

ZBORNICA ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE
ZVEZA DRUŠTEV MEDICINSKIH SESTER, BABIC IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV SLOVENIJE
SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV V PEDIATRIJI

ZBORNIK PREDAVANJ

VARNOST OTROK IN MLADOSTNIKOV NA VSEH NIVOJIH ZDRAVSTVENEGA VARSTVA



PORTOROŽ, 9. - 10. april 2010

VARNOST OTROK IN MLADOSTNIKOV NA VSEH NIVOJIH ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

Zbornik predavanj

Strokovni seminar Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji pri Zvezi strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije

Urednici:

Andreja Črnetič, dipl.m.s.

Majda Oštir, dipl.m.s.

Organizacijski odbor: Andreja Črnetič, dipl.m.s., Monika Pevec, dipl.m.s., Darja Treer, dipl.m.s., Ivanka Limonšek, dipl.m.s., univ.dipl.org., Andreja Doberšek, dipl.m.s., Anica Vogel, dipl.m.s., Majda Oštir, dipl.m.s., Minja Petrovič, prof. zdr.vzg., Beisa Žabkar, dipl.m.s., univ.dipl.org., Jožica Trstenjak, dipl.m.s., Gabrijela Gabor, dipl.m.s., Doroteja Dobrinja, dipl.m.s., Gordana Rožman, dipl.m.s.

Strokovni odbor: Majda Oštir, dipl.m.s., Minja Petrovič, prof.zdr.vzg., Beisa Žabkar, dipl.m.s., univ. dipl.org., Jožica Trstenjak, dipl.m.s., Gabrijela Gabor, dipl.m.s., Doroteja Dobrinja, dipl.m.s.

Založila in izdala:

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije -

zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije,

Ob železnici 30A, Ljubljana

Tisk in prelom: Lotos d.o.o., Zalog 2, 6230 Postojna

Naklada: 150 izvodov

Portorož, april 2010

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

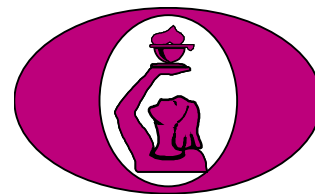
616-083-053.2(082)

VARNOST otrok in mladostnikov na vseh nivojih zdravstvenega varstva : zbornik predavanj, Portorož, 09. in 10. april 2010 / [urednici Andreja Črnetič, Majda Oštir]. - Ljubljana : Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji, 2010

ISBN 978-961-92645-2-2

1. Črnetič, Andreja

250476800



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



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

ZBORNİK PREDAVANJ

**VARNOST OTROK IN MLADOSTNIKOV
NA VSEH NIVOJIH
ZDRAVSTVENEGA VARSTVA**

PORTOROŽ, 9. - 10. APRIL 2010



PETEK 09. april 2010

8.00 – 9.00 **Registracija**

I. SKLOP: VARNOSTNI PROBLEMI NA PODROČJU ZDRAVSTVENE NEGE V PEDIATRIJI

Moderatoriki: Minja Petrovič, dipl.m.s., Beisa Žabkar, dipl.m.s., univ.dipl.org.

9.00 – 9.10 **Pozdravni nagovor; Predsednica Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji;**
Majda Oštir, dipl.m.s.

9.10 – 9.30 **Ali se medicinske sestre v pediatriji zavedamo varnostnih problemov?**
Majda Oštir, dipl.m.s.

9.30 – 9.50 **Pravilo 5 P – koliko ga poznamo, koliko kršimo in zakaj?**
Minja Petrovič, prof.zdr.vzg., Majda Oštir, dipl.m.s.

9.50 – 10.10 **Kakšno odgovornost nosi medicinska sestra pri triažiranju bolnikov po telefonu na primarnem nivoju zdravstvenega varstva?**
Beisa Žabkar, dipl.m.s., univ. dipl.org.

10.10 – 10.30 **Medicinska sestra šolskega in predšolskega dispanzerja v skrbi za varnost otroka in mladostnika**
Helena Vuk, dipl.m.s., Cvetka Roj-Tkalčič, dipl.m.s.

10.30 – 10.45 **Razprava**

10.45 – 11.15 **Odmor**

II.SKLOP: PRIMERI DOBRE PRAKSE

Moderatoriki: Jožica Trstenjak, dipl.m.s., Matjana Koren, dipl.m.s., univ.dipl.org.

11.15 – 11.35 **Obravnava napak na otroškem oddelku Splošne bolnišnice Jesenice**
Jožica Trstenjak, dipl.m.s.

11.35 – 11.55 **Notranji transport otroka – prikaz primera s predstavitvijo protokola**
Ana Galič, dipl.m.s.

11.55 – 12.15 **Kadrovanje v zdravstvu – pomemben element varnosti: pregled literature**
Renata Vettorazzi, dipl.m.s.



- 12.10 – 12.30 **Naredila sem napako – kaj sedaj? – prikaz primera**
Matjana Koren, dipl.m.s., univ.dipl.org.
- 12.30 – 12.50 **Dojenje zagotavlja otroku tudi varnost**
Cvetka Skale, IBCLC dipl.m.s., Jasna Baliban, dipl.m.s.
- 12.50 – 13.05 **Razprava**
- 13.05 – 13.20 **Pregled podatkov pri dovajanju zdravil preko infuzijskih črpalk B. Braun Space**
Karmen Marin, dipl.m.s. - Satelitski simpozij: Medis
- 13.20 – 15.15 **Odmor za kosilo**

III. SKLOP: PRIKAZ VARNOSTNIH PROBLEMOV V PEDIATRIJI

Moderatoriki: Majda Oštir, dipl.m.s., Doroteja Dobrinja, dipl.m.s.

- 15.15 – 15.35 **Spremljanje otroka ob premestitvi v drugo bolnišnico**
Gordana Rožman, dipl.m.s.
- 15.35 – 15.55 **Epidemija respiratornih okužb – kako zagotoviti izolacijo?**
Doroteja Dobrinja, dipl.m.s.
- 15.55 – 16.15 **Sobivanje ob bolnem otroku v bolnišnici - kako zagotoviti varnost;**
Marko Fajfar, dipl.zn., Simona Žinkovič, dipl.m.s.
- 16.15 – 16.35 **Celostna oskrba otroka v zavodu zagotavlja varno zdravstveno nego**
Ivanka Limonšek, dipl.m.s., univ.dipl.org., Petra Jagarinec, dipl.m.s.
- 16.35 – 16.55 **Kazenska odgovornost medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov za zdravstvene napake**
Anže Petrovič, univ.dipl.prav.
- 16.55 – 17.10 **Razprava**
- 20.00 **Večerja**

**SOBOTA 10. april 2010****IV. SKLOP: UČNE DELAVNICE: PRIKAZI VARNE PRAKSE V PEDIATRIJI**

- 9.30 – 9.35 **Navodila za izvedbo delavnic,**
*Koordinatorice učnih delavnic: Doroteja Dobrinja, dipl.m.s.,
Gabrijela Gabor, dipl.m.s., Beisa Žabkar, dipl.m.s., univ. dipl.org.*
- 9.35 – 9.50 **Trening reanimacije; film s strokovnim komentarjem**
Minja Petrovič, prof.zdr.vzg.
- 9.50 – 10.20 **Učna delavnica 1: Priprava zdravil za intravensko dovajanje; pravilo 5 P**
Marjana Kovše, dipl.m.s., Matjana Koren, dipl.m.s., univ.dipl.org.
Metodologija izvedbe delavnice: pravilen izračun predpisane doze zdravila, uporaba zaprtega sistema ICU Medical, uporaba filtrov.
Cilji učne delavnice: medicinska sestra pozna pravilo 5 P; zna izračunati pravšnjo dozo zdravila; pozna zaščitna sredstva in jih pravilno uporablja; pozna filtre za pripravo zdravil ter jih zna pravilno uporabljati.
- 10.20 – 10.50 **Učna delavnica 2: Insulinska črpalka in meritve krvnega sladkorja**
Tadeja Logar, dipl.m.s., Rebeka Kokalj Vrtarič, dipl.m.s.
Metodologija izvedbe delavnice: Predstavitev delovanja insulinske črpalke; vstavitve subcutane igle; merjenje krvnega sladkorja z merilcem krvnega sladkorja
Cilji učne delavnice: medicinska sestra prepozna insulinsko črpalko; zna vstaviti subcutano iglo; zna pravilno izmeriti krvni sladkor
- 10.50 – 11.20 **Učna delavnica 3: Pravilna uporaba adrenalinskega ejektorja – Anapen-a – zdravila, ki se uporablja ob anafilaktičnem šoku**
Maja Čamernik, dipl.m.s.
Metodologija izvedbe delavnice: predstavitev delovanja Anapena, vstavljanje ampule, apliciranje i.m.
Cilji učne delavnice: medicinska sestra zna uporabljati Anapen; zna aplicirati zdravilo i.m.
- 11.20 – 11.50 **Odmor**
- 11.50 – 12.20 **Učna delavnica 4: Zaščitna sredstva**
Suzana Zavrnik, zt, Irena Krt, zt
Metodologija izvedbe delavnice: nameščanje in odstranitev zaščitnih mask, očal, predpasnikov, halj, rokavic.
Cilji učne delavnice: medicinska sestra zna uporabljati zaščitna sredstva; zna pravilno namestiti in odstraniti zaščitna sredstva po pravilnem vrstnem redu; zna presojati kdaj uporabi zaščitna sredstva.



- 12.20 – 12.50 **Učna delavnica 5: Bukalna in rektalna aplikacija zdravil ob vročinskih krčih ali epileptičnem statusu**
Judita Kolenc, viš.med.ses., univ.dipl.org.
Metodologija izvedbe delavnice: uporaba nastavkov za bukalno aplikacijo zdravila, rektiol za rektalno aplikacijo, seznanitev z zdravili, aplikacija.
Cilji učne delavnice: medicinska sestra zna pripraviti zdravilo: zdravilo zna aplicirati bukalno in rektalno.
- 12.50 – 13.20 **Učna delavnica 6: Prepoznavanje oznak na ovojnini zdravil in medicinskih pripomočkov**
Jožica Trstenjak, dipl.m.s.
Metodologija izvedbe delavnice: pregled in razlaga oznak na ovojnini zdravil in medicinskih pripomočkov.
Cilji učne delavnice: medicinska sestra bo prepoznala oznake na ovojnini zdravil in medicinskih pripomočkov.
- 13.20 – 13.40 **Poročilo o izvedbi učnih delavnic**
Doroteja Dobrinja, dipl.m.s., Gabrijela Gabor, dipl.m.s., Beisa Žabkar, dipl.m.s., univ.dipl.org.
- 13.40 **Zaključek srečanja**

STROKOVNI ODBOR: Majda Oštir, dipl.m.s., Minja Petrovič, prof.zdr.vzg., Beisa Žabkar, dipl.m.s., univ.dipl.org., Jožica Trstenjak, dipl.m.s., Gabrijela Gabor, dipl.m.s., Doroteja Dobrinja, dipl.m.s.

ORGANIZACIJSKI ODBOR: Andreja Črnetič, dipl.m.s., Monika Pevec, dipl.m.s., Darja Treer, dipl.m.s., Ivanka Limonšek, dipl.m.s., univ.dipl.org., Andreja Doberšek, dipl.m.s., Anica Vogel, dipl.m.s., Majda Oštir, dipl.m.s., Minja Petrovič, prof. zdr.vzg., Beisa Žabkar, dipl.m.s., univ.dipl.org., Jožica Trstenjak, dipl.m.s., Gabrijela Gabor, dipl.m.s., Doroteja Dobrinja, dipl.m.s., Gordana Rožman, dipl.m.s.

PRESEDNICA SEKCIJE: Majda Oštir

Spoštovane kolegice in kolegi!

Naj začnem pozitivno, z izjavo Mo Im Kim, ene izmed predsednic International Council of Nurses: »Nič ni okoli nas, kar bi nas oviralo pri razvoju in spremembah. Soočamo se le z vprašanjem, ali bomo gospodarji teh sprememb ali njeni služabniki. Kako se bomo odločili, pa je odvisno le od naše sposobnosti.«

Živimo v času velikih sprememb, izzivov in negotovosti. Pa vendar, za kateri čas bi lahko rekli, da je vse potekalo lahkotno in brez težav?

Medicinske sestre in zdravstveni tehniki se sočamo z vedno večjimi zahtevnostmi pri svojem delu. V času, ko postajamo vsak dan bolj ozaveščeni, ko želimo zagotavljati kakovost in varnost bolnikov, ki jih obravnavamo, nas ob tem pestijo finančna negotovost in medosebna napetost.

Verjamem, da je vsak posameznik tisti, ki lahko pripomore k spremembi na bolje, ki bo zagotavljala tako kakovost in varnost, kot zadovoljstvo uporabnikov in zaposlenih. Sami smo tisti, ki imamo moč, le, da bi želja bila dovolj velika. Medosebno sodelovanje in znanje sta tista, ki nam bosta omogočila, da izkoristimo svoj maksimalni potencial. Varnost otrok in mladostnikov je zato odvisna od nas in naše odločitve kako bomo pristopili k reševanju težav, uvajanju sprememb in nenazadnje tudi uveljavljanju besede medicinske sestre na svojem strokovnem področju.

Majda Oštir

Predsednica Sekcije medicinskih sester
in zdravstvenih tehnikov v pediatriji

Portorož, 9.april, 2010



I. SKLOP

**VARNOSTNI PROBLEMI
NA PODROČJU ZDRAVSTVENE NEGE
V PEDIATRIJI**



SE MEDICINSKE SESTRE ZAVEDAMO VARNOSTNIH ZAPLETOV?

Majda Oštir

UKCL, Pediatrična klinika, Služba za pljučne bolezni

IZVLEČEK

V prispevku sta opredeljena pojma varnost in varnostni zaplet. Predstavljeno je stanje bolnikov v evropski uniji z varnostnega vidika ter podane nekatere rešitve, ki jih priporoča Svet Evrope in ministrstvo za zdravje. Izpostavljeno je zavedanje medicinske sestre kot vrednota, ki k varnosti bistveno prispeva saj prepoznava problem v sami osnovi.

KLJUČNE BESEDE:

varnost, varnostni zaplet, medicinska sestra, zavedanje

UVOD

Varnost je taka lastnost stanja v katerem je zagotovljen uravnotežen fizični, duhovni in duševni ter gmotni obstoj posameznika in družbenih skupnosti v razmerju do drugih posameznikov in družbenih skupin (Leksikon Cankarjeve založbe, 2000). Varnost bolnikov je opredeljena kot pravica bolnikov do varstva pred nepotrebnimi škodljivimi posledicami in morebitnim tveganjem v zvezi z zdravstvenim varstvom (3). Varnost je danes temeljna prvina družbene strukture, ki zajema tako stanje kot tudi dejavnost. Nanaša se na posameznika, družbeno skupino, mednarodno skupnost in je v svojih prizadevanjih lahko; individualna, nacionalna, mednarodna. V različnih družbenih skupinah tudi socialna, pravna, ipd., vse do področja zdravstva, in s tem povezanih pravic pacientov, kot to narekuje Luksemburška deklaracija. Dostop do kakovostne zdravstvene oskrbe je osnovna človekova pravica, ki jo priznavajo in spoštujejo Evropska unija, vse njene inštitucije in državljani Evrope. V skladu s tem dejstvom imajo bolniki pravico pričakovati, da bo ves trud vložen v zagotovitev njihove varnosti kot uporabnika vseh zdravstvenih storitev (Luksemburg, 5.april 2005)(2). Neželen zaplet je opredeljen kot škodljiv dogodek, ki je nastal zaradi zdravljenja in ne zaradi same bolezni. Tak zaplet je mogoče preprečiti ali pa ne (2). Slaba varnost pacientov je hud problem za javno zdravstvo in velika ekonomska obremenitev za omejene zdravstvene vire. Velik del varnostnih zapletov, vključno s tistimi, ki so posledica napačnih diagnoz in/ali zdravljenja, bi bilo mogoče preprečiti, in sicer v bolnišnicah pa tudi v primarnem zdravstvu, saj se zdi, da se jih da večino razložiti s sistemskimi vzroki in omejenimi finančnimi sredstvi (1).

VARNOST BOLNIKOV V EVROPSKI UNIJI

Varnost bolnikov v Evropski uniji je zaskrbljujoča. Najnovejše študije vztrajno kažejo, da v vedno večjem številu držav članic prihaja do napak v zdravstveni oskrbi pri približno 10 % hospitalizacij, čeprav se neželeni zapleti pojavljajo v vseh ustanovah, ki zagotavljajo zdravstveno oskrbo, in sicer tako v primarnem in sekundarnem zdravstvu, oskrbi v domovih, socialnih in zasebnih ustanovah, akutnem zdravljenju in negi kroničnih bolnikov (3). Ocenjuje se, da v državah članicah EU od 8 % do 12 % hospitaliziranih pacientov med zdravljenjem utрпи varnostne zaplete, kar prizadene med 6,7 in 15 milijoni hospitaliziranih pacientov ter več kot 37 milijonov pacientov, ki so potrebovali primarno zdravstveno varstvo. Ocenjuje se, da okužbe, povezane z zdravstveno oskrbo, v povprečju prizadenejo enega od dvajsetih pacientov, kar pomeni 4,1 milijona pacientov v Evropski uniji, ter da zaradi posledic tovrstnih okužb vsako leto umre približno 37 000 ljudi (1). Ocenjuje se, da je v okviru varnostnih zapletov pri zdravstvenem varstvu okužbe, povezane z zdravstveno oskrbo, možno z



lahkoto preprečiti. Države članice morajo vzpostaviti instrumente za 20-odstotno zmanjšanje števila oseb, ki so v Evropski uniji vsako leto prizadete zaradi varnostnih zapletov. (1). Za izboljšanje zdravstvenega varstva bolnikov po vsej EU je potrebno evropsko sodelovanje na področju varnosti bolnikov, ne glede na to, ali bolniki potrebujejo zdravstveno oskrbo v svoji državi ali v drugih državah članicah. Prizadevanja za izboljšanje varnosti bolnikov so odvisna od učinkovitih in trajnih politik in programov po vsej Evropi. Varnost bolnikov spada med prednostna področja politike EU. Države članice so leta 2005 vzpostavile mehanizem za razpravo in prednostno obravnavo vprašanj o varnosti bolnikov. Z delovno skupino v okviru skupine na visoki ravni za zdravstvene storitve in zdravstveno nego želi Evropska komisija podpreti države članice pri njihovem delu in dejavnostih. Pri delu skupine dejavno sodelujejo tudi Svetovna zdravstvena organizacija (zlasti v okviru Svetovne zveze o varnosti bolnikov), Svet Evrope, Organizacija za gospodarsko sodelovanje in razvoj ter evropska združenja bolnikov, zdravnikov, medicinskih sester, farmacevtov, zobozdravnikov in bolnišnic (3).

KAJ VPLIVA NA VARNOST PACIENTOV?

Na varnost pacientov vpliva mnogo dejavnikov, in sicer:

- dovolj virov; zadovoljivo financiranje,
- zadostno število dobro usposobljenega osebja,
- primerne zgradbe,
- uporaba visoko kakovostnega materiala ter tehnične opreme in zdravil,
- uveljavitev standardnih diagnostičnih in terapevtskih postopkov (klinične smernice),
- jasna opredelitev nalog in odgovornosti,
- primerna in neovirana povezava procesov,
- informacijski sistem,
- natančna dokumentacija in dobra komunikacija med zdravstvenim osebjem in timi ter pacienti,
- ustvarjanje primernih delovnih razmer in delovnega vzdušja s pomočjo dobre organizacije dela, zmanjševanjem stresa in napetosti, ustvarjanjem dobrih in varnih socialnih in zdravstvenih pogojev za zdravstvene delavce (1).

Ustvarjanje primernih delovnih razmer in delovnega vzdušja vključuje preprečevanje porekla vzrokov neželenih in možnih neželenih dogodkov kot so :

- časovni pritisk na zdravstvene delavce (kar vodi v pomanjkanje časa za primerno komunikacijo s pacienti, pogosta "predaja" pacientov od enega do drugega zdravstvenega delavca (kar vodi do pomanjkljive komunikacije pri taki predaji),
- pomanjkanje osebja, pritisk na zdravstvene delavce, da hitro odpustijo pacienta iz bolnišnice, komercialni elementi v zdravstveni oskrbi (1).

Ko govorimo o dejavnikih, ki vplivajo na varnost bolnikov, ne moremo mimo dejstva, da je največkrat posredi človeški dejavnik. In tukaj se pojavi vprašanje. Se medicinske sestre zavedamo varnostnih problemov v vsakdanji praksi? Zanimivo so dejstva, ki jih navajajo v letalstvu.

»**Dejstvo je, da so skoraj vse nesreče posledica človeške napake.** Če štejemo, da je trk nastal kot posledica napake drugega pilota, potem je skoraj 100% nesreč posledica človeške napake. Prišli smo do spoznanja, da so nesreče v večini primerov posledica človeške napake. Dejstvo je, da se lahko ogromno naučimo v svetu profesionalnih pilotov. Kaj nam te raziskave povedo? Pilotova osebnost je dejavnik, ki je zelo pomemben. V profesionalnem letalstvu so osebnostne lastnosti pilotov nadzorovane z obširnimi psihološkimi testi, iz katerih je razvidno, kako pomembna je osebnost pilota in kako le-ta vpliva na pilotovo kvaliteto letenja. Raziskave nam prav tako kažejo, da je najpogostejša človeška napaka v letalstvu aktivna pilotova napaka. To pomeni nepoznavanje ali nerazumevanje teorije oziroma nepravilno interpretiranje nastale situacije. Kot primer lahko navedemo tudi hitro izgubo višine (nepoznavanje potrebnih manevrov za zbijanje višine). Potrebno je upoštevati tudi zdravstveno stanje pilota. Pri tem je pomembno kako hitro je pilot sposoben



reagirati in prav tako kako hitro je sposoben organizirati v neki stresni situaciji svoje misli, tako da so psihični faktorji dokaj pomembni. Pri tem je prav tako pomembno kako izostrena čutila ima, še posebej vid. Pomembno je, da je pilot energičen in mobilen, predvsem pa, da se zna koordinirati v prostoru (6).«

Kaj pa medicinska sestra? Ali lahko primerjamo medicinsko sestro s pilotom in zdravstveni sistem z letalstvom? Lahko, saj oba funkcionirata v stresnih in nepredvidljivih situacijah in oba sta odgovorna za človeška življenja. Seveda pa imata vsak svoj okvir profesionalnega znanja, ki jima omogoča delovanje na specifičnem področju, kjer pa podobno za oba samo formalno in neformalno pridobljeno znanje in veščine ter spretnost niso dovolj za popolno varnost uporabnikov.

Res je, da večina napak nastane nenamenoma, vendar to ne izključuje naše krivde, krivde medicinske sestre, ki morda ni dovolj ozaveščena na tem področju, ali nima dovolj znanja, veščin in kompetenc za izvajanje določenih posegov v zdravstveni negi. Ali je bolje, da si nataknemo plašnice in ne vidimo dejavnikov, ki vodijo v potencialno nevarnost za bolnika, ali pa je čas, da vzamemo vajeti v svoje roke in pogumno pokažemo na dejavnike, ki jih je potrebno sistemsko spremeniti?

REŠEVANJE VARNOSTNE PROBLEMATIKE

Zmanjšanje in preprečevanje varnostnih zapletov pri pacientih zahteva od zdravstvenega osebja razumevanje lastnih vzorcev obnašanja, procesov odločanja in zmožnost, da se spopadejo s situacijami, ki predstavljajo izzivi pri dnevnih opravilih. Zdravstveno osebje mora imeti možnost, da se nauči ravnati z občutkom krivde in da dobi podporo, tako da ne postane "druga žrtev" varnostnega zapleta. Podpora vodstva zdravstvenemu osebju je ključnega pomena, če želimo odkrivati varnostne zaplete in osebju omogočiti nadaljnje delo v zdravstveni dejavnosti, kjer bodo vedno obstajala tveganja in se dogajali neželeni dogodki.

Podpora odločanju, na primer s smernicami in opomniki, ne more nadomestiti zdravega človeškega in kliničnega razmišljanja (1).

Priporočilo Rec (2006)7 Odbora ministrov državam članicam o ravnanju z varnostjo pacientov in preprečevanju neželenih dogodkov v zdravstvu navaja, da mora izobraževanje in usposabljanje za zdravstveno osebje mora vključevati osnovno znanje o:

- načelih kliničnega odločanja, zavedanju tveganja, obveščanju o tveganjih in njihovem preprečevanju ter o odnosu in obnašanju posameznika in skupine v primeru neželenih dogodkov (medicinski, zakonski, finančni in etični vidik).
- nenehno izobraževanje naj prispeva k vzpostavitvi kulture varnosti v zdravstvu s spremembo razmišljanja: od iluzije o nezmotljivosti k sprejemljivosti človeške zmote in učenju iz napak.
- v zdravstvenih ustanovah je potrebno sodelovanje več poklicev v nehierarhični sestavi in odprta komunikacija, če želimo postaviti kulturo varnosti (1).

V različnih okoljih z visokim tveganjem različno pristopajo k prepoznavi in preprečevanju varnostnih zapletov, vendar je vsem skupen proces identifikacije in nadzora tveganja. V procesu prepoznave in preprečevanja je potrebno vključiti management procesa upravljanja s tehniko, informatiko, nadalje management vpeljevanja najboljše prakse ter izobraževanja in usposabljanja kadra, ki bo imelo pristojne kompetence za izvajanje le te ter management kulture podjetja, ki mora delovati v smeri zagotavljanja varnosti (5).

V različnih praksah so nastala tudi različna orodja, ki spodbujajo k varnostni kulturi zaposlenih. Hoban S. v članku *Creating new culture of safety* predstavlja orodje, ki ga uporabljajo v ustanovi Sentara Life Care v Ameriki.



1. Ustavi se in pomisli. Vedno razmislim, preden naredim - z uporabo STAR-Stop, Think, Act, and review (Ustavi se, Pomisli, Izvedi, Preveri)
2. Komuniciraj jasno. Mi komuniciramo spoštljivo sporočamo pravilne informacije, pravočasno in na ustrezen način z uporabo ponavljanja, razjasnitvenih vprašanj, in fonetičnim in številčnim preverjanjem.
3. Bodi krilni človek. Vedno pomagaj drugim in pričakuj, da bodo tudi tebi pomagali (7).
4. Kultura varnosti je v bistvu kultura, pri kateri se vsakdo nenehno in dejavno zaveda svojega prispevka k delovanju ustanove in možnosti, da gredo stvari lahko narobe. Medicinske sestre smo del zdravstvenega sistema v svojem delovnem okolju in vsak od nas ima možnost in tudi dolžnost, da se v sistem čimbolj aktivno vključi s svojimi predlogi in pobudami kako stvari narediti še boljše in bolj varno.

