, družino in lokalno skupnost. Tudi v Sloveniji demografske in družbene spremembe pomembno zaznamujejo delo diplomiranih medicinskih sester v patronažnem varstvu. Bolj kot kdajkoli prej se srečujemo z revščino, nezaposlenostjo, nasiljem, hudimi tiskami, ki se vedno najprej dotaknejo najbolj ranljivih. Zaradi vsega navedenega, kot tudi sprememb na drugih ravneh zdravstvenega varstva, izobraževanja in vodenja smo danes znašli pred velikim izzivom, kako urediti področje patronažnega varstva. Tudi aktivnosti, ki potekajo v zvezi z izvajanjem paliativne oskrbe in koordinacija dolgotrajne oskrbe predstavljata izziv, s katerim se bomo morali spoprijeti. V projektu *Za boljše zdravje in zmanjšanje neenakosti v zdravju – »Skupaj za zdravje«*, ima patronažno varstvo pomembno vlogo. Nadgradnja in krepitev patronažne dejavnosti sta predvideni tudi v Predlogu Resolucije o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2015 – 2025 "Skupaj za družbo zdravja". V nadaljevanju je udeležence posveta pozdravila predsednica Zbornice - Zveze **Darinka Klemenc**, ki je izrazila

veliko veselje nad tako številno udeležbo in poudarila, **da zbrani predstavljajo vrh stroke zdravstvene nege v patronažnem varstvu.** Spregovorila je o aktivnostih krovne organizacije v zvezi z aktualnimi dogodki, povezanimi z zdravstveno nego. Povzela je ključne poudarke s sestanka EFN (European Federation Of Nurses Associations) in obiska predsednice ICN dr. Judith Shamian v Sloveniji. Zbornica – Zveza je s strani Ministrstva za zdravje prejela odločbo o podelitvi javnega pooblastila, kar je velik uspeh. Izrazila je podporo vsem našim prizadevanjem in zagotovila pomoč pri doseganju zastavljenih ciljev. Sledilo je predavanje **mag. Irene Lukancič** Linex Linbi in bifidobakterije. 1. Probiotično zdravilo v Sloveniji. **Kategorizacijo v patronažnem varstvu** je predstavila **Aleksandra Jančič**. V ZD Dr. Adolfa Drolca Maribor je v letih 1999–2002 potekal tudi **projekt MATRA**. Na podlagi ugotovitev so oblikovali tudi **kategorije pacientov in družin** v patronažnem varstvu, ki so bile predstavljene strokovni javnosti že leta 2003. Rezultati mednarodnega projekta so objavljeni v publikaciji *Količina in kakovost v zdravstveni negi*. Pri predstavitvi primerov pacientov in družin smo udeleženci tudi aktivno sodelovali. V Sekciji bomo nadaljevali s prizadevanji, da bo kategorizacija zaživel v vseh okoljih. Sledila je predstavitev analize podatkov o realizaciji de-

lovnega programa oziroma obravnav, ki smo jo v patronažni dejavnosti izvedli po podatkih Zavoda za zdravstveno zavarovanje (ZZZS) v obdobju od januarja do konca septembra 2015. Analizo podatkov s poudarkom na izvajanju preventivnih obravnav je predstavila **Andreja Krajnc**.

S 1. januarjem 2015 smo v patronažnem varstvu začeli z novim načinom obračunavanja storitev, ki je prinesel ključne spremembe in po katerem se storitve ne obračunavajo več točkovno, ampak po posameznih obravnavah. Iz podatkov ZZZS o realizaciji storitev, ki so jih posamezni izvajalci zaračunavali plačniku je od takrat razviden ne samo delež realiziranih storitev za posamezne time, ampak tudi vsebina opravljenih storitev glede na področje dela (preventiva, kurativa) in glede na vrsto varovancev, ki smo jih obravnavali (nosečnice, otročnice, novorojenčki, mali otroci, kronični bolniki).

Podatki ZZZS o realizaciji in vsebini storitev so v tem trenutku za analizo opravljenega dela najbolj objektivni in preverljivi. Način in namen zbiranja teh podatkov ter posodobljeni šifranti obravnav namreč omogočajo analizo dejansko opravljenih in zaračunanih storitev v okviru patronažnega varstva.

Predstavljena analiza opravljenega dela v prvih devetih mesecih je bila osredotočena predvsem na izvajanje preventivnih obravnav, saj je preventivno delovanje bilo in ostaja osnovno poslanstvo patronažnega varstva.

Čeprav podatki o izvajanju izključno preventivnih obravnav kažejo na vedno manjši delež le teh, pa vendar ne smemo pozabiti, da se ogromno opravljenega preventivnega dela v patronažni dejavnosti skriva tudi v kurativnih obravnavah. Predvsem so to prve kurativne obravnave pacienta, vse paliativne obravnave in vse obravnave pacientov, pri katerih se izvajajo zahtevnejše intervencije zdravstvene nege in jih v skladu z usmeritvami stroke vedno opravlja le diplomirana medicinska sestra. Vse te obravnave, ki se opravljajo na podlagi naročila zdravnika (delovni nalog) se v patronažnem varstvu evidentirajo in zaračunavajo kot kurativne obravnave, čeprav gre pri njih za nenehno prepletanje kurativnega in preventivnega delovanja in se tehnika časa, ki ga patronažna medicinska sestra porabi pri taki obravnavi velikokrat nagiba v prid preventive. **Pri takšnih obravnavah patronažna medicinska sestra namreč nikoli ne obravnava le posameznika, ampak posredno z vidika primarne, sekundarne in terciarne preventive obravnava tudi njegovo družino, ki je zaradi zdravstvenega stanja enega od družinskih članov potencialno ogrožena ali ogrožena.**

Podatki iz analize kažejo, da še vedno obstajajo velike razlike pri opravljanju preventivnega dela med posameznimi izvajalci tako pri obravnavi nosečnic, otrok starih od enega do treh let, otročnic in novorojenčkov ter tudi kroničnih bolnikov. Razloge za takšna odstopanja in razlike gre gotovo iskati v vedno večjih potrebah po kurativnih obravnavah, neurejenem obveščanju o nosečnicah in rojstvih na sistemski ravni in v velikih razlikah v organizaciji patronažnega varstva v Sloveniji.

Zaskrbljujoči za stroko so podatki o preventivnih obravnavah kroničnih bolnikov, ki so v zadnjem letu, po enem od finančnih nadzorov, upadli predvsem zaradi t. i. »halo



Monika Ažman med nagovorom

efekta« med izvajalkami. Plačnik je na podlagi finančnega nadzora pri eni od izvajalk črtal določene preventivne obravnave kroničnih bolnikov, ker po mnenju nadzornikov niso bile opravljene in evidentirane v skladu s Pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja (Pravila OZZ).

Avtorica je v prispevku natančno analizirala Pravila OZZ iz leta 1994 in jih upoštevajoč vse spremembe in dopolnitve primerjala z danes veljavnimi Pravili OZZ. **Poudarila je, da se spremembe, ki kot pogoj za preventivno obravnavo kroničnega bolnika vsebujejo dikcijo »osamel in socialno ogrožen« niso zgodile v zadnjem letu ali dveh.** Danes veljavna Pravila OZZ se (v 27. členu, ki določa pravice do patronažnih obiskov) kljub mnogim spremembam in dopolnitvam **niso spremenila od leta 2003**, torej je že pred dvanajstimi leti bila zapisana pravica za zavarovane osebe stare 25 in več let: »dva patronažna obiska na leto pri kronično bolnih osebah in težkih invalidih, ki so osameli in socialno ogroženi ter pri osebah z motnjami v razvoju« (Pravila OZZ, 2003). Čemu torej zdaj ob nadzoru »halo efekt« in informacije, da nam je plačnik »črtal« pravice do obiskov kroničnih bolnikov in nas omejil z dikcijo »osamel in socialno ogrožen«? Omejile smo se same.

Definicija tega, kdo je osamel in socialno ogrožen, ni zapisana v nobenih Pravilih OZZ in kdo je tisti, ki je resnično osamel in socialno ogrožen na naših terenskih območjih lahko strokovno presodi, to ustrezno dokumentira in zagovarja le patronažna medicinska sestra, ki mora biti predvsem zagovornica in zaveznica pacientov in njihovih pravic, na svojem terenskem območju.

Večina vodij, udeleženk posveta, vključno s predsednico Zbornice - Zveze, je bilo enotnega mnenja, da je vsaka patronažna medicinska sestra na svojem področju strokovnjakinja in je odgovorna, da patronažno zdravstveno nego kakovostno izvaja in ustrezno dokumentira v skladu s predpisano zakonodajo, v skladu s strokovnimi normativi in standardi ter glede na potrebe varovanca. Odgovorna in pristojna pa je tudi, da opravljeno preventivno delo, narejeno v skladu s potrebami pacientov in njihov družin, ustrezno argumentira in zagovarja. **Andreja Krajnc** je v zaključku poudarila predvsem **vlogo menedžmenta**

v patronažnih varstvih, ki ima nalogo načrtovanja, organiziranja, usmerjanja in nadziranja dela z namenom, da se dosežejo in presežejo zastavljeni cilji.

Sledila je predstavitev projekta »Nadgrajena celovita obravnava pacienta (CPC+)«, katerega glavni cilj je zmanjšanje ali preprečitev bolezni, povezanih z življenjskim slogom. V projektu, ki ga od marca 2015 izvaja Zdravstveni dom Ljubljana skupaj s partnerji, bodo nadgradili model celovite obravnave pacienta. Cilje projekta in njegov potek je predstavila **Robertina Benkovič**, svetovalka v zdravstveni negi.

V nadaljevanju je **Martina Horvat** predstavila projekt **Za boljše zdravje in zmanjševanje neenakosti v zdravju – Skupaj za zdravje**, ki ga v okviru programa Norveškega finančnega mehanizma 2009–2014 vodi Nacionalni inštitut za javno zdravje. S prenovo programov in jasno opredelitvijo preventivnega dela v patronažnem varstvu bodo pacienti v domačem okolju enakovredno obravnavani. **Vloga diplomiranih medicinskih sester v patronažnem varstvu je ključna v integriranih interdisciplinarnih preventivnih obravnavah ranljivih skupin prebivalstva.** Pri pacientih, ki ne morejo dostopati do zdravstvenih institucij, lahko v domačem okolju preventivne programe smiselno izvajajo diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu ter se pri tem povezujejo s timi v RADM/ADM ter ZVC/CKZ.

Monika Ažman je prav tako pozdravila udeležence posveta in spregovorila predvsem o asistiran peritonealni dializi na domu. Poudarila je, da moramo biti pripravljene sprejemati nove izzive in organizacijo dela prilagoditi potrebam pacientov. Omenila je tudi, da se na Zbornici – Zvezi pripravljajo smernice za porod na domu, kar je prav tako novost v našem prostoru. Zaključila je z jasnim sporočilom, da **v zdravstveni negi ne more biti izjem v dostopnosti in razpoložljivosti ne glede na področje delovanja** in da moramo, glede tega slediti zapisanim usmeritvam v Aktivnostih zdravstvene nege v patronažnem varstvu.

Tekom posveta smo udeleženci v živahni razpravi izpostavili nekatere probleme, izmenjevali mnenja in izkušnje ter predlagali nekatere možne rešitve. Ob zaključku srečanja je **Martina Horvat** povedala, da se vodstvo Sekcije zaveda težav, s katerimi se srečujemo, ki so se z leti kopičile in kljub pobudam, ki smo jih podali, nikoli ni prišlo do učinkovitega reševanja na sistemski ravni. **Zavedamo se, da je treba področje patronažne dejavnosti čim prej vsebinsko nadgraditi, prilagoditi in poenotiti organizacijo izvajanja, urediti mrežo in utrditi povezovanje z izvajalci zdravstvene dejavnosti in vseh ravneh zdravstvenega varstva, kot tudi okrepiti medsektorsko povezovanje.** Zaradi zapisanega v Predlogu Resolucije o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2015 – 2025 »Skupaj za družbo zdravja« in ostalih aktivnosti, ki potekajo, verjamemo, da nam bo tokrat uspelo.

V Sekciji se bomo še naprej trudili čim bolj povezati slovenske patronažne medicinske sestre, jih narediti močne in postaviti patronažno zdravstveno nego na mesto, ki si ga v sistemu zdravstvenega varstva zasluži.

Spoštovane kolegice in kolegi, hvala, ker ste prišli! ■



DRUŠTVO
MEDICINSKIH
SESTER, BABIC IN
ZDRAVSTVENIH
TEHNIKOV
MARIBOR

vabi na

BOŽIČNA KONCERTA PEVSKEGA ZBORA LA VITA,

v nedeljo, 20. decembra 2015, ob 19. uri,

v cerkvi Marija, Mati cerkve na Pobrežju v Mariboru - koncert poklanjamo članom Društva in njihovim svojcem, gostom ter vsem, ki dobro v srcu mislijo,

in

v torek, 22. decembra 2015, ob 17. uri,

v bolnišnični kapeli Antona Martina Slomška v Univerzitetnem kliničnem centru Maribor (klet stavbe ORL in MFK) - koncert je posvečen pacientom, njihovim svojcem, gostom in vsem ljubiteljem zborovskega petja.

Prisrčno vabljeni.

*Ksenija Pirš, predsednica
Anemarija Smonkar, vodja dejavnosti*

* Nadaljevanje s strani 41

Literatura:

- Kirkwood TB. A systematic look at an old problem. *Nature*. 2008 Feb 7;451(7179):644-7.
- Baltes P, Freund A, Li S-C. The psychological science of human ageing. V: Johnson ML, Bengtson VL, Coleman PG, Kirkwood TBL, uredniki. *The Cambridge handbook of age and ageing*. Cambridge: Cambridge University Press: 2005: 47-71.
- World report on ageing and health. World health Organisation. Geneva, Switzerland; 2015.
- Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet* Jul. 7 2012;380(9836):37-43.
- Melis R, Marengoni A, Angleman S, Fratiglioni L. Incidence and predictors of multimorbidity in the elderly: a population-based longitudinal study. *PLoS One* Jul. 24 2014;9(7):e103120.
- Marengoni A, Winblad B, Karp A, Fratiglioni L. Prevalence of chronic diseases and multimorbidity among the elderly population in Sweden. *Am J Public Health* Jul. 2008;98(7):1198-200.
- Tinetti ME, Fried TR, Boyd CM. Designing health care for the most common chronic condition—multimorbidity. *JAMA* Jun. 20 2012;307(23):2493-4.
- Multimorbidity (2015). Chrodis. Dosegljivo na: <http://www.chrodis.eu/our-work/07-type-2-diabetes/>
- Lordos EF, Herrmann FR, Robine JM, Balahoczyk M, Giannelli SV, Gold G, et al. Comparative value of medical diagnosis versus physical functioning in predicting the 6-year survival of 1951 hospitalized old patients. *Rejuvenation Res*. 2008 Aug;11(4):829-36.

Slovenski paliativni kongres: »V luči dostojanstva življenja«

Majda Čaušević

... če bi vedel, da te danes zadnjič gledam, kako zaspiš, bi te pokril mnogo bolj nežno ... (neznani avtor)

Slovensko združenje paliativne medicine je 9.–10. oktobra 2015 pripravilo kongres paliativne medicine v Domus medica v Ljubljani. Vsebina srečanja je bila sestavljena iz naslednjih vsebin: zdravljenje simptomov, paliativna oskrba bolnika v domačem okolju, paliativna oskrba in nega, duhovna podpora, vnaprejšnje načrtovanje paliativne oskrbe, vnaprejšnja volja pacienta in paliativni načrt. Obravnavane so bile tudi aktualne teme, kot so kanabinoidi in predčasna želja po smrti. Dogodek je potekal pod častnim pokroviteljstvom predsednika države **Boruta Pahorja**. Pri otvoritvi Slovenskega paliativnega kongresa je poleg takrat aktualnega generalnega direktorja Onkološkega inštituta Ljubljana **Janeza Remškarja** in predsednice Slovenskega združenja paliativne medicine **Maje Ebert Moltara**, občinstvo nagovorila tudi ministrica za zdravje **Milojka Kolar Celarc**.

V prvem sklopu je **Sheila Payne** iz Velike Britanije v svojem prvem predavanju predstavila izzive in razvoj paliativne oskrbe v Evropi in v drugem vlogu psihologa v paliativni oskrbi. V nadaljevanju je **Maja Ebert Moltara** prikazala, kako poteka paliativna oskrba v Sloveniji, **Mateja Lopuh** pa izzive in razvoj paliativne oskrbe pri nas. Gostja iz Velike Britanije **Barbara Gomes** se je v svoji diskusiji dotaknila problema, kje v paliativni oskrbi je potrebna dodatna podpora in kako bi lahko zmanjšali razlike med željami in realnostjo, ko gre za kraj smrti. **Bart Van den Eynden** iz Belgije je v prvem delu svojega predavanja predstavil primarno paliativno oskrbo v Belgiji. V drugem delu je prikazal instrument, ki je implementiran v pet regij v Belgiji in je v pomoč pri vodenju in podpiranju razvoja paliativne oskrbe. Kako poteka podpora umirajočemu bolniku v Nemčiji je v svojem predavanju predstavila **Katharina Rockman**, kakšne kompetence imajo v zdravstveni negi v paliativni oskrbi na Danskem pa je predstavila medicinska sestra **Birgitte Grube**. Prikazala je osnovni in specializirani nivo paliativne oskrbe ter kompetence na različnih primerih, ki so zasnovane na sedmih vlogah, razdeljene na odnose, znanje in veščine. Avtorica predlaga implementacijo procesa z novimi veščinami v že obstoječe edukativne programe in tečaje.

V svoji predstavitvi je na slikovit način predstavil kaplan **Piotr Krakowiak** organizacijo duhovne podpore na Poljskem, ki je pod okriljem katoliške cerkve. Njihovo izkušnjo vidi kot dobro priložnost za države sredi političnih transformacij, zdravstvenih reform in tistih, ki so potrebne izboljšanja oskrbe umirajočih bolnikov in njihovim svojcem. V popoldanskem delu kongresa so sledila predavanja slovenskih avtorjev. **Tanja Žnidarič** je predstavila retrospektivno analizo kakovosti oskrbe bolnikov z malignimi limfomi ob koncu življenja ter stanje in potrebe družinskega zdravnika pri obravnavi paliativnega bolnika. **Boštjan Zavrtnik** je prikazal vseslovenski projekt »Metulj«, ki je nastal v želji po boljšem prepoznavanju vsebin paliativne oskrbe. Namen projekta je bil približati vsebine paliativne

oskrbe v slovenskem jeziku bolnikom z neozdravljivimi boleznimi in njihovim bližnjim.

Drugi dan kongresa je potekalo sočasno pet delavnic, in sicer: **podpora umirajočemu bolniku v domačem okolju, duhovna oskrba, bolečina in uporaba podkožnih črpalk, aromaterapija v paliativni oskrbi in čuječnost**. Delavnice so bile polno zasedene z udeleženci kongresa, ki so bili zelo zadovoljni s prikazom obravnavanih tem v praksi. V nadaljevanju so sledila predavanja o težkem dihanju **Maje Ebert Moltara** in prikazu strukture paliativne mreže v Avstriji, ki jo je predstavil **Johann Baumgartner**. V popoldanskem delu je sledil prikaz aktualne tematike na področju paliativne oskrbe. **Martin Pinsger** je predstavil uporabo kanabinoidov v medicini v Avstriji. **Jožica Červek** je v imenu delovne skupine pri Zdravniški zbornici predstavila kakšna je zakonodaja, znanost in praksa v Sloveniji glede uporabe kanabinoidov in medicinske konoplje ter načrte za delo v prihodnosti na področju koordiniranja delovne skupine. Družinski sestanek je pomemben del celostne obravnave bolnikov paliativne oskrbe. **Nataša Zlodej** je povedala, da z izvajanjem družinskega sestanka zagotovimo bolniku in svojcem občutek večje varnosti in dostopnosti. **Mateja Lopuh** je predstavila paliativni načrt, ki je podlaga za izvajanje paliativnega pristopa. Ravno tako je pomembno vnaprejšnje načrtovanje oskrbe, ki je na osebo usmerjen kontinuiran proces vodenih pogovorov, ki posamezniku omogoča, razumevanje, premislek in razpravo najprej o ciljih in vrednotah ter iz tega izhajajoče želje in preference za prihodnje odločitve v oskrbi za situacije ob koncu življenja, če bolnik ne bi zmoget sam soočiti. Poleg pomena vnaprejšnjega načrtovanja v paliativni oskrbi nam je **Urška Lunder** predstavila raziskavo ACTION, v kateri sodeluje tudi Slovenija. Na zadnjem predavanju je **Blaž Ivanc** prikazal zakonsko ureditev v Sloveniji glede vnaprejšnje izjave volje pacienta.

Zaradi kroničnih neozdravljivih bolezni v Sloveniji letno umre skoraj 20.000 ljudi. Večina med njimi v zadnjem obdobju življenja potrebuje paliativno oskrbo, v katero smo vključeni poleg bolnika in njihovih bližnjih tudi zdravstveni in nezdravstveni delavci. Nadgrajevanje in utrjevanje znanja s področja paliativne oskrbe je zato pomembno za vse nas. Paliativna oskrba je temeljna zdravstvena veda, katere osnove mora poznati vsak, ki oskrbuje neozdravljivo bolne. Kot smo lahko slišali v enem od uvodnih predavanj **Maje Ebert Moltara**, v Sloveniji mnogi že uporabljajo principe paliativne oskrbe, vendar med trenutnimi potrebami in realnimi možnostmi še vedno zeva prepad. Entuziazem in zagon posameznikov velja ceniti in ga podpirati, vendar se moramo zavedati, da je mreža močna le toliko, kot je močan njen najšibkejši vozel. Tako je tudi mreža paliativne oskrbe Slovenije, ki naj bi zagotavljala celostno in neprekinjeno oskrbo neozdravljivo bolnih, trdna le toliko kot njen najšibkejši člen. ■

Slovensko zdravstvo v analizi WHO

Slovenski zdravstveni sistem dober, nujne izboljšave financiranja in organizacije

Naš zdravstveni sistem je med boljšimi v Evropi. A zaradi nakopičenih nerešenih težav in afer smo to spregledali, je na petkovem srečanju ob obisku direktorice Regionalnega urada WHO za Evropo Zsuzsanne Jakab v Ljubljani poudarila ministrica za zdravje Milojka Kolar Celarc.

Slovenija s tretjino vloženega denarja dosega enake ali celo boljše rezultate kot na primer sosednja Avstrija. A krizna leta so prinesla linearno varčevanje brez analiz, zdaj pa je čas, da preiščljeno dosežemo izboljšave za večjo učinkovitost in kakovost zdravstvenega varstva, je poudarila ministrica.

Jakabova je v svojem nagovoru v državnem svetu predstavila okvirne ugotovitve analize WHO. Kot je pojasnila, analiza še ni končana. "Slovenski zdravstveni sistem je trden. Pomembno je, da k reformam pristopate preiščljeno, da ne bi ponovili napak drugih držav in zavrgli dobrih rešitev," je uvodoma poudarila Jakabova. Slovenija je zelo dobra pri zagotavljanju univerzalnega zdravstvenega zavarovanja, je poudarila. A glavni vprašanja, s katerima se bo morala soočiti, sta financiranje zdravstva in njegova organizacija, pravi Jakabova. Slovensko zdravstvo se trenutno financira skoraj izključno iz prispevkov zaposlenih, zaradi česar se je v minulih kriznih letih tudi znašlo v krizi, je izpostavila.

"To je zelo pomembno vprašanje, za katerega je treba najti prave rešitve in nove vire financiranja za zdravstvo," je dejala.

"Vemo, da moramo zagotoviti različne vire financiranja za zdravstvo, da ne bomo odvisni samo od prispevkov, da zagotovimo stabilnost zdravstvenih storitev. A ostajamo pri nameri, da na tak ali drugačni način preoblikujemo sedanje dopolnilno zavarovanje. Tudi zato, da bo bolj učinkovito, da ne bomo porabljali 50 ali 60 milijonov evrov za administrativne stroške, ki ne prinašajo dodane vrednosti," je na vprašanje, ali še vztraja pri svoji nameri ukinitve dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, odgovorila ministrica Kolar Celarčeva. Dopolnilno zdravstveno zavarovanje je odigralo svojo vlogo, a ne spodbuja enakosti med prebivalstvom, ker vsi plačujejo enako premijo, ne glede na višino svojih prihodkov. Tako bo Slovenija vsekakor morala najti neki nadomestni vir sredstev. Obstajajo namreč boljši načini zbiranja sredstev od dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, je dejala Jakabova, ki je - podobno kot ministrica Kolar Celarčeva - izpostavila tudi visoke administrativne stroške dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja. Med ključnimi izzivi našega zdravstvenega sistema bo po besedah Jakabove še izboljšanje organiziranosti in učinkovitosti zdravstva, izboljšanje osnovnega zdravstva ter sodelovanje med osnovno, sekundarno in terciarno zdravstveno ravni. Pričakovana življenjska doba prebivalstva v Sloveniji se viša, stopnja smrtnosti ob rojstvu je nizka, Slovenci



doplačujejo najmanj - 13 odstotkov - iz lastnega žepa za zdravstvo, pa so v analizi ugotovljeni plusi, ki jih je izpostavila Jakabova. A če se bo slovenski trend staranja prebivalstva nadaljeval, bo čez 10 let število starejših od 65 v Sloveniji višje od povprečja EU. "To je velik izziv. Cilj mora biti zdravo staranje, zdravi ljudje živijo dlje in lahko prispevajo družbi," je poudarila regionalna direktorica WHO.

Glede izdatkov iz lastnega žepa za zdravstvo je opozorila, da ti ne smejo narasti. Nujna bo tudi usmerjenost v preventivo, promocijo zdravja, dolgotrajno oskrbo. "Vlaganje v zdravstvo se izplača, to je naložba, ne strošek. Prinaša ekonomske, socialne in okoljske pozitivne učinke," je še opozorila Jakabova.

Analiza WHO potrjuje, da je ustrezna košarica pravic, financirana iz javnih in deloma zasebnih sredstev, rešitev za univerzalno in enako dostopnost ter zagotavlja zadovoljevanje potreb gospodinjstev ter finančno varnost pred visokimi neposrednimi plačili iz žepa, so izpostavili na ministrstvu.

Izsledki analize bodo podlaga za oblikovanje reformnih ukrepov, ki so opredeljeni že v resoluciji o nacionalnem planu zdravstvenega varstva. To je ministrstvo v sredo poslalo v medresorsko usklajevanje, so še pojasnili na ministrstvu.

Jakabova se ni izognila niti trenutno aktualni temi begunske krize. Ustavila se je predvsem ob javno-zdravstvenih učinkih sedanjih razmer. Poudarila je, da so primerni standardi zdravstvene oskrbe migrantov nujni tako za zagotavljanje zdravja domačega prebivalstva kot zaradi zagotavljanja pravic migrantov in domačega prebivalstva. Migranti po ugotovitvah WHO ne prinašajo s sabo nujno tudi nalezljivih bolezni, čeprav se pojavlja tak strah. Po njenih opozorilih pa dobra zdravstvena oskrba migrantov zahteva medresorsko sodelovanje. Kot primer je izpostavila, da migranti niso homogena skupina, zato je nujno poskrbeti, da se zdravstveni sistem odziva na njihove zelo raznolike potrebe. Ob tem je ministrica Kolar Celarčeva povedala, da sta se z Jakabovo v petek pogovarjali tudi o možnostih nadaljnjega sodelovanja z WHO pri migrantski krizi. ■

Vir: STA, 30. 10. 15

Pohod na Galetovec

Rada Skočir



Konec oktobra nam je bilo vreme naklonjeno tako, da smo se v Društvu MSBZT Nova Gorica, po že enkrat prestavljenem pohodu, odpravili na Galetovec. Tudi običajno prevozno sredstvo – avtobus smo zamenjali in se zgodaj zjutraj povzpeli na vlak v Novi Gorici. Šestnajst pohodnic in en pohodnik, še malo zaspani, smo bili s strani predsednice društva deležni popotnice v obliki sadne rezine, sendviča in pijače, vse z namenom, da ne omagamo na poti..



Končno na vrhu

Medtem, ko je vlak veselo drdral po progi ob reki Soči in ko smo na Mostu na Soči dočakali še eno našo članico, nam je skrbna vodička in organizatorka pohoda, Nada Pisk, podrobno opisala potek pohoda. Malo smo bili zaskrbljeni, ko nam je gospa Nada napovedala tudi plezanje. Vlak je ubiral pot po Baški grapi, ki je res grapa, saj smo skozi okna gledali strmo vzpenjajoče vrhove gora na obeh straneh, ki so že dobivali pisane jesenske barve, nad njimi pa se je bočilo modro nebo. Globoko v dolini pa se je vila reka Bača. Na postaji Podbrdo se nam pridružita še dve kolegici in število pohodnikov je bilo popolno. Preden smo zapustili Baško grapo in s tem Primorsko, je vlak zapeljal v najdaljši železniški predor v Sloveniji, ki meri celih 6327, 3 metra. To je Bohinjski predor, ki so ga zgradili v času avstro-ogrske monarhije in ima širino dveh tirov. Po osmih minutah vožnje skozi predor smo prispeli na Gorenjsko. Bohinjska Bela in izstop iz prijetno toplega vagona v hladen in meglen dan. Rokavice in kapa nista bila odveč prtljaga, ampak nuja. Skozi prebujajoče naselje smo prispeli do vzhodja prvega vzpona – plezanja. Strah je bil odveč, naše plezanje ni zahtevalo zabijanja klinov v steni in varovalne vrvi, le vzpon po lestvi, ki je bila vpeta med dve steni. Vrtoglavi se niso ozirali nazaj, ampak k Nadi, ki nas je spodbujala, čakajoč na vrhu. Višje, kot smo se vzpenjali, modrejše je bilo nebo. Sončni žarki so nas vedno bolj grel in kmalu smo pospravili kape in rokavice, pa tudi kakšen pulover je dobil mesto v nahrbtniku. Nadaljevali smo pot, pretežno po gozdu, marsikatera je oprezala, če se kje skrivajo gobe. No, nekaj jih le bilo. Da bi steza ne bila dolgočasna, so poskrbela podrta drevesna debla, preko katerih je bilo treba visoko dvigniti noge ali narediti globok predklon ali se splaziti pod nji-

mi. Telovadbe res ni manjkalo, zato smo si privoščili daljši postanek, kjer smo pospravili popotnico. Čeprav smo si napolnili želodčke, smo lahko nadaljevali vzpon. Na prelazu Turn nas je Nada opozorila na spomenik padlim v drugi svetovni vojni. Po spustu in ponovnem vzponu smo le dosegli cilj – Galetovec z nadmorsko višino 1265 metrov. Deležni smo bili čudovitega razgleda, saj se je iz meglene jutra razvil sončen dan, brez meglice. Pogled je segal v dolino na Bled z jezerom, Bohinjsko Belo in na vse sosednje vrhove: Vajnež, Stol, Vrtačo, Begunjsčico, Graben košute, Babji zob z Jelovico. Pogled je res zajel vse lepote, kot bi ga za nas narisal umetnik z vsemi razpoložljivimi barvami. Po ponovnem počitku in okreplilu nas je pot v dolino vodila po drugi strani gore mimo planin in osamljenih domačij. Polni nepozabnih trenutkov, dobrega počutja in utrujeni, smo vtise delili na vlaku na poti domov.

Nada, hvala za čudovit preživet dan in na snidenje v novem letu na novih poteh. ■



Na začetku poti

Strokovno predavanje o novostih v oftalmološki zdravstveni negi

Marija Filipič



Glede na število udeleženk Sekcije upokojenih medicinskih sester DMSBZT Ljubljana lahko sklepamo, da so nam podobna strokovna poglavja zelo dobrodošla. Soočamo se že s številnimi anomalijami, ki so povezane z našo dolgoletno delovno prakso, pa tudi pojavom neželenih sprememb v procesih staranja. Oko je zelo pomemben organ vida, zato ga moramo še posebej dobro čuvati in negovati, ker s tem lahko preprečimo, ali omilimo marsikatero neprijetno težavo.

Gospa Bernarda Mrzelj, dipl. m. s., je razložila pojav sive mrene ali katarakte, ki je lahko v 51 % vzrok za slepoto prebivalstva. Siva mrena nastaja neboleče več let, prizadene vid, pojavlja pa se običajno na obeh očesih. Pridobljena siva mrena nastane predvsem pri starejših ljudeh, prirojena siva mrena pa je največkrat posledica intrauterine okužbe ali pa je dedno pogojena. Zdravi se uspešno s kirurško odstranitvijo skaljene leče. Z izboljšanjem – povrnitvijo vida si izboljšamo tudi kakovost življenja.

Gospa Saša Mohar, dipl. m. s., pa je predstavila drugi najpogostejši vzrok za slepoto – to je zelena mrena ali glavkom, ki okvari vidni živec. Glavkom je dolgo neopažen in lahko močno okvari vidni živec. Okvara je nepopravljiva. Zelo pomembno je, da obiskujemo očesnega zdravnika, ki s pregledom očesnega ozadja, merjenja očesnega pritiska, pregledom vidnega živca in testiranjem vidnega polja ugotovi pravočasno spremembo, ki govorijo za glavkom. Le z zniževanjem očesnega pritiska preprečuje-

mo nastanek glavkoma in napredovanje bolezni. V primeru, da so okvare že nastale, so z zdravljenjem žal nepopravljive.

O kroničnih obolenjih vek in solzil pa je spregovorila gospa Lucija Grudnik, dipl. m. s. Za boljše razumevanje težav smo najprej obnovile zgradbo vek, očesne mišice, veznice, žlez lojnic in solznic. Odstopanj od normalnega delovanja naštetih pomožnih organov očesa je ogromno. So pa tudi za bolnika zelo neprijetne, saj povzročajo solzenje, občutek peska v očeh, poslabšanje vida, občutek srbenja, pordelost vek, občutljivost na svetlobo in težave z rastjo trepalnic. Pri zdravljenju teh težav je zelo pomembna pravilna nega vek, uporaba kapljic, pri zapletih pa tudi antibiotično zdravljenje ali celo kirurško.

Podajanje strokovnih vsebin vseh treh predavateljic je bilo zelo izčrpno. Pa kljub temu smo se zaradi mnogih lastnih izkušenj s številnimi vprašanji obračale na njih. Dobile smo tudi natančne odgovore in bile z vso vsebino predavanja zelo zadovoljne. ■

Strokovno predavanje na temo o demenci – Alzheimerjevi bolezni, 12. novembra 2015

Marija Filipič

Zaradi večjega zanimanja o omenjeni vsebini je bilo predavanje ponovljeno. Gospa Radojka Kobentar je med svojim dolgoletnim delom na Psihiatrični kliniki zelo intenzivno spremljala bolnike, aktivno sodelovala pri zdravljenju in lajšanju težav, sodelovala s svojci obolelih in z dopolnjevanjem nenehnega znanja postala izredna poznavalka na področju demence in Alzheimerjeve bolezni.

Poudarila je, da je od 200 različnih demenc prav Alzheimerjeva bolezen v 70 % vzrok za demenco. Do spoznavanja prvih zanesljivih znakov bolezni lahko preteče veliko časa, lahko 10 ali tudi več let. Poteka propadanje možganskih celic, na kar z zdravim načinom življenja lahko zelo pozitivno vplivamo, ker proces omilimo, upočasnimo ali celo preprečimo. Najožji družinski člani obolelega so tisti, ki prvi spoznavajo spremembe oziroma znake obolenja. Zato je najbolj pomembna poučenost ljudi in razumevanje, pozitiven pristop do obolelih. S stopnjevanjem znakov obolelosti je zelo zaželeno, da oboleli čim dlje ostaja v domačem okolju, kar mu daje občutek spoštovanja, koristnosti in sposobnosti za samostojno življenje. Pomembno vlogo pri spremljanju in

zdravljenju obolelega nase prevzamejo svojci, ki so tudi pogosto v hudih stiskah in potrebujejo veliko pomoči. Različne nevladne organizacije obolelim in svojcem svetujejo in pomagajo, kako živeti z demenco.