RAZPRAVA

V zadnjem obdobju je varnost bolnika v zdravstvenem sistemu tema s katero se vse bolj srečujemo v vsakodnevem delovnem okolju. Je to povezano z večjo ozaveščenostjo strokovnjakov na področju zdravstva ali pa nuja zaradi medijske izpostavljenosti ob neželjenem dogodku? Je to povezano s priporočili za to pristojnih organov, kot so javne ustanove, ministrstvo za zdravje, sveta Evrope ali pa z večjo senzibilizacijo zaposlenih v zdravstvu? Ker odvisno od tega koliko smo senzibilizirani o problemu, toliko bolj varni so naši bolniki. V kolikor pa se ne zavedamo, da problemi obstajajo ali bi se lahko potencialno razvili, pa je vsak posameznik potencialni povzročitelj napake. Pomembna je kritična presoja medicinske sestre kaj storiti ob določeni situaciji. Tukaj se močno izkaže znanje, ki ga medicinska sestra ima, gotovo tudi spretnosti in izkušnje, bistvenega pomena pa je kritično razmišljanje in posledična zavestna in strokovna odločitev, ki jo medicinska sestra sprejme. In smo spet pri zavedanju. Večje kot je zavedanje o problemu, večja je možnost, da problem rešimo oziroma ga preprečimo. Zato menim, da je zavedanje tista vrednota medicinske sestre, ki ji omogoča odličnost, bolniku pa varnost.

ZAKLJUČEK

Zagotavljanje pacientove varnosti v bolnišnici skrajša ležalno dobo, zmanjša stroške zdravljenja, preprečuje neprijetnosti, ki so povezane s sodnimi procesi in preprečuje morebitne delovne poškodbe osebja. Varno okolje paciente vzpodbuja, da so hitreje samostojni pri lastni oskrbi (4). Medicinska sestra, ki se zaveda varnostnih problemov v svojem delovnem okolju je tista, ki bo s pomočjo obstoječih priporočil in zahtev, te probleme učinkovito preprečila in razrešila.



LITERATURA:

1. *Priporočilo Rec (2006)7 Odbora ministrov državam članicam o ravnanju z varnostjo pacientov in preprečevanju neželenih dogodkov v zdravstvu.* http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz_dokumenti/delovna_podrocja/zdravstveno_varstvo/kakovost/VARNOST/SE-Varnost_Pacientov_2007.pdf, 12.3.2010
2. *Zakonodajna resolucija Evropskega parlamenta z dne 23. aprila 2009 o predlogu Priporočila Sveta o varnosti pacientov, vključno s preprečevanjem in obvladovanjem okužb, povezanih z zdravstveno oskrbo (KOM(2008)0837 – C6-0032/2009 – 2009/0003(CNS)).* Dosegljivo; <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P6-TA-2009-0287+0+DOC+XML+V0//SL>», 12.3.2010
3. *Zdravje EU; Varnost bolnikov.* Dosegljivo; http://ec.europa.eu/health-eu/care_for_me/patient_safety/index_sl.htm, 3.3.2010
4. *Klinar U. Kazalniki kakovosti in njihov vpliv na varnost pacienta. Diplomsko delo.* Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, 2009.
5. *Parker D. Managing risk in healthcare: understanding your safety culture using the Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF).* *Journal of Nursing Management*, 2009, 17, 218–222
6. *Človeška napaka.* http://www.lintvar.si/index.php?option=com_content&view=article&id=109:cloveska-napaka&catid=36:prva&Itemid=1, dosegljivo 15.3.2010.
7. *Hoban S. Creating a new culture for safety.* Dosegljivo: Nursinghomesmagazine.com



PRAVILO 5 P – KOLIKO GA POZNAME IN ZAKAJ GA KRŠIMO

Minja Petrovič¹, Majda Oštir²

¹UKCL, Klinični oddelek za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo; ²UKCL, Pediatrična klinika, Služba za pljučne bolezni

IZVLEČEK

V prispevku je opisano pravilo 5P pri aplikaciji zdravil ter najpogostejše napake, ki se ob tem pojavljajo.

KLJUČNE BESEDE:

pravilo 5P, zdravilo, medicinska sestra

UVOD

Napake povezane z zdravili, ki vodijo k neželenim zapletom so še vedno najbolj pogoste v okolju akutne obravnave bolnikov. Najnovejši podatki kažejo, da je v Združenih državah Amerike letno prizadetih 1,5 milijona ljudi, ki bolnišnicam prinesejo 3,5 bilijona ameriških dolarjev dodatnih stroškov. Naročanje in dajanje zdravil sta dve področji v procesu dajanja zdravila bolniku, ki imata največjo pojavnost napak (2).

Pravilo petih p-jev (5P) predstavlja standardizirane smernice, ki po koraku vodijo medicinsko sestro do pravilne izvedbe postopka dajanja zdravil. Razlaga namen posameznega koraka in zagotavlja učinkovito delovanje. Upoštevanje petih pravil zagotavlja kriterije varnosti in omogoča poenotenje procesnega dela pri dajanju zdravil. V primeru napak pravilo omogoča analizo po korakih.

Napaka pri ravnanju z zdravili je definirana kot: Kateri koli dogodek, ki bi se lahko preprečil in ki bi lahko povzročil ali pripeljal do neprimerne uporabe ali škode za pacienta, ko je zdravilo pod nadzorom zdravstvenega strokovnjaka, pacienta ali drugega uporabnika. Taki dogodki so lahko povezani s strokovno prakso, zdravstvenimi pripomočki, postopki in sistemi, vključno s predpisovanjem, komunikacijo pri naročanju zdravil, označevanjem zdravil, pakiranjem in poimenovanjem, pripravo, razpečevanjem, dajanjem, izobraževanjem, spremljanjem in uporabo (1).

PRAVO ZDRAVILO

Zdravila so kemijske substance, ki jih z namenom zdravljenja na različne načine vnašamo v otrokovo telo. Izbira pravega zdravila je prvo pravilo 5 P in je v domeni zdravnika. Medicinska sestra ponovi to pravilo. Napake, ki jih v praksi zasledimo so povezane z neustreznim predpisovanjem s strani zdravnika. Pravo zdravilo zdravniki izberejo na podlagi generičnih-izvirnih imen zdravil. Na kliničnih oddelkih so na razpolago ista generična zdravila z drugačnim tovarniškimi imeni. Pri predpisovanju zdravil zdravniki ne upoštevajo imenovanje zdravil po tovarniških imenih, zato zasledimo niz primerov napačnega predpisovanja, kot na primer: Vancomycin namesto Edicin, Adrenalin namesto Suprarenin, Dormicum namesto Midazolam in podobno. Izbira pravega zdravila ob upoštevanju pravila ne sme biti prepuščena medicinskim sestram.

Zakaj medicinske sestre ne zahtevajo od zdravnikov pravega predpisovanja zdravil in zakaj zavestno kršijo pravilo 5P?

Pri dovajanju zdravil medicinske sestre sodelujejo z zdravniki. Po naročilu zdravnikov medicinske sestre izvedejo postopek dajanja zdravil in v tem segmentu delujejo samostojno, vendar niso pobudnice teh posegov, zato je razumljivo, da za upoštevanje pravila – pravo zdravilo morajo



sodelovati medicinske sestre in zdravniki, predvsem v dobri komunikaciji.

Primer dobre prakse sodelovanja medicinske sestre in zdravnika lahko prikažemo na primeru postopkov dajanja zdravil pri otrocih, ki jih oživljamo. Največkrat gre za ustno naročanje pravega zdravila v pravi dozi ob pravem načinu in pravem času. Pri pregledu poročil Kliničnega oddelka za otroško kirurgijo in Oddelka za pljučne bolezni za obdobje zadnjih dveh let, ne najdemo zapisa napačnega dajanja zdravil ob reanimaciji. To si lahko razlagamo z obstojem dobrih internih protokolov, ki narekujejo medicinski sestri in zdravniku, da pred dajanjem zdravil, v zaporedju oba dvakrat ponovita ime, dozo in način dajanja zdravila.

Ko pa smo v raziskavi na že zgoraj omenjenih oddelkih povprašali medicinske sestre kako bi ravnale, če bi bilo predpisano zdravilo Sumamed, na oddelku pa bi imeli le primerljivo zdravilo Zitrocin, je dve tretjine vprašanih odgovorilo, da zdravila ne bi aplicirale, dokler ga zdravnik ne predpiše s pravim imenom, tretjina medicinskih sester pa bi zdravilo dala bolniku, vendar bi to zabeležila v bolnikovo dokumentacijo, zdravnika pa opozorila, da je bolnik dobil zdravilo Zitrocin.

PRAVI BOLNIK

pravilo se nanaša na izbiro bolnika, prvo izbiro naredijo zdravniki in določijo pravega bolnika, kar za medicinske sestre pomeni, da pred dajanjem zdravil potrdijo identiteto bolnika. Potrditev identitete je možna ustno, ko jo potrdi bolnik, otrok z imenom in priimkom oziroma starša skrbnika. Obvezna potrditev identitete bolnika pa mora potekati preko identifikacijske zapestnice. Ob pregledu naključno izbranih dvajsetih bolnikov na dveh že omenjenih oddelkih, ugotovimo, da je 30% otrok bilo brez identifikacijske zapestnice. Ob nadaljnji analizi negovalne dokumentacije ugotovimo, da so medicinske sestre pri otrocih, ki niso imeli identifikacijske zapestnice opravile medicinsko tehnične posege, negovalne posege in dajale zdravila. Identifikacija bolnika otroka se v praksi največkrat krši, ker medicinske sestre domnevajo, da te bolnike poznajo, zato, ker jih dalj časa negujejo. Identifikacijske zapestnice se pogosto odstranjujejo zaradi vstavljanja primarnih venskih poti in zaradi pogostih alergijskih sprememb na koži. Odstranjene identifikacijske zapestnice se običajno ne nadomeščajo. Pravilo identifikacije preko identifikacijske zapestnice se mora bolj potrjevati v praksi s stalnim opozarjanjem in stalnim nadzorom. Izvajanje varnostnih vizit bi preprečila kršenje tega pravila. Primer iz prakse: zamenjava otroka, napačno dano zdravilo. Analiza dogodka: medicinska sestra da napačnemu otroku antibiotično zdravilo. Za vzrok navede, da je v sobi videla samo enega otroka, ob analizi napake, z uporabo pravila P5, ugotovimo, da je bilo kršeno pravilo pravi bolnik-identifikacija otroka prek zapestnice ni bila opravljena.

PRAVI ODMEREK

odmerek zdravila predpisuje zdravnik. Za upoštevanje tega pravila medicinske sestre potrebujejo širša znanja. Po končanem formalnem izobraževanju bi bilo potrebno določiti stopenjski nivo samostojnosti pri dajanju zdravil. Opravljen strokovni izpit ne daje dovolj znanj za delo z zdravili. V pediatriji poznamo odmerke od mikrogramov do gramov. Za izračun pravega odmerka ni zadosti poznavanje matematične formule, temveč je potrebno poznavanje delovanja zdravila vključno s stranskimi učinki. Priprava odmerka je zelo zahtevna, zlasti ko delamo s kritično bolnimi in s poškodovanimi otroci in ko se odmerek zdravila nanaša na zdravila, ki uravnavajo življenjske funkcije. Napake pri odmerku teh zdravil zaznamo v odstopanju življenjskih funkcij in potrebi po oživljanju otroka. V praksi poznamo primer napačnega odmerka kalija, zaradi katerega je bilo potrebno otroka oživljati. Napake pri pripravi zdravil so lahko vezane na ustaljene odmerke zdravil, ki se v zaporedju ponavljajo pri pripravi in jih medicinske sestre sprejmemo kot avtomatizem. Poleg tega v praksi zaznamo kršenje tega pravila, ko medicinske sestre ne znajo izračunati pravega odmerka zdravil. To delo se na malo katerem oddelku dela po principu - delo v dvojicah.

Primer: Zdravnikovo naročilo se glasi: Amoksiklav sirup 2 žlički p.o. na 12 ur. Medicinske sestre



na že omenjenih oddelkih smo v anketi spraševali ali je zdravilo predpisano pravilno? Kar 90% medicinskih sester je odgovorilo, da zdravilo ni pravilno predpisano, saj ni opredeljena koncentracija zdravila, iz katerega naj bi odmerila 2 žlički zdravila. Kot drugo nepravilnost opisujejo, da žlička ni pravi način odmerjanja, kadar ne moreš uporabiti originalne žličke, ki je priložena zdravilu, kar pa se v zdravstvenih ustanovah pogosto zgodi, saj eno stekleničko pripravljene sirupa uporabljamo za več otrok. Veliko variabilnost zasledimo v ocenjevanju kolikšen je volumen žličke, kar kaže na veliko možnost napačnega odmerka.

OB PRAVEM ČASU

pravilo ob pravem času se malokrat krši v praksi. Pregled prijavljenih napak iz prej navedenih oddelkov za obdobje dveh let kaže le en primer napačnega dajanja zdravila, ki je po analizi kazal na kršenje tega pravila. V večjem številu zaznamo pritožbe s strani staršev, ker smatrajo, da je ob pravem času dano zdravilo za njihovega otroka, ura ob točnem kazalcu.

PRAVILO PRAVEGA NAČINA DAJANJA ZDRAVILA

za razlago tega pravila moramo razumeti širše delovanje zdravil, kot kemičnih substanc, ki se lahko vnašajo v telo na različne načine. Načini vnašanja zdravil vplivajo na koncentracijo zdravila v krvi, ter na čas pojava terapevtske doze zdravil. Najenostavnejši načini vnašanja zdravil so peroralni – zdravilo se lahko zaužije skozi usta. Neželeni odzivi na peroralno vnesena zdravila niso tako huda kot pri parenteralnem vnosu. Peroralna zdravila so podvržena delovanju prebavnih sokov in resorpciji v prebavnem sistemu. V ozkem črevesju se resorbirajo v krvni obtok in se po veni porte prenesjo v jetra, ker se nadaljuje razgrajevalni proces. Parenteralno dajanje zdravil je v veliki meri prisotno v otroških bolnišnicah. V primerjavi s peroralno aplikacijo pri 20 naključno izbranih bolnikov dveh že omenjenih oddelkov zaznamo trikrat pogostejše dajanje parenteralnih zdravil. Parenteralna zdravila se lahko dajo v obliki injekcij – (intra muskularno, subkutano in intravenozno). Injekcije so zahtevni medicinsko tehnični postopki in so za bolnike otroke lahko tudi škodljivi, zlasti ko jih dajejo medicinske sestre, ki nimajo ustreznega teoretičnega znanja in potrebne praktične usposobljenosti. Za razumevanje delovanja parenteralno danih zdravil je pomembno poznavanje značilnosti tkiv v katera dajemo zdravila. Vrsta tkiva že vnaprej določa količino in sestavo zdravil za aplikacijo. Pri intravenozni injekcijah razumemo dajanje zdravil neposredno v veno v enkratnem odmerku in se lahko izvede kadar bolnik-otrok ima vstavljeno primarno vensko pot oziroma se zdravilo kontinuirano dovaja v 24 urah kadar bolnik-otrok ima vstavljeno osrednjo vensko pot. Pri intravenskih injekcijah prihaja zdravilo neposredno v krvni obtok in je v zelo kratkem času v celoti v krvnem obtoku. Sorazmerna majhna količina krvi glede na telesno maso vsebuje ob vbizgavanju visoko koncentracijo zdravila. Ta lahko izzove buren telesen odziv. Takoj po vbizgavanju zdravila v krvni obtok se v krvnem obtoku nahaja mnogokrat višja koncentracija zdravila od terapevtske in se po nekaj minutah preko žilno kapilarnega sistema porazdeli po tkivih in celicah. Učinek zdravila pri venski aplikaciji je takojšen. Kar v določenih primerih zahteva še dodatno pozornost. Previdnost velja pri času vbizgavanja zdravila in je potrebno upoštevati čas v katerem se lahko zdravilo dostavi v krvni obtok. Infuzijski način vnosa zdravil pomeni, da uporabljamo infuzijske sisteme z merjeno posodico v kateri se dodatno redči zdravilo (po navodilu zdravnika) in se v predpisanem času vnesejo v otrokov organizem. Zamenjava načina aplikacije je zelo nevarna za bolnika-otroka, pa vendar v praksi srečamo številne kršitve tega pravila, ko se medicinska sestra zaradi nepopolnega zdravnikovega naročila, sama odloči kako bo aplicirala zdravilo (bolus ali infuzija).

RAZPRAVA

V raziskavi o poznavanju in upoštevanju pravila 5P, ki je bila opravljena na Kliničnem oddelku za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo in Službi za pljučne bolezni v letu 2009 je od 80 medicinskih



sester, ki so bile vprašane, če lahko naštejejo pravilo 5 P je v 100 % odgovor bil pravilen. Odgovore na teoretično zastavljeno vprašanje pa nismo mogli potrditi v praksi. Navedeni primeri kažejo, da medicinske sestre kršijo pravilo 5 P iz različnih razlogov. Ne glede na to, da medicinske sestre poznajo pravilo, ga v praksi ne uporabljajo dosledno in stoodstotno. Na vprašanje zakaj ne, je največ medicinskih sester odgovorilo, da v določenih primerih prevlada avtomatizem, zanašanje na poznavanje bolnika in zdravila, ustaljen sistem dela in podobno. Pravilo 5P je enostavno in jasno, vendar veliko premalo poudarjeno v realni praksi v zdravstvenih ustanovah. Medicinske sestre se tudi veliko premalo zavedamo, da je pravilo 5P eno od pravil oziroma standardov, ki so osnova našemu delu, nas usmerjajo in zagotavljajo kakovostno oskrbo bolnika ter njegovo varnost. Pravilo 5P je osnovna podlaga za uporabo strokovnega znanja medicinske sestre, ki ga bo ob pripravi in dajanju zdravila uporabila. Glede na pregled prijavljenih napak in delnih rezultatov raziskave menimo, da moramo pravilo 5P v praksi uporabljati dosledno in stoodstotno. Krepiti moramo poznavanje in uporabo pravila ter prijavljene napake analizirati s pomočjo tega pravila. Samo tako bomo medicinske sestre lahko zagotavljale varno aplikacijo zdravil bolniku, ter s tem doprinesle k čimboljšemu izidu zdravljenja in zdravstvene nege, kar pa je naš osnovni cilj.

ZAKLJUČEK

Dajanje zdravil predstavlja zahtevno in samostojno obliko dela. Ocena samostojnosti za izvajanje standardiziranega dela dajanja zdravil pa je potrebno stopenjsko vpeljati v praksi, kar bi pomenilo, da bi tudi določili kdaj lahko medicinske sestre samostojno izvajajo te postopke dela. Izračun odmerka zdravil bi bilo potrebno postaviti v proces nove oblike dela- delo v dvojici, zlasti ko sodelujejo pri zdravljenju kritično bolno in poškodovanih in jim dovajamo zdravila, ki vplivajo na življenjske funkcije. Iz prispevka je bilo razvidno, da pravilo 5 P lahko razumemo kot dobro strokovno smernico, vsa druga pravila bi lahko postavljali kot etične zahteve v katere bi lahko obravnavali informiranje otroka in staršev o zdravlilu, pravice in dolžnosti. Uporabo pravila 5 P moramo krepiti v praksi, saj smo ugotovili, da kakršnokoli kršenje pravila vodi v napako ter zmanjšano varnost ali celo zaplet pri bolniku.

LITERATURA

1. http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz_dokumenti/delovna_podrocja/zdravstveno_varstvo/kakovost/VARNOST/SE-Varnost_Pacientov_2007.pdf, 12.2.2010
2. *Getting the Medicines Right. Medicines Management in Adult and Older Adult Acute Mental Health Wards. Dosegljivo na: <http://www.its-services.org.uk/silo/files/getting-the-medicines-rightpdf.pdf>*, 26.3.2010.
3. *Standards for medicines management. Nursing & Midwifery Council. Dosegljivo na: <http://www.nmc-uk.org/aDisplayDocument.aspx?documentID=4585>*; 26.3.2010.
4. *Safe administration of medicines. Dosegljivo na <http://www.wpro.who.int/internet/files/pub/85/65-86.pdf>*; 26.3.2010.
5. *Guidelines for administration of medicines. United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting , 2000; dosegljivo na: <http://www.papillonholidays.co.uk/pdfs/nurs%20and%20mid%20wif%20med%20doc.pdf>*; 26.3.2010.



KAKŠNO ODGOVORNOST NOSI MEDICINSKA SESTRA PRI TRIAŽIRANJU BOLNIKOV PO TELEFONU NA PRIMARNEM NIVOJU ZDRAVSTVENEGA VARSTVA?

Beisa Žabkar, dipl.m.s., univ. dipl.org.

IZVLEČEK

V pediatrični zdravstveni negi se v zadnjem letu veliko govori o varni zdravstveni negi. Varna zdravstvena nega zavisi od vsakega posameznika, ki sodeluje v procesu zdravljenja otroka in družine. Prispevek opozarja na pravilno komunikacijo s starši in otroki ter nujno potrebo po oblikovanju protokola telefonskega razgovora s starši bolnega otroka.

KLJUČNE BESEDE:

zdravstvena nega na primarni ravni, triaža bolnega otroka

UVOD

Kakovost zdravstvene oskrbe se dogaja v bolnišnicah, zdravstvenih domovih in drugih zdravstvenih ustanovah (Bručan, 2005). Nekakovost ima visoko ceno, podaljšuje čakalne dobe, povzroča podražitev zdravstvenih storitev, ki si jih zdravstvo ne more privoščiti in nezadovoljstvo uporabnika (Robida, 2005). Nadzorovanje je neločljiva sestavina dejavnosti managementa, ki zajema še načrtovanje, razvijanje, organiziranje, izvajanje in izboljševanje kakovosti. Dober nadzor je vedno pozitiven proces, ki skozi merjenje doseganja ciljev in smotrov ugotavlja zadovoljevanje pričakovanj udeležencev ter managerjem daje informacije za izboljševanje kakovosti in odločanje o morebitnih ukrepih.

Korist nadziranja je predvsem v varovanju organizacije pred poslovnimi in drugimi tveganji, ki bi jim bila izpostavljena ob nenadziranem, poljubnem delovanju.

1. VARNOST V ZDRAVSTVU

Varnost bolnikov je v zadnjem času vse pogosteje uporabljen pojem, a redko natančno vemo, kaj v resnici pomeni. Morda je še najpogostejša definicija naslednja: varnost bolnikov so ukrepi za izogibanje, preprečevanje ali popravilo varnostnih zapletov v procesu zdravstvene obravnave. Zdravljenje je bilo vedno tvegano. Ogromen napredek v zdravstveni stroki prinaša več možnosti in upanja na ozdravitev tistih bolezni, ki so včasih veljale za neozdravljive, a obenem tudi več možnosti za varnostne zaplete.

2. KULTURA VARNOSTI

Kultura kakovosti in varnosti je skupek vrednot, pristopov, zaznav, usposobljenosti in vzorcev vedenja posameznika ali skupine, ki določa zavzetost, način in sposobnost za upravljanje, ravnanje in obvladovanje zdravstvene prakse in varnostnih problemov. Pomeni osredotočenje: na bolnika, zdravstveno prakso, podprto z dokazi, na pravila stroke, na presojanje rutinske zdravstvene prakse ter njenega primerjanja s standardi-najboljšimi praksami in na uvajanje sprememb, kjer je to potrebno. Zahteva tudi vodenje in ravnanje z odprtim dialogom, kjer se učenje, nenehno pridobivanje in obnavljanje znanja, prožnost za prilagajanje spremenjenim zahtevam upravljanja, ravnanja in obvladovanja zdravstvene prakse osnovna lastnost zdravstvenega tima. Kulturo varnosti želimo izboljševati, ker je še vedno taka, da se ob zapletu obtoži posameznika, torej da se najde »krivca«, a se tako ničesar ne stori, da bi se varnostni zapleti zmanjšali, saj proces, ki je pripeljal do varnostnega



zapleta, ne izboljšša.

3. VARNOST V PEDIATRIČNI ZDRAVSTVENI NEGI

Naloge zdravstvenih tehnikov in medicinskih sester (v nadaljevanju medicinskih sester) so v pediatrični zdravstveni negi določene z otrokovo boleznijo in z njegovo stopnjo rasti in razvoja. Strokovne zahteve za delo temeljijo na doslednem upoštevanju standardov zdravstvene nege, ki zagotavljajo varnost otroku in medicinski sestri ter prispevajo h kakovosti (Petrovič, 2005). Prepoznavanje potreb ter ocena stanja otroka in njegove družine ob vsakem stiku, upoštevajoč spremenljivost bolezni, sta temelja za načrtovanje in izvajanje zdravstvene nege in specifičnih negovalnih intervencij. Profesionalno zelo zahtevno delo, ki zahteva vrhunsko strokovno znanje vseh članov tima, predvsem pa dobro medsebojno komunikacijo, ki omogoča najboljše rešitve za naše varovance.

4. KOMUNIKACIJA Z OTROKOM IN STARŠI

Ne učimo se je

Komunikacija se razvija postopoma, skozi več stopenj, najprej z jokom, govorico telesa, smehom, nato z glasovi, besedami in njihovimi povezavami. Otroku moramo dati možnost, da se izrazi, da vzpostavlja komunikacijo (2).

Ne moremo je spremeniti, dokler ne spremenimo sebe

Spremeniti sebe pomeni samozavedanje, pomeni biti v stiku z lastnimi mislimi, čustvi in dejanji – torej, da se zavedamo svojega obstoja. Če smo kot strokovnjaki, ki nudimo pomoč sposobni prepoznati svoje vrednote, posebnosti, stališča, močne in šibke plati, predpostavke in prepričanja kot nekaj, kar je edinstveno in moje, bomo imeli podoben odnos do teh stvari tudi pri drugih ljudeh. Ko skrbimo za nekoga in mu nudimo pomoč, moramo situacijo videti iz njegovega zornega kota, saj nam to omogoči boljše razumevanje problema. Če ocenjujemo položaj drugega človeka s svojega zornega kota, je naša slika zabrisana. Bistvo nudenja oskrbe in pomoči je torej sposobnost videti stvari skozi pacientov (klientov, otrokov, starševski,...) referenčni okvir. To pa dosežemo le s samozavedanjem.(6)

Sodelovanje s starši

Starši so ravno tako del tima ko govorimo o otrocih. Preko njih komuniciramo tudi z otrokom, zato jim moramo biti na voljo. Sodelovanje med družino in strokovnimi delavci naj bi vodilo k spodbudi, podpori ter razvoju otroka in njegove osebnosti.

Dotik

Dotik predstavlja najintimnejšo obliko komunikacije med ljudmi, spremlja nas od spočetja do zadnjih trenutkov življenja. Ima pomembno vlogo pri razvoju in socialni interakciji posameznika in pomeni veliko več kot samo organ za prepoznavanje predmetov v okolici. Pravica posameznika je, da se dotika in je dotikan. Uporabljamo ga v zdravilne namene: masaža, taktilne stimulacije otroka, metode pestovanja otroka. Medicinski dotik vključuje fizični pregled, odvzem krvi, jemanje raznih meritev, stetoskopska preiskava, hranjenje na silo, transfuzije, pritrditev cev, zamenjava položaja, perkusija prsnega koša, dihanje na masko, oživiljanje.

Ohranjanje profesionalne distance, obenem pa izvajanja pristnega in toplega dotika, bo zdravstveni delavec sposoben ob dobrem poznavanju lastnega čustvovanja, ozaveščanju lastnih občutkov in spodbujanju samozavesti s strokovnim znanjem.