Spominčica je eno od Slovenskih združenj za pomoč pri demenci. Njeno delovanje nam je razložila predsednica Spominčice gospa **Štefanija Lukić Zlobec**. Na podlagi lastnih izkušenj se vključuje v širša, tudi Evropska združenja in se izjemno trudijo, da so bolniki in svojci seznanjeni z novostmi raziskav o potrditvi diagnoze in pobudami glede zdravljenja bolezni. Izjemno se trudi, da se bolniki obravnavajo celostno. Nenehno išče rešitve, kako izboljšati zdravje in življenjske razmere obolelih in njihovih svojcev. Demenca je neozdravljiva bolezen. Pogostnost bolezni se

s staranjem prebivalstva povečuje. Dokazano je, da za enega bolnika skrbijo vsaj trije ljudje. Bolniki potrebujejo 24-urno skrb in nego, kar svojce zelo izčrpa in pogosto pregorijo. Tudi sami velikokrat potrebujejo zdravniško pomoč. Je najdražja bolezen na svetu. Veliko se v svetu dela na tem, da bi odkrili zdravilo za preprečevanje in zdravljenje bolezni. Vendar je znano, da je do pravega zdravila še

zelo daleč. Zato se moramo še toliko bolj zavedati, da bolezen prepoznavamo v začetnih znakih obolevanja, ker so le takrat zdravila učinkovita. Dobro moramo poznati dejavnike tveganja za demenco in se zaupati osebnemu zdravniku, ki nas napoti k specialistu. Le s podporo družine, prijateljev, zdravnika in pomoči društva bolniki z demenco niso pozabljeni. ■

Razstava likovnih ustvarjalk DMSBZT LJUBLJANA ob dnevu duševnega zdravja v Psihiatrični bolnišnici Idrija

Majda Jarem Brunšek

Na povabilo idrijskih kolegic medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov smo se v četrtek, 1. 10. 2015, udeležili predavanja na temo »Varna in učinkovita komunikacija«.



Skrbno in z veliko truda so se gospa Sabina Vihtelič, Andreja Gruden in Lidija Mrak kot glavna medicinska sestra, uspešno že četrto leto spoprijele in izpeljale zastavljeno delo.

Likovnice, simpatizerke duševnega zdravja, smo sprejele vabilo in možnost razstavljanja v letos obnovljeni in novo odprti galeriji.

Posvečena je pokojnemu psihiatru prim. dr. Felcu. Medicinske sestre smo prve in prvič razstavljale v obnovljeni galeriji.

Lep prostor v galeriji je nudil možnost ogleda naših razstavljenih del mesec dni. **Poleg slik v akrilni in akvarelni tehniki je bila na ogled tudi mala plastika. Letos izdano likovno, prozno in strokovno delo Poklon izgubljenim očem** je imelo posebno mesto v našem prostoru in je bilo primerno ob tej priložnosti. Razstava je bila

dobro obiskana, obiskovalci so se čudili ustvarjalni raznolikosti in občudovali razstavljena dela. Na odprtju razstave so zapeli ob spremljavi kitare, Jože, Milka in Liljana stare napeve, ki so obiskovalce razstave, tistega jesenskega večera popeljale v spomine iz otroštva in mladosti. Bilo je lepo, družabno in povezovalno. To si želimo in za tem strmino.

Spremljam kolegice ustvarjalke in sem ponosna na možnost druženja z njimi. Najti čas in se srečevati enkrat tedensko med raznolikim delovnim časom je napor, ki je spoštovanja vreden prav tako njihov trud in vztrajnost. Zadovoljstvo je plačilo za dober izdelek skrbne mentorice. Zavetje, pomoč, podpora in simpatizerstvo najdemo v društvu. Nudi nam možnost svobodnega izražanja, le to cenimo in negujemo. ■



	UTRIP	KLEŠČE ZA PLOM- BIRANJE	OBTOŽBA SAMEGA SEBE	POLETNO OBUVALO	VALENTIN STANIČ	RED DOMAČIH PTIC	GOROVJE V SAUDOVI ARABJI	
	KLETVICA							
	POMOTA, POGREŠEK		9					
	BABICA, STARA MAMA			RAFKO IRGOLIČ KRAJ PRI POREČU				
	SESTAV- LJAVEC STROJEV				8			
	SLAP V GORNJI SOŠKI DOLINI				GRDO PISANJE ČRK	GLAVNO MESTO GANE		
	PRIPAD- NICA IBERCEV	1						
	SKRAJNI KONEC POLOTOKA JEDRO, BISTVO			SPODNJI DEL POSODE	ROMAN KONČAR RIMSKI OBMEJNI PAS			
AVTOR: MARKO DREŠČEK	PLAČILO ZA UPO- RABO STANO- VANJA	SKUPINA OTOKOV, OTOČJE	STARA JED IZ MOKE IN VODE	PAS ZA PREVEZO- VANJE KIMONA	POJAV NA MORSKI VODI	JAZ, TI, ?	STENSKI ČASO- PIS	IZDEL. SKODEL. AMER. IGRALKA (SHARON)
SAMOPOTREŽNA TRGOVINA		3						5
GLASBENIK S TROBILOM						11	MESTO V KONGU KINŠASI GRŠKA ČRKA	PIANIST (? KING) COLE
NAŠ ZDRAVNIK IN POLITIK (MARJAN)					NRAVSLOVJE PODROČJE DELOVANJA		AVS. SMUČAR (HANS) PARK NA OTOKU KJUŠU	
KRAJ PRI ZADRU	7		KAR SE DRŽI ČESA, PRIVESEK TEK DO JEDI				IGRALKA KISIČ PEVKA HABERL	
EGIPČANSKI SVETI BIK				OLGA ČEČKOVA IZLET. TOČKA NA POHORJU		NEVARNA BOLEZEN		ERIK TUL TRAVA PRVE KOŠNJE
PROPAGANDA	10					ŠKATLICA ZA OČALA	AMERIŠKI BOKSAR (MOHAMED)	GRŠKI OTOK V KIKLADIH AFRIŠKI VELETOK
IVAN LOTRIČ		ZAPORNIK SIMBOL ZA NATRIJ						TON E, ZVIŠAN ZA POLTON ANDRAŽ VEHOVAR
DANSKI PISATELJ (PETER)					6	UGLAJENA ŽENSKA		12
PISATELJICA CHRISTIE	4					BOLEZENSKA SLABOTNOST		2

OZNAČENE ČRKE RAZPOREDITE V LIK	1	2	3	1	4	5	6	7	5
8	9	6	7	10	2	1	11	12	7

Tosama predstavlja popolno novost na trgu- robčke za enkratno uporabo Jasmin nature, ki so narejeni so iz sto-odstotnega bombaža. Od običajnih celuloznih robčkov se bistveno razlikujejo: so izredno vpojni, mehki in kompaktni. Vanje se bodo brez skrbi lahko krepko useknili tudi moški, saj se robčki ne bodo ne raztrgali in ne premočili, zato se tudi virusi ne bodo prenesli na roke in okolico. Izredna mehkooba bombaža prepreči drgnjenje kože in draženje predela okrog nosu. In še dobra novica: po nesreči oprani robčki v pralnem stroju ne bodo razpadli, ostali bodo popolnoma celil!

Pravilne rešitve - geslo nagradne križanke nam posredujte do 20. decembra na naslov Zbornica – Zveza, Ob železnici 30 A, 1000 Ljubljana ali po e-pošti na naslov clanarina@zbornica-zveza.si in izžrebali bomo 5 nagrajencev.

Med pravilnimi rešitvami bomo izžrebali 5 nagrad, ki jih prispeva Tosama d. o. o. Vrednost dveh prvih nagrad predstavlja storitev ali izdelek v okvirni vrednosti 30,00 evrov za posamezno nagrado, vrednost dveh drugih nagrad predstavlja storitev ali izdelek v okvirni vrednosti 20,00 evrov za posamezno nagrado, vrednost tretje nagrade pa predstavlja storitev ali izdelek v okvirni vrednosti 10,00 evrov.

Za vas, drage kolegice in kolegi

Zgodba številka 5



Umrli si mirno, tiho in lahko rečem, dostojanstveno. Kajti, zame dostojanstveno umreti pomeni, umreti doma, obkrožen s svojimi najdražjimi, brez bolečin. V naših očeh, dragi tata, je bilo videti nežnost, sočutje, toplino in veliko spoštovanje. Vedeli in razumeli smo, da greš, da te ne bo več med nami. Pustil si nam tako velik pečat v naših življenjih, da si povsod. Si v naših hišah, ki si nam jih sezidal, si v nas samih, saj smo zrasli v poštene in dobre ljudi. Si v naših otrocih, ki so te neizmerno ljubili. Si vsepovsod.

Čeprav si umrl dostojanstveno, pa tvoja in naša pot neozdravljive bolezni, ki te je spremljala, ni bila tako dostojanstvena. Vse poskušam razumeti, saj sem sama medicinska sestra in že 24 let delam v zdravstvu. Vse poskušam razumeti, pa vendar ne razumem. So majhne stvari, ki človeku tako veliko pomenijo in od zdravstvenih delavcev terjajo tako malo časa, pa vendar se ne zgodijo. Kljub temu, da je tvoja bolezen že tako napredovala, se je zdravniški konzilij odločil poskusiti s še eno kemoterapijo. Peljali smo te v Ljubljano, pa si tja komaj prišel, saj si bil tako utrujen. Čakali smo na prosto posteljo, kar tam, na oddelku. Ti v vozičku, jaz poleg tebe. Prosil si me, da bi se rad ulegel, ker ne moreš več sedeti, vendar postelje ni bilo. Vprašal si me, ali bo narobe, da se uležeš kar na tla, ker res ne moreš več. Prosila sem za kakšen ležeči voziček, da ga grem sama iskat kamorkoli, pa so me odbili češ, saj ne bo treba še dolgo čakati. Ves čas smo poslušali prepiranje med kadrom, kdo je gospoda naročil, prelaganje krivde z enega na drugega. Vse to smo poslušali in čakali, dokler nisi začel drseti z vozička, ker enostavno nisi mogel več. Jaz pa sem poskušala razumeti tudi njih, pa vendar ...

Ves čas med potjo v Ljubljano mi je po glavi rojilo vprašanje: Kam te peljem? Zakaj? Sami so rekli, da ni upanja, zakaj zdaj kemoterapija, smo te pripeljali sem umreti? Pa sem poskušala razumeti in sem razumela, da je zdravstvo usmerjeno v zdravljenje, da je težko sprejeti poraz, da ni več pomoči. In nisi je dobil. Kemoterapije. Bil si preslaboten, izvidi preveč slabi. Mi smo to že vedeli, zakaj niso oni?

Ko si bil odpuščen iz bolnišnice, sem bila ob tebi, čakali smo reševalno vozilo, da te odpelje domov. Ležal si v preklani srajčki, kljub temu, da sem ti vsak dan med obiski obula tudi nogavičke in dodatno majčko, ker vem, da si tako hotel, ker vem, da te je zeblo. Enostavno, ker sem vedela, sem čutila. In vsakič, vedno znova, si bil ob mojem ponovnem prihodu samo v preklani srajčki. Je pretežno, razumem, lažje je za nego takega bolnika samo srajčka, vse razumem, pa vendar, ne razumem – tako malo je potrebno. Prosila sem sestro, da te oblečejo v tvoja oblačila, ker gremo domov, pa je odgovorila, da ni potrebno preoblečenje, saj bo doma tako in tako naprej ležal. In sem te preoblekla, sama, v hlače, v srajco, v brezrokavnik, v vse, kar si bil vedno rad oblečen, ko si obiskoval zdravnika. Zaradi spoštovanja, si rekel, spoštovanja do zdravnika, se moraš lepo obleči. In spoštovanje tebe? Tako malo bi bilo potrebno za tvoje dostojanstvo.

Ko si doma ležal, smo ti priskrbeli vse, da bi ti olajšali pot k večnemu počitku, ker smo vedeli in smo razumeli. Ob težkem dihanju sem poklicala osebno zdravnico in prosila za hišni obisk. In je res prišla, v spremstvu celotne ur-

gentne ekipe. Razumem in vem, kako urgentna ekipa deluje, saj sem bila sama 15 let del nje. Monitor, vse meritve, kanal ... In besede, bo moral v bolnico, tu nimamo česa narediti. Pa se je dalo, dalo se je veliko narediti in mi tudi smo. S takimi majhnimi, a pomembnimi stvarmi in poskušam razumeti, da se je težko soočiti s človekom, ki umira in z njegovimi svojci in se je lažje skriti v ekipo, ki ima drugačen ritem dela kot ga potrebuje umirajoči človek. Razumem in vem, pa vendar ...

Nisi šel v bolnišnico, nismo dovolili, saj poti ne bi prenesel. In smo naredili tako malo in ob enem tako veliko. Preprosto bili smo tam, ob tebi, s toplino, nežnostjo in spoštovanjem in ljubeznijo v naših očeh.

Skozi čas moje poklicne poti sem zorela, rasla in mislim, da tudi dojela. Na bolnika moramo gledati kot človeka, človeka s svojo zgodbo življenja. Tako malo, pa vendar veliko zanj, lahko naredimo mi, zdravstveni delavci. In razumem in vem, zakaj, kako in kdaj, pa vendar.

Kaj neozdravljivo bolan, umirajoč človek čuti, kakšne so njegove potrebe, sem poskušala dognati tudi v svoji diplomski nalogi. In sem, kajti sem razumela in dojela, da je največja potreba teh ljudi po skrbi in medčloveških odnosih. Diplomaska naloga je obravnavala razmere, v katerih se nahajajo hudo bolni, umirajoči in njihovi svojci. Zaradi osebnih izkušenj sem hotela prikazati potrebe po skrbi in boljšem odnosu zdravstvenih delavcev, ki zagotavljata kakovostnejše in dostojnejše življenje hudo bolnih, umirajočih in žalujočih svojcev, ter tako opozoriti na obstoj in izrazitost problema. Potrebe hudo bolnih in umirajočih ter žalujočih svojcev so namreč zanemarjene in pogosto spregledane. V sistemu zdravstvenega varstva se mnogokrat srečujejo s slabim odnosom zdravstvenih delavcev in s slabim sodelovanjem med različnimi institucijami, v domačem okolju pa so prepuščeni svoji iznajdljivosti. Tudi žalujočim svojcem trenutno ponujena pomoč ne lajša njihovega soočanja z izgubo.

In zato poskušam razumeti bolnike in njihove svojce in narediti tisto, kar vem, da potrebujejo.

Kot patronažna medicinska sestra se veliko srečujem z njimi, vem, kaj je paliativna oskrba in vem tudi, da ni razvita v tolikšni meri kot bi morala biti, vsaj v našem kraju ne, pa vendar, če hočeš videti, boš gledal, če hočeš slišati, boš poslušal, saj največjo globino našega poklica ti dajo ravno ti ljudje. Od ljudi za ljudi.

In vendar, paliativno oskrbo kot patronažna sestra izvajam, saj me ljudje pokličejo, ko ne vedo več, kaj storiti, ko ne vedo, kam se obrniti, vedo samo to, da za svojega najbližjega želijo dostojanstvo. Ob vseh mogočih urah se nanje odzivaš, jim poskušaš dati občutek, da delajo prav,

da delajo dobro. Ob tem bogatim sebe, ob tem lažje razumem življenje. In vendar, tako malo je potrebno, da se srce napolni z ljubeznijo, mirom in spoštovanjem. In šele zdaj, po tolikih letih dela, razumem in vem, kaj pomeni slogan: »Medicinska sestra človek in pol«. In upam, da bodo do tega spoznanja prišle vse kolegice in kolegi.

Pred kratkim sem tudi sama zbolela za rakom. Moja zgodba še ni končana in tudi še ne bo. Pa vendar, ko bo, bi želela, da zame skrbi nekdo, ki je poslušal, videl in dojel ...

Hvala. ■

Dobra smrt

Zgodba številka 6

Kadar v naši širši družini kdo zboli in pristane v bolnici, me vedno pošljejo v izvidnico, pa naj bo to v Ljubljani, Celju ali Novem mestu. Sem namreč nekakšen medicinski Sherlock Holmes.



Teto sem našla na kardiološkem oddelku v UKCL. Tako jo sem jo opazila med ostalimi bolniki na intenzivni negi. Dvoje modrih, prestrašenih oči je namreč nepremično zrla v vrata oddelka. Ne vem, koga je pričakovala, kajti živel je sama v skromni hiški v vasi nad ljubljanskim barjem. Bila je vdova brez otrok, imela pa je pastorko, ki je živel na drugem koncu Slovenije in se tudi sicer ni dosti menila zanjo. Zemljo, ki jo je nekoč obdelovala, je prodala mlademu paru, da si je na njej postavil hišo in ker niso imeli dovolj denarja, so se dogovorili, da bodo njeni skrbniki. Ni veliko zahtevala, občasne prevoze do zdravnika, tedenski nakup zaloge hrane, pripravo drv za zimo in ob nedeljah prevoz do kakšen kilometer oddaljene cerkve k maši. Ker se ji ni izpolnilo hrepenenje po materinstvu, se je obrnila k veri in ji bila globoko predana.

Vidno se me je razveselila. Do včeraj še krepka in samostojna 88-letna gospa je vsa oslabela in v plenički ležala v postelji. Bolj kot bolezen jo je potrla slednje. Njene oči so spraševale, kaj bo sedaj z njo. Skrbniki so hodili v službo, njihovi otroci v šolo; do poznega popoldneva ne bi mogla biti sama. Bližala se je tudi zima in edini vir toplote je bila stara krušna peč in štedilnik na drva.

Obljubila sem ji, da lahko zimo preživi pri nama z možem. Čez teden dni sva jo šla iskat. Zdravnica nama je povedala, da pravzaprav ni šlo za infarkt, kot so sprva mislili, temveč je bila polna nekakšnih bakterij, ki so razrvale ves organizem. Bila je tudi kužna in do odhoda domov v izolaciji. Stanje je resno, je rekla zdravnica, lahko pride tudi do najhujšega.

Uredila sem ji hčerino sobo. Ko smo prišli domov, sem ji najprej odstranila pleničko in jo skopala. Obe sva se zelo namučili, vendar je bila potem zelo zadovoljna. Peljala sem jo v kuhinjo in ji ponudila malico. Bila je zelo presenečena, da bo lahko jedla z nama, mislila je namreč, da jo bom izolirala v sobi in ji tja tudi dostavljali hrano. Bila sem popolnoma šokirana. Sem pa v kopalnici nastavila dozo z razkužilom in si bolj naskrivaj razkuževala roke.