Priporočila WHO glede komunikacije v zdravstvenih ustanovah:

1. **Komunikacija** naj se dogaja v ustreznem okolju (urejenost okolja, mir, zasebnost,...).
2. **Pozdravljanje** in ogovarjanje bolnika (otroka) in njegovih svojcev z vljudnimi in prijaznimi besedami.
3. **Aktivno poslušanje**, s katerim pokažemo, da je naša pozornost namenjena sogovorniku, postavljamo mu vprašanja, dajemo mu povratne informacije, ki pričajo o tem, da ga poslušamo, da nas zanima, kaj nam želi povedati.
4. **Empatija, spoštovanje, zanimanje, toplina in podpora**: te prvine so osnove dobre in zadovoljive komunikacije. Vendar so velike razlike med ljudmi glede teh sposobnosti, gre bolj za osebno naravnost zdravstvenega delavca kot za znanje ali veščino.
5. **Jezik**: Zelo pomembno je kakšen besednjak uporabljamo. Ta mora biti za sogovornika razumljiv, ne smemo uporabljati tujk. Ne smemo uporabljati besed, stavkov, ki lahko brez potrebe zastrašijo bolnika ali njegove svojce. Včasih so navodila nejasno izražena. Kar je za zdravstvene delavce samoumevno, je lahko nepoznano bolniku ali staršem bolnega otroka. Enostavnost in jasnost navodil močno zmanjšujeta stisko bolnika, obenem pa olajšata delo zdravstvenemu delavcu.
6. **Nebesedne komunikacije**: Te vključujejo očesni kontakt, telesno bližino, držo, izraz obraza. Z njimi običajno več povemo kot z besedami. Zdravstveni delavci, ki prihajajo po naravi svojega dela v bližje stike z bolnikom morejo vedeti, da izražajo s svojo celotno motoriko tudi svoj odnos do bolnika.
7. **Sodelujoč odnos**: Način in vsebina razgovora z bolnikom in njegovimi starši ali drugimi svojci kažejo na to, koliko gradijo zdravstveni delavci na partnerskem sodelovanju, koliko spoštujejo in cenijo možen in dejanski prispevek bolnika in njegovih svojcev v procesu zdravljenja. Neposredno in posredno izraženo povabilo k sodelovanju, sopogojuje motivacijo bolnika in svojcev za dejavno sodelovanje v procesu zdravljenja.
8. **Zaključevanje pogovora in poslavljanje**: Nekateri bolniki in svojci bi se pogovarjali v nedogled, za kar zdravstveni delavci nimamo časa. Marsikdaj moramo znati zaključiti razgovor na vljuden in hkrati odločen način. Trenutek poslavljanja, denimo po hudih preiskavah ali po zdravljenju v bolnišnici je zelo pomemben tako za bolnika in njegove svojce, kot za zdravstvene delavce. To, kar izrečemo ob slovesu in kako se pri tem vedemo, je nekakšna zaključna poteza, ki znatno obarva spomin na človeka, ustanovo in zdravljenje.
9. **Molk**: V kriznih situacijah nekateri ljudje molčijo ali potrebujejo veliko časa, da kaj izrečejo. Včasih je težko prenašati molk drugega. Običajno zdravstveni delavci ob molku bolnika ali svojcev pričnemo pospešeno zapolnjevati medosebni prostor z lastnim govorjenjem, ne damo porabnikom dovolj časa za predelavo informacij, za oblikovanje vprašanj ali izrekanje ugovorov. Ob molku moramo znati počakati, pa tudi na diskreten način spodbujati sogovornika, da izreče, kaj ga teži ali zanima.
10. **Spodbuda, pohvala, motivacija**: Šele, ko smo bili kdaj sami bolniki, se najbrž zavemo, kako pomembna je vsaka pozitivna beseda, ki jo izrečejo zdravstveni delavci. Navsezadnje so oni za bolnika in svojce najbolj pomembni zunanji presojevalci zdravstvenega stanja, prizadevanja za ozdravljenje in ustreznosti zdravstvenega vedenja. Zato so pozitivna sporočila z motivacijskega in čustvenega vidika neprecenljive vrednosti za bolnika in njegove svojce.

Pri upoštevanju zgoraj napisanega se zdravstveni delavci ne smemo izgovarjati na čas, ki je potreben za kakovostno komunikacijo. Slednjega je vedno premalo, zato pa se moramo potruditi, da je komunikacija kvalitetna.



METODE

Za osnovno zbiranje in analize virov je bil uporabljen delni pregled literature, za namen predstavitve vsebine in pojmov je bila izbrana opisna raziskovalna metoda. Zbiranje literature se je pričelo decembra 2009. Pri iskanju literature so bile uporabljene bibliografske baze Cobiss. Uporabljene so bile naslednje ključne besede oziroma iskalni termini v slovenščini: pediatrična zdravstvena nega, varnost v zdravstveni negi, varna obravnava v pediatrični zdravstveni negi, varna triaža v pediatrični zdravstveni negi. V angleščini so bile uporabljene naslednje besede: nursing,...Iskanje literature je bilo oteženo, zaradi številno različnih izrazov, pomen in rabe v praksi.

RAZPRAVA

Medicinske sestre se vedno bolj na naših strokovnih srečanjih pritožujejo, da so preobremenjene z delom. Ob pojavu moderne tehnologije, predvsem mobilne telefonije, se je obremenjenost še bolj povečala. Obremenitev je pokazala tudi raziskava, ki je potekala leta 2000 v Zdravstvenem domu Maribor, pod imenom Količina in kakovost v zdravstveni negi (Limonšek I., 2005). Rezultati so pokazali izjemno visoko število telefonskih klicev.

Moje ugotovitve v raziskavi leta 2007 v dispanzerju za predšolske otroke Koper pa so sledeče: starši so zadovoljni z delom medicinske sestre in menijo, da jim nameni dovolj časa. Vajeni so predolgega čakanje na zvezo z medicinsko sestro. Ob pregledu vseh rezultatov pa je preobremenjenost medicinske sestre vidna, saj 67,5 odstotkov staršev je čakalo na telefonsko zvezo z medicinsko sestro najmanj 3 minute, 21,6 odstotkov staršev ni dobila obrazložitve, zakaj so tako dolgo čakali na pregled pri zdravniku, 2,8 odstotkov so bili mnenja, da jim je medicinska sestra namenila premalo časa, 5,6 odstotkov ni dobilo vseh ustnih navodil, 5,7 odstotkov ni razumelo posredovanih ustnih navodil, nekateri so imeli občutek, da ima medicinska sestra slab dan in da jih želi na hitro odpraviti.

Na preobremenjenost medicinskih sester nas je leta 2005že opozorila, ga. Ivanka Limonšek na XV. srečanju pediatrov in II. srečanju medicinskih sester v Mariboru. Bila je mnenja, da je zdravstvena nega zaradi telefonskih pogovorov motena in so storitve posledično manj kakovostne. Svetovanje po telefonu ni plačljivo, pojavljajo pa se vprašanja racionalnosti in etične dileme. Do sprememb na tem področju še ni prišlo. Ali je temu vzrok, da pri nas praksa premalo izkorišča raziskovalne rezultate, ker raziskovalci ne vidijo svoje vloge pri uvajanju dokazov v prakso, medtem ko praktiki za to nimajo potrebnega znanja in razumevanja (Pajnkihar, 2006)?

Telefonski razgovori s starši otrok pred prihodom na pregled v zdravstveno ustanovo imenujemo Triage. To je francoska beseda, ki pomeni razvrščanje ali prebiranje. V medicinskem smislu pa na splošno pomeni določanje nujnosti oskrbe v skupini poškodovanih ali obolelih. Namen triaže ni nujno rešitev vseh bolnikov, ampak smiselna in smotrna izraba sredstev in zmogljivosti, ki so nam na voljo, tako da v obstoječih razmerah rešimo življenje čim več bolnikom.

V tujini se organizirajo na primarni in sekundarni ravni zdravstvenega varstva (ZDA) »telefonski triažni centri«, kjer delajo posebej za to izobražene in usposobljene medicinske sestre. To so posebej plačani programi, ki so organizirani po protokolu. Delo se dokumentira, snema, vrednoti glede na kakovost opravljenih storitev in je tudi posebej zavarovano (Stratton, 2002).

V okviru Sekcije medicinskih sester v pediatriji svetujem, da razvijemo »Komunikacijski center za zdravstveno nego«. Podobne centre bi morali imeti za vse specialne dejavnosti v zdravstveni negi. Dobri komunikacijski centri bi delovali 24 ur. Iz enakih razlogov so v ZDA American Academy of Ambulatory Care Nurses objavili že leta 1977 prve standarde dela in leta 2001 že obnovljeno



verzijo. Ti sistematično urejajo delo medicinskih sester, zaposlenih v komunikacijskih centrih za zdravstveno nego (Robinson, 2001). Pacienti bi imeli možnost dobiti veliko informacij in nasvetov, medicinske sestre na primarni in sekundarni ravni pa bi razbremenili. V izobraževalnih programih zdravstvene nege bi morali poučiti dijake in študente tudi o komunikaciji po telefonu (Underman Boggs, 1999).

SKLEP

Ne moremo mimo premise, da je najboljša metoda samonadzor/samokontrola, saj je »nič ne more nadomestiti, brez nje organizacija propade, izhaja iz vrednosti posameznika in kulture organizacije, podpirajo jo znanje in veščine« (Tavčar, 2002). Predlagam, da se sprejeme na strokovnem srečanju Protokol telefonskega razgovora s starši bolnega otroka. **Protokol naj vsebuje sledeče informacije, ki jih mora imeti medicinska sestra, da lahko oceni zdravstveno stanje otroka:**

Ime in priimek otroka:

Starost:

Izbran zdravnik in medicinska sestra:

Povprašati po:

- prehodnost dihalnih poti,
- dihanje,
- pulz, barva kože,
- sposobnost komuniciranja z otrokom, odzivnost, komunikacija,
- dosedanje zdravljenje in hospitalizacije,
- navodila staršem,
- po potrebi posvet z zdravnikom.



LITERATURA

1. Tavčar MI. Nadziranje organizacije in sodelavcev. *Strateški management. Učbenik za podiplomski študij. Visoka šola za management Koper in Univerza v Mariboru, Ekonomsko-poslovna fakulteta, Inštitut za razvoj managementa, 2002:247-51.*
2. Klemenc D, Požun P, Podhostnik A. Model nadzora in izboljševanja kakovosti v specialistični ambulantni dejavnosti na področju zdravstvene nege v Kliničnem centru Ljubljana. *Obzor Zdr N 2005; 131-143.*
3. Pjerina MAHOR, *Temelji medicinke etike in deontologije, Zavod republike Slovenije za šolstvo in šport, Ljubljana 1993*
4. Hermina DAMJAN, *Otroške nevrolohije, zbornik predavanj, Medicinski razgledi, Ljubljana 1998; 362 -367*
5. Hermina DAMJAN, *(Re)habilitacija otrok z okvaro živčevja, zbornik predavanj 11.dnevi rehabilitacijske medicine, Inštitut republike Slovenij za rehabilitacijo, Ljubljana 17. in 18.marec 2000; 21 – 30*
6. Klavdija KRUŠEC, *Medicinska sestra pri delu z otroki s posebnimi potrebami v Centru za usposabljanje invalidnih otrok Janka Premrla Vojka Vipava, Vipava 9.marec 2007, Zbornica zdravstvene in babiške nege, Ljubljana 2007 (38 – 45)*
7. Anica MIKUŠ KOS, *Sodelovanje s svojci obolelih otrok, Tipograf Maribor 1996; 7 -18*
8. Dev. M. RUNGAPADIACHY, *Medosebna komunikacija v zdravstvu, Educy Ljubljana 2003*
9. *Zakon o usmerjanju otrok s posebnimi porebami. Uradni list republike Slovenije 3/2007*
10. *Zakon o osnovni šoli, Uradni list republike Slovenije 23/2005*
11. Anita OSTRŽ, Mojca STERLE, 2. Kongres delovnih terapevtov Slovenije, *Pojem okupacije v delovni terapiji, Portorož 27.-29.marec 2003, ZDTS Ljubljana 2003; 159 – 164*
12. Anka AUERSPERGER, Marijana MARKOVIČ, 3. Kongres delovnih terapevtov Slovenije, *Delovna terapija in okolje, Radenci 8.-10. junij 2006, ZDTS Ljubljana 2006; 55 – 63*
13. Richard H.GREEN, *Nov način komunikacije, Alpha center, Ljubljana 1993*
14. Milena Rogelj, *Otrok in mladostnik z nevrološko boleznijo, ZZNS Pediatrična sekcija, Bled, 6.in7.april 2000; 39 – 45*
15. Lea ŠUC, 1. Kongres delovnih terapevtov Slovenije, *Delovni terapevt in klient, Maribor 17.-19. maj 2001, ZDTS Ljubljana 2001; 67 – 74*
16. Silva BAJDE, 1. Kongres delovnih terapevtov Slovenije, *Delovni terapevt in klient, Maribor 17.-19.maj 2001, ZDTS Ljubljana 2001; 75 -85*
17. Matej PELJHAN, Breda LESKOVŠEK, *Defektologica slovenica, Specialna in rehabilitacijska pedagogika, Centerkontura, Ljubljana, september 2004; 65 - 67*



EPIDEMIJA RESPIRATORNIH OKUŽB – KAKO ZAGOTOVITI IZOLACIJO?

*Doroteja Dobrinja, dipl.m.s.
Oddelek za pediatrijo Splošna bolnišnica Izola*

KLJUČNE BESEDE:

respiratorne okužbe, izolacija, otroci

IZVLEČEK

Nalezljive bolezni, med temi tudi respiratorne okužbe, so med otroci zelo pogoste in med pomembnejšimi razlogi za hospitalizacijo otrok. Posledično obstaja večja možnost za prenos okužbe med bivanjem na bolnišničnem oddelku. Vsi zdravstveni delavci imajo pri preprečevanju bolnišničnih okužb poglobljeno vlogo. Delovanje zdravstvenih delavcev je usmerjeno v preprečevanje prenosa okužb, upoštevanje vseh ukrepov, ki znatno zmanjšajo možnost prenosa okužb, pa tudi v zdravstveno vzgojno delo in poučevanje vseh, ki na pediatričnem oddelku gostujejo.

UVOD

Obstajajo bistvene razlike pri procesu zdravljenja med otroci in odraslimi pacienti. Edinstven je pristop in izvajanje zdravstvene nege, saj vključuje veliko tesnega fizičnega stika med otroci in medicinskimi sestrami (hranjenje, previjanje, osebna higiena, aplikacija zdravil, izvajanje diagnostično terapevtskih posegov, gibanje,..). Po drugi strani so otroci dovzetnejši za nekatere oblike okužb. Večjo možnost okužb predstavlja še prirojena radovednost otrok in želja po socializaciji, ter s tem povezana izpostavljenost druženju v bolnišnični igralnici in večjih skupnih prostorih. Tveganje za prenos okužbe predstavljajo tudi množični obiskovalci (še posebej otroci).

Nalezljive bolezni so med poglobljenimi razlogi za bolnišnično zdravljenje predvsem mlajših otrok. Dobršen del predstavljajo okužbe dihal.

Otroci oboleli z nalezljivimi obolenji ob sprejemu v bolnišnico vedno potrebujejo posebne pogoje nastanitve, ki vključujejo izolacijo. Izolacija ali osamitev omogoča zmanjšano možnost prenosa okužbe med pacienti in njihovimi spremljevalci, zdravstvenim osebjem in obiskovalci.

Varna, učinkovita in kakovostna zdravstvena nega pomeni tudi zmanjšano možnost prenosa bolnišničnih okužb v času hospitalizacije otrok. Na splošnih pediatričnih oddelkih se vsakodnevno srečujemo z različnimi obolenji otrok. Preprečevanje prenosa okužb znotraj bolnišničnega okolja je zato veliko zahtevnejše.

Sezonsko značilna so nalezljiva obolenja, ki prizadenejo dihala ali prebavni trakt. Pogostnost prvih je večja v poznih jesenskih, zimskih in zgodnjih pomladnih mesecih. Prenos obolenja se lahko zgodi po zraku, s kapljicami in s stikom.

Po nekaterih raziskavah naj bi se prenos okužbe znotraj splošnih pediatričnih oddelkov zgodil pri 1% otrok. Najpogosteje se prenos zgodi pri otrocih mlajših od 23 mesecev (11,5%).¹

Poleg standardnih veljavnih ukrepov, s katerimi morajo biti seznanjeni vsi zdravstveni delavci in so jih pri svojem delu dolžni upoštevati, je na pediatričnih oddelkih posebna pozornost usmerjena v edukacijo otrok in njihovih spremljevalcev ter obiskovalcev.



NAČINI PRENOSA BOLNIŠNIČNIH RESPIRATORNIH OKUŽB

Pomembna sta predvsem dva načina prenosa: s stikom (neposrednim ali posrednim) in po zraku (aerogeno)²

Okužbe, ki se prenašajo z zrakom, so za bolnišnično okolje zelo nevarne. Po zraku se lahko prenesejo tudi na daljše razdalje na bolniškem oddelku.

V praksi nimamo povsod na razpolago vseh prostorskih, materialnih in kadrovskih pogojev, vendar je potrebno izvajati priporočene ukrepe v največji možni meri, če želimo uspešno preprečiti/zmanjšati prenos aerogenih okužb na zdravstvene delavce, druge bolnike in obiskovalce.³

O aerogenem prenosu govorimo, kadar se okužba širi preko majhnih (velikosti 5µm in manj) kapljicnih delcev (aerosolov) ali preko prašnih delcev, ki vsebujejo mikroorganizme. Do okužbe pride pri vdihavanju teh drobnih delcev ali aerosolov, ki lebdijo v zraku. Prenos okužbe je možen znotraj prostora, odvisno od kroženja zraka, pa tudi na daljše razdalje. Kužni aerosol nastaja med kašljanjem, kihanjem, govorom ali petjem okužene osebe, ob zdravljenju z zdravili v obliki aerosolov, indukciji sputuma, pri bronhoskopiji in pri drugih invazivnih posegih. Prenos je mogoč tudi pri rokovanju z izmečki in drugimi izločki na bolniških oddelkih in v laboratorijih.³

Prenos s stikom je najpomembnejši in najpogostejši način prenosa bolnišničnih okužb. Okužbo lahko prenesemo direktno ali indirektno. Pri direktnemu prenosu se to zgodi z neposrednim stikom med dovzetnim gostiteljem in okuženim pacientom ali kolonizirano osebo. Prenos se lahko zgodi med izvajanjem različnih negovalnih in diagnostično terapevtskih postopkov. Prenos se lahko zgodi tudi med dvema pacientoma. Za indirektni prenos je potreben posrednik. Lahko so to nerazkužene roke, nezamenjane uporabljene rokavice, različni negovalni ter diagnostični pripomočki, igrače,...

4,6

Tabela 1. Način prenosa, vrsta izolacije in čas izolacije za posameznega povzročitelja^{1,5}

Povzročitelj	Način prenosa	Vrsta izolacije	Čas izolacije
RSV	Po zraku, s stikom	Kontaktna, kapljična	Za čas trajanja obolenja
Virus influenza	Po zraku, kapljično, s stikom	Kapljična, kontaktna	Za čas trajanja obolenja
rinovirusi	Po zraku, kapljično	Kapljična	Za čas trajanja obolenja
adenovirusi	Po zraku, s stikom	Kapljična, kontaktna	Za čas trajanja obolenja
Virus parainfluenze	S stikom	Kontaktna	Za čas trajanja obolenja
Micobacterium tuberculosis	Po zraku	Aerogena	Tri zaporedni vzorci sputuma negativni
Bordetella pertussis	Po zraku	Kapljična	5 dni po pričetku zdravljenja
Streptokoki skupine A	kapljično	Kapljična	24 ur po uvedbi terapije

Okužbe z virusi dihal so med ljudmi najpogostejše. Na podlagi klinične slike in epidemiološke situacije lahko sklepamo o povzročitelju. Diagnostične metode, ki so nam na voljo, so specifične in natančne, vendar razmeroma drage, rezultat pa ne dobimo tako hitro kot bi si želeli. Najpogostejši povzročitelji respiratornih infekcij v otroškem obdobju so respiratorni sincicijski virus (RSV), virus



influence, rinovirusi, adenovirusi,...

RSV je najpogostejši povzročitelj obolenj spodnjih dihal pri mlajših otrocih, saj povzroči obolenje pri 50% do 70% otrok v njihovem prvem letu življenja.¹

Preteklo sezono smo se soočili še z gripo, ki jo povzroča virus nove gripe tipa A (H1N1). Vse zdravstvene ustanove v Sloveniji so pripravile načrt ukrepov v primeru pandemije gripe. Do napovedovane pandemije ni prišlo, smo se pa kljub temu na pediatričnih oddelkih z gripo vsakodnevno srečevali.

UKREPI ZA PREPREČEVANJE PRENOSA BOLNIŠNIČNIH OKUŽB

Preprečevanje prenosa bolnišničnih okužb se prične že ob samem prihodu otroka v sprejemno ambulanto pediatričnega oddelka. Ker so običajno pediatrični oddelki splošne narave in navadno zajemajo še kirurško stroko, je delo zdravstvenih delavcev velikokrat zahtevno. Prostori čakalnice predstavljajo začetno točko, kjer hipotetično lahko pride do prenosa okužbe. Zato je potrebno otroke pri katerih je postavljen sum na nalezljivo obolenje izolirati takoj ob prihodu.⁶

Ne glede na obolenje se pri vseh pacientih izvaja standardna izolacija, ki zajema skupek splošnih ukrepov, za katera morajo biti izdelana pisna navodila, kot so: higiena rok pred in po vsakem kontaktu s pacientom, uporaba osebne zaščitne opreme, varno odlaganje uporabljenih pripomočkov, uporaba zbiralnikov za ostre predmete, čiščenje in razkuževanje površin in opreme, rokovanje in pranje ter prevoz perila, prostorska namestitvev pacienta. Poleg tega še pisna navodila ter poučevanje pacienta, svojcev in obiskovalcev o vedenju in predpisanih higienskih ukrepih.^{1,5,6,7}

Tabela 2: Ukrepi povezani z načinom prenosa^{1,5,6,7}

Način prenosa	Namen izolacije	Ukrepi
Prenos s kapljicami	Preprečiti stik kapljic, ki vsebujejo mikroorganizme s sluznico oči, nosu, ust in se razpršijo pri kašljanju, kihanju, govorjenju, posegi. Razdalja med osebama mora biti manjša od 30 cm.	Ukrepi standardne izolacije. Pacienta namestimo v enoposteljno sobo ali damo skupaj paciente okužene z istim povzročiteljem - kohortna izolacija. Maska pri oddaljenosti manj kot 1m od pacienta. Pri odhodu pacienta iz sobe, mu nadenemo masko.
Prenos po zraku - aerogeno	Preprečiti širjenje okužbe z vdihavanjem okuženega zraka, oziroma delcev v zraku.	Ukrepi standardne izolacije. Namestitvev pacienta v enoposteljno sobo s podtlakom ali kohortna izolacija. Ustrezno prezračevanje. Uporaba visoko filtrirne maske ob vsakem stiku s pacientom. Namestitvev visoko filtrirne maske pacientu ob izhodu iz sobe.



Prenos s stikom	Preprečiti neposreden in posreden prenos okužbe s stikom	Ukrepi standardne izolacije. Namestitev pacienta v enoposteljno sobo, kohortna izolacija - razdalja med bolniškimi posteljami naj bo več kot 1m. Pripomočke in opremo razkužujemo neposredno po uporabi, prednost imajo pripomočki za enkratno uporabo. Pripomočki in oprema so nameščeni v sobi ob pacientu. (stetoskop, termometer,..)
-----------------	--	--

IZVAJANJE UKREPOV V PRAKSI – IZKUŠNJE ODDELKA ZA PEDIATRIJO SPLOŠNE BOLNIŠNICE IZOLA

Vsakoletno se na Oddelku za pediatrijo SBI srečujemo z značilno večjim številom respiratornih okužb v hladnejših mesecih. Ker oddelek ne zajema samo infekcijskega področja ampak tudi internistično in kirurško, je zagotavljanje ustrezne izolacije otrok zelo zahtevno. Že ob prihodu otroka in razpoznavi znakov respiratornega infekta, otroka izoliramo od ostalih čakajočih na sprejem. Po opravljenem zdravniškem pregledu in sprejemu otroka na oddelek, poskrbimo za ustrezno prezračevanje in razkuževanje ambulantnih prostorov. Ker kadrovsko po večini ni možno, da bi otroku z respiratorno okužbo namenili zdravstvene delavce, ki bi skrbeli le zanj, smo toliko bolj pazljivi, da izvajamo ustrezno higieno rok in uporabljamo vso zaščitno opremo.

Otroka namestimo v enoposteljno sobo ali pa se poslužujemo kohortne izolacije. Ker je na oddelku zasedenost večinoma zelo visoka, se zgodi, da smo primorani namestiti v isto sobo več otrok z enakimi kliničnimi znaki, ki pa ni rečeno, da pomenijo isto obolenje oziroma okužbo. V času do pridobitve izvidov odvzetih kužnin (navadno so to različni brisi), paciente nekoliko omejimo znotraj prostora in jim skušamo preprečiti stike.

Vsi zaposleni strogo upoštevamo in izvajamo ukrepe za preprečevanje prenosa bolnišničnih okužb. Zelo veliko vlagamo v informiranje in poučevanje otrok (starosti ustrezne razlage), spremljevalcev otrok in obiskovalcev. Zaradi prezasedenosti sob je vzdrževanje reda in higiene zahtevno. Skrbimo za redno prezračevanje in čiščenje bolniških prostorov. Vsak dan veliko truda vložimo v vzpostavljanje primernega odnosa z vsemi udeleženi in v konstruktivno komunikacijo, ki naj temelji na obojestranskem spoštovanju.

Zdravstveni delavci se redno udeležujemo izobraževanj o preprečevanju prenosa okužb, ki jih pripravi Komisija, zdravnik in medicinska sestra za obvladovanje bolnišničnih okužb.

Nekateri zdravstveni delavci smo se v lanskem letu proti novi gripi cepili.

Kljub vsesplošni pozornosti, ki je bila namenjena novi gripi, zaposleni na pediatričnih oddelkih vemo, kako nevarna, predvsem za mlajše otroke in enkrat pogostejša, je okužba z RSV.⁸

V pretekli sezoni smo 12.11.2009 na pediatrični oddelek sprejeli na zdravljenje prvega otroka z virusom nove gripe H1N1, zadnji je bil sprejet 13.01.2010. Na prihod gripe smo bili sicer pripravljeni, pripravljen je bil tudi načrt ukrepov v primeru pandemije gripe, ki bo veljal za bolnišnico, kljub temu smo skupaj s Komisijo za obvladovanje bolnišničnih okužb sprejeli še dodatne ukrepe. Hitro nato so bili prepovedani obiski v bolnišnici. Na zdravljenje je bilo sprejetih 98 otrok s sumom na novo gripo, pri 27 je bila okužba laboratorijsko potrjena. Do prenosa med pacienti ni prišlo, je pa za gripo (čepprav nepotrjeno, vendar z vsemi kliničnimi znaki) zbolela ena medicinska sestra. V stiku je



bila s prvim sprejetim obolelim otrokom, ko nismo še uporabljali vseh zaščitnih sredstev.

V lanskem letu smo na zdravljenje sprejeli 310 otrok s sumom na obolenje povzročeno z RSV. Sum je bil potrjen pri 54 otrocih. Zgodil se je en prenos okužbe z RSV, za katerega smo, potem, ko smo ugotovili in analizirali vse okoliščine zaključili, da je do njega prišlo zaradi prezasedenosti oddelka in neustrezne namestitve pacientov. Dopušča se možnost, da je bilo prenosov več, v primeru, da so otroci oboleli po odpustu iz bolnišnice in zanje ne vemo.