Teta se je veliko zadrževala v svoji sobi, saj je bila navajena samote. Brala je, gledala svoje priljubljene nadaljevanke in molila. Ob nedeljah je na radiu Ognjišče spremljala mašo.

Dnevi in tedni so tekli, stanje pa se ni premaknilo ne na boljše, ne na slabše.

Z možem sva se odločila, da jo odpeljeva do njene zdravnice na Ig, ji daja odpustnico in se dogovorimo o nadaljnjih postopkih.

Teto sem naročila na pregled, povedala tudi, da je teta slabotna, vendar smo morali čakati v čakalnici, klub moji intervenciji več kot uro. Najprej so bili na vrsti bolniki za odvzem krvi, nato šele resnejše bolni. Tega sistema res ne razumem.

Po opravljenem pregledu sva jo odpeljala do njenega doma. Bila je srečna kot otrok. Dala sva jo ležati v njeno posteljo, da se je malo spočila, ji pripravila kosilo in nekoliko pospravila. Potem je prišel čas za odhod. S seboj je vzela nekaj garderobe in seveda molek. Ob moji podpori se je sprehodila do vrta, polnega radiča, s pogledom obšla svojo bajtico, vas in se zazrla v daljavo. Obe sva vedeli, da je to slovo.

Čez kakšen teden se ji je stanje začelo spreminjati. Pravzaprav sploh nismo mogli ugotoviti, kaj se dogaja. Nič je ni bolelo, nobenih vidnih znakov ni bilo, le pešala je. Ponoči me je klicala, da sem jo peljala na stranišče in to šele takrat, ko je bila že huda sila in se mi ves čas opravičevala, ker me budi. Zagotovila sem ji, da je vse v redu in da kot upokojenka lahko nadomestim spanec.

Pleničke ji nisem hotela še nadeti, čeprav sem jih že imela kupljene, hotela sem ohraniti njeno dostojanstvo čim dlje.

Vedno manj in težje je jedla.

Nekega dne je zjutraj potožila, da ne more več zmoliti cellega rožnega venca. Potolažila sem jo, da zadostuje namen in da je tudi samo del dovolj. Čez nekaj dni je ugotovila, da ne zmore več rešiti križanke s števili, čeprav so ji le te šle ves čas najbolje. Vse je postajalo vse bolj nerazložljivo. Teta je odhajala, kot bi dogoreval plamen sveče.

Zvečer, ko sem jo pripravljala za spanje, je tako, mimogrede, omenila, da se ji zdi sporno to, da mrliča že po treh urah odpeljejo v hladilnico. Povedala sem ji, da tako naredijo, če človek umre do 21. ure, a potem pa ne vozijo več.

Čez nekaj dni ni mogla več govoriti, samo šepetala je še, čeprav je bila popolnoma prisebna. Še vedno je gledala svoje serije, šla ob podpori na WC, jedla. V tem času so jo tudi obiskale njej drage osebe; v soboto pa bi morala priti še pastorka.

V petek proti večeru je dobila nenavaden izraz obraza. Kot da bi jo obsijal nekakšen sij, oči so dobile nenavaden sijaj in ves čas se je smehljala. Vprašala sem jo, če morda želi duhovnika, pa je odgovorila, da je že vse uredila v bolnišnici.

Umila sem jo, ji oblekla novo spalno srajco in ji nekoliko dvignila vzglavje, ker je začela težje dihati. Vprašala sem jo, ali naj pokličem zdravnika, ali jo odpeljeva na SNMP. Zgrabila me je za roko in odkimala. Spoštovala sva njeno željo.

Vrata sobe sva imela ves čas odprta, pogosto sem stopila k njej, ji vlažila ustnice, jo pobožala po roki in ji zagotovila da sva ob njej.

Ko je dihanje postalo vse težje, sem sedla k njej in jo držala za roko.

Ob 20.45 me je pogledala in vprašala, koliko je ura. Povedala sem ji in vidno se je sprostila. Skočila sem na stranišče in po kozarec vode in ko sem se vrnila v sobo, je ni bilo več.

Z mozem sva jo oblekla v "taboljšo" obleko, ji v roke dala molek, ter na nočni omarici naredila majhen oltarček s svečkami in cvetjem, še malo posedela ob njej in se v mislih poslovila. Patologijo sem obvestila okoli 22. ure in rekli so, da pridejo šele naslednji dan.

Vesela sem, da sem razumela njeno zadnjo željo in jo tudi izpolnila. Nekoliko manj je bil razumevajoč gospod iz patologije naslednji dan, vendar je to že druga zgodba. ■

Zgodba s srečnim koncem ...

Zgodba številka 7



Zgodbe, ki jih piše življenje, niso vedno takšne, kot si želimo. Srečanje z umirajočim nas žal ne pusti ravnodušne. Kot dijakinja v srednji šoli sem imela prakso na hematološkem oddelku, a žal me ni nihče prej pripravil in opozoril, da se bom na tem oddelku srečala z umirajočimi in umrlimi ljudmi. Prvi tak šok je bil, ko mi je medicinska sestra naročila, naj gospodu naredim ustno nego in ta bi med tem izdihnil svoj zadnji zrak iz svojih pljuč. Po moji glavi pa se je prepredalo tisoč občutkov: žalost, jeza, sočutje, strah, tesnoba ...

Moja prva zaposlitev je bila v domu za ostarele in mislila sem, da se bom s smrtjo nekako sprijaznila. A v domu so oskrbovanci, ki imajo dušo, srce in z njimi si v stiku vsak dan. Z nekaterimi spleteš tesnejši stik, spet z drugimi si samo tisti čas, ki ga potrebujejo za zagotavljanje življenjskih aktivnosti. Kadar sem imela čas, sem ga posvetila tistim, ki so me potrebovali in tako navezala še trdnější stik. A staranje je proces, ki ne zaobide nikogar. Prišel je trenutek, ko so se ljudje poslovili s tega sveta in mislila sem, da se bom nekako navadila na te trenutke, a se še do danes nisem.

Zamenjala sem delovno mesto in na srečo delam v takšnem okolju, kjer nimam stika z umirajočimi ljudmi, je pa toliko težje, ker ravno pri nas izvedo pacienti najhujšo diagnozo. Težko je sploh takrat, ko so to otroci ali pa mladi ljudje, ki so si komaj dobro ustvarili družino. Spomnim se primera, ko sem delala ravno za 1. november, celodnevno izmeno. Pred dvema dnevoma je imela mlajša gospa operacijo, ko so ji na kolenu odstranili tumor (osteosarkom). In že jutraj na predaji službe so mi predali, da je gospa celo noč jokala. Ko sem jutraj stopila v sobo, je res jokala. Skušala sem jo potolažiti, a je bilo nemogoče. V navalu vseh njenih vprašanj sem se zlomila še sama. Solze so mi zalile oči in tega nisem mogla skriti. Sedla sem k njej, jo prijala za roko in jo tolažila. Njej so solze polzele po licih in tudi moje oči so bile solzne. Skušala sem to nekako skriti in ni šlo. V znak podpore sem jo poslušala, ko je ona stopala čez faze žalovanja (jeza, šok, zanikanje ...). Težko je bilo obema. Ko je prišel zdravnik na vizito, sem mu pojasnila, kaj se s pacientko dogaja in rekel mi je, da ji bo predpisal pomirjevalo. Ponudila sem ji tableto, vendar

je ni želela vzeti. Pojasnila mi je, da si tablete ne želi. Nisem je silila, saj je bila to njena odločitev. Ker je bila soba brez televizije in radia, sem ji predlagala naj pokliče svojce in naj ji v času obiskov prinesejo računalnik, da ne bo samo ležala v postelji in samo premlevala, kaj se ji je zgodilo, ampak da se bo malo zamotila. Ko sva čakali obiske, me je vprašala, ali so v intenzivni negi dovoljeni obiski. Odvrnila sem ji, da so in da lahko pride kdorkoli, ki si ga ona želi. Na obraz se ji je narisal nasmeh in odvrnila je, da najprej prideta tašča in mož, nato pa otroka. Res je bil najprej obisk moža in tašče, ki ni trajal dolgo. Med časom, ko sta bila z mozem sama, je šla tašča po otroka. Ko so potrkali na vrata, se je na njenem obrazu najprej narisal nasmeh, a kaj, ko čez stekleni del vrat ni videla svojih dveh otrok. Seveda ne, saj sta bila tako majhna. Ko so se odprla vrata in sta vstopila dva majhna otroka (sin 5 let in hči 3 leta) mi je postala vsa zgodba bolj jasna. Mati dveh malih otrok, ki se spopada s tako težko diagnozo. Ko sta planila na posteljo, ju je objela in planila v neutolažljivi jok. Seveda sta otroka to videla in ji brisala solze, ki so ji tekale po obrazu. Takrat so me spet preplavila čustva. Na srečo je bila poleg čajna kuhinja in moje solze so kapale po uniformi in na srečo jih ni nihče videl. Poslovila se je od svojih bližnjih, jaz pa sem si med tem časom uredila ličila. A videlo se je po očeh, da sem jokala. Sedla sem poleg njene postelje in stekel je pogovor. V otroštvu je trpela, saj je bila iz Bolgarije. Študij in ljubezen so jo pripeljale v prestolnico, kjer si je uredila življenje. Na smučanju je nesrečno padla in bolečini ni bilo videti konca. Obiskovala je različne zdravnike in fizioterapijo, a težav ni odpravila. K nam je prišla najprej na biopsijo, težko čakanje na histološki izvid in nato šok. Po op-

eraciji je potrebovala toplo besedo in dotik. To je bilo moje poslanstvo pri tej zgodbi in to, da sem v najtežjih trenutkih odreagirala kot človek in pustila otroke k njej v najtežjem obdobju. Biti sočuten človek, to je največ, kar velja ob takem trenutku. S to pacientko sem še vedno v stiku. Ko se dobiva na kavi, obujava spomine, kako je bilo obema težko. Kako je stati ob človeku, ki ima diagnozo, ki si je ne želi. V času kemoterapije sva se pogosto slišali. Topla beseda na daljavo in poslušanje, ter svetovanje ji je veliko pomenilo. Tudi ob snidenju po kemoterapiji so bile njene prve besede. Veš, izgubila sem vse lase, a mi že raste-

jo novi. In res, ko je ležala kot moja pacientka, je imela rjave lase, ki so segali do sredine hrbta. Bili so gosti, močni. Moji so segali le malo prek ramen. A je rekla, še malo pa bom imela tvojo dolžino las, čeprav so bili njeni dolgi le kakšen centimeter ali dva. Danes je zdrava, nadobudna in ponosna mamica. Nisem ji izpolnila zadnje želje, ker je na srečo ni bilo treba. A včasih je biti medicinska sestra težko. Ker imamo srce in imamo empatijo, ki se je ne da skriti. Ki je ne moreš potlačiti nekam zadaj, ampak je v nas vsak dan, na vsakem koraku, ki ga prehodimo po hodnikih bolnišnice. ■

Slovo od očeta

Zgodba številka 8



Moja zgodba o umiranju se začne z zgodbo o življenju. Izhajam iz družine, ki je tesno povezana z medicino in zdravstveno nego, v naši družini je namreč pet medicinskih sester in dva zobozdravnika (eden od teh je bil moj oče). Pogovori o rojstvu, življenju, zdravju, bolezni in smrti so pogosto tema družinskih pogovorov. Od srednje zdravstvene šole naprej so me učili in vzgajali, da je treba storiti vse, da človek živi – da je treba storiti vse, da ohranimo življenje.

Moja poklicna pot se je začela najprej na nevrološkem oddelku, nadaljevala na oddelku anestezije in nato na oddelku kirurške intenzivne terapije. V letih dela na oddelku kirurške intenzivne terapije se je še poglobljalo moje prepričanje, da je treba ohraniti življenje posameznika za vsako ceno. Nato me je poklicna pot zanesla iz zdravstvene ustanove v socialnovarstveno ustanovo. Posebnost dela v domu ni le ta, da delamo s starejšo populacijo, posebnost našega dela je tudi ta, da se moramo vsako leto posloviti od velikega števila stanovalcev, saj se njihova pot pri nas zaključí. Da lahko ubežimo stiski in strahu ob slovesu osebe, ki nam je prirasla k srcu, se pogosto zatekamo v izvajanje medicinsko-tehničnih posegov in k razmišljanju, kaj vse še lahko naredimo za umirajočega, da ostane z nami.

Tako smo se lahko v domu »pohvalili« z nizko umrljivostjo, naraščanjem števila stanovalcev s trajnimi urinskimi katetri, endotrahealnimi kanilami, različnimi stomami, z vstavljenimi nazogastričnimi sondami oz. kasneje z vstavljenimi perkutanimi gastrostomami, »pohvalili« smo se lahko z aplikacijo pripravljene enteralne prehrane preko enteralnih črpalk, število i. v. infuzij in hipodermokliz je naraščalo ... Seveda smo se skupaj s svojci, zdravnikom in negovalnim timom maksimalno trudili za podaljšanje življenja posameznika.

Toda za kakšno ceno?

To je vprašanje, ki si ga lahko zastavim šele sedaj – sedaj, ko imam kar nekaj izkušenj pridobljenih z delom; sedaj, ko so »obrušeni moji vogali« kot radi rečejo sodelavci; sedaj, ko je za mano izkušnja ob smrti svojca, ob smrti očeta. Zima, leta 2009. Mojemu očetu, že 15 let živečemu z diagnozo pljučni rak – seveda v zelo dobri kondiciji, glede na starost in diagnozo – so ob urgentni hospitalizaciji in operaciji potrdili novo diagnozo – rak, tokrat na črevesju. Ta zgodba, ki je trajala pol leta (do minute natančno), ima kar

nekaj vzponov in padcev. Vse vzpone in padce smo kot družina spremljali z optimizmom, pozitivno energijo, ljubeznijo in velikim upanjem.

Ko neke noči oče ni prenesel več bolečin, mi je rekel, naj mu pomagam zaključiti njegovo pot. To je bilo prvič, da sem takšne besede slišala iz njegovih ust. S solzami v očeh sem ga prosila, naj zdrži, kajti če je preživel 39 dni intenzivne, umetne ventilacije, nenehnih vzponov in padcev, potem bo to za naju »mačji kašelj«. Odpeljali smo ga v bolnišnico – v bolnišnico v domačem kraju, a od tam naprej je pot vodila še isti dan v drugo bolnišnico. V tej bolnišnici pa je njegova pot iz splošnega oddelka, čez nekaj dni vodila na oddelek intenzivne terapije. Po neprespani noči, ob neprimerni jutranji uri, pokličem v intenzivno, kjer me po ušesih božajo prijetne novice: »Vse je v redu, dobro je spal, se dobro počuti ...«. Ne minejo še tri ure, ko zazvoni telefon in na drugi strani mi glas zdravnice sporoča: »Vaš oče se želi posloviti. Prosim, če pridete čim prej«. Ko pridrvm, še kar v službeni uniformi k očetu, ne morem verjeti besedam iz telefona. Kako da se oče poslavlja, če pa je živahen, pogovornjiv in nasploh takšen kot vedno?! Oče si želi, da ga jaz umijem, da mu presteljem posteljo, zamenjam vrečko na stomi, mu postrežem s hrano in pijačo ... In osebe v intenzivni mi dovoli, da vse to naredim. Ko sem gotova z delom, me zdravnica povabi na pogovor, kjer mi pove, da so očetovi izvidi takšni, da bi ga bilo treba uspraviti in priključiti na aparat za umetno dihanje. Ob tem mi pove, da se je z njim pogovorila o tej možnosti, ki pa jo je oče odklonil. S težkim srcem in solzami v očeh sem odgovorila, da bom spoštovala njegovo željo. Spoznanje, da me želi zapustiti oseba, ki mi zelo veliko pomeni v življenju, da me želi zapustiti moj življenjski učitelj in mentor, me je zelo prizadelo in potrla. Takoj za tem so nama omogočili selitev iz štiriposteljne sobe v enoposteljno sobo, kjer smo imeli mir in tiho zavetje za slovo od očeta. Sam proces oče-

tovega umiranja od odločitve do zadnjega diha (v mojih rokah), je trajal natanko 24 ur. To je bilo mojih (najinih) najtežjih, toda najbolj poučnih 24 ur. Takrat se tega še nisem zavedala. Takrat so me preplavljali občutki jeze, žalosti, bolečine, zanikanja ... ne nujno po tem vrstnem redu. Ko sedaj pogledam na dogodke zadnjih 24 ur, ugotavljam, da je bila ekipa zdravstvenih delavcev, ki naju je spremljala, odlična. Trudili so se do njegove zadnje minute, do njegovega zadnjega diha – toda danes vem, da so v svoji skrbi zame in za očeta naredili kakšno stvar (medicinsko-tehnično) preveč, in bi jo lahko mirno izpustili. Ko razmišljam kot zdravstveni delavec, bi verjetno ravnala enako, ko pa razmišljam kot svojka, bi kakšno od teh storitev opustila. Toda danes jih razumem, da so bili prav tako v stiski in stresu, tako kot jaz. Vendar ima ta zgodba, ki jo delim z vsemi, namen, da se zdravstveni delavci znebimo strahu, neprijetnih občutkov in bolečih čustev ob umiranju bolnika, da se zavemo dejstva, da včasih naredimo največ, kadar ne naredimo nič in smo samo zraven, kot opora umirajočemu in njegovemu svojcu. Hvaležna sem osebjem intenzivnega oddelka, da mi je omogočilo biti z njim vsako minuto zadnjega dne. Hvaležna sem sestri Mariji, ki me je po smrti očeta objela in z mano delila težke trenutke ... In ko čas mineva, in ko celi rane, začenjam sprejemati dejstva, začenjam sprejemati odločitve osebe, ki me je zapustila, začenjam razumovati in se učiti o življenju in smrti, in tako lahko počasi sprejemam realnost življenja. Ta izkušnja očetovega umiranja me je obogatila, in ko so mojo življenjsko pot prekrižale še kolegice iz Hospica, sem začela na umiranje in smrt gledati drugače. Sedaj mi je pomembno to, da znam prisluhniti stanovalcu, ki umira, da znam prisluhniti svojcem v stiski, da jim znam stati ob strani v težkih trenutkih, jih potolažiti, objeti. Sedaj

mi ni več pomembna dolžina življenja za vsako ceno, sedaj mi je pomembna kakovost življenja v teh trenutkih.

Na srečo delam v ekipi, ki se je pripravljena hitro učiti, sprejemati nova znanja in izkušnje, se prilagajati novim situacijam, se učiti in prenašati svoje izkušnje tudi na druge sodelavce. Zato se lahko sedaj s sodelavci še bolj odkrito pogovarjamo o posameznikovem umiranju, o tem kaj lahko naredimo za stanovalca in za njegove svojce, in ko pride čas odhoda, so svojci zadovoljni, in to tudi pokažejo.

Sedaj se ob umiranju posameznika ne umaknemo iz sobe, ne izvajamo medicinsko-tehničnih posegov, spodbujamo svojce, da so prisotni, če si to želijo in zmorejo. In najlepši občutek je ta, ko se svojci čez čas ponovno vrnejo in se nam zahvalijo, ker so ob naši pomoči doživeli lepo izkušnjo ob umiranju svojca, čeprav je bila tisti trenutek izkušnja težka in bridka.

Vesela sem, da me oče ni naučil samo pomembnosti življenja, ampak da me je vodil tudi skozi izkušnjo umiranja in smrti.

Pravijo, da se dobro z dobrim vrača in več kot daješ, več dobiš! Verjamem in vem, da je to res!

Očetove zadnje besede so bile: »Karmen, zahvali se vsem medicinskim sestram in zdravnikom ter vsem ostalim, ki so mi kakorkoli pomagali.« Zato na tem mestu izkoriščam priložnost, da vam rečem »Hvala!«. Ostanite takšni, kot ste: strokovni, prijazni in potrpežljivi do nas – pacientov in svojcev. In tistim, ki mogoče kdaj to niso – stojte jim ob strani in dovolite jim, da se učijo od vas! ■

Ne bojimo se smrti, temveč misli na smrt.

Seneka



Rože vse povedo

Zgodba številka 9

Pred mnogimi leti sem doživela prvo strokovno zahtevno izkušnjo in hkrati kot človek stala pred mnogimi vprašanji o trpljenju človeka in umiranjem na obroke, počasi in vztrajno je trajal ta proces. Srečevala sem se s težkimi strokovnimi izzivi za začetnico na poklicni poti in srečevala z bolnico, polno energije in upanja kljub vsem težavam, ki jih je preživljala zaradi neozdravljive bolezni.

Takrat sva bili obe mladi, gospa stara štirideset let, po porodu prvorojenca in jaz z dvoletno poklicno prakso. Gospa Jasna je prihajala na naš oddelk lepo napravljena, osveščena in zahtevna do naših storitev. Prvič sva se srečali na pripravi pred operacijo črevesja. Priznati moram, da sem se kar ustrašila, ker nisem vedela, ali bom zadovoljila njena pričakovanja in zahteve. Gospa ni bila zadovoljna s kratkimi in hitrimi odgovori. Pred njo sem se počutila majhno in negotovo.

Gospa Jasna je kmalu začela s sedemletno kalvarijo. Nisem mogla uiti tem srečanjem, posegom, njenim poslavljanjem od svojih najbližjih, nisem mogla ubežati njenim pogledom in vprašanjem. Nobena od naju ni vedela, kakšna pot naju čaka, vsako na svojem tiru. Potihem sva vedeli,

da pot ne bo rožnata in se ne bo končala srečno. Skupaj sva hodili po poti fizičnih in psihičnih bolečin, po poti iskanja primerne materiala za nego stom, izvajali kemoterapijo v neprimernih pogojih, iskali primerno žilo za transfuzijo in se vsaka zase spraševala, kako naprej ...

Sprejemi gospe Jasne so bili večkrat na leto, včasih je šla domov samo za nekaj dni. Vedno ob njenem prihodu sem zagledala najprej lep šopek rož z domačega vrta, potem pa urejeno gospo Jasno in njen nasmešek, nato pa slišala njene besede: »Pogrešala sem vas. Kaj bova pa danes počeli?«

Ob vsakem njenem sprejemu me je bilo strah, ali bom zmogla, strokovno in kot človek. Bila mi je strokovni izziv. Vedela sem, da mi gospa Jasna prebira moj obraz in moje

kretnje. Trudila sem se, da sem bila v besedah močna in odločna. Nikoli nisva bili sami, pa vendar je bila vsaka izmed naju na svoj način sama. Jaz se nisem mogla umakniti in prepustiti delo kolegici. Gospa Jasna pa je pred svojimi najbližjimi kazala zadovoljen obraz, bila je polna upanja in načrtov. Njen tihi cilj je bil doživeti prvi šolski dan svojega sina. Ta želja ji je dajala moč. Pa sva šteli mesece in leta. Otrok je rastel in gospa je imela vedno več težav. Kljub težavam je bila njena energija neverjetna. Ni bila samo prejemnik naših uslug, ampak je na poseben način izražala svoja mnenja in razmišljanja glede zdravljenja, kritizirala slabo kakovost materialov za nego, pisala dopise in kritike, svetovala drugim bolnikom in jih spodbujala. Gospa Jasna je bila iskrena, zahtevna, dobrodušna ter hvaležna. Lahko rečem, da so mi ona in njeni dnevi na našem oddelku pomagali pri rasti, tako strokovni kot človeški. Za to sem ji lahko hvaležna.

V mojem dežurstvu pozno zvečer je bil sprejem za eno-posteljno sobo. Tokrat so gospo Jasno pripeljali na postelji. Ni bilo šopka rož, na postelji ni ležala urejena gospa z nasmehom in ni bilo pozdrava iz njenih ust. Po opravljenih posegih sva ostali sami. Prijela me je za roko in komaj sem razumela njene besede, da ne more več. Usedla sem se k njej. Zaupala mi je, da jo je strah. Zahvalila se mi je za pomoč. Bili sva ena zraven druge, same, vsaka s svojimi mislimi. Besed nisva več potrebovali. Da, bila je jesen in sin je začel hoditi v prvi razred, mož je zaradi njenih odsotnosti postal samostojen tudi pri domačih opravilih, starša sta bila videti še vitalna, ona pa ... vedno bolj odvisna od drugih. Ob pogledu v njene oči nisem več videla energije

in upanja. Kaj pa zdaj, sem se vprašala. Postal me je strah. Zakaj ravno v moji noči? Počasi so začela delovati zdravila. Bila je mirna. Kot bi čakala ... Ko je zaspala, sem odšla po oddelku in čez uro ali dve prišla nazaj k Jasni. Usedla sem se k postelji in jo prijela za roko. Pogledala me je in v mirno zaspala. Zaspala za vedno. Obsedela sem. Misli so mi skakale. Bila sem hvaležna, da je bil tako miren konec. Vedela sem, da jo bom pogrešala. Vesela sem bila, da sva bili tudi zadnje trenutke skupaj. Da, posloveli sva se. Postal sem mirna. Šla sem k telefonu in poklicala njenega moža in starša.

Danes sem več kot dvajset let starejša. V vseh teh letih je bilo veliko srečanj in spremljanj težko bolnih ljudi brez upanja na izboljšanje. Bila sem v vlogi medicinske sestre in v vlogi svojca. Da, šola mi je dala svoje znanje, življenje pa vsak dan svoj delež. Kaj sem se naučila? Tudi to, da je vsak dan pomemben, da ga moramo sprejeti in ga živeti. Bogatila so me mnoga srečanja z ljudmi, ki so mirno prenašali odhajanje s tega sveta, ki niso kazali žalosti in nemoči, ki so upali do konca, ki so na koncu poti še dajali navodila in načrte za prihodnost svojih otrok, ki so bili hvaležni, ki so želeli umreti, ki so težko zapustili nedokončano delo ... Kako kakovostno spremljati zelo bolnega človeka? Človeka v paliativni oskrbi? Strokovno in človeško. Kot človek, ki poslušam, poskušam razumeti, si vzamem čas, stisnem roko, tolažim ... Velikokrat sem prejela besedo hvala, pa vem, da ne zato, ker sem bila strokovno uspešna, ampak zato, ker sem se nasmehnila, rekla prijazno besedo in si preprosto vzela čas za človeka. ■

Zgodbe lanskega poletja

(zadnje nadaljevanje)

Na prvem kontrolnem pregledu je oko v redu, priporočijo mi še kontrolo v področni specialistični ambulanti čez dva tedna.

Da me ne bo spet kaj presenetilo, si grem prej ogledat urnik dela. Na pregled pridem ob 12. uri, ko je glavna pacientov v ambulantah že mimo, vsaj upam tako. V preostalih treh urah obratovanja mi bodo prav gotovo na hitro lahko pogledali v oko. Ekipa je na kosilu in se vrne ob 13. uri – nič hudega, samo da je prisotna. Čez dobrih deset, petnajst minut mi uspe medicinski sestra izročiti dokumentacijo in ko me pokliče, ugotovi, da me ne morejo sprejeti, ker nimam prave napotnice. Kako, da ne? No, napotnica je označena za redni pregled, morala bi biti za nujnega, če bi hotela priti tega dne na vrsto. Priznam, niti na misel mi ni prišlo, da bi preverjala ustreznost napotnice, torej je napaka moja. Krivdo bom prevzela na svoja rame, da ne bo zvenelo obtožujoče. Odločim se, naj me naročijo kar redno, bom pa prišla na kontrolo po petih ali sedmih mesecih, kolikor traja čakalna doba. Zdaj ne gre več za urgentno stanje, zakaj bi se človek razburjal. Potem me medicinska sestra le vpraša po vzroku prihoda. Ko povem, da potrebujem pregled po poškodbi, odide zdravnika vprašat, ali je pregled nujen. Vrne se z ugotovitvijo, da je pregled potreben, ampak, ker imajo tako gnečo (ki je osebno nisem opazila, lahko pa, da so bili pacienti še na poti), me prosi, če lahko pridem na pregled

naslednji dan v nekaj deset kilometrov oddaljeno ambulanto. Seveda, na tako prošnjo se je treba odzvati pozitivno. Poleg tega brez prave napotnice nimam nobenih argumentov, da bi vztrajala in določala, kdaj in kje me morajo pregledati. Kdaj naj pridem? Medicinska sestra gre spet vprašat zdravnika. Da, kar ob sedmih zjutraj naj pridem, slišim zdravnika izza vrat. Takrat se zavem številnih težav, ki so povezane z mojo odločitvijo, ampak, kar je, je. Naj »pošljem« medicinsko sestro še enkrat k zdravniku s prošnjo, če mi lahko, na kakšen način pogleda v oko, saj to vendar ne bi smelo trajati več kot nekaj minut? Ah, saj tako ali tako ne bo izvedljivo, pol dveh je že mimo in ne preostane mi drugega, kot da se nekoliko razočarana poslovim. Z realnostjo se je treba slej ko prej soočiti. Zvečer me začne mraziti, dobim temperaturo in druge znake viroze. Mikroklima čakalnice v uri in pol opravi svoje. Zjutraj se z visoko temperaturo samovoljno odpovem iskanju ambulante na neznani lokaciji – neodgovorna pacientka pač. Oko se bo moralo zadovoljiti kar z laično oceno, da je v redu. S to manjšo samooskrbo so se zgodbe lanskega poletja zaključile. Spoštovane kolegice, lepo je bilo sodelovati z vami! ■

5. mednarodna znanstvena konferenca o celostni obravnavi pacienta: Starostnik v zdravstvenem in socialnem varstvu

Na Fakulteti za zdravstvene vede Novo mesto je 12. novembra potekala že 5. znanstvena konferenca z mednarodno udeležbo. Znanstvena konferenca je med najpomembnejšimi znanstvenimi srečanji na področju zdravstvenih ved v regiji. Znanstvene konference se je udeležilo 150 strokovnjakov z različnih področij. Predstavljenih je bilo 75 prispevkov, od tega 15 iz tujine. V njih je bila z vidika različnih znanstvenih disciplin predstavljena celostna obravnava pacienta – starostnika v zdravstvenem in socialnem varstvu.

Konferenca je potekala pod častnim pokroviteljstvom Zbornice zdravstvene in babiške nege – Zveze strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Z obiskom in uvodnim nagovorom nas je počastila predsednica Zbornice – Zveze **ga. Darinka Klemenc**.

Uvodni del konference smo posvetili slavnostni promociji doktorskega študija Edukacija in menedžment v zdravstvu, ki se bo začel izvajati v študijskem letu 2016/17. Akreditacija študijskega programa predstavlja pomemben mejnik v razvoju fakultete, saj je to prvi doktorski študij v Sloveniji, ki je namenjen predvsem razvoju kariere diplomiranih medicinskih sester in drugih strokovnih kadrov v zdravstvu. Ob tem smo se zahvalili vsem, ki so prispevali k pripravi tega doktorskega študijskega programa. Njegov pomen za stroko in znanost je predstavila slavnostna govornica **doc. dr. Bojana Filej**.

Posebno dodano vrednost je konferenci dalo sodelovanje s Slovenskim združenjem bolnikov z limfomom in levkemijo, s katerim smo se povezali v sklopu njihove kampanje 'Najboljša novica', ki je bila predstavljena v plenarnem delu ob tematskem predavanju **prof. dr. Petra Černelča**. V odmoru so si udeleženci konference lahko tudi ogledali razstavo v sklopu kampanje 'Najboljša novica'.

Osrednja tema konference je bila celostna obravnava pacienta v zdravstvenem in socialnem varstvu z vidika kakovosti, odgovornosti in humanosti, s poudarkom na obravnavi starostnikov. Plenarna predavanja so osvetlila vlogo vodilnih medicinskih sester pri razvoju zdravstvene nege (**izr. prof. dr. Nadja Plazar**) ter z vidika staranja populacije, aktualne teme kot so podaljševanje življenjske dobe in števila stoletnikov (**Assoc. Prof. Gražyna Adler**), samopodoba in samospoštovanje v starosti (**doc. dr. Bojana Filej**) in problematika nasilja nad starostniki (**mag. Ljiljana Leskovic**).

Z vsakoletno organizacijo konference želimo prispevati k izmenjavi znanj in utrditvi stroke, predvsem pa nadaljevati s prizadevanji v spodbujanju raziskav s področja zdravstvene nege in zdravstveno - socialne problematike z vidika kakovosti, izobraževanja in menedžmenta.

Preživeli smo prijeten dan, poln uspešne izmenjave znanj in izkušenj in tudi idej za nadaljnje raziskovalno delo. ■



Udeleženci



Darinka Klemenc



doc. dr. Bojana Filej



prof. dr. Peter Černelč

Virtualna preventiva – nove poti zdravstvenovzgojnega delovanja

Marija Milavec Kapun, Nina Špik, Urša Presekar

Na Zdravstveni fakulteti Univerze v Ljubljani smo skupaj s partnerskimi organizacijami (Fakulteta za socialno delo, Zavod Med.Over.Net in zasebnega podjetja) izvedli projekt Preventivno delo v lokalnem okolju, ki je trajal od marca do junija 2015.



Ustvarjalno timsko delo. Foto: Špela Klemenčič

Kje najdemo odgovore na vsa vprašanja, tudi glede zdravja? Da, na svetovnem spletu. Guglanje nas preplavi z novicami, informacijami in podatki, ki niso vedno verodostojni, njihova interpretacija pa je prepuščena posamezniku.

Živimo v času, ko se vedno več ljudi zanima za svoje zdravje: kako naj ostanejo zdravi, ohranjajo mladosten videz ali kako si lahko ob različnih bolezenskih znakih pomagajo sami. Tudi zdravstveni delavci nismo veliko drugačni: največkrat iščemo informacije v zvezi z zdravjem po spletu, prej kot v starih zapiskih, strokovnih knjigah in literaturi ... Vendar smo se študenti v letih izobraževanja naučili, da vse kar preberemo, ni vedno res. Zato je toliko bolj pomembno znanje in veščina, da znamo v množici informacij na spletu poiskati resnične in zanesljive podatke ali informacije.

Na portalu Zavoda Med.Over.Net smo to počeli študenti Špela Klemenčič, študentka magistrskega študija socialnega dela ter Urša Presekar, Nina Špik, Katja Cvetan in Amir Hajdarević, študenti 3. letnika zdravstvene nege. Na portalu je veliko splošnih informacij o aktualnih boleznih, različni nasveti, predvsem za samopomoč. Obiskovalci lahko anonimno na forumih postavljajo različna vprašanja in delijo lastne izkušnje. Moderatorji iz vrst strokovnjakov iz zdravstva, psihologije, komplementarnih ved in drugi, obiskovalce spletnih strani usmerjajo in delujejo preventivno.

Naša ekipa se je sestajala samo enkrat na mesec, veliko pa smo komunicirali preko medmrežja in spletne učilnice, saj smo se urili v večšini strokovne komunikacije preko spleta in podajanju strokovnih vsebin v virtualnem okolju. Pri tem so nam pomagali šolski in delovni mentorji.

Na osnovi ugotovitev delavcev v zavodu in naših znanj o pomembnih preventivnih vsebinah si je vsak študent izbral svojo temo in jo podrobno raziskal. Sledila je priprava strokovnih vsebin in intervencij z namenom za promocije aktivne skrbi za lastno zdravje. Obudili smo forum o demenci, izvedli javno tribuno, napisanih je nekaj intervjujev s strokovnjaki in osebami z nekaterimi kroničnimi boleznimi, ki so bralcu za inspiracijo pri iskanju zdravja in življenjskih ciljev.

Raziskava forumov je pokazala, da je tematika o klopnem meningoencefalitisu in preventivnih ukrepih v spomladanskem in poletnem času ne zadostno aktivna. Oblikovali in združili smo informacije o preventivi, cepljenju in posledicah, ki jih ima lahko oseba po preboleli bolezni. Oblikovali smo tudi nekaj strokovnih informacij za spletne forume tudi o tigrastih komarjih, saj je pri tem bistvenega pomena preventiva.

V okviru svojega dela smo pripravili sistematični pregled pravic in oblik pomoči starejšim v domačem okolju. Za oskrbo osebe v domačem okolju s strani svojcev je pomembno njihovo znanje in strokovna podpora. V ta namen smo naredili seznam videoposnetkov za oskrbo v domačem okolju in tudi sami pripravili videovsebine o rokovanju z urinsko vrečko.