Poleg obremenitve, katero prenos okužbe predstavlja za že pred tem bolnega otroka, pa tudi njegovo družino, niso pri vsem tem zanemarljivi še stroški. Ti nastanejo zaradi podaljšanja hospitalizacije otroka, enega od staršev oziroma spremljevalcev, pa tudi zaradi izostanka staršev na delovnem mestu, v primeru obolenja zdravstvenega delavca, še zaradi izostanka slednjega.

ZAKLJUČEK

Prenos okužb znotraj bolnišnice je problem s katerim se srečujejo vse bolnišnice po svetu.

V Splošni bolnišnici Izola na Oddelku za pediatrijo spremljamo prenos okužb znotraj bolnišnice za RSV, ROTA in Adeno viruse in podatke uporabljamo kot kazalnike kakovosti za oddelek.

Kljub temu, da pogoji bivanja za bolne otroke niso idealni, kar najbrž niso nikjer, je predvsem naloga zdravstvenih delavcev, da upoštevajo ukrepe za preprečevanje bolnišničnih okužb in izvajajo zdravstveno vzgojno delo otrok, staršev, obiskovalcev s katerim pripomorejo k zagotavljanju primerne higiene in preprečevanju prenosa bolnišničnih respiratornih in drugih okužb.

LITERATURA

1. Elward A, McGann K. *Steps to Reduce Nosocomial Infections in Children. Division of CMP Healthcare Media. 2002. Dostopno na: <http://www.medscape.com> [10.03.2010].*
2. Gubina M, Ihan A. *Medicinska bakteriologija z imunologijo in mikrobiologijo. Medicinski razgledi: 2002.*
3. Musič D. *Aerogeno prenosljive nalezljive bolezni: zbornik predavanj. Ljubljana: Slovensko društvo za bolnišnično higieno, 2003; 27-39.*
4. *American Academy of Pediatrics. The Revised CDC Guidelines for Isolation Precautions in Hospital: Implications for Pediatrics. Pediatrics: 1998; 101; e13.*
5. Gubina M, Dolinšek M, Škerl M. *Bolnišnična higiena. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za mikrobiologijo in imunologijo; 1998.*
6. *Committee on Infectious Diseases. Infection Prevention and Control in Pediatric Ambulatory Settings. Pediatrics, 2007; 120; 650-665.*
7. Lužnik Bufon T, Škerl M, (urednici). *Strokovne podlage za pripravo programa za obvladovanje in preprečevanje bolnišničnih okužb 2000-2003. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, Sekcija za klinično mikrobiologijo in hospitalne infekcije; 2003.*
8. *Bourgeois F at all. Relative Impact of Influenza and RSV in Young Children. Pediatrics, 2009; 1072-1080.*



MEDICINSKA SESTRA V SKRBI ZA VARNOST PREDŠOLSKEGA IN ŠOLSKEGA OTROKA IN MLADOSTNIKA

*Cvetka Roj-Tkalčič; dipl.m.s., Helena Vuk; dipl.m.s.
Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca, Maribor*

IZVLEČEK

Medicinska sestra skrbi za zaščito rizičnih skupin prebivalstva, kamor nedvomno sodijo dojenčki, mali in predšolski otroci, saj so zaradi bioloških lastnosti še posebej izpostavljeni vplivom zunanjih in notranjih dejavnikov, ki jih lahko ogrožajo.

V Mariboru je najvišje organizirana pediatrična ustanova izven bolnišničnih dejavnosti, ki izvaja celostno zdravstveno varstvo otrok, posvetovalnico, cepljenje, preventivne preglede, ukrepe za preprečevanje nalezljivih bolezni, zdravljenje dojenčkov, malih in predšolskih otrok, ter dežurno službo.

Preventivni zdravstveni pregledi se izvajajo skladno s strokovnimi navodili o izvajanju preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (Ur. L. št. 19/ 1998).

Namen preventivnih pregledov je spremljanje in odkrivanje zdravstvenih problemov ter posledično ukrepanje in svetovanje otroku, staršem in vzgojiteljem.

Z dejavnostjo dispanzerja za šolske otroke in mladino aktivno skrbimo za zdravstveno stanje otrok na območju, ki ga pokriva naš zavod in razvijamo programe promocije zdravja. Na ta način vzpodbujamo otroke in njihove starše oz. skrbnike k čim večji skrbi za lastno zdravje in zdravje družine.

Izvajamo kurativno in preventivno zdravstveno varstvo otrok. Preventiva obsega pregled pred vstopom v šolo, ter sistematične preglede v času osnovne in srednje šole.

V sklopu sistematičnih pregledov šolarjev izvajamo tudi program zdravstvene vzgoje. V dispanzerju skrbimo za redna cepljenja, določena po programu za cepljenje. Precepljenost naših otrok je zelo velika.

V našem dispanzerju deluje tudi specialistična alergološko-pulmološka ambulanta in ŠOLA za zdravljenje debelosti in motenj hranjenja.

V to ambulanto pošiljajo zdravniki otroke in mladostnike, ki imajo ponavljajoče se težave z dihanjem, dolgotrajnim kašljem in raznimi alergijami; šolo za hujšanje pa priporočamo šolarjem, ki se nezdravo prehranjujejo in niso telesno aktivni.

Cilj dispanzerske dejavnosti je zaščita in skrb za zdravje otrok, mladostnikov in njihovih družin, ozaveščanje širše družbene skupnosti ter vzgojno izobraževalno delo.

Uvod

Najpogostejši vzroki obiskov malih otrok pri izbranem zdravniku so predvsem bolezni dihal, bolezni ušes, nalezljive in parazitarne bolezni ter atopijske ali alergijske bolezni, urtikarija, reakcije na pike žuželk in zdravila.

Vse prevečkrat se k nam zatečejo otroci s poškodbami, zastrupitvami, opeklinami, padci, ki so nemalokrat nastale zaradi nepazljivosti staršev. Posledično se lahko preprečijo padci, zadušitve, opekline, zastrupitve ter druge nesreče v posameznih starostnih obdobjih.

Najpogosteje pa nas šolarji obiščejo zaradi težav z dihanjem, poslabšanjem astme, poškodb in operativnih ran, trpinčeni in zlorabljeni otroci, zaskrbljeni starši zaradi zlorabe nedovoljenih drog, kajenja, alkohola, psihosomatske težave-skrbi v šoli, v družini; urgentna kontracepcija...



Kaj ogroža otroke v Sloveniji?

Zdravstvena statistika kaže, da naše otroke ogrožajo predvsem poškodbe in zastrupitve. Najpogostejši vzrok težkih in smrtnih poškodb mlajših otrok so prometne nezgode, utopitve, zadužitve, padci, zastrupitve, stik z ognjem in vročimi tekočinami.

Otroci ne morejo izbirati okolja, v katerem živijo in ker je večina težkih poškodb prav stranski učinek okolja in izdelkov, ki jih oblikujejo in uporabljajo odrasli, je naloga medicinske sestre tudi ozaveščanje staršev ter vseh sektorjev in poklicev, ki lahko prispevajo k večji varnosti otrok (načrtovalci bivalnega okolja, otroških igrišč, proizvajalci, prodajalci, pedagoški delavci...)

Vloga medicinske sestre se kaže v:

- delovanju v skladu z veljavnim Kodeksom medicinske etike in deontologije,
- težnji k izboljšani zdravstveni vzgoji, saj bo le ozaveščen in motiviran posameznik aktivno skrbel za svoje zdravje in zdravje drugih,
- promoviranju zdravja na vseh področjih (osebna higiena, aktivno preživljanje prostega časa, oblikovanje pozitivne samopodobe),
- dobrem poznavanju dejavnikov, ki lahko ogrožajo zdravje otroka v različnih okoljih (posledično lahko preprečimo padce, zadužitve, opekline, zastrupitve in druge nesreče v posameznih starostnih obdobjih),
- izvajanju vseh negovalnih intervencij v skladu zagotavljanja najvišje varnosti otroka,
- poznavanju načina komunikacije, primerne otrokovi starosti, da si pridobimo otrokovo zaupanje in zaupanje staršev,
- dobri psihofizični pripravi otroka in pravilno izvedbo negovalne intervencije, saj bomo le tako otroku zagotovili občutek varnosti in pomagali premagati strah pred »modrimi uniformami«,
- v informiranosti staršev in otrok o vrsti diagnostično terapevtskih posegov in pridobitvi njihove privolitve,
- ozaveščanje staršev ter vseh sektorjev in poklicev, ki lahko prispevajo k večji varnosti otrok (načrtovalci bivalnega okolja, otroških igrišč, proizvajalci, prodajalci, pedagoški delavci...),
- posledično se lahko preprečijo padci, zadužitve, opekline, zastrupitve ter druge nesreče v posameznih starostnih obdobjih.

Le z etično in strokovno izvedbo negovalnih intervencij lahko medicinska sestra zagotovi varnost pacienta.

Nekatera najbolj značilna opravila medicinske sestre v ambulanti so:

- medicinska sestra v dispanzerju je v najtesnejši komunikaciji s pacientom,
- izvaja sprejem (ura in datum prihoda), obravnava pacienta s psihičnega, fizičnega in socialnega vidika,
- izvaja medicinsko tehnične posege po naročilu zdravnika (sterilnost pri posegih),
- sodeluje v timskih obravnavah,
- obdela in interpretira statistične podatke,
- izvaja zdravstveno vzgojo.

Pomemben del vsebine našega dela je preventiva. Če bi to delo opustili, bi izgubili nadzor nad celostnim zdravstvenim stanjem populacije.

Medicinska sestra v preventivni dejavnosti:

- pridobi anamnezo (varnost podatkov, ki nam jih zaupa pacient),
- individualno obravnava vsakega otroka na sistematičnem pregledu,
- izvaja cepljenje (pravilo 5p),
- hladna veriga pri transportu cepiva,



- pravilna aplikacija cepiva-d,1 roka,
- zdravstveno vzgojno delo (majhni otroci- individualno s starši; mladostniki-predavanje v skupinah).

Zdravstvena vzgoja staršev malih otrok zajema:

- otrok naj bo nameščen in varno pripet v otroškem sedežu, primernemu njihovi starosti in teži,
- spremljanje otroka v prometu, dokler ni povsem zanesljiv (uporaba kresničke, rumena rutica)
- na kolesu vozimo otroka v sedežu za kolo pri več kot 12 mesecih otrokove starosti, pa do 22 kg otrokove teže (uporaba kolesarske čelade),
- glede utopitev so najbolj ogroženi otroci okrog 2. leta starosti, ko začnejo raziskovati okolico, mlajši otrok se lahko utopi že v nekaj centimetrih vode v kopalni kadi (nadzor odrasle osebe!),
- zadušitve preprečujemo, če odstranimo vse drobne predmete (lizike, lešniki, drobne igrače..) (nadzor odrasle osebe!),
- padce preprečimo, če otroka ne puščamo niti za hip samega na previjalni mizi, v stolčku in vozičku ga primerno pripnemo, padce po stopnicah preprečimo z namestitvijo zaščitnih ograj, zaščitimo ostre robove, namestimo nedrsečo podlogo v kopalno kad.),
- zastrupitvam se lahko izognemo, da hranimo vsa zdravila nedosegljiva otrokom, kupujemo vsa čistila in kemikalije z dvofaznim zapiranjem in jih shranjujemo nedostopna otrokom; tudi nekatere sobne rastline- difenbahija, božična zvezda ne sodijo v doseg otrok; glede gob strokovnjaki priporočajo opustitev le-teh v prehrani otrok,
- oparine so največkrat z vročo hrano, v kopalni kadi brez nadzora odraslih, ali ko povlečejo namizni prt in se na ta način opečejo z vročimi stvarmi, ki so na mizi,
- poškodbe z ostrimi predmeti (noži, steklom, ročnim orodjem..) preprečimo, da le-te shranjujemo v otroku nedostopnih predalih.

V šolskem dispanzerju ob sistematskih pregledih izvajamo vzgojo za zdravje in varnost za šolske otroke in mladostnike. Program poteka v sodelovanju z IVZ RS in ZZV.

PRVI RAZRED OSNOVNE ŠOLE – ZDRAV NAČIN ŽIVLJENJA

svetovanje o nekaterih pomembnih vidikih zdravega načina življenja je namenjeno staršem in njihovim otrokom, ki vstopajo v prvi razred. Otroci ob sistematskem pregledu prejmejo:

- pobarvanko Zajčkova pot v šolo (Babič, S., IVZ RS), ki otrokom spregovori o varni poti v šolo, učnem prostoru in šolski torbi, prostem času, gibanju, zdravi prehrani in pijači, varnem družinskem življenju, ter počitku in spanju.



TRETJI RAZRED OSNOVNE ŠOLE – PREŽIVLJANJE PROSTEGA ČASA

Kako koristno, zanimivo in dejavno preživeti prosti čas je vsebina in namen svetovanja otrokom in staršem v tretjem razredu. V razmišljanju in udeležanju načrtov je v pomoč knjižica Zajčkov prosti čas (Bajt, M., IVZ RS).



ŠESTI RAZRED OSNOVNE ŠOLE – ODRAŠČANJE

Kaj »se dogaja« z mladostnikom v času odraščanja, kaj vzbuja negotovost, kaj buri in bega čustva ter misli, kako se dobro pogovarjati in lepo komunicirati, ,so vprašanja na katera poskušamo v skupini mladih poiskati odgovore.

OSMI RAZRED OSNOVNE ŠOLE – GIBANJE

Gibanje je pomemben dejavnik dobrega počutja in varovanja zdravja. Mlade želimo spodbuditi k primerni telesni dejavnosti. Izhodišče za skupinski pogovor je knjižica Gibam se za mladostnike (Koprivnikar, H., IVZ RS), ki jo mladi prejmejo v okviru programa.



PRVI LETNIK SREDNJE ŠOLE – TELESNA TEŽA

Spodbuditi zdrav odnos do vzdrževanja telesne teže je namen učnega srečanja.

V knjižici Telesna teža za mladostnike (Podkrajšek, D.) mladostniki lahko poiščejo odgovore na morebitna vprašanja in dileme.

TRETJI LETNIK SREDNJE ŠOLE – ZA ZDRAVO IN VARNO LJUBEZEN

Dijaki se z medicinsko sestro pogovorijo o kontracepciji, nosečnosti, prekinitvi nosečnosti, spolno prenosljivih okužbah. Temelj, okvir in rdeča nit tematike so humani, spoštljivi odnosi med spoloma.

Medicinske sestre in zdravstveni tehniki za izvajanje zdravstvene nege bolnikov prevzemajo osebno moralno odgovornost za svoje ravnanje; strokovno poklicno deontološko odgovornost za izvajanje dejavnosti pa pravno odgovornost kot: disciplinsko odgovornost, ki je določena z disciplinskim pravilnikom, odškodninsko odgovornost za povzročeno škodo in kazensko materialno odgovornost.

Nekatera splošna priporočila za preprečevanje in odpravljanje napak

- načrtovanje dela, stalno preverjanje varnosti lastnega dela,
- nenehno usposabljanje in izobraževanje,
- možnost nastajanja zdravstvene, organizacijske ali drugačne napake nikakor ne sme biti ovira za pridobivanje novih znanj in veščin vseh članov tima, nasprotno, lahko je le spodbuda za učinkovitejšo medsebojno komunikacijo in pogostejšo analizo skupnega dela.

Strokovni standardi in pravilniki za izvajanje procesa zdravstvene nege

- medicinske sestre in zdravstveni tehniki sodelujejo z zdravnikom v zdravstvenem timu v procesu diagnostike zdravljenja in rehabilitacije,
- medicinska sestra prevzame po naročilu zdravnika izvajanje medicinsko tehničnih posegov,
- vsak zdravstveni delavec sme opravljati samo tisto delo, ki ga je zmožen obvladati po svoji izobrazbi in ga zares obvlada po svoji izkušnosti,
- čista delitev dela z vso odgovornostjo pomeni največjo stopnjo varnosti za bolnika in za



zdravstvenega delavca.

ZAKLJUČEK

skrb za varnost pacienta ne sme biti zgolj na papirju, sledenje napak in poročanje o neželenih dogodkih mora postati delovna obveza vseh, ki sodelujejo pri procesu zdravljenja.

Odrasli pogosto preveč razmišljamo in pozabljamo na srce, na tisti skriti del, v katerem do pozne starosti bije in sije naše otroštvo, del, v katerem ostajajo zapisane vse stvari, ki so vtisnile pečat otroški duši.

In o čem razmišlja otrok?

O pravici vseh pravic: živeti, biti, želeti, hoteti, imeti, dati, spoznati, se igrati, znati dobro ravnati.

A njegov glas nemalokrat ponikne v vrvežu pomembnosti, v katerem se za pravo potjo peha svet odraslih.

Da smo na pravi poti, začutimo šele v srcu.

Ko vemo, da imamo prav.

In tako tudi mislimo.

Ko dopustimo svojemu notranjemu otroku, da spregovori. In mu prisluhnemo.

Šele tedaj bo slišan glas otrok, vaših, naših, njihovih...

LITERATURA:

1. Hajdinjak A.; Meglič R. Pomen standardov v sodobni zdravstveni negi. *Obzor Zdr N* 1998; 35:29-35
2. Kersnik J. Izboljševanje kakovosti oskrbe bolnikov. *Med Razgl* 1998; 37: 77-87.
3. Kadivec S. Zagotavljanje kakovosti v zdravstveni negi. *Obzor Zdr N* 1988; 32: 209-213
4. Leape LL. Napaka v medicini. *JAMA-slovenska izdaja* 1996; 4: 15-24.
5. Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, 1994.
6. Proces zdravstvene nege z dokumentiranjem, Maribor: Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego, 1995.
7. Standardi negovalnih intervencij zdravstvene nege. Maribor: Splošna bolnišnica Maribor, 1996.
8. Strojín T. Uvod v zdravstveno pravo: (izbrana poglavja iz zdravstvene zakonodaje). Ljubljana: Uradni list Republike Slovenije, 1998, 115-120.
9. Vodnik po zdravstvenih pravicah otrok, mladostnic in mladostnikov: UNICEF Slovenija. različni avtorji.



II. SKLOP

PRIMERI DOBRE PRAKSE



OBRAVNAVA NAPAK NA OTROŠKEM ODDELKU SPLOŠNE BOLNIŠNICE JESENICE

*Jožica Trstenjak, dipl.m.s.
Otroški oddelek, Splošna bolnišnica Jesenice*

IZVLEČEK:

Namen prispevka na srečanju je prikazati pomen vzpostavljene kulture varnosti tako za paciente kot za zaposlene. S pravilno vzpostavljenim sistemom sporočanja napak, se bo kakovost storitev povečala in močno zmanjšala možnost ponavljanja istih napak in preprečila nastanek novih. Nadvse pomembno je ne kaznovalno obravnavanje in seznanjanje vseh zaposlenih o vzrokih za nastanek in ukrepov, ki se izvedejo zato, da se napaka ne bo več ponovila.

KLJUČNE BESEDE:

varnost pacientov, napake v zdravstvu

VARNOST PACIENTOV

Bolan otrok sprejet v bolnišnico, skupaj s starši ali brez njih, je zaupan osebju v ustanovi, ki mora poskrbeti za kakovostno zdravljenje in zdravstveno nego. Eno izmed načel kakovosti je tudi varnost bolnika v zdravstveni ustanovi. V listini o pravicah otroka v bolnišnici je zapisano, da mora za otroke skrbeti ustrezno usposobljeno osebje in zdravijo naj se v okolju, ki ustreza standardom varnosti in nadzora.

Delo medicinske sestre ob bolnem otroku zahteva od nje strokovno znanje, usposobljenost, zrelost, empatičen odnos in veliko mero skrbnosti in pozornosti. Pri delu prihaja do nepredvidenih situacij v katerih mora pravilno ukrepati in jih izvesti brezhibno, vse kar izvaja mora zagotoviti varno oskrbo pacienta. Glavni cilj v smislu varnosti je **varen otrok**. Poglavitni cilji pri zagotavljanju varnosti otrok v bolnišnici so, **varna aplikacija zdravil, preprečeni padci in poškodbe otrok, kakovostno izvedena zdravstvena nega** in vsi ostali postopki, ki se izvajajo pri pacientu.

Oskrba pacientov nikoli ne poteka brez tveganj, vendar se moramo zavedati, da lahko preprečimo veliko število napak, ki se zgodijo pri našem delu. Večina napak ne povzroči škode za paciente, lahko pa se zgodijo tudi napake z katastrofalnimi posledicami.

Vprašanja, ki se ob dogodku zastavijo so sledeča:

- Zakaj je do napake prišlo?
- Kdo je odgovoren za napako?
- Kako ukrepati neposredno po dogodku?
- Kaj in kako postopati, da se napaka ne bo ponovila?
- Kdo je odgovoren za izvedbo korektivnih ukrepov?

SISTEMSKA NAPAKA ALI NAPAKA POSAMEZNIKA?

Definicija zdravstvene napake: Zdravstvena napaka je napaka, ki se zgodi pri opravljanju zdravstvene dejavnosti. Pomeni odstopanje od pričakovanih norm zdravstvene stroke in od tega, kar se v stroki smatra kot običajno in pravilno.



Sistemska napaka je tista, ki se zgodi zaradi pomanjkljivosti v delovnem procesu. Z izboljšanjem delovnega procesa lahko napake v bodoče zmanjšamo ali celo odpravimo.

Napaka posameznika je tista, ki nastane kot posledica neznanja, površnosti, ... zaposlenega. Zmanjšamo jih lahko s strokovnim usposabljanjem, presojanjem dela posameznikov, povečanjem zavesti pri zaposlenih o potrebi po medsebojnem opazovanju,...

Cilj obravnave napak je naslednji:

1. osredotočiti pozornost zdravstvene ustanove, kjer je prišlo do napake, na razumevanje porekla vzrokov in vpeljevanje sprememb v sisteme dela in procese, z namenom preprečitve takih dogodkov v bodoče,
2. izboljšanje varnosti bolnikov,
3. izboljšati znanje o možnostih nastanka napak,
4. obdržati zaupanje ljudi v zdravstvene ustanove.

Potrebno je vzpostaviti ne kaznovalni sistem poročanja tudi skorajšnjih napak in jih na primeren način analizirati – vpeljati kulturo varnosti. Raziskati je potrebno vse napake, pomagati udeleženi na primeren način in izvesti vse ukrepe, da se napake ne ponovijo. Zato je potrebno veliko strokovnega znanja, poučevanje zaposlenih o pomenu javljanja tudi opozorilnih neljubih dogodkov in o pomembnosti razgovorov o dogodkih. Predvsem pa je pomembno narediti vse, da preprečimo, da bi do napak sploh prišlo. Pomembno je že prej ugotoviti kritična mesta za možen nastanek neljubih dogodkov in uvesti varovala, da do njih ne pride. Velik pomen pri odkrivanju kritičnih mest imajo varnostne vizite in razgovori o varnosti. S tem dosežemo večjo varnost pacientov in tudi zaposlenih.

V predstavitvi na srečanju bosta predstavljena dva primera : en primer napake in primer skorajšnje napake, ukrepi, ki so bili izvedeni, opis doživljanja medicinskih sester vpletenih v dogodek, razprava o pravih postopkih in kaj bi lahko pri obravnavi dogodka izboljšali ter mnenje zaposlenih o nastanku in preprečevanju nastanka napak.

LITERATURA:

1. Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. *Zdravstvena napaka*. <http://www2.gov.si/mz/mz-splet.nsf>
2. Kadivec S. *Zagotavljanje kakovosti v zdravstveni negi*. *Obzor Zdr N* 1998; 32: 209 – 213
3. Korošec D. *Medicinsko kazensko pravo*. Ljubljana: Cankarjeva založba, 2004: 95-105.
4. Robida A. *Opozorilni nevarni dogodki*. *Isis* 2002; 5: 39-47.
5. Robida A. *Priročnik splošnih standardov zdravstvene obravnave za bolnišnice*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, 2004
6. Kersnik J. *Zdravstvene napake*. 19. učne delavnice za zdravnike družinske medicine. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 2002.
7. Šelih A. *Pravice bolnega otroka in staršev – pravni vidik*. *Slov Pediatr* 1998; 5: 14 – 16



NOTRANJI TRANSPORT OTROKA – PRIKAZ PRIMERA S PREDSTAVITVIJO PROTOKOLA

Ana Galič, dipl.m.s.

Služba za pljučne bolezni, UKCL, Pediatrična klinika Ljubljana

IZVLEČEK

Transport otroka pomeni prenos ali prevoz otroka do zdravstvene ustanove, ali v sami zdravstveni ustanovi, v kateri bo opravljen diagnostično terapevtski poseg ali zdravljenje. Primarni prevoz pomeni prevoz hudo bolnega otroka v zdravstveno ustanovo (1). Sekundarni prevoz pomeni med bolnišnični prevoz kritično bolnih otrok z medicinsko ekipo. Klinični oddelek za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo v Ljubljani edini v Sloveniji opravlja tudi helikopterski transport (2). V prispevku je predstavljen interni protokol za notranji transport otroka.

KLJUČNE BESEDE;

otrok, transport, medicinska sestra.

UVOD

Transportni sistemi bolnikov v bolnišnicah so pogosto neučinkoviti. Slab transportni povzroča zamude in dolga obdobja čakanja na preiskavo in s tem negativno vpliva na splošno zadovoljstvo bolnih otrok in njihovih staršev ter nenazadnje tudi zdravstvenih delavcev, zastoj pri organizaciji dela, po nepotrebnem troši delovni čas zdravstvenih delavcev, predvsem pa močno vpliva na pojav neželenih dogodkov in poveča možnost za slabši izid zdravljenja pri otroku. Tak transport je tudi zelo drag, saj ima negativen vpliv na zagotavljanje kakovostne oskrbe v celotni organizaciji (3). Notranji transport lahko povzroči škodljive in celo smrtno nevarne učinke pri bolniku. Bolniki so izpostavljeni povečanemu tveganju med samim transportom zaradi zmanjšane natančnosti opazovanja in meritev, ki jih izvajamo med transportom, pa tudi zaradi fizioloških sprememb, ki med transportom nastanejo (4). Vsak transport bolnika zahteva dodatne zmogljivosti bolnišnice, kot so dodatne naprave, delovna sila in oprema, kot tudi dragocen čas zaposlenih. Danes se v bolnišnicah sočamo z negotovo prihodnostjo, pomanjkanjem delovne sile in finančnih sredstev, krčenjem prihodkov ter povečano skrbjo za varnost bolnikov, kot tudi s povečano zahtevo uporabnikov po kakovostni obranavi. V študiji, ki je raziskovala učinkovitost zdravstvenega sistema povezanega s transportom, so ugotovili, da prihaja do nepotrebnih težav in časovnih zamud zaradi slabe komunikacije med osebjem, manjkajoče opreme, kot so primerne postelje, monitorji in podobno. Ugotovili so tudi, da medicinska sestra porabi veliko časa s samo pripravo bolnika na transport, da pa je le ta včasih predolga zaradi manjkajočih in pomanjkljivih navodil in opreme (4).

OD ČESA JE TRANSPORT OTROKA ODVIŠEN IN KAJ MORAMO ZAGOTOVITI?

Transport je zelo odgovorna in zahtevna naloga. Opravlja ga zdravnik specializant in medicinska sestra in/ali zdravstveni tehnik, ki sta za to usposobljena. Kakšen bo transport, je odvisno od:

splošnega stanja otroka (zavest),

razdalje do mesta preiskave,

prostora in poti za prevoz,

števila oseb ob bolniku,

izbire transportnega sredstva (postelja) ki mora biti udobna in varna.

Pred transportom je potrebno zagotoviti, da ima otrok:



urejen dogovor z ustanovo kjer bodo delali preiskavo,
nastavljeno vensko pot, če to narekuje njegovo zdravstveno stanje,
pripravljene zadostne rezerve kisika za pot,
neinvazivno merjenje saturacije, pulza, dihanja krvnega tlaka,
da so otrokovi starši ali svojci obveščeni o otrokovem transportu, oziroma jih vključimo, če so prisotni,
urejeno spremljajočo dokumentacijo.

Med transportom mora otrok biti nameščen tako, da je možen neposreden nadzor in dostop.

V nadaljevanju je prikazan protokol, ki ga uporabljamo na oddelku za pljučne bolezni na Pediatrični kliniki v Ljubljani. Notranji transport največkrat izvajamo, ko otroka transportiramo na rentgen, ultrazvok srca ali druge preiskave, kot so bronhoskopija in podobno. Ne glede na to, da ne zapuščamo ustanove, je transport dolgotrajna in zahtevna procedura, če želimo otroku zagotoviti maksimalno varnost.

Protokol smo izdelali, ker smo tako, kot so ugotavljali v že omenjeni raziskavi, ugotovili, da prihaja do slabe komunikacije med zaposlenimi, nenatančnih in nasprotujočih si navodil ter velike porabe časa medicinske sestre. Protokol zagotavlja medicinski sestri hitro pripravo otroka in staršev, lažje odločanje kaj je za otroka varno ter nenazadnje varnost osebe, ki otroka transportira. Ne smemo pozabiti, da je medicinska sestra prav tako soodgovorna za neželjene dogodke ali slabe izide zdravljenja pri otroku, če med transportom ni izvajala varnostnih ukrepov.



Protokol za transport otroka

UKCL, Pediatrična klinika, Služba za pljučne bolezni; Galič A, Oštir M, 5.1.2010

TRANSPORT OTROKA NA IN IZ PREISKAVE V SPLOŠNI ANESTEZIJI ALI SEDACIJI

TRANSPORT OTROKA NA PREISKAVO

Otroka transportiramo z otroško posteljo, ki mora biti opremljena z:

- zaščitno ograjo,
- oksimetrom (ali monitorjem – glede na klinično stanje otroka),
- kisikovo jeklenko,
- dihalnim balonom in masko primerne velikosti,
- po potrebi tudi aspirator in pripomočke za izvedbo aspiracije zgornjih dihal,
- v kolikor ima traheostomo, pripravimo rezervno kanilo ustrezne velikosti
- po dogovoru lahko otroka transportiramo v naročju staršev – odvisno glede na klinično stanje (vse ostalo ostane enako)
- transport otroka v stabilnem kliničnem stanju opravi medicinska sestra v spremstvu staršev ali bolničarke
- transport otroka, katerega klinično stanje ni stabilno opravi medicinska sestra v spremstvu diplomirane med.s. in po potrebi tudi zdravnika

TRANSPORT S PREISKAVE

- Transport odredi zdravnik anesteziist, ko oceni, da je otrok v stanju za transport.
- Po končani preiskavi otroka obrnemo na bok oz. v položaj nezavestnega in ga v tem položaju transportiramo, da ne bi aspiriral v primeru bruhanja.
- Transportiramo na postelji z zaprto ograjo.
- Med transportom že nadziramo vitalne funkcije otroka ter izvajamo potrebne intervencije.
- Transport otroka iz preiskave opravi medicinska sestra v spremstvu zdravnika specializanta, po potrebi tudi diplomirane med.s. in zdravnika specialista.

Pogostost meritve vitalnih funkcij

- Merimo SaO₂, frekvenco dihanja in pulza: na 15 minut med transportom in še eno uro po prihodu na oddelek,
- nato na 1 uro še nadaljnjih 6 ur,
- telesno temperaturo izmeri po potrebi,
- ob vsaki spremembi takoj obvesti zdravnika

Glede na klinično stanje otroka se odločimo za način nadzora ter pogostosti meritev vitalnih funkcij.

Medicinska sestra opazuje, meri in beleži:

Dihanje:

- ritem,
- način dihanja,



UKCL, Pediatrična klinika, Služba za pljučne bolezni; Galič A, Oštir M, 5.1.2010

- frekvenco dihanja v spanju,
- dihalno delo,
- kašelj.

Barva kože

- bledico,
- marmoriranost,
- hladna, topla, vroča
- potenje,
- prisotnost cianoze,
- prisotnost izpuščajev ali urtike.

Oksigenacija in cirkulacija

- saturacijo (zasičenost) tkiv z kisikom,
- frekvenco pulza,
- po potrebi izmeri krvni pritisk,
- telesno temperaturo.

Splošno stanje otroka

- zavest.
- bolečina,
- način komunikacije,
- vzpostavitev očesnega kontakta,
- nemir.

Intervencije medicinske sestre na transportu

- skrbi za prehodne zgornje dihalne poti,
- daje kisik po merilih za aplikacijo oz. po naročilu zdravnika,
- daje inhalatomo terapijo po naročilu zdravnika,
- opazuje, meri in beleži vitalne funkcije,
- opravlja postopke reanimacije.



TRANSPORT OTROKA NA IN IZ PREISKAVE

1. Transport otroka na preiskave znotraj klinike

- a)
- otroka lahko na preiskave spremlja bolničarka v primeru, da je njegovo klinično stanje stabilno
 - v kolikor starši želijo lahko transport poteka v naročju staršev ali otroškem vozičku
 - v kolikor je otrok večji ponudimo invalidski voziček
- b)
- otroka, ki potrebuje dodatek kisika spremlja na transport medicinska
 - sestra
 - medicinska sestra otroka transportira s pomočjo kisikove jeklenke
 - v kolikor je otrok težji od 12 kg-15 kg, ga transportira v naročju staršev, ki jih posedimo na invalidski voziček
 - večjega otroka, ki potrebuje dodatek kisika, vendar je pokreten obvezno transportiramo z invalidskim vozičkom
 - medicinska sestra se opremi z pulznim oksimetrom glede na klinično stanje otroka (mejne saturacije, močno povečano dihalno delo, nenadna poslabšanja)

2. Transport otroka na preiskave izven klinike

- a)
- otroka lahko na preiskave spremlja bolničarka v primeru, da jem njegovo klinično stanje stabilno
 - v kolikor starši želijo lahko transport poteka v naročju staršev ali otroškem vozičku
 - v kolikor je otrok večji ponudimo invalidski voziček
- b)
- otroka, ki potrebuje dodatek kisika spremlja na transport medicinska
 - sestra
 - medicinska sestra otroka transportira s pomočjo kisikove jeklenke (rezerva)
 - v kolikor je otrok težji od 12 kg-15 kg, ga transportira v naročju staršev, ki jih posedimo na invalidski voziček
 - večjega otroka, ki potrebuje dodatek kisika, vendar je pokreten obvezno transportiramo z invalidskim vozičkom
 - medicinska sestra se vedno opremi z pulznim oksimetrom, ali monitorjem glede na klinično stanje otroka (mejne saturacije, močno povečano dihalno delo, nenadna poslabšanja)

ZAKLJUČEK

Transport prinaša tveganje, verjetnost, da se bo neka stvar zgodila ali ne (tehnična okvara aparata, okvara dvigala, nepredvideno čakanje na preiskavo ali specialista, poslabšanje stanja, slabost in bruhanje zaradi nemira...). V kolikor se tveganja zavedamo, je to prvi korak k varnemu transportu. Kadar transport načrtujemo in ob tem upoštevamo varnostne ukrepe, bo obravnava otroka res varna in kakovostna. Ob vsem tem je potrebna potrpežljivost, sočutje in dobra komunikacija z bolnikom ali svojci.



LITERATURA

1. *Ivanuša A, Železnik D. Standardi in aktivnosti zdravstvene nege. Univerza v Mariboru, Visoka šola za zdravstvo, Maribor 2002.*
2. *Primožič J, Novak A. Primarni in sekundarni prevozi življenjsko ogroženih otrok.*
3. *Primožič J, Derganc M, eds. Dvodnevni tečaj iz reanimacije otroka, Klinični*
4. *Oddelek za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo, Kirurška klinika, Klinični center. Ljubljana, 2000: 40- 43.*
5. *Dershin H et al. Commentary on Quality improvement for a hospital patient transportation system. HOSP HEALTH SERV ADM 1993;38(1):111-9.*
6. *Hendrich AL, Lee N. Intra-unit patient transports: time, motion, and cost impact on hospital efficiency. Nursing Economic\$, 2005 Jul-Aug; 23 (4): 157-64*
7. *Warren J et all. Guidelines for the inter and intrahospital transport of critically ill patients. Crit Care Med, 2004, 32; 256-262.*
8. *Oštir M (2007). Ocena respiratornega statusa pri otroku in mladostniku. In: Oštir M, Maček V, eds. Astma pri otroku. Ljubljana: Klinični center, Pediatrična klinika.*



KADROVANJE V ZDRAVSTVU – POMEMBEN ELEMENT VARNOSTI: PREGLED LITERATURE

*Renata Vettorazzi, dipl.m.s., univ.dipl.org.
Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta*

IZVLEČEK

Izhodišče: V prvem delu članka je predstavljena povezava med kadrovanjem v zdravstveni negi ter varno oskrbo pacienta. Drugi del članka pa prikaže posebnosti kadrovanjem v pediatrični zdravstveni negi.

Namen prispevka je predstavitev spoznanj iz tujih raziskav na področju varnosti pacientov v povezavi z ustreznim kadrovanjem.

Metode: Opravljen je bil pregled domače in tuje literature s področja varnosti v zdravstvu in zdravstveni negi. Za dostop so bili uporabljeni naslednji strežniki: Science Direct, Cinahl, Web of science, Cobiss. Kriterij izbora literature so bile spodaj navedene ključne besede.

Zaključek: Ustrezno kadrovanje v zdravstveni negi močno vpliva na varnost pri pacientih.

KLJUČNE BESEDE:

varnost, kadri, zdravstvena nega, zdravstvo

UVOD

Skrb za dobro počutje in varnost pacientov je srce profesionalne zdravstvene nege. V bolnišnicah in drugih zdravstvenih ustanovah medicinske sestre zagotavljajo 24 urno zdravstveno nego. Varnost je le ena dimenzija dobre prakse, ki pa jo lahko merimo z različnimi indikatorji (Schott, 2003). Ministrstvo za zdravje RS (2004) opredeli varnost kot stopnjo, pri kateri se zdravstvena oskrba odvija varno ter se do največje možne mere zmanjšajo tveganja ali nezaželeni dogodki za bolnika in izvajalca.

Kadri so najpomembnejši del organizacije. Poimenovanje kadri zajema vse ljudi, ki lahko kakorkoli sodelujejo v neki obliki organiziranega dela. Kadri so sami zase vir, obenem pa je vsak posameznik vir osebnostnih, strokovnih in delovnih lastnosti (Možina et al., 1998). Planiranje kadrov je sistematičen in kontinuiran proces spoznavanja potreb organizacije po kadrih, ob upoštevanju spreminjajočih se pogojev poslovanja organizacije in individualnih potreb posameznikov. Planiranje kadrov ima za cilj zagotoviti uspešnost organizacije in je del procesa planiranja v organizaciji (Armstrong, 1993 cit. po Florjančič et al., 1999). Planiranje kadrov lahko razdelimo na tri faze: analizo sedanjega stanja kadrov, ocena potreb v prihodnosti ter opredelitev ciljev izvajanja kadrovskih dejavnosti (Florjančič et al., 1999).

KADROVANJE V ZDRAVSTVU

V zadnjem času se vse več pozornosti namenja ugotavljanju oziroma merjenju uspešnosti delovanja (performance measurment) in učinkovitosti (efficiency) zdravstvenih organizacij zaradi omejenosti sredstev ter vse hitrejšega povečanja javnih in zasebnih izdatkov, namenjenih za zdravstvo (Kuhar, Marušič, Robida, 2008). Nahajamo se v obdobju, ko se omejujejo sredstva v zdravstvu. Bolnišnice imajo težave pri zagotavljanju denarja ter se problema lotevajo na različne načine. Predvsem želijo nuditi kvalitetno zdravstveno oskrbo z čim manjšimi stroški. Mnoge bolnišnice se odločajo, da bodo zmanjšale stroške z zmanjševanjem kadra, kar pa ima lahko neugodne vplive na rezultate zdravljenja pri pacientih.



International Council of Nursing (ICN) je leta 2006 izdalo dokument z naslovom Ustrezno zaposlovanje rešuje življenja (Safe staffing saves lives), kjer opozorijo na problem pomanjkanja medicinskih sester. Pomembno je, da se zavedamo vplivov ustreznega zaposlovanja medicinskih sester na varnost pacientov ter na obolevnost in smrtnost pacientov. Predvsem pa dokument vsebuje članke, ki z dokazi podprejo, da ustrezno zaposlovanje vpliva na obolevnost ter smrtnost pacientov.

V literaturi ni zaslediti natančnih definicij, kaj je to ustrezno zaposlovanje. Avtorji pa se strinjajo, da je ustrezno zaposlovanje povezano z različnimi situacijami v zdravstveni negi ter, da je pomemben element ustreznega zaposlovanja tudi ustrezno število kadrov, ki se srečujejo s kompleksnimi potrebami pacientov v različnih situacijah. Začetna definicija kadrovanja je bila: število in vrsta kadra potrebnega za zagotavljanje zdravstvene nege pacientom (Giovannetti 1978, cit. po McGillis Hall, 2005). Sedaj se avtorji zavedajo, da zaposlovanje ne pomeni zgolj številke in da so pomembni tudi drugi dejavniki pri zagotavljanju varne oskrbe, kot so: delovne obremenitve, delovno okolje, kompleksnost pacientov, usposobljenost osebja zdravstvene nege, kombinacija različnega osebja zdravstvene nege, ekonomičnost ter učinkovitost v povezavi z rezultati pri pacientih in medicinskih sestrah. Ameriško združenje učiteljev je leta 1995 podalo naslednjo definicijo: »Ustrezno zaposlovanje pomeni zadostno število kadra z različno usposobljenostjo, ki je vedno na voljo za zagotavljanje pacientovih potreb ter s tem zagotavljanje varnega delovnega okolja«. Ameriško združenje medicinskih sester Severne Karoline (NCNA¹ 2005) poda definicijo: »Ustrezno kadrovanje je odsev kakovostne zdravstvene nege, delovnega okolja medicinskih sester in rezultatov organizacije. Ustrezno kadrovanje združuje kompleksnost in intenzivnost aktivnosti zdravstvene nege; različne ravni priprave medicinskih sester, kompetence in izkušnje; razvoj kadrov v zdravstvenem varstvu; podpora managementa v zdravstveni negi na operativnih in izvršilnih ravneh, kontekstualno in tehnološko okolje ustanove, razpoložljivost pomožnih služb; ter zaščita oseb, ki poročajo o nepravilnostih«.

Nezaželeni dogodki kot so padci, napake pri aplikaciji zdravil in nepravilni kirurški posegi zvišujejo obolevnost in smrtnost pri pacientih. Kohn, Corrigan in Donaldson (2000) navajajo neželene dogodke kot posledico neustreznih procesov, nezadostne podpore zaposlenim ter premajhni promociji varne prakse. Predlagajo priporočila na nacionalni in lokalni ravni za zmanjšanje neželenih dogodkov ter izboljšanje varnosti pacientov, ki naj bi zajemala:

- vodenje in znanje za varnost pacientov,
- sisteme za poročanje o napakah,
- zaščito medicinskih sester, ki poročajo o neželenih dogodkih in problematiki kadrovanja,
- določanje standardov uspešnosti in pričakovanj glede varnosti pacientov,
- ustvarjanje varnostnih sistemov v zdravstvenih organizacijah.

Več raziskovalnih člankov opisuje neposredno povezavo med ustreznim kadrovanjem in izidih pri pacientu (npr. obolevnost in umrljivost). Dokazov o pomenu ustreznega kadrovanja v različnih situacijah in okoljih je čedalje več. Blegen, Goode in Reed (1998) so preučevali povezavo med razmerjem medicinskih sester z različno stopnjo izobrazbe ter obolevnostjo in smrtnostjo pacientov. Dokazali so, da je večja zastopanost diplomiranih medicinskih sester v negovalnem timu povezana z nižjim obsegom napak pri aplikaciji zdravil in razjed zaradi pritiska ter večjim zadovoljstvom pacientov. Istega leta sta Blegen in Vaughn izvedla še dodatno študijo, kjer sta preučevala ravni zaposlovanja medicinskih sester v povezavi z izidi pri pacientih. Tudi v tej raziskavi se je izkazalo se, da je napak pri aplikaciji zdravil manj, če je v kolektivu večji delež diplomiranih medicinskih sester.

Kovner in Gergen (1998) sta dokazala povezavo med zaposlitvijo medicinskih sester za polni delovni

¹ North Carolina Nurses Association



čas (full time equivalent) na pacienta in okužbami sečil, pljučnico, trombozo ter pljučnimi zapleti po večjih operacijah. Shultz s sodelavci (1998) je v študijo zajel 68 000 pacientov po mikoardnem infarktu. Izkazalo se je, da je bilo število dnevih ur diplomiranih medicinskih sester na pacienta v povezavi s smrtnostjo pacientov. Aiken s sodelavci (1999) odkrije, da je bila dodatna medicinska sestra pri pacientu z AIDS-om povezana s petdeset odstotnim zmanjšanjem umrljivosti v tridesetih dnevih. Povečanje 0,25 medicinske sestre na dan je bilo povezano z dvajset odstotnim zmanjšanjem smrtnosti v tridesetih dnevih. Amaravadi s sodelavci (2000) pride do spoznanja, da se poveča verjetnost pooperativnih in pljučnih komplikacij pri pacientih po ezofegotomiji, če v intenzivni enoti ponoči ena medicinska sestra skrbi za več kot dva pacienta. Kovnerjeva (2001) je preučevala vpliv kadrovanja in organizacije dela na rezultate pri pacientih ter zdravstvenih delavcih. Raziskava je dokazala, da so rezultati specifični glede na disciplino (npr. zdravstvena nega). Večina avtorjev je dokazala obratno sorazmerje med smrtnostjo in številom medicinskih sester na pacienta na dan, odstotkom diplomiranih medicinskih sester v negovalnem timu ter številom diplomiranih medicinskih sester na bolnišnico. Nekateri avtorji navajajo obratno sorazmerje med številom diplomiranih medicinskih sester na pacienta na dan ter neželenimi dogodki. Dimick s sodelavci (2001) najde povezavo med zmanjšanim številom medicinskih sester ponoči in s povečanim tveganjem glede specifičnih pooperativnih pljučnih zapletov. Sovie in Jawad (2001) sta opazila zmanjšano število padcev in večje zadovoljstvo pacientov glede obvladovanja bolečine, ko se je povečalo število ur dela medicinskih sester na pacienta.

Needleman s sodelavci (2002) je izvedel presečno analizo na vzorcu petih milijonov pacientov z internističnimi obolenji ter 1,1 milijonu kirurških pacientov ter dokazal povezavo med večjim deležem ur zdravstvene nege na dan in krajšo ležalno dobo v bolnišnici, manj vnetij sečil, manj krvavitev iz zgornjih prebavil, pljučnic, šokov in srčnih zastojev ter manj neuspešnih primerov reševanja. Podobne rezultate navajata Kanadska zveza in združenje medicinskih sester (CNA in CFNU², 2004), ki sta po pregledu literature zapisala empirična dognanja, ki kažejo na povezavo med nezadostnim zaposlovanjem medicinskih sester ter različnimi nezaželenimi rezultati pri pacientih, npr.: razjede zaradi pritiska, vnetja sečil, pljučnice, pooperativne okužbe ran, napake pri aplikaciji zdravil, pljučni zapleti tromboze, neustrezno obvladovanje bolečine, krvavitve iz zgornjih prebavil, padci, šok in srčni zastoji, neuspešna reanimacija ter ponovni sprejem v bolnišnico. Poleg tega se z zmanjšanim številom medicinskih sester zmanjša tudi zadovoljstvo pacientov ter poveča število neželenih dogodkov.

Bolnišnice v ZDA objavljajo natančne podatke o pokazateljih kakovosti. Bolnišnice, ki imajo ustrezno število medicinskih sester in zdravnikov so v konkurenčni prednosti pred ostalimi. Privlačno delovno okolje organizacij, imenovanih tudi »magnetne bolnišnice«, jim daje prednost pri zaposlovanju in ohranjanju kadra. Značilnosti takih bolnišnic so: dobro vodstvo, vključenost medicinskih sester v odbore, kjer se sprejema politika organizacije, vodenje z udeležbo, stalno izboljševanje kakovosti, dobro interdisciplinarno sodelovanje in možnost razvoja zaposlenih (Lash, Munroe, 2005).

Ustrezno število kadrov vpliva tudi na zdravje medicinskih sester. Več študij nakazuje ne povezavo med številom zaposlenih medicinskih sester ter zadovoljstvom pri delu (Aiken et al., 2002a; Aiken et al., 2002b). Britanska raziskava, ki so je izvedel Sheward s sodelavci (2005) je odkrila, da privedejo visoka razmerja med številom pacientov na medicinsko sestro do čustvene izčrpanosti ter nezadovoljstva pri delu. Absentizem in slabše zdravje sta pogosteje prisotna pri medicinskih sestrah, ki stalno delajo nadure ali pa delajo brez ustrezne podpore vodstva. Poleg tega lahko taki pogoji dela vodijo v odvisnosti ter nasilje na delovnem mestu (Institutes of Medicine, 2003).

2 Canadian Nurses Association in Canadian Federation of Nurses Union



Nezadostno število kadrov lahko medicinskih sestram daje občutek ogroženosti. Znani so primeri posameznih medicinskih sester, ki so kazensko odgovarjale za napake pri opravljanju dela. Zadostno število kadra daje medicinskim sestram možnost odgovornega izvajanja dela (ICN, 2006).

Velik problem je tudi pomanjkanje učinkovitih orodij za merjenje delovnih obremenitev medicinskih sester. Raziskave na tem področju potekajo predvsem v večjih univerzitetnih bolnišnicah. V tujini je kar nekaj komercialni orodij, vendar le ta lahko v določenih situacijah zajamejo le do 40% dela medicinskih sester. Ta orodja so sicer uporabna za prepoznavanje nalog medicinskih sester, vendar jih večina ni sposobna zajeti kognitivnega in intelektualnega vidika dela. Pomembne naloge, kot so koordinacija, podpora ter odločanje niso dovolj natančno opisane in jih je težko kvantitativno izmeriti. Ta orodja nikakor niso celostna rešitev ustreznega kadrovanja (ICN, 2006).

Nekatere države poskušajo rešiti problem neustreznega kadrovanja z zakonodajo. Tako je leta 2003 v ZDA začela veljati zakonodaja, ki vsebuje:

- zaščito medicinskih sester, ki poročajo o nevarnih pogojih v svoji organizaciji,
- zbiranje in javno posredovanje podatkov o kakovosti v povezavi z zdravstveno nego ,
- potrebe po boljših orodjih za izračunavanje primerne ravni in kombinacije kadrov.

Priporočila razmerij med številom medicinskih sester in številom pacientov, ki jih je izdal ICN leta 2004 so se uveljavila le v ameriški državi Kaliforniji (tabela 1) in v Viktoriji v Avstraliji (tabela 2).

Vrsta oddelka	MS:P
Intenzivna nega	1:2
Neonatalna intenzivna nega	1:2
Operacijska soba	1:1
Prebujevalnica	1:1
Porodna soba	1:2
Predporodno varstvo	1:4
Poporodna oskrba para (otročnica + novorojenec)	1:4
Poporodna oskrba otročnice	1:6
Pediatrija	1:4
Urgenca	1:4
Intenzivna terapija urgenca	1:2
Poškodovanec v urgenci	1:1
Intenzivna nega po operaciji	1:4
Intenzivna nega po operaciji leta 2008	1:3
Telemetrija	1:5
Telemetrija leta 2008	1:4
Internistična /kirurška oskrba	1:6
Internistična /kirurška oskrba leta 2008	1:5
Druga specialna oskrba	1:5
Druga specialna oskrba leta 2008	1:4
Psihiatrija	1:6

Tabela 1: Število medicinskih sester na število pacientov v Kaliforniji ZDA

Vir: California Nurses Association. Ratio basics. http://www.calnurses.org/assets/pdf/ratios/ratios_



basics_unit_0704.pdf <1.3.2010>

Vrsta oddelka	Kategorija bolnišnice	Dopoldanska izmena	Popoldanska izmena	Nočna izmena
Splošni/Kirurški oddelek	Raven 1 ³	1:4 + vodja	1:4 + vodja	1:8
Splošni/Kirurški oddelek	Raven 3 ⁴	1:5 + vodja	1:6 + vodja	1:10
Predporodna/ poporodna	Vse ravni	1:5 + vodja	1:6 + vodja	1:8
Neonatalna intenzivna nega	Raven 1	1:2 + vodja	1:2 + vodja	1:2 + vodja
Operacijska dvorana	3 medicinske sester na operacijsko dvorano (1 operacijska medicinska sestra, 1 operacijska medicinska sestra (scout – krožeča MS) in 1 anestezijska medicinska sestra.			
Pooperativna oskrba / prebujevalnica	Vse izmene 1:1 za nezavestne paciente			

Tabela 2: Število medicinskih sester na število pacientov v Viktoriji (Avstralija)

Vir: *Safe staffing save lives. Information and Action Tool Kit. Internacional Council of Nursing. Dostopno na: <http://www.icn.ch/indkit2006.pdf> <1.3.2010>.*

V zgodnjih devetdesetih letih je vlada v Avstraliji zahtevala zmanjšanje stroškov v zdravstvenem sistemu. V tem času je veliko medicinskih sester odšlo iz javnega zdravstva, ker so bile preobremenjene in so čutile, da pacientom ne morejo zagotoviti varnosti. In ravno to pomanjkanje medicinskih sester je sprožil pripravo zakona o razmerju medicinskih sester na pacienta. Sprva so se odločili za model 1:4 v dopoldanski in popoldanski izmeni v večjih mestnih bolnišnicah (Tabela 2). Vendar se je kasneje izkazalo, da je bolje če naredijo razmerje za oddelek, tako so prešli na razmerje 5:20. Razlika med avstralskim in ameriškim modelom je, da je avstralski dopušča prilagajanje glede na stanje pacienta. Pri takem modelu je ima pomembno vlogo tudi vodja oddelka, ki razporeja medicinske sestre glede na stanje pacienta oziroma glede na znanje in izkušnost medicinskih sester ter lahko tekom izmene prerazporeja zaposlene. V Viktoriji je ta model vrnil nazaj v javno zdravstvo 7000 medicinskih sester. (Gerdtz, Nelson, 2007). Schafer Mourekova in Colbet (2004) navedeta, da v ZDA nimajo dovolj registriranih in licenciranih medicinskih sester, da bi pokrili sprejet zakon, zato se je povečal obseg nadurnega dela in pričeli so zaposlovati kader, ki nima licence. V Viktoriji pa je uzakonjeno, da morajo zaposlovati le diplomirane medicinske sestre, ki so registrirane (Gerdtz, Nelson, 2007).