Z analizo forumov smo ugotovili, da obiskovalci pogosto sprašujejo po interpretaciji laboratorijskih izvidov. Zato smo pripravili sistematični pregled referenčnih vrednosti in podali nekatere predloge, kako si lahko sami pomagajo pri izboljšanju zdravja v primeru odstopanj.

Delo je bilo zelo zanimivo, razgibano, nekaj posebnega. Vsi študenti smo pridobili veliko izkušenj in znanj. Ugotovili smo, da nas je timsko delo povezovalo, vsak je prispeval, da je bil posamezen izdelek boljši. Spoznali smo, da kljub temu, da vsakodnevno uporabljamo sodobne komunikacijske poti in da nam te nudijo ogromne možnosti za strokovno delovanje, potrebuje naša digitalna zdravstvena pismenost spodbudo za razvoj, da bomo lahko kot strokovnjaki kompetentno delovali tudi v virtualnem okolju. Na koncu projekta smo bili navdušeni nad doseženimi cilji in polni novih idej za prihodnje leto.

Zahvaljujemo se spodbudnim mentorjem v Zavodu Med.Over.Net in vsem obiskovalcem forumov, ki so s svojimi odzivi dali vrednost našemu delu in prizadevanjem.

»Projekt delno financira Evropska unija, in sicer iz Evropskega socialnega sklada. Izvaja se v okviru neposredne potrditve operacije-programa »Po kreativni poti do praktičnega znanja« Operativnega programa razvoja človeških virov za obdobje 2007-2013 1. razvojne prioritete: Spodbujanje podjetništva in prilagodljivosti ter prednostne usmeritve 1.3 Štipendijske sheme.« ■

Strokovna ekskurzija učiteljic in učiteljev zdravstvene nege

Zdravstvene šole Nova Gorica v Bolnišnico Sežana

Barbara Sitar

Naša kolegica Marjeta Kragelj, je tekom praktično usposabljanje z delom (PUD) obiskala bolnišnico v Sežani. Ob vrnitvi nam je povedala, kako lepo jo je sprejela pomočnica direktorja za zdravstveno nego in kaj si je ogledala. Pripovedovala je s tako navdušenostjo, da smo jo prosili, naj organizira ogled še za nas. Tako smo se 23. oktobra 2015, po zaključenih vajah v bolnišnici s službenim kombijem odpeljali vsi člani aktiva zdravstvene nege v Sežano.



Foto: Manuela Morvai

Pred bolnišnico z gospo Emo Matevlijič Mešiček, pomočnico direktorja za področje zdravstvene nege

Naš prvi vtis je bil, da je bolnišnica obnovljena in v mirnem okolju. Sprejela nas je pomočnica direktorja za zdravstveno nego gospa Ema Matevlijič Mešiček. Sprejem je bil prisrčen, kar smo takoj izkoristili za skupno fotografijo. Najprej je povedala nekaj o številu in strukturi zaposlenih ter o posebnostih zdravljenja v bolnišnici. Ob kavi in sadju se nam je jezik hitro razvezal in spraševali smo vedno več. Ga. Ema je potrpežljivo odgovarjala na naša vprašanja. Naj opišem samo nekaj zanimivosti.

Navdušeni smo bili nad projektom Mavrica, v katerem novospregjeti delavci dobijo osnovne informacije o delovno pravni zakonodaji in načinu dela v ustanovi. Poudarek je tudi na preprečevanju okužb, obnašanju in organizacijski kulturi. Če bi lahko, bi sami izobraževali svoj kader tako kot nekoč.

V bolnišnici poleg kazalnikov kakovosti skrbno spremljajo pritožbe s strani pacientov. Vsakih štirinajst dni se sestane strokovni svet. Za vsako pritožbo se sproži interni strokovni nadzor. V izogib pritoževanju pacientov so v bolnišnici uvedli odzivni čas. To pomeni, da se beleži čas od pacientovega klica do odziva medicinske sestre.

Zaposleni so oblečeni v enake uniforme. Nikjer nismo opazili medicinske sestre z nalakiranimi nohti. Vsi so izredno prijazni. Med seboj se pozdravljajo.

Vodja zdravstvene nege veliko truda namenja negovalni dokumentaciji. V kratkem nameravajo posodobiti sicer dovršeno papirnato negovalno dokumentacijo z namestitvijo sestrskih tablice v vsako bolniško sobo. Tu bo bo z geslom omogočeno evidentiranje negovalnih intervencij.

Poleg izvajanja kategorizacije zahtevnosti zdravstvene nege so se v bolnišnici odločili za optimizacijo zdravstvene nege, ki jo izvajajo glede na čas trajanja posamezne inter-

vencije zdravstvene nege. Ko bodo zbrali vse izračune, bodo kader lahko ustrezno razporedili glede na potrebe.

Po ogledu ambulantnih prostorov smo si ogledali oddelek za rehabilitacijo in podaljšano bolnišnično zdravljenje. Navdušeni smo bili nad številom ambulant in novo opremo. Sama sem bila zadnjič v bolnišnici pred dvajsetimi leti. Takrat so med ljudmi krožile govorice, da gredo v Sežano le še umreti. Predstava obnovljene bolnišnice je drugačna: vodstvo bolnišnice se trudi za strokovni razvoj zaposlenih. Oprema je nova. Pohvaliti velja tudi čistilno ekipo, ki vestno skrbi za čistočo. Bolnišnica je primer dobre prakse, saj se na vsakem koraku vidi, da vodstvo med seboj dobro sodeluje. Dobili smo marsikatero idejo, kako novo pridobljene izkušnje uporabiti pri sedanjem delu v bolnišnici in pri delu z dijaki: v zaprt sistem za aspiracijo dihalnih poti ob menjavi z novim dodajo prašek, ki tekoči odpadki strdi. Zato je lažje skladiščenje in odvoz. Všeč nam je bil tudi nastavek, ki omogoča, da cev aspiratorja pritrdimo.

Zamisel, da se v centralni sterilizaciji izvaja dezinfekcija instrumentov za vse oddelke, je ekološko usmerjena: porabljenega razkužila ne izlivajo v odtočno korito, temveč ga odstranijo po predpisanem postopku. Poleg tega privarčujejo razkužilo in čas, saj je s poenotenim sistemom dezinfekcije odpadla dezinfekcija na oddelkih. Medicinske sestre ne dezinficirajo umivalnikov in vrčev, ker to delo opravlja snažilka.

Bolnišnica načrtuje na strehi urediti pokrito telovadnico. Razgled s strehe bolnišnice je res čudovit.

Poleg oddelka za podaljšano bolnišnično zdravljenje in rehabilitacijo ter zdravljenje bolezni pljuč, bolnišnica ponuja še zdravljenje v jami. Po ogledu smo go. Emo zaprosili še za ogled jame. Jama je bila izkopana pred drugo svetovno vojno in je služila kot zaklonišče. Ko smo vstopali v jamo,



Zbrani v kraški jami, kjer poteka klimatsko zdravljenje

sem se spomnila na rudnik. S stropa kaplja voda, nastajajo kapniki. Po ozkem hodniku smo prišli do dvorane, kjer je 15 ležalnikov. V jami je šibka svetloba. Jamske terapije se lahko udeleži 15 pacientov. Terapija traja od 4 do 5 tednov, štiri ure dnevno. V jami so posebni klimatski pogoji: odsotnost onesnaženosti in hrupa, konstantna temperatura od 10 °C do 12 °C, šibek pretok zraka in visok odstotek relativne vlage: 90 %.

Foto: Mateja Kulot

Terapija je namenjena pacientom z astmo. V jami pacientom postrežejo tudi obrok hrane.

Visoka koncentracija kalcijevih in magnezijevih aerosolov ter negativnih ionov, ki ob visokem odstotku relativne vlage delujejo protivnetno, razredčijo sluz, zmanjšajo edem sluznice in krepijo mukociliarno aktivnost. V jami vlada mir, harmonija, občutek izoliranosti in zaščite od zunanjih vplivov. Zato je kraška jama idealni prostor za rehabilitacijsko obravnavo kroničnih pacientov z boleznimi pljuč in predstavlja okvir za celotno multidisciplinarno obravnavo.

Ga. Ema je pohvalila naše dijake, da so pridni in imajo določeno znanje, kar smo vsi radi slišali. Hkrati je izrazila željo, da tudi letos organiziramo izobraževanje za mentorje PUD-a. Mentorjem manjka pedagoški pristop. Slišati želijo posamezne teme, ki bi bile bolj podrobno obdelane v obliki delavnic. Seveda smo obljubili, da se bomo potrudili, da bo izvedba programa zadostila njihovim željam in potrebam.

Ogled smo zaključili ob 15.30 in se polni vtisov odpravili proti domu. ■

Podjetništvo v zdravstvu

Anamarija Vrhovec

Podjetništvo je več kot razvoj poslovnih priložnosti v praksi, je način življenja. Pomeni znanje, s katerim lažje identificiramo in razvijamo svoje poslovne ideje.



Udeleženci okrogle mize

Od 6. do 8. maja 2015 so v Celju na Srednji zdravstveni šoli potekale dejavnosti v okviru projekta E-medicine. Pri projektu so sodelovali dijaki naše šole in dijaki iz Zadra z mentorji. Izvedli smo projektne dni, na različnih lokacijah. Ogledali smo si zdravilišče Thermano Laško, na obisku smo bili v Pivovarni Laško, na šoli pa smo izvedli delavnico za ustanovitev podjetja in pri tem uporabili skupinsko tehniko ustvarjalnega mišljenja za produkcijo idej - brainstorming.

Na Srednji zdravstveni šoli v Celju smo organizirali okroglo mizo na temo **Podjetništvo v zdravstvu**. V goste smo povabili **asist. dr. Mirana Kolarja**, zasebnika, koncesionarja, ki ima prostore v Zdravstvenem domu Celje in diplomirani medicinski sestri **Jelko Pečar in Martino Lesjak Povše**. Obe medicinski sestri delujeta na področju zasebno polivalentne patronažne dejavnosti, ki jo izvajata v skladu s koncesijsko pogodbo. Mentorici, **Anamarija Vrhovec, dipl. m. s., mag. manag.** in **Tanja Leskovšek, dipl. m. s., mag. manag.** sva s štirimi dijakinjami tretjih letnikov izvedli okroglo mizo. V uvodnem delu so dijakinje Blažka Požun, Mateja in Tadeja Pemič ter Tjaša Kolman predstavile dejavnike, ki so pomembni za uspešno delovanje podjetja in nas seznanimi z značilnostmi socialnega podjetništva. Sledil je intervju s povabljenimi gosti. Dijakinje je zanimalo, zakaj so se odločili za pot zasebnništva, na kakšne ovire so naleteli na poti, kakšni so sedaj odnosi med kolegi, kako gledajo na to pacienti in še je bilo vprašanj. Razvile so se živahne debate med dijaki in gosti, vprašanja pa so kar hitela iz ust otrok, skratka bilo je zelo zanimivo in pestro. Vsi gostje so bili enotnega mnenja, da so bili začetki zelo težki, saj so vendar le orali ledino, ampak danes jim ni žal, da so se tako odločili. Nikar se ne ustrašite, kajti če veste, kaj hočete in če imate cilj, ga boste tudi dosegli, tako so nam rekli. Nikoli pa ne pozabite, da je pacient vedno središče delovanja zdravstvene nege. Hvala vsem gostom, ki so prišli in nas obogatili z znanjem in izkušnjami. ■

Mednarodna konferenca v okviru projekta HLAW – razširjanje ozaveščenosti o pomenu zdravega staranja

mag. Boris Miha Kaučič, Katja Esih, Alenka Presker Planko, Mihaela Pinter Rojc

V okviru mednarodnega razvojnega in raziskovalnega projekta HLAW–Healthy Lifestyle for Aging Well (Zdrav življenjski slog za zdravo staranje) smo organizirali enodnevno mednarodno diseminacijsko konferenco (Multiplier Event), ki je bila namenjena zviševanju in razširjanju ozaveščenosti strokovne in druge javnosti o pomenu zdravega in aktivnega staranja.

Diseminacijska konferenca je potekala v sredo, 14. Oktobra, na Finskem. Gostiteljica letošnje konference je bila partnerska institucija v projektu – Raziskovalna enota za znanost zdravstvene nege in zdravstveni menedžment, ki deluje pod okriljem Medicinske fakultete, Univerze v Oulu. Na konferenci so aktivno sodelovali tudi drugi partnerji v projektu – Fakulteta za zdravstvene vede Lublin iz Poljske, politehnika CESPO iz Portugalske in Visoka zdravstvena šola v Celju, ki je koordinatorica projekta HLAW.

Boris Miha Kaučič, strokovni vodja projekta HLAW na Visoki zdravstveni šoli v Celju, je predstavil prisotnim osnovne informacije in usmeritve projekta HLAW. Predstavil je dodano vrednost in trajnost projekta, ki se bo nadaljevala tudi z izgradnjo zdravstvenega portala, ki bo namenjen ozaveščanju in opolnomočenju starih ljudi o pomenu zdravega in aktivnega staranja. S tem portalom želimo prispevati k zvišanju zdravstvene pismenosti starih ljudi in jih motivirati za redno telesno dejavnost.

Kirsi Jylänki (Finska), **Beata Dobrowolska** (Poljska), **Francisca Pinto** (Portugalska) in **Boris Miha Kaučič** (Slovenija) so predstavili razširjene povzetke/ugotovitve iz prve faze raziskovalnih aktivnosti, ki je temeljila na pregledu literature in stanja v posamezni državi s področja zdravstvene pismenosti in telesne dejavnosti starih ljudi. Stanje na področju zdravstvene pismenosti starih ljudi v Sloveniji ni optimistično, kot tudi ne področje telesne dejavnosti, zato je treba tudi v prihodnje namenjati večjo pozornost zviševanju ozaveščanja in spodbujati aktivnosti, ki bodo prispevale k večji vključenosti starih ljudi v telesno dejavnost. Ugotovitve kažejo, da telesna dejavnost pozitivno vpliva na kakovost življenja, zato smo v okviru projekta posneli DVD, ki promovira telesno dejavnost starih ljudi. DVD bo izdelan v štirih jezikih, objavljen na zdravstvenem portalu in dosegljiv preko interneta. Organizirali bomo tudi medgeneracijske tečaje poučevanja uporabe interneta, saj je uporaba interneta med starimi ljudmi v Sloveniji precej nizka.

Katja Esih in **Alenka Presker Planko** sta prisotnim predstavili izvedbo prve mednarodne poletne šole, ki je potekala v mesecu maju in juniju 2015 na Visoki zdravstveni šoli v Celju in osnutek programa za naslednjo poletno šolo. Predstavili sta tudi aktivnosti projekta, ki bodo potekale v letu 2015 in 2016 ter zasnovo zdravstvenega portala, ki bo uporabnikom dosegljiv preko interneta.

Milla Immonen iz Univerze v Oulu je predstavila sodobne tehnologije, ki so v podporo telesni dejavnosti, preprečevanju in preventivi padcev.



Foto: Arhiv VŠČE

Aktivni udeleženci mednarodne diseminacijske konference v Oulu

V popoldanskem delu so finski partnerji organizirali študijski obisk v klinično okolje, dnevni center za stare ljudi (Ikäihmisen Olohuone), kjer izvajajo zanje različne aktivnosti, s katerimi preprečujejo njihovo osamljenost in omogočajo večjo socialno vključenost.

V torek, 13. oktobra 2015, je potekal na Univerzi v Oulu sestanek vseh partnerjev v projektu, kjer smo se dogovorili za aktivnosti, ki se bodo izvajale v okviru projekta HLAW. Posebno pozornost smo namenili raziskovalnim aktivnostim. V Sloveniji, na Poljskem in Portugalskem bomo izvedli raziskavo med starimi ljudmi (tistimi, ki živijo v urbanem in ruralnem okolju). V raziskovalne namene bomo uporabili standardizirana merska instrumenta – HLS-EU-Q (European Health Literacy Questionnaire) in Fantastic Lifestyle Assessment. S prvim instrumentom bomo izmerili zdravstveno pismenost, z drugim pa zdrav življenjski slog starih ljudi. V raziskovalnih aktivnostih bodo sodelovali študenti vseh treh stopenj študija na partnerskih institucijah. Velik interes za sodelovanje v projektu so pokazali tudi študenti Visoke zdravstvene šole v Celju, tako, da bo v drugi fazi projekta sodelovalo deset študentov zdravstvene nege.

Projekt HLAW je bil 25. septembra 2015 predstavljen tudi na Kreativnem zajtrku, ki ga je organiziral Center Republike Slovenije za mobilnost in evropske programe izobraževanja in usposabljanja (CMEPIUS) kot primer dobre prakse projektov programa Erasmus+ Strateška partnerstva na področju visokega šolstva. ■

Ustvarjalno tutorsko popoldne – od ideje do diplomskega dela

Tina Razlag Kolar, viš. pred. mag. Boris Miha Kaučič, Katja Esih, Alenka Presker Planko

Na Visoki zdravstveni šoli v Celju izvajamo tutorstvo od samega začetka delovanja visokošolskega zavoda. V letošnjem študijskem letu smo na podlagi dosedanjih večletnih izkušenj dela oblikovali lasten model tutorstva, ki smo ga razvili v sodelovanju s študenti. Celoten model tutorstva smo formalizirali s Pravilnikom o izvajanju tutorstva in z obrazci za spremljanje izvajanja tutorstva.



Udeleženci tutorskega popoldneva

Na Komisiji za kakovost so bili namreč oblikovani kazalniki kakovosti in eden izmed njih je usmerjen tudi v spremljanje izvajanja tutorstva.

V torek, 10. novembra 2015, je potekalo ustvarjalno tutorsko popoldne z naslovom »**Korak za korakom – od ideje do diplomskega dela**«, namenjeno absolventom in kandidatom, ki pripravljajo dispozicijo oz. diplomsko delo na študijskem programu prve stopnje Zdravstvena nega. Tutorsko srečanje je bilo organizirano v obliki pogovora z aktivno razpravo med tutorji in študenti, kar pomeni, da so lahko udeleženci aktivno sodelovali v vprašanji. Moderator tutorskega srečanja in razprave je bil viš. pred. mag. **Boris Miha Kaučič**, ki je z udeleženci delil izkušnje z vidika mentorja/somentorja diplomskega dela in predsednika komisije za diplomske zadeve na visoki šoli. Mag. Kaučič je predstavil in opozoril na najpogostejše napake, ki jih komisija opaza pri pregledu dispozicij. Visoka zdravstvena šola v Celju ima visoko postavljene kri-

terije kakovosti vsebine diplomskih del, saj vsako diplomsko delo pred javnim zagovorom pregledata dva recenzenta iz vrst visokošolskih učiteljev.

Tina Razlag Kolar, absolventka ter koordinatorica tutorjev študentov in članica komisije za tutorstvo na Visoki zdravstveni šoli v Celju, je predstavila svojo izkušnjo s pripravo dispozicije, **Alenka Marcen**, diplomantka Visoke zdravstvene šole v Celju, pa je predstavila svojo izkušnjo, kako izdelati diplomsko delo. Diplomsko delo Alenke Marcen je bilo nagrajeno na letošnji 7. Študentski konferenci s področja zdravstvenih ved.

Tina Razlag Kolar je podala usmeritve, kako se sistematično lotiti priprave dispozicije diplomskega dela od same ideje do končne izdelave. Študente je posebej opozorila na opredelitev raziskovalnega problema, ki ga je mogoče opredeliti le na osnovi pregleda strokovne in znanstvene literature. Pozornost je bila namenjena kriteriju starosti literature, ki velja na visoki šoli in iskanju sodobne literature s pomočjo podatkovnih baz. Pri opredelitvi raziskovalnega problema smo predstavili pravilo lijaka in izpostavili nevarnost atomizacije besedila. Pozornost smo namenili opredelitvi namena diplomskega dela in postavitvi raziskovalnih ciljev. Na študijskem programu prve stopnje Zdravstvena nega se priporoča, da kandidati postavijo raziskovalna vprašanja, ki odgovarjajo na raziskovalni problem. Predstavili smo tudi razliko med kvantitativno in kvalitativno paradigmo raziskovanja. Na koncu smo veliko pozornosti namenili pravilnemu navajanju avtorjev med besedilom in literature, ki je na visoki šoli v celoti usklajena s pravili Obzornika zdravstvene nege.

Med predstavitvijo dispozicije diplomskega dela je bilo zastavljenih veliko vprašanj in dilem, npr. katero raziskovalno metodo izbrati, kako velik naj bo vzorec, ... idr. Tutorji sta poudarili, da je izredno pomembno ustrezno zasnovati diplomsko delo na podlagi ustrezne teme diplomskega dela.

Alenka Marcen je študentom predstavila, kako nadaljevati s pisanjem diplomskega dela po uspešno potrjeni dispoziciji diplomskega dela. Študente je opozorila, da je treba pred začetkom izvedbe raziskave pridobiti soglasje zavoda, v kateri se izvaja raziskava, če pa so v raziskavo vključeni pacienti, pa tudi soglasje etične komisije. Na kratko je predstavila analizo in obdelavo podatkov. Posebno pozornost je namenila usmeritvam, kako napisati razpravo in zaključek diplomskega dela.

Zaključna evalvacija tutorskega srečanja je pokazala, da so bili udeleženci s srečanjem zelo zadovoljni. Zaradi velikega zanimanja smo se odločili, da bomo tovrstna tutorska srečanja organizirali tudi v prihodnje. ■

Foto: Alina VZŠE

Ustvarjalke različnih svetov

Andreja Marolt

Poklici v zdravstveni negi hočejo celega človeka. Obsežna dela in naloge, delo v izmenah, preko vikendov, vse to nam vzame čas za drugačne dejavnosti, ali pa nam ga ostane vsaj zelo malo. Večina nas ima družine, ki so prav zaradi narave našega dela marsikdaj prikrajšani za druženje z nami.

Kljub vsemu omenjenemu, izpraskamo od neke minuite, ko počnemo tudi reči, ki nas drugače izpolnijo. Tečemo maratone, slikamo, pojemo, klekljamo, ali pač počnemo reči, ki polnijo dušo in srce. Največkrat zase, marsikdaj pa svojo ustvarjalnost delimo tudi z drugimi. Preko druženja v skupinah, ki spodbujajo in bogatijo naša zanimanja, z razstavami slik, ročnih del, s petjem v pevskih zborih, vsekakor je tega veliko in za vse dejavnosti morda niti ne vemo.

Ena od takih dejavnosti je pisanje. Med nami jih je mnogo, ki uspešno pišejo, tako prozo kot pesmi.

Naša kolegica **Irena Pajnik Beguš** je te dni med nas razgrnila svojo poezijo v pesniški zbirki – **Od tu in tam padlo v dlan**. Zbirka pesmi ponuja v branje in razmislek različne teme. Uporniške, družbeno kritične, pozivajoče k miru, strpnosti, segajoče v dotik minevanja, v svet žensk in predvsem v svet ljubezni.

Ali kot pravi avtorica pesniške zbirke: »Ko bi ljubezen bila kot zrak, brez katere ne bi mogli preživeti niti sekunde, niti ena slaba misel ne bi okuževala ozračja.«

Irena Pajnik Beguš, medicinska sestra z Očesne klinike, redno objavlja svoje pesmi na pesniškem portalu Pesem.si, Literarnem valu, spletni strani Poezija in na tujejezičnih spletnih straneh - Očaravanje ter Ars poetica. Nekaj njenih pesmi je izšlo tudi v zbornikih Pesem.si in Zborniku Literatov Mežiške doline.

Novorojena pesniška zbirka je le eden od dokazov, da so svetovi delavcev v zdravstveni negi tudi drugje, prav tako polni in živi, čeprav se vsakodnevno dajemo in razdajamo v našem poklicu, ki ga ne le opravljamo, temveč – živimo.

Za kratek postanek, razmišljanje ali le v užitek

5. Ne ubijaj

režete nam peruti za svoje mehke postelje
šivate tuja usta z dreto spredeno iz vaše sline
da manj pojemo in manj glodamo kosti

prodajate nam plehkosti resničnostnih showov
iz nas srkate duha in božanske koščke
dušite z govori, iz besed zidate prazen nič

črede čakajo na kavljve v mesnicah
jate na hladilnice, domove vaših src
stopim na travo, ob polomljeni bilki
boginja v meni zaihti
smrt ima na tisoče obrazov

Mene

z nogami odrinem
pekoče jezike
odeja zdrsne
odpihne preznojene sanje
široko odprte oči visijo
v materine zaves
tudi njo je
v venečih letih
noč za nočjo ljubil ogenj
v opomin
na zažgane
travarice
ranarice
željene v posteljah nezaželenih

križ
kdo te je zavozljal
pod popki
v grmade
v bolečino
v plamen
ki ženski pot poti

Ujeta v svobodo

znam te ljubiti

tudi
ko besedni zublji
nasedejo v molk
in ostanem
brez prepustnice do ustnic

pa
kadar iz strahu oblečeš jezo
da z dolgim repom zapraši še kakšen dan

in
ko je ulov premajhen za velike luknje
ki jih celim v bele brazgotine

odkar
si odpoljubil
moj ribji rep
mi podaril noge
v prost korak
hodim s teboj
obutim v različne čevlje

ker znaš imeti rad ■



Irena Pajnik Beguš

Kruh naš vsakdanji ...

Jože Lavrinec

Danes, ko imamo znanje vsega sveta praktično skoraj na doseg roke, se utapljamo v slabih in pogosto napačnih informacijah. Tako bomo na temo »kruh« dobili nepregledno množico podatkov o prodajni ponudbi večine pekarn ter neskončne hvalnice, kateri izdelek je boljši, ker vsebuje »moko slovenskega porekla«, ker ima dodatek tega ali onega živila in »ker ga pečejo posebej za nas«. Sledijo opozorila o škodljivosti kruha in šele, čisto na dnu, se sramežljivo ponujajo informacije o vlogi kruha v zdravi prehrani. Narobe svet? Ali sprevrženost premalo izobraženih, vendar arogantnih posameznikov? Kdo bi vedel?

Kruh je bil in je za večino Evropejcev še vedno zelo pomembno osnovno živilo. Resda je vedno veljalo za veliko uboštvo, če si nekdo poleg kruha ni mogel privoščiti ničesar. A so mu še vedno mnogi zavidali, češ, za kruh je pa le imel! In je preživel! Skromno, a je preživel! In, če je bil le kruh na mizi, so bili srečni otroci in veselje pri hiši. V slovenski zavesti se je izoblikovalo veliko spoštovanje do kruha. Se spomnite rekla: »Če pade kruhek ti na tla, poberi in poljubi ga«? Mlajše generacije so to mogoče še slišale, a razumele? Kruh je v sedanjem času sorazmerno lahko dosegljiv. In čeprav v primerjavi z drugimi živili ni poceni, si ga vsaj velika večina še vedno lahko privošči. Neizprosne statistike pravijo, da povprečni Slovenec v starosti med 10 in 65 let letno zaužije okoli 65 kg kruha in pekovskih izdelkov. In statistike pravijo tudi, da prodaja kruha počasi upada, narašča pa prodaja pekovskih izdelkov. Ni verjetno, da so razlogi za te spremembe v bolj ugodni ekonomski situaciji. Ne, bolj verjetno je razlog v nižji ceni pekovskih izdelkov in na drugi strani v neverjetni množici drobnih, zanimivih že zaradi oblike in dodatkov in jih je že zato treba poskusiti.

Statistika se lahko nadaljuje. Kar pri 41 % Slovencev je kruh sestavni del slehernega zajtrka, 17 % ga redno zaužije v času malice in kar vsak deseti Slovenec zaužije kruh tudi ob kosilu! Nekaterim juha ne pomeni ničesar, če zraven ne morejo prigrizniti koščka kruha. In so ljudje, ki kruh prigrizujejo k testeninam ali praženemu krompirju!

Kruh jemo! Čeprav je danes modno izločati gluten, četudi ni potrebe, bodo nekateri ljudje posegli po brezglutenskih vrstah kruha. Ki so po njihovem bolj zdrave. Vsekakor so dražje in bogatejše z aditivi, a to je druga zgodba. Torej, Slovenci jemo kruh, redno in pogosto. In najraje jemo bel pšenični kruh (kar vsak četrti redno uživa takšnega). Sanje o belem kruhu? Ali cenovno ugodna ponudba. Bel kruh je namreč najbolj hranilno osiromašen, tehnologija priprave je zelo enostavna in kot tak lahko dosegljiv in poceni. A da ne bo pomote: večina pekovskih izdelkov z zvenečimi fantazijskimi imeni ter pompozni opisi (denimo: kruh iz devetih vrst žita; kruh z dodanimi semeni ...) ni kaj dosti drugačna. Nekaj odstotkov dodane druge vrste moke ali česa drugega, bistveno ne spremeni hranilne vrednosti. Ne sliši se imenitno! In tisti zlagani občutek koliko naredimo za svoje zdravje, je mogočen.

Čeprav bi nam nekateri zlahka prodali zgodbo o škodljivosti kruha, ni nobene bojazni. Praviloma je kruh varno živilo, ki ga lahko vključimo v zdrav in uravnotežen

obrok. Poleg tega so pogosto bolj vprašljivi namazi oz. delikatesni izdelki, ki jih pojemo poleg kruha.

Število pogovorov, ki govorijo o kruhu, pove, kako pomembno je bilo to živilo za naše prednike.

- Zarečenega kruha se največ poje.
- S trebuhom za kruhom.
- Če kruhek pade ti na tla, poberi in poljubi ga.
- Kruh brez skorje je kot pivo brez pene.
- Tudi drobtine so kruh.
- Mornarski kruh ima sedem skorij.
- Zarečenega kruha se največ poje.
- Kruha ne naredi moka, ampak roka.
- Up je kruh bednika.
- Če je velikega travna lepo, je dobro za kruh in seno.
- O Božiču se spodobi malo snega in belega kruha.
- Ljubezen brez poljubov je kot kruh brez soli.
- Bolje črn kos kruha, kakor prazna torba.
- Naslikanega kruha ne moreš jesti.
- Kdor kruh prezira, drobtine z mize pobira.
- Če človek pol sveta obteče, najboljši kruh doma se peče.
- Kdor jezika špara – kruha strada.
- Iz te moke ne bo kruha.
- Ne tepi roke, ki ti daje kruh.
- Kruha se je objedel, pa s pametjo se skregal.
- Kruha ne spoštuje, kdor ga nikoli stradal ni.
- Kjer žena hlače nosi, si mož kruha prosi.
- Kdor se z vinom opije, se strezni; kdor s kruhom, težko.
- Lepemu kruhu se ne smeš čuditi.
- Ne išči kruha nad potico.
- Skopost in razsipnost pripeljeta človeka na košček kruha.
- Ti meni s kamenjem, jaz tebi s kruhom.
- Večkrat je domači kos kruha manjši, je pa slajši.
- Suša en kos kruha potre, moča pa tri.
- Prevzetnost in napuh ne vesta, kako se služi kruh.
- Drag kruh, kjer denarjev ni.

Naši predniki so kruh spoštovali. Pojedli so ga do zadnjega, še tako suhega koščka. Kaj pa mi? Znamo uporabiti nekoliko starejši kruh? (mimogrede: tak ima celo večjo nasitno vrednost kakor svež in glikemični indeks je za nekaj točk nižji!) Ali pa pustimo kruh, da splesni in ga zavržemo? Za vse, ki potrebujejo ideje, kako okusno uporabiti star kruh, je tu nekaj receptov. Verjemite, nekateri so prave delikatese. Iz bogate zakladnice receptov, v katerih lahko uporabimo star kruh, so tukaj, pred nami le nekateri.

Kruhova juha s parmezanom

Za 4 osebe potrebujemo:

- 200 g starega polnozrnatega kruha
- 1 vrečko ribanega parmezana (20 g)
- 2 jajci
- muškatni orešek, sol,
- mlet poper
- 750 ml vode
- sesekljan drobnjak, sesekljan peteršilj

Postopek:

Kruh zmeljemo v kuhinjskem mešalniku, dodamo parmezan in jajca. Vodo zavremo, solimo, popramo, začnimo z muškatnim oreškom ter vanjo zakuhamo mešanico kruha in sira. Pokrijemo in pustimo približno 5 minut, potresemo s seseklanim peteršiljem in drobnjakom ter postrežemo.

S porcijo te juhe zaužijemo približno:

energija: 205 kcal; beljakovine: 10 g; maščobe: 6 g; ogljikovi hidrati: 26 g; prehranske vlaknine: 2 g.

Sadna kruhova juha

Za 4 porcije potrebujemo:

- 300 g rženega kruha
- 500 ml vode
- 100 g suhih sliv (marelic, hrušk, jabolk)
- 1 limono
- 1 žlico pomarančne marmelade
- 2 žlički sladkorja
- stepena sladka smetana za dekoracijo

Postopek:

Ržen kruh nalomimo na koščke, prelijemo z vodo in pustimo približno 15 minut. Nato ga s paličnim mešalnikom zmeljemo v gladko kašo, ki jo počasi kuhamo 20 minut, nato dodamo na drobne koščke sesekljane suhe slive, oprano limono narezano na rezine, žlico pomarančne marmelade, sladkor ter kuhamo še 20 minut. Pred serviranjem odstranimo limono ter okrasimo s kupčkom stepene smetane.

S porcijo te juhe zaužijemo približno:

energija: 270 kcal; beljakovine: 7 g; maščobe: 4 g; ogljikovi hidrati: 52 g; prehranske vlaknine: 6 g.



Kruhova juha s paradižnikom, gobicami in sirom

Za 4 porcije potrebujemo:

- 150 g suhega belega ali črnega kruha
- 200 g paradižnika
- 1 rdečo čebulo
- 100 g šampinjonov ali drugih gobic
- 1 l vode ali jušne osnove
- 2 žlici olivnega olja
- 100 g ovčjega sira
- sol, poper v zrnju, timijan,
- 2 stroka česna

Postopek:

Čebulo očistimo ter narežemo na kockice, česen zdrobimo. V loncu segrejemo žlico olja, na katerem na hitro prepražimo sesekljano čebulo, strt česen in timijan. Pritresemo na kocke narezan kruh in med mešanjem na hitro opečemo. Dodamo še gobe in, ko rahlo oplačnijo, dodamo še narezan paradižnik. Premešamo in zalijemo z vročo zelenjavno osnovo, (če uporabljamo vrelo vodo, jo začnimo s soljo, poprom, muškatnim oreščkom, ščepcem rožmarina in lovrovim listom), zavremo in počasi kuhamo še 5 minut, nato vanjo nadrobimo ovčji sir, če je treba, začnimo še s soljo in sveže mletim črnim poprom, nežno pokapamo z olivnim oljem in postrežemo.

S porcijo te juhe zaužijemo približno:

energija: 294 kcal; beljakovine: 11 g; maščobe: 16 g; ogljikovi hidrati: 26 g; prehranske vlaknine: 3 g.



»Popara«

za 4 porcije potrebujemo:

- približno 600 g starega kruha
- 100 g mladega sira (ali fete)
- 2 žlički masla
- približno 1 l vode
- sol po želji

Postopek:

V večjem loncu zavremo vodo in nežno solimo. V vrelo vodo nalomimo kruh na nekoliko večje koščke in prevremo. Kuhamo še minuto ali dve, odlijemo večino vode, v posodi jo pustimo mogoče za centimeter visoko ter pustimo, da se kruh še malo duši. Nežno premešamo, dodamo na koščke razdrobljen sir, maslo ponovno premešamo in serviramo.

Jed je izredno krepka, zato jo lahko postrežemo samostojno poleg velike porcije solate.

S porcijo te krepke jedi zaužijemo približno:

energija: 508 kcal; beljakovine: 17 g; maščobe: 15 g; ogljikovi hidrati: 76 g; prehranske vlaknine: 4 g.

Ajdovi cmoki

Za 5 oseb potrebujemo:

- star bel kruh 180 g (ali 3 žemlje)
- 50 g pršuta
- 350 g ajdove moke
- vodo za kuhanje

Postopek:

Kruh narežemo na kocke. Režine pršuta seseklamo na drobno. Oboje prepražimo v ponvi (brez dodatka maščobe), dodamo ajdovo moko ter prilijemo vrelo vodo, tako, da dobimo gosto maso. Dobro premešamo, ohladimo in oblikujemo cmoke, ki jih kuhamo cca 20 minut v vreli vodi. Odcedimo in postrežemo.