V Sloveniji Ministrstvo za zdravje spremlja učinkovitost zdravnikov in negovalnega osebja. Podatki o številu akutnih hospitalnih obravnav na leto kažejo razpon od 39 do 80 primerov, kar ponazarja, da obremenjenost negovalnega osebja ni enakomerno porazdeljena (Kuhar, Marušič, Robida, 2008).

KADROVANJE V PEDIATRIČNI ZDRAVSTVENI NEGI

Otroci in mladostniki imajo pravico do visoke kakovosti, oskrbe podprte z dokazi, ki je ključna za prepoznavanje njihovih posebnih potreb in jo izvaja osebje z veliko znanja, izkušnjami in spretnostmi.

³ Glavne učne in raziskovalne bolnišnice

⁴ Manjše mestne bolnišnice



Pri kadrovanju z medicinskimi sestrami v pediatriji, je potrebno upoštevati dejstva kot npr., da so otrokove psihološke potrebe drugačne od odraslih, ter da je poleg skrbi za otroke potrebno učiti in podpirati tudi starše, kar posledično pomeni da medicinske sestre potrebujejo več časa pri izvajanju zdravstvene nege (Royal Collage of Nursing, 2003).

Center za kakovost zdravstvene nege pri Ameriški zvezi medicinskih sester zbira podatke o kazalcih kakovosti pri odraslih pacientih že od leta 1998, medtem ko so kazalce za pediatrično zdravstveno nego pričeli beležiti leta 2004. Poleg dejavnikov, ki jih spremljajo na odrasli populaciji so dodali še podatke o obvladovanju bolečine pri otrocih in številom perifernih infiltracij pri intravenozni terapiji. Pomanjkanje diplomiranih medicinskih sester se kaže predvsem pri slabšem obvladovanju bolečine pri otrocih ter večjem obsegu komplikacij pri intravenozni terapiji (Lancey et al., 2008).

Indikatorji za merjenje kakovosti morajo biti prilagodljivi, tako da se jih lahko uporablja na celotni pediatrični populaciji v vseh bolnišnicah, tako na navadnih kot intenzivnih oddelkih. Poleg tega mora biti zajemanje podatkov izvedljivo, kar pomeni, da osebje ne porabi preveč časa za zbiranje informacij. Navsezadnje pa morajo biti podatki veljavni in zanesljivi (Lancey et al., 2008).

Združenje medicinskih sester managerjev v pediatrični zdravstveni negi (Royal Collage of Nursing, 2003) je s pomočjo delfi študije prišlo do zaključkov: da so otroci in mladostniki, ki so sprejeti v bolnišnico v današnjih časih bolj kritično bolni in zahtevajo več negovalnih intervencij; krajša ležalna doba in hitrejša menjava pacientov predstavlja večjo obremenitev za medicinske sestre; vloge medicinskih sester se večajo in v zdravstveno nego se stalno dodajajo še nova spoznanja oskrbe iz drugih poklicnih skupin; povečuje obseg učenja in podpora staršev; na oddelkih se povečuje število študentov zdravstvene nege. Vsa ta dejstva pa vodijo v to, da bi morale biti razmerje medicinska sestra : pacient v zdravstveni negi pri otroku in mladostniku višje kot pri odraslih pacientih. Hkrati navajajo, da orodje zasedenost postelj v razmerju z medicinskimi sestrami ni primerno za načrtovanje dela medicinskih sester in da je nujno, da se pri tem uporablja kategorizacija pacientov glede na njihovo odvisnost.

Neonatologija	MS:P
Specialna oskrba	1:4
Visoka odvisnost	1:2
Intenzivna terapija	1:1
Intenzivna terapija	MS:P
Stopnja 3 ⁵	2:1
Stopnja 2 ⁶	1:1
Stopnja 1 ⁷	1:2
Splošni otroški oddelki	MS:P
Otroci pod 2 leti starosti	1:3
Ostale starosti - čez dan	1:4
Ostale starosti - ponoči	1:5

Tabela 3: priporočila o razmerju medicinskih sester na pacienta v pediatriji

Vir: Royal Collage of Nursing, 2003 in Paediatric Nursing Associations of Europe, 2007



Vsak dan posebej pa naj bi se načrtovalo delo medicinskih sester vključno s tem za koliko otrok bo odgovorna, glede na potrebe otroka in družine. Nesmiselno je, da bi se strogo držali le številke, ki so predpisane. V ta namen mora delo planirati vodja izmene. Poleg tega pa priporočajo, da se v načrtovanju zagotovi 25% dodatnega časa, ki se ga uporabi za pokrivanje odsotnosti npr. bolniški stalež, dopust, odsotnost zaradi izobraževanja. Za transportiranje otrok se ne sme planirati medicinskih sester, ki so na ta dan razpisane na oddelku. Pomembna je tudi izobrazbena struktura negovalnega kadra. Priporočila so, da bi bilo na neonatalnih oddelkih in v enotah intenzivne terapije zaposlenih vsaj 70% medicinskih sester s specializacijo po končani diplomi. Na splošnih otroških oddelkih pa naj bi bilo zaposlenih vsaj 70% diplomiranih medicinskih sester. V vsaki izmeni bi morali biti na oddelku vsaj dve diplomirani medicinski sestri (Royal Collage of Nursing, 2003).

Uporaba metode razmerje medicinska sestra – pacient lahko daje delodajalcem in vodjem lažen občutek varnosti, ker so prepričani, da lahko na ta način zagotovijo primeren standard oskrbe in lahko zanemarijo kritično nadzorovanje kadra in njihovih rezultatov. Poleg tega lahko ta metoda vodi v podcenjevanje pomembnosti profesionalne presoje in prepoznavanje dejanskega znanja pri zaposlenih (Scott, 2003).

RAZPRAVA

Načrtovanje dela medicinskih sester je kompleksna naloga, v kolikor želimo zadostiti potrebam pacientov. Ključni faktorji pri načrtovanju dela so: direktna zdravstvena nega na oddelku; indirektna zdravstvena nega in druga režijska dela na oddelku; primerna kombinacija negovalnega osebja ter ustrezen proračun sredstev za medicinske sestre (Scott, 2003). V svetu se uporabljajo različne metode pri načrtovanju kadrov zdravstvene nege. V mislih moramo imeti tudi kritiko določenih modelov. Na prvi pogled se zdi idealno, da imajo ponekod zakonsko predpisano razmerje medicinskih sester na pacienta, vendar lahko tak način načrtovanja hitro spremeni medicinske sestre v številke in se jih ne prizna kot strokovnjake pri zagotavljanju kakovostne zdravstvene nege. Razmere v Sloveniji se v zdravstvu s finančnega vidika zaostčujejo. Že pred samo finančno krizo ni bilo zaposlenih dovolj medicinskih sester za kvalitetno in varno oskrbo pacientov, sedaj pa se kaže tendenca, da se bo število medicinskih sester v bolnišnicah še oklestilo. Mlakarjeva (2005) je navedla, da so že leta 2000 v ljubljanskem Univerzitetnem kliničnem centru ugotavljali večje pomanjkanje zdravstvenih delavcev, zaradi večletne neustrezne kadrovske politike. V drugih državah se je varčevanje na račun podhranjenega zaposlovanja izkazalo kot nevarno, zato je pomembno, da na podlagi dokazov, do katerih so prišli tuji raziskovalci utemeljujemo zakaj je tako početje nevarno. Vsekakor pogrešamo raziskave o vplivu nezadostnega kadrovanja v zdravstveni negi na področju Slovenije.

SKLEP

Neustrezno zaposlovanje povečuje možnost neželenih dogodkov za pacienta, hkrati pa ogroža profesionalnost medicinskih sester. Neustrezno zaposlovanje se odraža tudi na zdravju medicinskih sester, saj lahko vodi v čustveno izčrpanost ter nezadovoljstvo pri delu.

5 Stopnja 3: otrok potrebuje podporo dveh ali več organskih sistemov vključno s podporo dihanja; potrebuje intenziven nadzor medicinske sestre ves čas.

6 Stopnja 2: otrok potrebuje stalen nadzor medicinske sestre. Lahko potrebujejo podporo dihanja ali pa podporo dveh ali več organskih sistemov.

7 Stopnja 1: otrok potrebuje stalen monitoring (pulz, neivazivno merjenje krvnega tlaka) ali pa podporo enega organskega sistema (vendar ne podpora dihanja)



LITERATURA

1. Aiken L.H, Clarke S.P, Sloane D.M, Sochalski J, Silber J.H. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout and job dissatisfaction. *Journal of American Nursing Association*, 2002 b; 288(16): 1987-93.
2. Aiken L.H, Clarke S.P, Sloane D.M. Hospital staffing organization and quality care: Cross-national findings. *International Journal for Quality in Health Care*, 2002 a; 14(1): 5-13.
3. Aiken L.H, Sloane D.M, Lake E.T, Sochalski J, Weber A.L. Organization and outcomes of inpatient AIDS care. *Medical Care*, 1999; 37(8): 760-772.
4. Amaravadi R.K, Dimic J.B, Pronovost P.J, Lipsett P.A. ICU nurse-to-patient ratio is associated with complications and resource use after esophagectomy. *Intensive Care Medicine*, 2000; 26: 1857-62.
5. Blegen M.A, Vaughn T. A multisite study of nurse staffing and patient occurrences. *Nursing Economics*, 1998; 16(4): 196-203.
6. Blegen M.A, Goode C.J, Reed L. Nurse staffing and patient outcomes. *Nursing Research*, 1998; 47(1): 43-50.
7. Canadian Nurses Association in Canadian Federation of Nurses Union. Country report for the International Council of Nurses workforce forum, 2004. Dostopno na: http://www.cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/canada_report_2004_e.pdf <1.3.2010>.
8. Dimic J.B, Swoboda S.M, Pronovost P.J, Lipsett P.A. Effect of nurse-to-patient ratio in the intensive care unit on pulmonary complications and resource after hepatectomy. *American Journal of Critical Care*, 2001; 10(6): 376-82.
9. Florjančič J, Ferjan M, Bernik M. Planiranje in razvoj kadrov. Kranj: Moderna organizacija, 1999.
10. Gerdtz M.F, Nelson S. 5-20: a model of minimum nurse-to-patient ratios in Victoria, Australia. *Journal of Nursing Management*, 2007; 15: 64-71.
11. ICN. Safe Staffing Saves Lives: Information and Action Tool Kit. Geneva, 2006. Dostopno na: <http://www.icn.ch/indkit2006.pdf> <1.3.2010>.
12. Institutes of Medicine. Keeping patients safe: transforming the work environment of nurses.



- Washington DC, National Academic press, 2003.
13. Kohn L.T, Corrigan J.M, Donaldson M.S. (Ur.) *To err is human: Building a safer health system.* Washington DC: National Academy, 2000.
 14. Kovner C, Gergen P.J. Nurse staffing levels and adverse events following surgery in U.S. hospitals. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 1998; 30(4): 315-21.
 15. Kovner C. The impact of staffing and the organization of work on patient outcomes and health care workers in health care organizations. *The Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 2001; 27(9): 458-68.
 16. Kuhar M, Marušič D, Robida A. Metodologija za merjenje uspešnosti in učinkovitosti delovanja javnih bolnišnic v Sloveniji. *Bilten*, 2008; 24(2): 45-53.
 17. Lancey S, Smith B, Cox K. *Pediatric Safety and Quality.* V Hughes R.G. (ur.): *Patient Safety and Quality: An evidence-Based Handbook for Nurses.* Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, 2008.
 18. Lash A.A, Munroe D.J. Magnet designation: A communiqué to the profession and the public about nursing. *Medsurg Nursing*, 2005; (Suppl.): 7-13.
 19. McGillis Hall L. Nurse staffing. V: McGillis Hall L. (ur.) *Quality work environments for nurse and patient safety.* Sudbury: Jones and Bartlett Publishers, 2005.
 20. Ministrstvo za zdravje RS. Slovar izrazov, 2004. Dostopno na: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz_dokumenti/delovna_podrocja/zdravstveno_varstvo/kakovost/podrocja_standardov/sp_standardi_slovar_izrazov.pdf <1.3.2010>.
 21. Mlakar J. Minimalni kadrovske standardi v zdravstveni negi. V: Rebernik Milič M. (ur.) *Kadrovske normativi in razmejitev del v operacijski zdravstveni negi. Zbornica zdravstvene in babiške nege slovenija: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti*, 2005: 7-11.
 22. Možina S. (ur.) *Management kadrovskega virov.* Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, 1998.
 23. Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, Stewart M, Zelevinsky K. Nurse staffing levels and the quality of care in hospitals. *New England Journal of Medicine*, 2002; 346(22): 1715-22.
 24. North Carolina Nurses Association Commission of Standards and Professional Practice. *Position paper of safe staffing.* 2005.
 25. Paediatric Nursing Associations of Europe. *Paediatric Nurse Staffing levels in Europe*, 2007. Dostopno na: http://www.rcn.org.uk/development/communities/specialisms/children_and_young_people/forums/other_forums_and_groups/paediatric_nursing_associations_of_europe <1.3.2010>.
 26. Royal Collage of Nursing. *Defining staffing levels for children's and young people's services: RCN guidance for clinical professionals and service manager*, 2003. http://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0004/78592/002172.pdf <1.3.2010>.
 27. *Safe staffing save lives. Information and Action Tool Kit.* International Council of Nursing. Dostopno na: <http://www.icn.ch/indkit2006.pdf> <1.3.2010>.
 28. Schafer Mourek K, Colbert K. *Staffing ratios and patient outcomes: linkage, legislation and logic. Excellence in nursing knowledge*, 2004. Dostopno na: <http://www.nursingknowledge.org/Portal/main.aspx> <1.3.2010>.
 29. Scott C. *Setting safe nurse staffing levels: An exploration of the issues.* Royal Collage of Nursing, 2003. Dostopno na: http://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0008/78551/001934.pdf <1.3.2010>.
 30. Sheward L, Hunt J, Hagen S, Macleod M, Ball J. The relationship between UK Hospital nurse staffing and emotional exhaustion and job dissatisfaction. *Journal of Nursing Management*, 2005; 13: 51-60.
 31. Sovie M.D, Jawad A.F. Hospital restructuring ad its impact on outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 2001; 31(12): 588-600.



NAREDILA SEM NAPAKO - KAJ SEDAJ ? – PRIKAZ PRIMERA

M.Koren, N.Kuralt

*Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinični oddelek za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo,
Bohoričeva 20, Ljubljana*

IZVLEČEK

Članek prikazuje primer medicinske sestre, ki je odkrito spregovorila o svoji napaki, o vzrokih, ki so do nje pripeljali in o stresnih trenutkih, ki jih je ob tem doživljala. V zdravstveni negi, kot kažejo statistični podatki, se napake najpogosteje zgodijo pri ravnanju z zdravili.

KLJUČNE BESEDE:

medicinska sestra, napaka, kultura varnosti

UVOD

Vsaka medicinska sestra, ki je storila napako, ve kako stresno je bilo to zanjo. Ljudje delamo napake in le trenutek nepazljivosti ali slabe koncentracije je dovolj.

Zdravstvena oskrba je zelo kompleksna in večkrat poteka v okolju, ki je pod časovnim pritiskom in uporablja raznovrstno tehnologijo. Zdravstveni delavci vsak dan sprejemajo odločitve in presoje. V takem okolju lahko grede stvari narobe (Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu). Zelo pomembno je, da se zavedamo, da je lahko napaka v zdravstvu usodna. Vzroki za napake medicinskih sester so različni. Vedno večje zahteve in prenaporno delo lahko vpliva na koncentracijo in sposobnosti medicinskih sester, kar lahko privede do napak. Kot najpogostejši vzrok za napake medicinske sestre se navaja preutrujenost. Številne raziskave so poudarile potrebo in možnost zmanjševanja števila neželenih dogodkov v zdravstveni negi. Trenutni podatki kažejo, da je skoraj polovica vseh neželenih dogodkov, ki bi jih lahko preprečili, posledica napak pri ravnanju z zdravili. V nadaljevanju je prikazan primer medicinske sestre, ki je spregovorila o svoji napaki in o vzrokih, ki so pripeljali do le te.

KULTURA VARNOSTI

glede na rezultate številnih raziskav je jasno, da je prvi korak na poti k izgradnji varnosti za bolnike uveljavitev kulture varnosti za bolnike v celotnem zdravstvenem sistemu. V celotni zdravstveni dejavnosti moramo uvesti upravljanje s tveganji kot rutinsko orodje. Predpogoj za njegovo uvedbo predstavlja odprto in zaupanja vredno delovno okolje, katerega kultura temelji na učenju iz neželenih dogodkov, ki so ali niso pripeljali do škodljivosti za bolnika. Taka kultura ne temelji na iskanju krivde ali sramotjenja in posledičnega kaznovanja.

Vodstvo mora ustvariti kulturo varnosti. Kultura varnosti je kultura, ko se vsakdo zaveda, da grede stvari lahko narobe in deluje tako, da ugotavlja tveganja, da je poročanje o varnostnih zapletih odprto in pošteno ter se ljudje lahko učijo iz stvari, ki so šle narobe in tako preprečijo prihodnje neželene dogodke (Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu).

POROČANJE O NAPAKAH

V praksi je še vedno veliko neprijavljenih napak. Vzroki so predvsem strah in odziv kolegov, ki odvrta medicinske sestre, da bi spregovorile in tudi prijavile svojo napako.

Ustrezen pristop vodstva lahko ovire za neporočanje o napakah zmanjša z odstranitvijo:



1. strahu pred obtožbami;
2. strahu, da se bodo poročila uporabila za druge namene, npr. disciplinske postopke, namesto za analizo in izboljšanje;
3. pomankljivih povratnih informacij o tem, kaj se je izboljšalo kot posledica poročanja;
4. premalo časa za pripravo poročil in analiz ter
5. premajhne podpore vodstva.

Kljub temu, da se medicinska sestra zaveda svoje napake se ob tem lahko pojavi panika in jo zato skuša prikriti. Odvisno je od vesti posameznika, ali bo o napaki poročal ali ne. Prijav napak v praksi je dejansko manj, kot jih je v resnici. Za izboljšanje varnosti bolnika je pomembno, da se napake prijavijo oziroma, da medicinske sestre spregovorijo o njih. Zelo pomembno je, da se zavedamo, da samo na podlagi natančnega poročanja o napakah ugotovimo vzroke, naredimo analizo in izvedemo potrebne spremembe, ki so potrebni za izboljšanje varnosti pacientov in nas vodijo k odličnosti. V nasprotnem primeru se bodo lahko enake napake ponovile tudi v prihodnosti.

Pri analizi napake si je potrebno zastaviti vprašanja kot so:

1. Ali je napaka posledica napake v sistemu dela?
2. Ali bi lahko napako preprečili?
3. Katere spremembe so potrebne?
4. Ali so potrebna dodatna izobraževanja?
5. Kakšna je verjetnost, da se bo napaka ponovila?

Za preprečitev enakih napak v prihodnosti je potrebno ljudi spodbuditi k temu, da poročajo o napakah. Za učinkovito se je v praksi pokazala uvedba zaupnega poročanja o napakah z analizo vzrokov in ukrepi za izboljšanje postopkov dela, ki so pripeljali do napake. Namen je učenje iz napak in njihovo preprečevanje. Poudarek je na izboljšavi sistema dela in ne na obdolževanju in kaznovanju oseb, ki so storile napako. Osebni podatki o pacientu in osebi, ki je storila napako, se uporabljajo samo v skupini, ki analizira dogodek.

Primer:

V nadaljevanju je prikazan intervju z medicinsko sestro, ki se ji je primerila napaka pri dajanju zdravil in je bila o tem pripravljena spregovoriti.

1. OPIS NAPAKE:

pripravila sem 10-krat premajhno koncentracijo zdravila v trajni infuziji.

2. KAKO SE JE TO ZGODILO ?

Odhajala sem že iz službe. Zapuščala sem enoto intenzivne terapije, ko so dobili sprejem otroka po operaciji. Ob otroku je bila le ena diplomirana medicinska sestra, ki je nestrpno klicala naj gre nekdo hitro pripraviti zdravilo in mi dala v roke listek, kjer je bilo že vse izpisano. Vzela sem listek, kljub temu, da se mi je zelo mudilo domov. Morala sem po svoje otroke in za mano je bil že zelo naporen dan. Vem, da to ni opravičilo za to kar sem potem naredila, ampak mislim, da je to posledica vseh dogodkov tistega dne, ko imaš polno glavo vsega in že razmišljaš korak naprej. Misli te začenjajo prehitevati. Ko sem pripravljala zdravila sem se še čudila kako to, da je potrebno pripraviti tako majhno koncentracijo zdravila, kljub temu, da je na izpisamen listku pisala pravilna koncentracija. Sama tiste zadnje številke sploh nisem opazila. Nisem šla še enkrat do otroka, da bi to preverila za kar mi je žal. Ker bi s tem gotovo preprečila NAPAKO. Pripravila sem 10-krat manjšo koncentracijo zdravila (namesto 10 enot sem dodala 1 enoto zdravila v brizgalko za kontinuirano



infuzijo). Tudi, ko sem na brizgalko, v kateri je bilo pripravljeno zdravilo, prilepila nalepko nisem opazila, da je na listku napisana 10 krat večja koncentracija od tiste, ki sem jo pripravila. Ne vem kaj sem imela mislih. Zdravilo sem prinesla do otroka. Medicinska sestra, ki je zdravilo priklopila na črpalko, je skupaj z mano želela preveriti ali sem pripravila pravilno koncentracijo zdravila. Bila sem še vedno prepričana, da sem storila prav in zopet preslišala pravilno koncentracijo, o kateri me je spraševala. Odgovorila sem ji, da sem pripravila to koncentracijo in odhitela ven. Na brizgalki je bila napisana pravilna koncentracija in nihče ni mogel vedeti, da tista koncentracija v brizgalki ni pravilna.

3. KAKO SE JE NAPAKA ODKRILA?

otrok je bil ves čas stabilen. Ni imel težav zaradi tega zdravila. Zdravilo je potrebno menjati na 24 ur in naslednji dan me je medicinska sestra, ki je tisti dan pripravljala zdravila vprašala zakaj sem pripravila polno brizgalko zdravila, kljub temu, da v 24 urah ne steče niti polovica brizgalke. Ponavadi pripravljamo manj, da je poraba zdravila manjša. Jaz sem takoj odgovorila zato, ker je bilo potrebno pripraviti manjšno koncentracijo zdravila (1 enoto). Sodelavka se je začudila mojemu odgovoru, saj je bila na brizgalki napisana koncentracija 10 enot zdravila. Ko sem pogledala na listek se mi je stemnilo pred očmi. Točno sem vedela kaj sem pripravila in da sem storila napako. To spoznanje me je zlomilo. Začela sem se tresti, po glavi so se mi začele plestli različne stvari. Bala sem se. Skrbelo me je kaj bo z otrokom.

4. POSTOPKI, KI SO SLEDILI POTEM, KO SI ODKRILA NAPAKO. KOGA SI OBVESTILA?

Vzela sem brizgalko in takoj odšla do zdravnika, ki je bil tisti dan zadolžen za otroka in mu vse povedala. Pogledal je otroka in naročil, da se zamenja zdravilo. Vprašala sem ga ali bo z otrokom vse v redu. Rekel je, da bo o tem poročal na raportu in da bo otrok v redu. Obvestila sem tudi medicinsko sestro, ki je tisti dan nadomeščala glavno medicinsko sestro.

5. KAKŠNI SO BILI TVOJI OBČUTKI OB TEM?

V trenutku, ko sem ugotovila kaj sem storila, sem imela občutek, da se mi je 'sesul' svet. Nič nisem mogla. Bila sem povsem iz sebe. Srce mi je razbijalo, tresla sem se in se spraševala : Kako se mi je lahko to zgodilo? Kaj sem mislila? Kako sem lahko to pripravila? Kaj, če bo kaj narobe z otrokom? Kako to, da sem videla 1 enoto in ne 10 enot? Zakaj nisem bila bolj pozorna?

6. KDO SE JE POGOVORIL S TEBOJ?

Z menoj se je takoj, ko sem jo o tem obvestila pogovorila medicinska sestra, ki je tisti dan nadomeščala glavno medicinsko sestro. Najprej me je še enkrat vprašala ali sem prepričana, da sem naredila napako in kako to, da je brizgalka označena s pravilno koncentracijo. Potrdila sem ji, da sem sigurna koliko sem pripravila in, da ne vem kako je do tega prišlo. Potem me je potolažila. Z menoj se je nekaj časa pogovarjala o tem kako hitro se vse to lahko zgodi, če nismo dovolj pozorni oz. tudi, če smo preobremenjeni. Dala mi je vedeti, da sem storila prav, ko sem priznala svojo napako in ob tem izkazala nekakšno moralno podporo. Po pogovoru sem še enkrat odšla do zdravnika. Rekel mi je, da sem res storila napako, ki pa k sreči ni povzročila škode oziroma posledic otoku in, da naj napišem poročilo. Potolažil me je in mi svetoval, da naj bom drugič bolj pozorna.

7. ALI SI IMELA POMISLEKE O TEM, DA BI SPREGOVORILA O SVOJI NAPAKI?

Svojo napako bi lahko zamolčala, glede na to, da je bila na brizgalki napisan pravilna koncentracija zdravila in nihče ne bi vedel, kajti otrok zaradi tega ni imel nobenih težav. Niti na misel mi ni prišlo, da bi zamolčala. Ustrašila sem se za otroka in sploh nisem mislila kaj bo z mano. Če bi to držala v sebi ne vem kako bi živela naprej. Mislim, da bi me občutek krivde razjedal vsak dan posebej. Moje



delo je delati v dobrobit ljudem in svoje delo opravljam vestno, strokovno in odgovorno. Priznanje napake je odraz odgovornosti.

8. NAPAKA, KI SI JO STORILA JE ZELO STRESNO VPLIVALA NATE. ALI TE JE TA NAPAKA ŠE DOLGO BREMENILA IN KAJ SI SE NAUČILA S SVOJE IZKUŠNJE?

Napaka, ki sem jo storila je zelo stresno vplivala name in moram priznati, da je bila zame to zelo velika izkušnja in bridka preizkušnja. Tisti dan sem odšla domov in nisem mogla nič več. Svoje otroke sem dala v varstvo k babici, ker sem želela biti sama. Nisem si mogla odpustiti. Sodelavke s katerimi sem govorila so me tolažile, vendar sama sebi nisem mogla odpustiti in tega sprejeti. Kasneje sem še nekajkrat klicala v službo kako je otrok. Bil je v redu. Še dobro, da je bilo z otokom vse v redu, ker drugače ne vem kako bi to prenesla. Moram reči, da me je napaka še dolgo obremenjevala. Ta dogodek mi bo ostal za vedno v spominu. Iz te napake sem se ogromno naučila. Spoznala sem, da pri svojem delu nikakor ne smem hiteti in se pustiti motiti. Stvari moram preveriti, tudi večkrat.

9. VZROK ZA SVOJO NAPAKO PRIPISUJEŠ SVOJI PREOBREMENJENOSTI. ALI JE BILA OPRAVLJENA ANALIZA NAPAKE? ALI STE SE O TEM KASNEJE POGOVORILI?

Napako sem naredila zaradi preobremenjenosti. Tudi, ko smo z odgovornimi medicinskimi sestrami opravile analizo dogodka smo prišle do istega zaključka. O dogodku smo se veliko pogovarjale. Kasneje sem napisala prijavo o neželjenem dogodku.