S porcijo kruhovih cmokov z ajdovo moko zaužijemo približno:

energija: 371 kcal; beljakovine: 14 g; maščobe: 7 g; ogljikovi hidrati: 68 g; prehranske vlaknine: 8 g.

Narastek iz starega kruha

(samostojna jed)

Za 4 porcije potrebujemo:

- okoli 500 g starega kruha
- 1 žlico olja
- 4 žlice paradižnikove kaše
- 100 g šampinjonov
- 100 g manj mastne puranje šunke
- 100 g sira
- 300 ml delno posnetega mleka
- 2 jajci
- žlico gorčice
- maščobo za namastitev posode
- sol, mlet poper, sesekljan drobnjak, bazilika, origano

Postopek:

Ognjevarno posodo namažemo z maslom in vanjo naložimo polovico na kocke narezanega starega kruha. Paradižnikovo kašo premešamo z malo olja ter s polovico nastale omake pokapamo kruhove kocke, potresemo s seseklano salamo, sesekljanimi gobicami, prekrijemo s preostalim kruhom, ki ga pokapamo s preostalo paradižnikovo omako ter vse skupaj posujemo z naribanim sirom.

V lončku zmešamo jajca z gorčico, začimbami in mlekom ter z mešanico prelijemo kruh. Pečemo približno 35 minut na 200° C.

S porcijo tega narastka zaužijemo približno:

energija: 619 kcal; beljakovine: 29 g; maščobe: 24 g; ogljikovi hidrati: 70 g; prehranske vlaknine: 6 g

Panzanella (paradižnikova solata s kruhom)

Za 4 porcije potrebujemo:

- 400 g paradižnika
- 200 g na kocke narezanega starega kruha
- 1 veliko kumaro
- 1 rdečo čebulo, seseklano
- šopek sveže bazilike
- 1 žlico olivnega olja
- 2 žlici balzamičnega kisa
- sol in poper po okusu

Postopek:

Kruh narežemo na kocke – če ni zadosti suh, ga natresemo na pekač in vložimo za 5–10 minut v na 200 °C ogreto pečico.

Paradižnik narežemo na kocke (če je preveč sočen, mu predhodno odstranimo nekaj semenja). Kumaro olupimo, če je treba, odstranimo semenje, ter jo narežemo na kocke, na drobno seseklamo rdečo čebulo, dodamo še seseklano svežo baziliko in olivno olje in kis, začinimo s soljo in sveže mletim poprom, premešamo ter pustimo počivati vsaj 30 minut.

Postrežemo na sobni temperaturi.

S porcijo izredno okusne solate zaužijemo približno:

energija: 200 kcal; beljakovine: 6 g; maščobe: 6 g; ogljikovi hidrati: 31 g; prehranske vlaknine: 3 g. ■



organizirata dvodnevno strokovno srečanje z mednarodno udeležbo v petek, 12. 2. in soboto, 13. 2. 2016

NOVOSTI PRI ZDRAVLJENJU KRONIČNIH RAN

Grand Hotel Bernardin, Portorož

Petek, 12. 2. 2016

- 8.00-9.00 Registracija udeležencev
9.00-9.10 Pozdravni govor
Dragica Tomc, viš. med. ses., ET, predsednica društva

1. SKLOP: NOVOSTI PRI OSKRBI KRONIČNIH RAN

- Moderatorica: Dragica Tomc, viš. med. ses., ET*
9.10-9.40 prim. asist. Tanja Planinšek Ručigaj, dr. med., svetnica
Novosti v zdravljenju ran s sodobnimi oblogami v posameznih fazah celjenja
9.40-10.00 Nadja Alikadič, dr. med., Tomaž Kastelec, dr. med., red. prof. dr. Dragica Maja Smrke, dr. med.
Kako doseči hitrejšo epitelizacijo in zacelitev kronične rane
10.00-10.20 dr. Igor Frangež, dr. med., dr. dent. med., red. prof. dr. Dragica Maja Smrke, dr. med., Sočasna uporaba več sodobnih načinov zdravljenja pri obravnavi kronične rane
10.20-10.40 dr. Albin Stritar, dr. med.
Novosti pri zdravljenju opeklinjskih ran
10.40-11.00 doc. dr. Vilma Urbančič, dr. med.
Charcotovo stopalo
11.00-11.10 Razprava
11.10-11.40 Odmor

2. SKLOP: RAZJEDA ZARADI PRITISKA (RZP)

- Moderatorica: Vanja Vilar, viš. med. ses., dipl. ekon., ET*
11.40-12.00 Vanja Vilar, viš. med. ses., dipl. ekon., ET
Nove smernice o preprečevanju RZP
12.00-12.40 prof. Dimitri Beeckman, predsednik European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP): Preprečevanje RZP
12.40-13.00 Christian Pogats, DZN, specialist za rane
Preprečevanje RZP v enoti intenzivne terapije
13.00-13.10 Razprava
13.10-15.00 Odmor za kosilo (v lastni režiji)

3. SKLOP: INKONTINENČNI DERMATITIS

- Moderatorica: izr. prof. dr. Marija Petek Šter, dr. med.*
15.00-15.30 viš. pred. mag. arija Ščepanovič, viš. fiziot.
Dejstva o urinski inkontinenci
15.30-16.10 prof. Dimitri Beeckman, predsednik EPUAP:
Inkontinenčni dermatitis
16.10-16.20 Predstavitev sponzorja
16.20-16.30 Razprava

UČNE DELAVNICE od 16.30-18.45 izmenično

- Učna delavnica »A«**
16.30-17.00 Dragica Tomc, viš. med. ses., ET in prim. Tanja Planinšek Ručigaj, dr. med., svetnica: Nove obloge za oskrbo ran
Učna delavnica »B«
17.05-17.35 Mira Slak, SMS: Kako do zdravih in lepih nog
Učna delavnica »C«
17.40-18.10 mag. Franka Kulaš, dipl. m. s., univ. dipl. org. dela, Marinka Valentič, SMS, Justina Somrak, viš. med. ses.:
Kompresija z dolgo elastičnimi in kratko elastičnimi povoji
Učna delavnica »D«
18.15-18.45 Oti Mertelj, dipl. m. s.: Inkontinenčni dermatitis včeraj in danes
18.50-19.30 Občni zbor članov DORS-a
20.00 Skupna večerja

Sobota, 13. 2. 2016

- 8.00-09.00 Registracija

4. SKLOP: VPLIVI NA CELJENJE KRONIČNIH RAN

- Moderatorica: prim. asist. Tanja Planinšek Ručigaj, dr. med., svetnica*
prim. Tanja Planinšek Ručigaj, dr. med., svetnica
Vpliv kisika na celjenje rane
9.20-9.40 Anita Jelen, mag. zdr. nege, ET
Vpliv prehrane pri zdravljenju kroničnih ran
9.40-10.00 izr. prof. dr. Marija Petek Šter, dr. med.
Vključitev pacienta za opolnomočenje
10.00-10.20 Majda Gačnik, dipl. m. s.
Anketa o razpoložljivosti oblog v osnovnem zdravstvu
10.20-10.50 Odmor
10.50-11.10 Lucija Matič, dipl. m. s., MSc (KŠ): Predstavitev internetne učne delavnice
11.10-11.30 Igor Frangež, dr. med., dr. dent. med., red. prof. dr. Dragica Maja Smrke, dr. med., Fototerapija kot adjuvantna terapija v zdravljenju kronične rane
11.30-11.40 Predstavitev sponzorjev
11.40-12.00 Koliko znamo o ranah-pisno preverjanje znanja
12.00-12.20 Zaključna razprava
12.20 Zaključek strokovnega srečanja

Strokovni odbor:

Dragica Tomc, Tanja Planinšek Ručigaj, Marija Petek Šter in Vanja Vilar.

Organizacijski odbor:

Mojca Bajec, Branka Kokalj, Dragica Jošar, Marinka Valentič in Nataša Čermel

Splošne informacije:

- Kotizacija vključno z DDV-jem:
- 50 EUR študentje medicine in zdravstvene nege,
- 150 EUR za člane DORS-a,
- 170 EUR za nečlane.
- v primeru udeležbe zdravnika in medicinske sestre ali 2 izvajalcev zdravstvene nege iz skupne organizacijske enote znaša kotizacija 250 EUR.
Kotizacijo nakažite na transakcijski račun: Društvo za oskrbo ran Slovenije, Cigaletova ulica 9, 1000 Ljubljana. Številka TR: 02012 0254085451, Sklic na številko 00 002016 odprt pri NLB.

Prijave pošljite najkasneje do 10. 2. 2016 na:

- e-naslov: bajecmoja@gmail.com ali
- naslov društva: Društvo za oskrbo ran Slovenije, Cigaletova ulica 9, 1000 Ljubljana.

Ob registraciji je potrebno predložiti potrdilo o plačani kotizaciji (virman). Strokovno srečanje je v postopku dodelitve licenčnih točk za zdravnike pri Zdravniški zbornici Slovenije ter na Ministrstvu za zdravje za izvajalce zdravstvene nege.

Hotelska namestitve:

Grand Hotel Bernardin, z navedbo: Društvo za oskrbo ran Slovenije (DORS)
Rezervacija sob: Rezervacijska služba Bernardin group
Tel.: +386 5 690 7000, Fax: +386 5 690 7010,
E-mail: booking@bernardingroup.si

Vljudno vabljeni!

Dragica Tomc, predsednica Društva za oskrbo ran Slovenije

TEMA SREČANJA	TEMA SREČANJA	TEMA SREČANJA
POKLICNA ETIKA V PRAKSI ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE	DELAVNICA: UPORABA KATEGORIZACIJE V BOLNIŠNIČNI ZDRAVSTVENI NEGI	TEMELJNI POSTOPKI OŽIVLJANJA Z VKLJUČENIM AED
Datum, kraj, lokacija dogodka in registracija	Datum, kraj, lokacija dogodka in registracija	Datum, kraj, lokacija dogodka in registracija
Torek , 19. 1. 2016 DMSBZT Ljubljana, Poljanska cesta 14 Začetek ob 8. uri Registracija udeležencev do 7.30 - 15.15	21. januar 2016; Zbornica - Zveza, Ljubljana	Ponedeljek, 25. 1. 2016 DMSBZT Ljubljana, Poljanska cesta 14 Začetek ob 8.00 uri Registracija udeležencev do 7.30 - 15.15
Program izobraževanja	Program izobraževanja	Program izobraževanja
Program izobraževanja je objavljen na spletni strani www.zbornica-zveza.si	Obravnava aktualne tematike uporabe kategorizacije v bolnišnični zdravstveni negi.	Program izobraževanja je objavljen na spletni strani www.zbornica-zveza.si
Organizator 	Organizator 	Organizator 
DMSBZT Ljubljana	Zbornica - Zveza, Strokovna Sekcija medicinskih sester v managementu	DMSBZT Ljubljana
Kotizacija, nakazilo, število udeležencev	Kotizacija, nakazilo, število udeležencev	Kotizacija, nakazilo, število udeležencev
Kotizacija z DDV za člane znaša 60 €, za nečlane 120 € in se plača po izstavljenem računu. Število udeležencev je omejeno do 32.	Kotizacijo poravnate na transakcijski račun ZBNS-ZDMSBZTS št. 02015-0258761484, sklic na 00 0229 21012016 s pripisom za Sekcijo medicinskih sester v managementu, ki je odprt pri NLB d.d., poslovalnica Tavčarjeva 7, 1000 Ljubljana. Število prostih mest je omejeno.	Kotizacija z DDV za člane znaša 80 €, za nečlane 160 € in se plačana po izstavljenem računu. Število udeležencev je omejeno do 32.
Licenčne in pedagoške točke	Licenčne in pedagoške točke	Licenčne in pedagoške točke
Vloga za pridobitev licenčnih točk za strokovno izpopolnjevanje/izobraževanje je bila oddana na Ministrstvo za zdravje. Vloga za pridobitev pedagoških točk za vpis strokovnega srečanja/dogodka v register izpopolnjevanj/izobraženj je bila oddana na Zbornico - Zvezo.	Program bo vrednoten z pedagoškimi točkami in licenčnimi točkami.	Vloga za pridobitev licenčnih točk za strokovno izpopolnjevanje/izobraževanje je bila oddana na Ministrstvo za zdravje. Vloga za pridobitev pedagoških točk za vpis strokovnega srečanja/dogodka v register izpopolnjevanj/izobraženj je bila oddana na Zbornico - Zvezo.
Dodatne informacije in prijavi	Dodatne informacije in prijavi	Dodatne informacije in prijavi
Prijava preko prijavnice na spletni strani DMSBZT Ljubljana: www.drustov-med-sester-lj.si (plačnik/zavod, davčna številka, številka članske izkaznice, številka licence) do 12. 1. 2016, oziroma do zasedenosti mest. Dodatne informacije:Irma Kiprijanović (041 754 695) - irma.kiprijanovic@gmail.com	Bodo objavljene na spletni strani Zbornice - Zveze, lahko pa nas kontaktirate po elektronski pošti na naslov suzana.md@gmail.com	Prijava preko prijavnice na spletni strani DMSBZT Ljubljana: www.drustov-med-sester-lj.si (plačnik/zavod, davčna številka, številka članske izkaznice, številka licence) do 15. 1. 2016, oziroma do zasedenosti mest. Dodatne informacije:Irma Kiprijanović (041 754 695) - irma.kiprijanovic@gmail.com

TEMA SREČANJA	TEMA SREČANJA	TEMA SREČANJA
XVII. IZOBRAŽEVALNI SEMINAR S SPECIALIZIRANIMI UČNIMI DELAVNICAMI ZA MEDICINSKE SESTRE IN ZDRAVSTVENE TEHNIKE "KRITIČNO BOLAN IN POŠKODOVAN OTROK - RAZPOZNAVA, ZDRAVLJENJE IN ZDRAVSTVENA NEGA".	STROKOVNI KLINIČNI VEČER V DECEMBRU - VPLIV ŽIVLJENJSKEGA SLOGA NA ZDRAVJE ZAPOSLENIH LJUDI	8. STROKOVNO SREČAJE DNEVI MARIJE TOMŠIČ - KAKOVOST ZDRAVSTVENIH STORITEV
Datum, kraj, lokacija dogodka in registracija	Datum, kraj, lokacija dogodka in registracija	Datum, kraj, lokacija dogodka in registracija
Petek, 22. 4. 2016 in sobota, 23. 4. 2016 v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, (glavna stavba), predavalnica 1.	Četrtek, 17. 12. 2015 ob 16. uri v veliki predavalnici stolpnice Klinike za kirurgijo UKC Maribor (16. nadstropje), Ljubljanska ulica 5, 2000 Maribor	21. in 22. januar 2016, Kulturno kongresni center Dolenjske Toplice
Program izobraževanja	Program izobraževanja	Program izobraževanja
	VARNOST IN ZDRAVJE PRI DELU – primeri dobrih praks, Ines Portenšlager, dipl. m. s. DELOVNO OKOLJE TER NAJPOGOSTEJŠE KRONIČNE NENALEZLJIVE BOLEZNI ZAPOSLENIH LJUDI, Mateja Čagran, mag. zdr. nege NOVOSTI V DISPANZERJU MEDICINE DELA, PROMETA IN ŠPORTA, Marija Drašković, dipl. m. s.	Bo objavljen na spletni strani Zbornice - Zveze: www.zbornica-zveze.si ; Prvi dan strokovnega srečanja bo namenjen vsebinam s področja kakovosti, ki se štejejo za obvezne vsebine obnovitve licence.
Organizator	Organizator	Organizator
		
Klinični oddelek za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo, Kirurška klinika, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Bohoričeva ulica 20, 1525 Ljubljana	Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Maribor (DMSBZT Maribor)	DMSBZT Novo mesto, Splošna bolnišnica Novo mesto, Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto
Kotizacija, nakazilo, število udeležencev	Kotizacija, nakazilo, število udeležencev	Kotizacija, nakazilo, število udeležencev
Kotizacija: 300 EUR (DDV je vključen); kotizacija vključuje predavanja in vaje, učbenik in postrežbo med odmori. Nakazilo: Univerzitetni klinični center Ljubljana, Zaloška cesta 002, 1000 Ljubljana. Podračun EZR št.: 01100-6030277894, sklic 299 30 32 z oznako Kritično bolan otrok.	Strokovno izpopolnjevanje je za člane DMSBZT Maribor brezplačno, za člane drugih regijskih strokovnih društev znaša kotizacija 25 EUR, za nečlane Zbornice - Zveze 50 EUR (DDV je vključen v ceno). V ceno je vključena organizacija kliničnega strokovnega večera in potrdilo o udeležbi.	Informacije bodo objavljene na spletni strani društva in Zbornice - Zveze
Licenčne in pedagoške točke	Licenčne in pedagoške točke	Licenčne in pedagoške točke
	Strokovno izobraževanje je vpisano v register strokovnih izpopolnjevanj Zbornice - Zveze Slovenije za leto 2015. Izobraževanje je v postopku pridobivanja LT na Ministrstvu za zdravje.	Program bo vrednoten z pedagoškimi točkami in licenčnimi točkami.
Dodatne informacije in prijava	Dodatne informacije in prijava	Dodatne informacije in prijava
Kontaktne osebe: Matjana Koren Golja, dipl. m. s., univ. dipl.org. (01 522 71 04, 48 29), Karmen Boh, viš. upr. del. (01 522 81 97, 48 29); KO za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo, Kirurška klinika, UKC Ljubljana, Bohoričeva 20, 1525 Ljubljana; faks: 01 522 11 09; e-mail: karmen.boh@kclj.si	Kotizacijo nakažete na TR DMSBZT Maribor, številka 0451 5000 0111 670, sklic 0010 pri Nova KBM d.d. Prijava na strokovni klinični večer opravite na spletni strani društva www.dmsbzt-mb.si pod: PRIJAVA NA STROKOVNI KLINIČNI VEČER Vljudno vabljeni.	Predsednica organizacijskega odbora: mag. Jožica REŠETIČ, jozica.resetic@gmail.com



Uporabna **kardiologija**

Dobra vprašanja si zaslužijo dobre odgovore.

2016

Kongresni center St. Bernardin, Portorož

29. - 30. januar 2016

www.edumedic.si