10. ALI MISLIŠ, DA SO SE IZ TVOJE NAPAKE IN PRIZNANJA TUDI OSTALE KOLEGICE KAJ NAUČILE?

Upam, da so se in tudi upam, da bodo tudi same spregovorile o svojih napakah, ker le tako bomo lahko svoje delo še izboljšali in odkrili vzroke svojih napak.

11. ALI SI IMELA OB TEM OBČUTEK, DA TI NEKATERI LJUDJE PRIVOŠČIJO, DA SE TI JE ZGODILA NAPAKA?

Moram reči, da sem okusila tudi privoščljive poglede, kar me je še dodatno potrla. Nisem in še vedno ne morem verjeti, da obstajajo ljudje, ki privoščijo napako in se ob tem ne zavedajo, da je pri poklicu, ki ga opravljamo dovolj le stotinka sekunde, le en napačen gib in napaka je storjena.

Za konec bi se rada zahvalila vsem sodelakam, ki so mi stale ob strani.

ZAKLJUČEK

Potrebno se je zavedati, da lahko s priznanjem in natančno analizo napak dosežemo odličnost v zdravstveni negi in preprečimo, da bi se napake pojavile tudi v prihodnosti. Vsi smo samo ljudje in zmotno bi bilo misliti, da v zdravstveni negi kljub temu, da ni veliko prijavljenih napak, napak ni. Napake so in potrebno je ljudi spodbuditi, da o njih spregovorijo kot je to storila medicinska sestra v zgornjem intervjuju.

LITERATURA

1. Petrovic M, Koren M, Janicijevic Z. Varnost otroka in mladostnika v bolnišnici
2. Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, 2006: 52-7
3. Chloe Copping: Prevent and reporting drug administration errors. URL= <http://www.nursingtimes.net/nursing-practice-clinical-research/preventing-and-reporting-drug-administration-errors/203718.article>
4. Varnost bolnika-zagotovimo jo! URL= <http://vestnik.sz.d.si/st5-7-8/413-414.pdf>



DOJENJE ZAGOTAVLJA OTROKU TUDI VARNOST

*Cvetka Skale, dipl. m. s., IBCLC; Jasna Baliban, dipl. m. s.
Odsek za neonatalno pediatrijo, Ginekološko – porodniški oddelek
Splošna bolnišnica Celje*

IZVLEČEK

Dojenje je naraven in najboljši način prehranjevanja novorojenčkov, dojenčkov in malih otrok. Materino mleko je najboljšo in največ, kar lahko mati nudi otroku.

V prvem delu članka smo opozorili na prednosti dojenja za otroka in mater, v drugem delu pa smo izpostavili varnost, ki jo otroku zagotavlja dojenje.

KLJUČNE BESEDE:

dojenje, varnost

UVOD

Puntarjeva je že leta 1959 v priročniku »Na ženi dom stoji« zapisala naslednja dejstva: Prva materina skrb je, da otroka doji. Materino mleko je prva hrana, ki jo otrok potrebuje za svojo rast in razvoj. Materino telo je vso dobo nosečnosti pripravljalo to dragoceno hrano za novorojeno dete. Zato je materino mleko najprimernejša hrana. Po dobrih 50-ih letih ji lahko zapisano samo potrdimo.

Pomen dojenja in posebno izključnega dojenja, je v sodobni prehrani otrok nedvomno izjemen (Bratanič, 2000). Dojenje ima za zdravje in razvoj dojenčka neprecenljivo vrednost. Materino mleko vsebuje vse kar potrebuje otrok v prvi šestih mesecih, za svojo rast in razvoj. Je najboljša popotnica v življenje. Otroku zagotovi pomembne prehranske in imunske faktorje, daje pa mu tudi občutek bližine in dobrega počutja. Strokovnjaki, Svetovna zdravstvena organizacija in Unicef, priporočajo izključno dojenje do šestega meseca otrokove starosti, ob ustreznih dopolnilnih prehrani pa nato še do drugega leta starosti, če mati in otrok želita, pa še dlje.

Resničnost in veljavnost priporočila potrjujejo številne in vedno nove znanstvene raziskave.

Dojenje prinaša številne prednosti, tako za otroka, kot tudi za mamico in ne nazadnje tudi za širšo družbo. Različni avtorji v svojih delih poudarjajo prednosti dojenja z vidika prednosti za otroka, z vidika prednosti za mater in prednosti za družbo.

Celovite raziskave, kako dojenje vpliva na varnost otroka nismo zasledili, v nekaterih člankih avtorji izpostavljajo varnost pri dojenem otroku, kot eno izmed prednosti dojenja.

METODE

V obstoječi in dosegljivi literaturi s področja dojenja smo predelali članke in poglavja, ki poudarjajo prednosti dojenja z različnih vidikov. Uporabili smo tako domačo kot tudi tujo dosegljivo strokovno literaturo s tega področja in članke, ki so dostopni v tiskanih in drugih medijih (medmrežje), objavljene za strokovno in splošno javnost.



PREGLED LITERATURE

V domači in tuji strokovni ter tudi splošni literaturi o dojenju se mnogokrat poudarjajo prednosti dojenja. Različni avtorji (Hoyer, 2009; Mohrbacher in Stock, 2000; Harder, 2005; Newman, 2004; Akre, 1998), jih delijo na:

Prednosti za otroka:

- zaščita pred okužbami,
- zaščita pred alergijo,
- sestava materinega mleka je edinstvena in neponovljiva,
- beljakovine, maščobe in ogljikovi hidrati točno ustrezajo potrebam otroka,
- imunoglobulini v materinem mleku ščitijo otrokov imunski sistem,
- materino mleko vsebuje tudi vitamine, mineralne snovi in encime,
- pri dojenju sodelujejo vsi otrokovi čuti: otrok vidi, občuti, sliši, voča in okuša mater,
- s sesanjem pri prsih se krepijo otrokove ustne mišice in čeljust, kar vpliva na boljši razvoj govora in zobovja.

Prednosti za mater:

- boljša involucija maternice po porodu,
- podaljšana zaščita pred novo nosečnostjo,
- doječa mati hitreje zgublja med nosečnostjo pridobljene kilograme,
- pri dojenju se sproščajo hormoni, zaradi njih se mati bolje počuti in lažje skrbi za otroka,
- dojenje predstavlja manj možnosti za nastanek raka dojke in jajčnikov,
- ženske, ki dojijo imajo manj možnosti za nastanek osteoporoze,
- če mati doji, je topel neoporečen obrok hrane vedno na voljo.

Prednosti za družbo:

- finančno ugodnejše,
- ekološko primernejše (ni odpadne embalaže, stekleničk, cucljev).

Grgurić poudarja prednosti dojenja še zaradi:

- specifične biokemijske sestave mleka,
- zaščite pred infekcijami,
- preventive alergij,
- finančne ugodnosti,
- psihološke navezanosti matere na otroka (Grgurić, 1998).

V nekaterih prispevkih so še posebej poudarjene prednosti prvega podoja in tako hkrati tudi kožnega stika, ki ga je otrok deležen skupaj s prvim podojem. **Zakaj je pomembn prvi podoj?** Zato ker:

- mati aktivno doživlja svojega otroka in čuti, da vse poteka normalno,
- materino telo nudi otroku primerno toploto, kar je še posebej pomembno pri novorojenčkih z nizko porodno težo in nedonošenčkih,
- novorojenček je manj pod stresom, je mirnejši, enakomerneje diha in ima enakomernejši srčni utrip,
- številne raziskave so pokazale, da kožni stik pomembno vpliva na nivo krvnega sladkorja pri novorojenčku,
- novorojenček je najprej izpostavljen materinim bakterijam, ki so zanj večinoma neškodljive in proti katerim materino mleko vsebuje zaščitne snovi.

Kolostrum je novorojenčkova prva hrana in je bogat z imunološko aktivnimi celicami in protitelesi,

- novorojenčku služi kot prvo cepivo,
- vsebuje snovi, ki spodbujajo rast, pomagajo, da novorojenčkovo črevesje prej dozori,
- bogat je z vitaminom A,



- deluje odvajalno,
- na voljo je v majhnih količinah, ki so ravno prave za novorojenčka (Skale, 2006; DSLDS, 2007).

Dojenje pomeni tudi zaščito pred kroničnimi boleznimi. Tako medicinske raziskave, kot klinična praksa je že dokazala neposredne prednosti ženskega mleka za otroke. Raziskave so nadaljevali in spremljali vpliv dojenja v otroštvu ter vplive dojenja na odrasli populaciji. Izsledki objavljenih raziskav so medicinski in laični javnosti postregli z dejstvi, ki potrjujejo dolgotrajne učinke ženskega mleka za vse populacije po svetu. Nekateri najbolj značilni in dolgotrajni učinki so se pokazali pri raziskovanju Chronove bolezni, ulcerativnega kolitisa, insulinsko odvisne sladkorne bolezni, debelosti in nekaterih oblik otroškega raka (Bratanič, 2006).

Prednost dojenja pred hranjenjem z mlečno formulo lahko pomeni tudi, da otrok ni izpostavljen nekaterim tveganjem, ki lahko nastopijo pri uporabi mlečnih formul. V nekaterih mečnih formulah so našli genetsko spremenjeno koruzo in sojo, višje vrednosti mangana. S prekuhavanjem vode za pripravo formul pa se lahko koncentrirajo težke kovine, do različnih kontaminacij formul pa lahko pride tudi med samo proizvodnjo (Jereb-Kosi, 2006; Newman, 2004).

RAZPRAVA

Mati z dojenjem otroku zagotavlja tudi varnost, ki jo lahko opredelimo z različnih vidikov, vsi pa so pomembni za zdrav, uspešen ter dober razvoj in napredek novorojenčka, dojenčka in kasneje malega otroka.

Kako dojenje zagotavlja otroku tudi varnost, lahko opredelimo v sledečih sklopih:

Varnost materinega naročja

Novorojenček takoj po porodu, dojenček in tudi mali otrok se v materinem naročju počutijo varne, čutijo materino toploto, možnost za navezovanje čustvenih vezi je velika. Otrok, ki po porodu ostane ob materi je miren, njegove nogice so kmalu tople, medtem, ko otrok, ki je ločen od matere postane prestrašen, nemiren, njegove nogice so hladne (Lang, 2009).

To je še posebej pomembno pri nedonošenčkih in novorojenčkih z nizko porodno težo ter bolnih otrocih. Če mati pestuje nedonošenčka ali bolnega otroka, je otrok mirnejši, ima manj težav z dihanjem, bolj pridobiva na teži in ima možnost za boljši motorični razvoj (Benkert, 2001). Do enakih ugotovitev prihajajo številni strokovnjaki povsod po svetu in tudi pri nas in ravno zaradi tega je tako pomembno vzdrževanje popolnega rooming-ina po porodu in omogočanje bivanja matere z bolnim otrokom v bolnišnici. Vse te prednosti so poudarjene tudi v smernicah za dojenje, ki jih upoštevajo številne zdravstvene ustanove.

Zagotavljanje varnosti z najprimernejšo hrano

Dojenje je naravni način prehranjevanja sesalcev in vsaka vrsta ima sebi oziroma potrebam svojih mladičev prilagojeno mleko. Enako velja tudi za človeka, torej je materino mleko edinstvene in neponovljive sestave ter omogoča otroku optimalno rast in razvoj. Beljakovine, maščobe in ogljikovi hidrati v materinem mleku ustrezajo potrebam otrokovega razvoja in materino mleko nudi otroku v prvem letu življenja vsa hranila potrebna za normalen razvoj (Grgurić, 1996; Hoyer, 2009).

Materino mleko pa ima še eno prednost. Po sestavi je prilagojeno otrokovim potrebam glede na otrokovo gestacijsko starost ob porodu (Mohrbacher in Stock, 2000; Tekauc Golob, 2006). Sestava



materinega mleka je spremenljiva glede na čas dneva, spreminja pa se tudi med samim podojem. Tako otrok ob začetku podoja zaužije mleko, ki je bolj redko in vsebuje več ogljikov hidratov ali tako imenovano prednje mleko, proti koncu podoja pa mleko, ki vsebuje več maščob, ki otroka dokončno nasiti. To mleko imenujemo zadnje oz. zamleko (Mohrbacher in Stock, 2000).

Na svetu ni mlečne formule, ki bi otroku nadomestila vse, kar mu nudi materino mleko, ki ustreza točno določenim potrebam točno določenega otroka. Torej, dojenje pomeni zagotavljanje varnosti z najprimernejšo hrano. Dojen otrok ni izpostavljen nekaterim tveganjem, ki jih lahko predstavlja hranjenje z mlečno formulo (nezaželeni primesi?). Pri dojenju ni nevarnosti morebitnih poškodb, ki bi lahko nastale ob hranjenju po cuclju: opekline ali oparine, zapora dihalnih poti zaradi prehitrega požiranja mleka in daljši dihalni premori.

Raziskave Karin Michels s Harvard Medical School so povezale probleme sladkorne bolezni pri otrocih, s prekomernim hranjenjem otrok v prvih letih življenja z mlečnimi formulami. Njen nasvet se glasi – »Dojiti, dojiti, doiniti«, kajti z materinim mlekom ni mogoče dojenčka nahraniti preveč.

Zaščita pred okužbami, alergijami in nekaterim boleznim pomeni varnost

Zaščita pred okužbami, alergijami in nekaterimi boleznimi ima z vidika varnosti izreden pomen za otroka. Dojeni otroci so manj izpostavljeni črevesnim in virusnim okužbam, imajo manj vnetij srednjega ušesa, pri njih je zmanjšana možnost alergij, imajo manj rahitisa, so manj debelušni, pri njih je manjša verjetnost za pojav avtoimunih bolezni, zveča se odpornost proti boleznim v otroškem in kasnejšem življenju, med dojenimi otroci je zmanjšana nevarnost nepričakovane nenadne smrti v zibki (Hoyer, 2009; Mohrbacher in Stock, 2000; Harder, 2005; Newman, 2004; Akre, 1998; Bratanič, 2006).

Zdrav otrok ima večjo možnost za optimalen razvoj. Ravno tako mu ni potrebno že v rani mladosti uživati zdravilnih pripravkov, ki lahko imajo možne stranske učinke na njegov organizem. Pri njem ni potrebe po bivanju v bolnišnici zaradi bolezni in s tem tudi ni možnosti dodatnih izpostavljenosti boleznim. Prav tako ni zaradi bivanja v bolnišnici ločen od ostalih družinskih članov.

SKLEP

Dojenje je naraven in najboljši način prehranjevanja novorojenčkov, dojenčkov ter malih otrok in to se vedno znova potrjuje. Iz vsega navedenega sklepamo, da dojenje otroku zagotavlja tudi varnost. Pri prednostih dojenja ta vidik premalo poudarimo.

Novorojenček, dojenček in mali otrok ne more sam izražati svojih potreb. Potrebuje zagovornike, ki bodo poskrbeli, da bo imel zagotovljene čim boljše pogoje za življenje in razvoj. Medicinske sestre in zdravstveni delavci imajo pri tem zagotovo pomembno vlogo in prav je, da podpirajo dojenje, saj s tem otroku zagotavljajo tudi varno življenje.



LITERATURA

1. Akre J. *Die physiologischen Grundlagen der Säuglingsernährung. Der deutschsprachigen Ausgabe. Arbeitsgemeinschaft Freier Stillgruppen. Überarbeitete 2. Auflage. Würzburg: 1998: 26-34.*
2. Benkert B. *Das besondere Stillbuch für frühgeborene und kranke Babys. Urania Verlag Berlin. Berlin: 2001: 64*
3. Bratanič B. *Pomen dojenja za otroke, mater, družbo in okolje. Knjižica prispevkov učne delavnice. Priprava, spodbujanje in vzdrževanje dojenja. Nacionalni odbor za spodbujanje dojenja. Maribor: 2000.*
4. Bratanič B. *Zaščita pred kroničnimi boleznimi. In: Felc Z. ur: Tečaj laktacije za opravljanje izpita za naziv mednarodni pooblaščen svetovalec za laktacijo IBCLC. Zbornik predavanj. Splošna bolnišnica Celje, Društvo svetovalcev za laktacijo in dojenje Slovenije, Nacionalni odbor za spodbujanje dojenja pri Društvu UNICEF Slovenije. Dobrna: 2006: 25.*
5. *Društvo svetovalcev za laktacijo in dojenje Slovenije – DSLDS. Svetovni teden dojenja 2007. Letak ob Svetovnem tednu dojenja. Celje: Oktober 2007.*
6. Grgurić J. *Dojenje. UNICEF- Ured za Hrvatsku. Zagreb: 1996: 10-11.*
7. Harder U. *Wochenbettbetreuung in der Klinik und zu Hause. Hippokrates Verlag. Stuttgart: 2005: 67 -79.*
8. Hoyer S. *Uspešno dojenje za dobro zdravje otrok in mater. 13. prenovljena izdaja. Društvo UNICEF Slovenija. Ljubljana: 2009: 6-7.*
9. Jereb-Kosi M. *Mlečne formule. In: Felc Z. ur: Tečaj laktacije za opravljanje izpita za naziv mednarodni pooblaščen svetovalec za laktacijo IBCLC. Zbornik predavanj. Splošna bolnišnica Celje, Društvo svetovalcev za laktacijo in dojenje Slovenije, Nacionalni odbor za spodbujanje dojenja pri Društvu UNICEF Slovenije. Dobrna: 2006: 31-37.*
10. Lang C. *Bonding. Urban & Fisher. 1. Auflage. München: 2009: 37.*
11. Mohrbacher N., Stock J. *Handbuch für die Stillberatung. Deutsche Erstausgabe. La Leche Liga Deutschland. E. V. München: 2000: 42- 69, 303.*
12. Newman J. *Guide to Breastfeeding. Second revised updated edition. HarperCollins Publishers Ltd. Toronto: 2004:18-25, 34.*
13. Puntar H. *Na ženi dom stoji. Mohorjeva družba. Celje:1959: 54-55.*
14. Skale C. *Smernice za dojenje. In: Felc Z. ur: Tečaj laktacije za opravljanje izpita za naziv mednarodni pooblaščen svetovalec za laktacijo IBCLC. Zbornik predavanj. Splošna bolnišnica Celje, Društvo svetovalcev za laktacijo in dojenje Slovenije, Nacionalni odbor za spodbujanje dojenja pri Društvu UNICEF Slovenije. Dobrna: 2006: 21-22.*
15. Tekauc Golob A. *Dojenje bolnih otrok in otrok, ki zahtevajo posebno pozornost. . In: Felc Z. ur: Tečaj laktacije za opravljanje izpita za naziv mednarodni pooblaščen svetovalec za laktacijo IBCLC. Zbornik predavanj. Splošna bolnišnica Celje, Društvo svetovalcev za laktacijo in dojenje Slovenije, Nacionalni odbor za spodbujanje dojenja pri Društvu UNICEF Slovenije. Dobrna: 2006: 61-65.*
16. *NeDelo, Prekletstvo debelih novorojenčkov, Povzeto po Spiegel, 7. 3. 2010, str. 24.*



III. SKLOP

PRIKAZ

VARNOSTNIH PROBLEMOV

V PEDIATRIJI



SPREMSTVO OTROKA OB PREMESTITVI V DRUGO BOLNIŠNICO

Gordana Rožman, dipl.m.s.

Splošna bolnišnica Novo mesto, otroški oddelek

IZVLEČEK:

Premestitev otroka v drugo bolnišnico je stresna za otroka in starše. Strokovni delavci, moramo svoje delo narediti strokovno in varno.

Splošna bolnišnica Novo mesto je regijska bolnišnica, ki oskrbuje paciente iz Dolenjske, Bele krajine in Posavja.

Na otroškem oddelku imamo šestnajst bolniških sob (39 postelj), kjer se zdravijo vsi akutno bolni in poškodovani otroci do osemnajstega leta starosti. Razlog za sprejem v bolnišnico so največkrat respiratorne okužbe, črevesne in želodčne težave ter poškodbe in načrtovane operacije. Oddelek je majhen, zato moramo dosledno upoštevati navodila komisije za obvladovanje bolnišničnih okužb, da preprečimo prenos okužb. V proces zdravstvene nege vključimo tudi starše, saj so naši sodelavci pri zdravljenju njihovih otrok.

Zdravstveno stanje otroka se lahko med zdravljenjem poslabša. V primeru hude dihalne stiske otroka intubiramo že na oddelku in ga s pomočjo našega anesteziološkega tima premestimo v Ljubljano. Glede na dogovor lahko po hudo bolnega otroka pride transportni tim iz Ljubljane. Pri premestitvi otroka, za katero se dogovori zdravnik, najpogosteje sodelujemo pediatrične medicinske sestre.

POTEK:

- Zdravnik pediater se dogovori z drugo bolnišnico za sprejem, pripravi odpustnico in pove ali bolnik potrebuje spremstvo medicinske sestre. Pred tem se s starši pogovori o predvideni premestitvi in vzroku za premestitev.
- Medicinska sestra, ki bo spremljala otroka, mora le tega dobro poznati/spoznati. Vedeti mora zakaj gre otrok v drugo bolnišnico, kam in s kom je dogovorjeno. S seboj mora imeti odpustnico, nalog za prevoz in otrokovo zdravstveno izkaznico.
- Poznati mora postopke oživljanja. S seboj mora imeti brežhibno delujoči ambu ustrezne velikosti (glede na starost otroka) z masko in oksimeter.
- Organizacija dela na oddelku.

Preostali tim si delo porazdeli. V primeru, da je zahtevnost dela večja, odgovorna medicinska sestra zagotovi dodatno pomoč tako, da se pokliče medicinsko sestro, ki je najbližje bolnišnici ali tista, ki pride v naslednjo izmeno.

Spremstvo otroka v drugo bolnišnico za medicinsko sestro predstavlja stresno situacijo, ker mora prevzeti vso odgovornost za otroka med transportom. Ne smemo zanemariti možnosti, da se zdravstveno stanje otroka med transportom lahko zelo poslabša. Ali bo prepoznala kritične znake in nanje pravilno postopala? Nepričakovano se ji podaljša delovni čas. Spremeni se tudi varnost delovnega procesa na oddelku, zaradi odsotnosti ene medicinske sestre.

Smo medicinske sestre glede na kompetence dovolj usposobljene za prevoz zelo bolnih otrok? Zakaj ne bi boljše poskrbeli za varnost otroka?

V primeru, da ima otrok dihalno stisko (nizka saturacija, ugrezjanje medrebernega prostora), aritmijo, krče, krvavitev, aspiracijo tujka, po potrebi aplikacija terapije, povečan krvni sladkor..., menim, da



v tem primeru otrok za spremljevalca potrebuje zdravnika in medicinsko sestro. Težko je določiti stopnjo ogroženosti in predvideti kaj se bo med potjo zgodilo. Razdalja, ki meri štirideset kilometrov, je v kritični situaciji neskončno dolga.

ZAKLJUČEK

Transport otroka v drugo bolnišnico ni preprosta. Potrebno je aktivno sodelovanje staršev, zdravnika in medicinske sestre. Vprašati se moramo, kaj doživljajo starši otroka.

Naša pozornost je namenjena otrokom, zato bi medicinske sestre in zdravniki vedno morali k varnemu in strokovnemu transportu.

Za omilitev stresnih situacij in varnosti dela na oddelku bi bilo potrebno izdelati protokol o spremstvu otroka pri premestitvi v drugo zdravstveno ustanovo. Organizirati bi bilo potrebno vsakoletni trening prepoznavanja znakov poslabšanja zdravstvenega stanja in ukrepe pri kritično bolnem otroku.

LITERATURA:

1. Petrovič M. *Kritično bolan in poškodovan otrok – prepoznavna, zdravljenje in prevoz*. Ljubljana: Univerzitetni klinični center, 2009:73-74.



SOBIVANJE OB BOLNEM OTROKU V BOLNIŠNICI- KAKO ZAGOTOVITI VARNOST

Marko Fajfar, dipl.zn.

IZVLEČEK:

Otrok je bitje, polno želja, potreb in presenečenj. Ob pogledu nanj vsakdo pomisli na bitje, ki zna biti veselo, živahno, zadovoljno. Vendar vedno ni tako. Ko otrok zboli, postane čustveno ranjliv in občutljiv. Bolezen skrči njegov življenski prostor in omeji njegovo svobodo. Bolj kot bolezen sama, pa ga prizadene sprejem in zdravljenje v bolnišnici. Ob hospitalizaciji čuti, da je izrinjen iz domačega in družinskega okolja ter družbe vrstnikov (Bele, 2006).

Članek se nanaša na problematiko zagotavljanja varnosti otroka, ki se pojavlja v procesu hospitalizacije otroka na kliniki za pediatrijo UKC Maribor. Izpostavljena so vprašanja odgovornosti v primeru pojava neželenih dogodkov pri otroku. Opisano je tudi sobivanje in sodelovanje staršev v procesu zdravstvene obravnave otroka.

KLJUČNE BESEDE:

Otrok, hospitalizacija, varnost, sobivanje.

UVOD:

otroci imajo v času stacionarne in druge zdravstvene oskrbe pravico do stalnega spremstva enega od staršev ali druge osebe, ki skrbi za otroka, razen če so podani razlogi, zaradi katerih to ne bi bilo v otrokovo korist. Delo s starši je zahtevno, posebno za medicinsko sestro, ki je 24 ur izpostavljena kritični presoji. Zdravstveno osebje je obremenjeno z zdravstveno oskrbo bolnih otrok, ki so zagotovo med vsemi bolniki v bolnišnici najbolj zahtevni in izpostavljeni raznim nevarnostim. V takih primerih moramo nevarnost pravočasno opaziti, se nanjo ustrezno odzvati in jo preprečiti.

EVROPSKA LISTINA O PRAVICAH OTROKA V BOLNIŠNICI

listina o pravicah otroka v bolnišnici je bila 1988. leta vključena v sklepe Evropskega parlamenta. 1989. leta je bila njena vsebina sprejeta v Konvencijo Združenih narodov o otrokovih pravicah, ki izhajajo iz Deklaracije o človeških pravicah. Pravica do najboljšega možnega zdravljenja je človekova osnova pravica, še zlasti za otroka.

1. člen: Otroci naj bodo sprejeti v bolnišnico le tedaj, ko jim na domu ni mogoče nuditi ustreznega zdravljenja.

2. člen: otroci v bolnišnici imajo pravico, da so njihovi starši ali skrbniki (v nadaljevanju starši) ob njih ob vsakem času.

3. člen: staršem je treba zagotoviti možnost bivanja z otrokom v bolnišnici, jim pomagati in jih spodbujati naj ostanejo ob njem. Starši naj ne bodo obremenjeni z dodatnimi stroški in izgubo dohodka. Da bi lahko sodelovali pri negi otroka, jih je treba stalno obveščati o poteku zdravljenja ter jih spodbujati k aktivnemu sodelovanju.

4. člen: otroci in starši imajo pravico, da so obveščeni in poučeni na način, primeren starosti in zrelosti. Izvajajo naj se ukrepi za lajšanje telesnih ali čustvenih stisk.



5. člen: otroci in starši imajo pravico soodločanja pri odločitvah o zdravstvenih postopkih in zdravljenju. Otrok naj ne bo izpostavljen nepotrebnim zdravstvenim posegom in preiskavam.

6. člen: otroci naj ne bodo sprejeti na oddelke namenjene odraslim bolnikom. Za obiskovalce hospitaliziranih otrok naj ne velja starostna omejitev.

7. člen: otroci v bolnišnici naj imajo možnost igre, rekreacije in šolanja primerne njegovi starosti ter zdravstvenemu stanju. Prostori na oddelkih naj bodo namensko načrtovani in opremljeni v skladu z njihovimi potrebami, standardi varnosti in nadzora.

8. člen: za otroke naj skrbi osebje, ki je usposobljeno tako, da se lahko ustrezno odziva na telesne, čustvene in razvojne potrebe otrok ter njihovih družin.

9. člen: tim, ki skrbi za otroke v bolnišnici, naj zagotovi neprekinjeno nego.

10. člen: otroci naj bodo med zdravljenjem obravnavani z občutkom in razumevanjem ter spoštovanjem njihove zasebnosti (Zveza prijateljev in mladine, 2009).

PACIENTOVE DOLŽNOSTI:

za doseganje kakovostne in varne zdravstvene oskrbe je pacient (v našem primeru tudi starš) dolžan:

- dejavno sodelovati pri varovanju, krepitvi in povrnitvi lastnega zdravja,
- v času bolezni ravnati v skladu s prejetimi strokovnimi navodili in načrti zdravljenja, v katere je ustno oziroma pisno privolil,
- dati pristojnemu zdravniku in drugim pristojnim zdravstvenim delavcem oziroma zdravstvenim sodelavcem vse potrebne in resnične informacije v zvezi s svojim zdravstvenim stanjem, ki so mu znane in so pomembne za nadaljno zdravstveno oskrbo, zlasti podatke o svojih sedanjih in preteklih poškodbah ter boleznih in njihovem zdravljenju, boleznih v rodbini, morebitnih alergijah in zdravilih, ki jih uživa,
- obvestiti zdravstvene delavce in zdravstvene sodelavce o nenadnih spremembah zdravstvenega stanja, ki se pojavijo med zdravljenjem,
- biti obziren in spoštljiv do zasebnosti in drugih pravic drugih pacientov ter zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev,
- spoštovati objavljene urnike, hišni red in predpisane organizacijske postopke izvajalcev zdravstvenih storitev,
- pravočasno obvestiti izvajalca zdravstvenih storitev o morebitnem izostanku na pregled ali zdravljenje.

ZAKON O DUŠEVNEM ZDRAVJU

(Uradni list RS, št. 77/2008 z dne 28.7.2008)

Pravice, ki se zagotavljajo osebi v oddelku pod posebnim nadzorom in varovanem oddelku so:

- pravica do dopisovanja in uporabe elektronske pošte,
- pravica do pošiljanja in sprejemanja pošiljk,
- pravica do sprejemanja obiskov,
- pravica do uporabe telefona,
- pravica do gibanja,
- pravica do zastopnika.



Pravici, ki se zagotavljata osebi v nadzorovani obravnavi, sta:

- pravica do gibanja,
- pravica do zastopnika.

DELO S STARŠI

delo s starši je zahtevno, posebno za medicinsko sestro, ki je 24 ur izpostavljena kritični presoji. Zdravstveno osebje je obremenjeno z zdravstveno oskrbo bolnih otrok, ki so zagotovo med vsemi bolniki v bolnišnici najbolj zahtevni.

Čim manjši je otrok, več pozornosti in časa zahteva, saj ne more ali pa še ne zna sam povedati, kaj potrebuje in kaj ga boli. Zato ga moramo medicinske sestre, zdravstveni tehniki, diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki stalno opazovati in preverjati njegovo stanje kar je naporno in zelo odgovorno delo. Vsaka medicinska sestra in zdravnik sta zadolžena in odgovorna za več bolnikov, ne samo za enega. Informacije o zdravstvenem stanju otroka, predvidenih preiskavah in o preiskovalnih metodah posreduje staršem zdravnik ali zdravnica ki vodi otroka. Medicinska sestra pa staršem svetuje in pomaga pri negi, prehrani in dajanju zdravil ki jih otrok zaužije npr. kapljice za oči, nos ipd., o pripravi otroka za odvzem nekaterih preiskav npr. urina, krvi in podobno. Ob sprejemu staršem razložimo kakšne so njihove pravice in dolžnosti v času sobivanja, da ne ogrozijo varnost svojih bolnih otrok.

Otroci še niso sami sposobni odgovarjati za svoje zdravje, zato je pomembno, da se starši zanimajo o poteku zdravljenja. Starši naj:

- vprašajo kaj se dogaja z njihovim otrokom, če česa ne razumejo, naj vprašajo ponovno, vprašanja si naj pripravijo vnaprej in si jih zapišejo,
- vprašajo zdravnika kakšna je diagnoza pri otroku in kakšen je načrt zdravljenja in če je na razpolago vsa zdravstvena dokumentacija o njegovih prejšnjih zdravljenjih,
- natančno odgovorijo na vsa vprašanja o njegovem zdravju in možnih alergijah,
- se prepričajo, da so razumeli vse, kar so jim, razložili preden podpišejo obrazec za privolitev v zdravstveno oskrbo,
- vprašajo, katera zdravila dobiva otrok in čemu služijo, če dobijo recept in ne znajo prebrati, kaj na njem piše, se lahko zgodi, da ga tudi farmacevt v lekarni ne bo znal prebrati in lahko pride do napake, napake pri ravnanju z zdravili so najpogostejše,
- hranijo seznam vseh zdravil, ki jih jemlje otrok, ki so jih dobili na recept, najbolje je, da jih prinesejo s seboj,
- se prepričajo, da so dobili rezultate vseh preiskav, če še rezultatov niso dobili, še ne pomeni, da so normalni,
- se prepričajo, da razumejo vsa navodila preden zapustijo ambulanto ali bolnišnico,
- prosijo zdravstveno osebje in obiskovalce, da si umijejo ali razkužijo roke in prosijo vsakega, ki pride v sobo, da se jim predstavi,
- se pred preiskavami, operacijami in delitvijo zdravil prepričajo, da to nameravajo storiti njihovemu otroku in da gre za pravo preiskavo, operacijo ali pravo zdravilo v pravem odmerku.

ZAGOTAVLJANJE VARNOSTI OTROKU IN IZOGIBANJE NEVARNOSTIM V OKOLJU

Za zagotavljanje varnosti otroka na kliniki za pediatrijo v UKC Maribor moramo zdravstveno nego izvajati dovolj korektno, profesionalno in kakovostno. Nevarnost moremo prepoznati in se nanjo ustrezno odzvati tako, da v okolju uspešno preprečimo, zmanjšamo ali vsaj omilimo njen neugoden vpliv na zdravje. Za to sta človeku potrebni fizična in intelektualna komponenta.



UGOTAVLJANJE POTREB PO ZDRAVSTVENI NEGI

Zbiranje informacij o nevarnostih v okolju pacienta:

Dejavniki, ki ogrožajo otrokovo zdravje v času zdravljenja:

Poškodbe: povzročajo jih različni dejavniki kot so padci na mokrih spolzkih tleh, padec pri nenadzorovanem prvem vstajanju po daljšem ležanju, padec iz postelje itd...

Opekline: zgodijo se lahko zaradi prevroče vode pri kopanju, napačna uporaba grelnih teles, prevroča hrana, opekline zaradi aplikacije zdravil.

Varnost pacienta je lahko ogrožena tudi pri manj odpornih pacientih, ki uživajo oz. prejemajo zdravila kot so kortikosteroidi, citostatiki, antibiotiki.

Sekundarne infekcije: so infekcije, ki jih lahko pacient dobi posredno zaradi kateterizacije, uroinfekcija, infekcija zgornjih dihal, MRSA, gripa.

Boleznska stanja zaradi napačne aplikacije terapije bodisi sevanja, alergije, uporabe sedativov lahko ogrožajo vanost otroka. Zvišana je možnost aspiracije in zadušitve.

Opuščanje zaščitnih preventivnih ukrepov in slaba oziroma omejena fizična aktivnost otroka med hospitalizacijo. Starši otrokom prinesejo veliko različnih predmetov, ki lahko predstavljajo nevarnost za samopoškodbo otroka, kot so igrače, noži, britvice, dude.

Na oddelku neprimerno shranjena zdravila, razkužila, kemikalije in druge nevarne snovi.

Neupoštevanje strokovnih navodil dajanja zdravil, predvsem pri zdravilih za več obrokov hkrati, ki jih otrok zaužije sam ali v prisotnosti starša. Do tega lahko pride zaradi ne dovolj jasnih navodil za jemanje zdravil, ki jih otrok zaužije ali si jih aplicira sam oz. mu pomaga eden od staršev oziroma skrbnikov in neusposobljenost otroka ali starša za aplikacijo zdravila kot so npr. insulin, staloral, fraxiparine...

Zamenjava identitete-otroci na kliniki za pediatrijo morajo ves čas zdravljenja obvezno nositi zapetnico, na kateri je čitljivo napisan; priimek in ime otroka, datum in letnica rojstva ter oddelek na katerem se otrok zdravi.

Negovalna anamneza

Zbiramo podatke o informiranosti in osveščenosti otroka in starša, preverimo, če lahko sama prepoznata ovire, škodljivosti, sposobnosti razumevanja navodil, njune potrebe po varnosti, sposobnost ustreznega delovanja. Otroka in starša opazujemo, ugotavljamo možnosti varovanja otroka pri določenih bolezenskih stanjih oziroma v nocem okolju.

Pregledamo že obstoječe medicinske dokumentacije in se pogovorimo s člani negovalnega tima.

Analiza zbranih podatkov: zbrane podatke analiziramo in jih uredimo.

NAČRTOVANJE ZDRAVSTVENE NEGE

Navedba in določitev pomembnosti negovalnih diagnoz in potreb po ZN:

Zvišana možnost poškodb, zastrupitve, nezmožnost orientacije na oddelku, nepopolna verbalna komunikacija, zamenjava identitete pacienta, zvišana možnost infekcije, strah, agresiven pacient do



ostalnih pacientov, do članov medicinsko negovalnega tima, do samega sebe, pomanjkanje znanja o izogibanju nevarnostim iz okolja.

Določitev negovalnih ciljev:

Možnosti poškodb bo zmanjšana na minimum oz. bo odpravljena. V bolnikovem okolju ne bo nevarnosti za poškodbe (pri dojenčku je potrebno prilagajati okolje na 2 do 4 tedne).

Nevarnost zastrupitve bo preprečena, pacientu bomo pomagali, da se bo znašel v sobi na oddelku, pogovor bo prilagojen pacientu, do zamenjave pacienta ne bo prišlo-obvezno nošenje zapestnice, možnost infekcije bo zmanjšana, pacient bo vzpostavil stik z okolico, ne bo prestrašen in bo prepoznal nevarnost, možnost uporabe varnostnih pasov segu-fix, informacije bomo dobili od staršev oziroma svojcev. Pacientu in svojcem razložimo morebitne nevarnosti in kako se jim izogijejo.

IZVAJANJE ZDRAVSTVENE NEGE

Nudimo pomoč pacientu pri obračanju, posedanju, vstajanju, pri hoji, stalen in občasen nadzor pacienta, pravilen položaj pacienta pri negovalnih intervencijah, upoštevanje preventivnih ukrepov, redno čiščenje in dezinfekcija, individualno obravnavanje pacienta, namestitev zapestnice pacientu že ob sprejemu, zavarovanje pacientove posteljice (ograjica), uporaba ustrezne otroške postelje, otroka nikoli ne puščamo samega v postelji brez dvignjene ograjice do konca (glede na starost otroka, poučenost staršev in članov tima).

Vse načrtovane negovalne intervencije izvajamo po načrtu. Zelo pomembno je opazovanje in sprotno vrednotenje uspešnosti negovalnih intervencij. Pacient, ki ima občutek varnosti, je manj zmeden in lažje prepozna nevarnost.

VREDNOTENJE ZDRAVSTVENE NEGE

med vrednotenjem spremljamo uspešnost zdravstvene nege glede na zastavljene cilje, ki smo jih dobili med načrtovanjem. Pacienta in svojce opozorimo, da odkrivajo nevarnost v svojem okolju. Pride lahko do nepričakovanega zapleta, da se je pacient poškodoval.

Vseh poškodb ni mogoče preprečiti. Vseeno pa mora medicinska sestra ponovno oceniti pacientovo okolje, da ugotovi, če je zagotovljena varnost.

V primeru poškodbe pacienta mora medicinska sestra pacientu nuditi prvo pomoč, obvestiti vodjo negovalnega tima, obvestiti lečečega oziroma dežurnega zdravnika in se ravnati po njegovih navodilih. Lečeči zdravnik obvesti svojce o poškodbi pacienta. Na koncu se napiše zapisnik o incidentu pri pacientu.

Vedeti moremo da pacient sam ne more odkrivati nevarnosti. (A. Globovnik, 2010)

RAZPRAVA:

hospitalizacija je lahko za otroka ter starše zelo neprijetna izkušnja, saj se otrok in starši borijo s strahom in anksioznostjo, saj ne vedo kaj jih čaka za zidovi bolnišnice. Bivanje v bolnišnici predstavlja tako otroku, kakor tudi sprejetim staršem izredno stresno situacijo. Otroku, predvsem pa starši morajo že ob sprejemu občutiti, da niso samo bolniški primer ali številka. Medicinska sestra lahko že ob prvem stiku s primerno verbalno in neverbalno komunikacijo vzpostavi dobre medsebojne odnose ter zaupanje s otrokom in straši. Zavedati se moramo, da motivirane in zaupljive starše, lahko bolje vključimo v zdravstveno nego tekom celotne hospitalizacije, saj je dejstvo, da se bolan otrok počuti veliko varneje in bolje ob prisotnosti staršev. Zato ima eden od staršev do otrokovega petega leta starosti, pravico sobivanja z otrokom. Otroku se bo na oddelku počutil tudi bolj varno, če bo medicinska sestra že ob sprejemu seznanila otroka in starše z organizacijsko enoto (razkaže jim oddelek, prostore; kopalnico, wc, igralnico, bolniško sobo, posteljo, počivalnik za



starše, omaro,...). Starše in otroka seznaniti z hišnim redom, potekom raznih aktivnosti na oddelku (vizite, igra, spanje, šola, obiski,...). Medicinska sestra ob sprejemu natančno izpolni tudi vso potrebno negovalno dokumentacijo (biografski podatki, podatki o družini, podatki o osnovnih življenjskih funkcijah otroka,...), aktivira in motivira starše in otroka, ter skupaj z njimi ugotavlja negovalne probleme, postavi cilje, načrtuje in izvaja zdravstveno nego.

Medicinska sestra in drugo zdravstveno osebje je odgovorno za zdravje otroka in bo storila vse, da bo zdravstvena oskrba potekala čim bolj varno ves čas hospitalizacije. Medicinska sestra mora znati varnost pravočasno prepoznati in se znati nanjo ustrezno odzvati, pravilno ukrepati v primeru poškodbe otroka. Pomembno je, da starše seznaniti z pravicami in dolžnostmi otroka in odgovornostjo za otrokovo varnost v času hospitalizacije oziroma v času obiskov. Največ nezaželenih dogodkov (zdrsi, padci, ...) se zgodi v času obiskov – gneča ljudi, ko medicinska sestra ne more opazovati otroka. Zato na našem oddelku predlagamo sprejem obrazcev, kjer bi starši prevzeli skrb in odgovornost za otrokovo varnost, ko so ob otroku. Starši želijo tudi aktivno sodelovati v zdravstveni negi otroka, zato predlagamo tudi sprejem obrazca, kjer bi bilo razvidno katere negovalne intervencije želijo izvajati starši sami ali ob prisotnosti medicinke sestre. Menimo, da bi se le tako starši bolj zavedali odgovornosti za otrokovo varnost v času hospitalizacije in bi se tako zmanjšalo število poškodb oziroma nezaželenih dogodkov, ter tožb. Tudi za medicinsko sestro in ostalo zdravstveno osebje bi bilo delo manj stresno, če bi starši prevzeli skrb za otrokovo varnost vsaj takrat, ko so ob otroku.

Zdravstvena nega otrok je zahtevno področje, ki zahteva od medicinske sestre veliko znanja, predvsem pa izkušenj. Izhajamo iz dejstva, da otrok ni pomanjšan odrasli in temu primerno prilagodimo tudi samo obravnavo in pristop. Trend zdravstvene obravnave otrok na terciarni ravni se nagiba k dejstvu, da so v zdravstveno nego čim bolj zgodaj vključeni tudi otrokovi starši. Le ti mnogokrat v celotnem procesu vse bolj dobivajo razsežnosti "enakovrednih partnerjev", ki nastopajo vedno bolj suvereno in odločno pri odločitvah, ki narekujejo ves nadaljni potek postopkov in posegov, ki se bodo pri otroku izvajali. Medicinska sestra, ki se kot profesionalka znajde v spletu vseh teh ugodnih in manj ugodnih okoliščin, mora znati uporabiti vsa svoja znanja in spretnosti, da čim bolj približa razkorak med teorijo in prakso, ter deluje z enim in najpomembnejšim namenom, ki vselej deluje v korist otroka, ki nam je bil zaupan v našo obravnavo.

Še vedno pa se pojavlja vprašanje odgovornosti, ki jo prevzemajo starši (spremljevalci) otroka v bolnišnici. Ti mnogokrat, v "pretirani" skrbi za dobrobit in neizpolnjene pravice njihovega bolnega otroka, zelo radi pozabijo tudi na dolžnosti, ki so prav tako zapisane poleg vseh pravic in naj bi bile namenjene v upoštevanje in razmislek. Dela in naloge zdravstvenega tima, ki sodeluje v procesu hospitalizacije otroka, so usmerjene v zadovoljevanje otrokovih psihičnih, fizičnih ter socialnih potreb; kazalec našega dela pa ozdravljen otrok in zadovoljni starši.

**LITERATURA:**

1. *Moj otrok mora ostati v bolnišnici. Pleterski Rigler D. (ur.) Ljubljana: Zveza prijateljev mladine Slovenije, Forum za pravice otroka v bolnišnici, 2009: 10,31.;*
2. *Uradni list RS, št. 15/2008 z dne 11.2.2008;*
3. *Urandi list RS, št. 77/2008 z dne 28.7.2008;*
4. *Železnik D, Ivanuša A. Standardi aktivnosti zdravstvene nege. Maribor: Visoka zdravstvena šola, 2002.*
5. *Funkcionalno izobraževanje iz psihiatrične zdravstvene nege in psihiatrije. Univerzitetni klinični center Maribor, Oddelek za psihiatrijo, september 2009.*
6. *Blejc U. Otroci v bolnišnicah. Zdravje 2004.*
7. *Bele T. Sprejem otroka na pediatrični oddelek. Diplomaska naloga. Maribor: Visoka zdravstvena šola, 2006.*
8. *Panjkihar M. Teoretične osnove zdravstvene nege. Maribor: Visoka zdravstvena šola, 1999.*
9. *Globovnik A. Izogibanje nevarnostim v okolju. Standard negovalne intervencije. UKC Maribor, služba zdravstvene nege.*
10. *Varna zdravstvena oskrba. Priporočila za paciente. Ministrstvo za zdravje, oddelek za kakovost.*
11. *Moj otrok mora ostati v bolnišnici. Ljubljana: Zveza prijateljev mladine Slovenije, Forum za pravice otrok v bolnišnici, 2009.*



CELOSTNA OSKRBA V ZAVODIH ZAGOTAVLJA VARNO ZDRAVSTVENO NEGO

Ivanka Limonšek dipl.m.s., univ.dipl.org, Petra Jagarinec dipl.m.s.

IZVLEČEK

Duševna manjrazvitost ni bolezen, temveč je trajno stanje motenega, zavrtega duševnega razvoja. Razvoj takšnega otroka ni samo omejen, temveč tudi otežen. Ne poteka sam od sebe, temveč z veliko pomočjo staršev in ožje ter širše okolice. Zavod se je zaradi vse pogostejšega pojavljanja vedenjske problematike pri naših uporabnikih, odločil, da na tem področju poskuša uvesti metode dela, pri katerih bi bil posameznik celostno obravnavan. Za celovito razumevanje osebe z motnjo, ni potrebna samo jasna klinična slika, ampak tudi vpogled v to, kako različni dejavniki, ki se pokažejo v času presoje, vzajemno delujejo in kako to vodi do bolezni.

KLJUČNE BESEDE:

duševna manjrazvitost, integrativna diagnoza, varna zdravstvena nega, individualni in celostni pristop

UVOD

Duševna manjrazvitost je motnja, na katero kljub razvoju in humanizaciji družbe še zmeraj gledamo kot nekaj dokončnega in manjvrednega. Napredek v razvoju je omogočil, da otroka lahko iztrgamo smrti, ne zmoremo pa ga obvarovati vseh posledic prestane bolezni oz. poškodbe.

Duševna manjrazvitost ni bolezen, temveč je trajno stanje motenega, zavrtega duševnega razvoja. Razvoj takšnega otroka ni samo omejen, temveč tudi otežen. Ne poteka sam od sebe, temveč z veliko pomočjo staršev in ožje ter širše okolice. Strokovna in pravilna pomoč je najučinkovitejši pripomoček za pravilno obravnavo otrok z duševno motnjo.

Starši, ki se odločijo, da njihov otrok biva v zavodu, pričakujejo za njega boljšo, učinkovitejšo in strokovnejšo obravnavo, kot mu jo lahko nudijo sami. Obravnava v zavodih za usposabljanje, delo in varstvo poteka na področju zdravstvenega varstva, področju vzgoje in izobraževanja ter varstva. Zdravstvena nega je ena od dejavnosti zdravstvenega varstva in poteka v vseh življenjskih obdobjih glede na potrebe posameznika.

Zdravstvena nega je celovita dejavnost, ki se ukvarja s posameznikom, družino in družbeno skupnostjo v njihovih razvejanih funkcijah, v času zdravja in bolezni, oziroma se giblje iz ene sfere v drugo. Enkratna naloga medicinske sestre je torej, da ugotavlja potrebe in načrtuje zdravstveno nego, ki bo pomagala bolnemu ali zdravemu posamezniku opravljati vse, kar koristi njegovemu zdravju, okrevanju ali mirni smrti. Cilj zdravstvene nege je omogočiti neodvisnost varovanca, če ima za to potrebno moč, voljo in znanje (WHO).

Zdravstvena nega je utemeljena v analizi človekovih osnovnih potreb. Gre za potrebe, ki jih imajo vsi ljudje, ne glede na morebitno diagnozo. Pri vsakem posamezniku pa je potrebno upoštevati določene prilagoditve in spremembe, ki jih zahtevajo njegova starost, duševne in telesne sposobnosti, čustveno stanje, socialni, kulturni in ekonomski položaj ter okoliščine, v katerih izvajamo zdravstveno nego. Prav splet osnovnih potreb in prilagoditev je tisti ključni element zaradi katerega je zdravstvena nega ustvarjalna dejavnost.

Osebe z motnjami v razvoju v večini niso sposobne skrbeti za svoje osnovne potrebe. Nekatere osebe potrebujejo vodenje, druge delno pomoč, večina pa so popolnoma odvisne od pomoči drugih.



Odvisnost od pomoči drugih večinoma napovedujejo naslednji elementi:

- stopnja motnje v duševnem razvoju (zmerna, težja, najtežja),
- motnja v telesnem razvoju (lažji motorični izpad, zmerna, težka funkcionalna motnja, težka motorična telesna motnja),
- kombinirana motnja ali obolenje (kronična bolezen ali kronično stanje, sistemsko
- prirojene anomalije, epilepsija, motnje senzoričnih organov),
- pogostost akutnih obolenj.

KAKOVOSTNA IN VARNA ZDRAVSTVENA NEGA V ZAVODU

v našem zavodu je vizija za razvoj zdravstvene nege kakovostna in varna zdravstvena nega. Kdaj lahko govorimo o varni zdravstveni negi je vprašanje, katero ponuja veliko odgovorov. Varna zdravstvena nega je nega, ki omogoča individualno in celostno zdravstveno nego.

Individualni pristop nam omogoča upoštevanje prepričanj, pričakovanj in prepoznavanje potreb posameznika med ocenjevanjem, načrtovanjem ter izvedbo aktivnosti v zdravstveni negi. Celostni pristop pri ocenjevanju potreb upošteva omejitve okolja, vire in situacije znotraj katerih posameznik deluje.

Problem je, ker se v praksi še zmeraj pojavlja medicinski model zagotavljanja zdravstvene nege, ko posameznika skušamo stlačiti v posamezne okvire, ki nam jih določa plačnik zdravstvenih storitev. Medicinski model zagotavljanja zdravstvene nege povzroči depersonalizacijo osebe.

Zdravstvena nega v raznih zavodih je dolgo časa in še zdaj nosila stigmo depersonalizacije oseb z motnjami v razvoju. Razlogov za takšen način dela je več:

- pomanjkljiva kadrovska zasedba v zdravstveni negi (problem zagotavljanja finančnih sredstev za visoko izobražen kader),
- delo ni stimulatívno (ni velikih napredkov),
- položaj zdravstvene nege v socialno varstvenih zavodih (meja med zdravstveno in socialno oskrbo je zelo ozka),
- pomanjkljivo znanje o duševni manjrazvitosti,
- pomanjkljivo znanje v zdravstveni negi pri osebah z motnjami v duševnem in telesnem razvoju)
- organizacijski vidik (prezaposlenost in preobremenjenost)
- strokovna določila (kompetence, razmejitev del in nalog).

Razlogi za izvedbo kakovostne in varne zdravstvene nege so profesionalni, organizacijski in upoštevajo medsebojni odnos do uporabnika, strokovno odgovornost, odgovornost do stroke ter zunanji dejavniki, kot so zakoni, kodeksi in pritožbe. Nenazadnje je pomemben tudi motivacijski vidik zaposlenega.

Zakon o pacientovih pravicah določa pravice, ki jih ima pacient oziroma kot uporabnik v zdravstvenih storitev pri vseh izvajalcih zdravstvenih storitev, postopke uveljavljanja teh pravic, kadar so te kršene, in s temi pravicami povezane dolžnosti.

Namen tega zakona je omogočiti enakopravno, primerno, kakovostno in varno zdravstveno oskrbo, ki temelji na zaupanju in spoštovanju med pacientom in zdravnikom ali drugim zdravstvenim delavcem oziroma zdravstvenim sodelavcem.

Pri uresničevanju pravic pacientov po tem zakonu se upoštevajo zlasti naslednja načela:

- spoštovanje vsakogar kot človeka in spoštovanje njegovih moralnih, kulturnih, verskih, filozofskih in drugih osebnih prepričanj,
- spoštovanje telesne in duševne celovitosti ter varnosti,



- varstvo največje zdravstvene koristi za pacienta, zlasti otroka,
- spoštovanje zasebnosti,
- spoštovanje samostojnosti pri odločanju o zdravljenju,
- spoštovanje osebnosti in dostojanstva tako, da nihče ni socialno zaznamovan zaradi svojega zdravstvenega stanja in vzrokov, posledic ter okoliščin tega stanja ali zdravstvene oskrbe, ki jo je bil zaradi tega deležen.

V 5. členu so zabeležene pacientove pravice:

- pravica do primerne, kakovostne in varne zdravstvene oskrbe,
- pravica do spoštovanja pacientovega časa,
- pravica do obveščeniosti in sodelovanja,
- pravica do samostojnega odločanja o zdravljenju,
- pravica do upoštevanja vnaprej izražene volje,
- pravica do preprečevanja in lajšanja trpljenja,
- pravica do drugega mnenja,
- pravica do seznanitve z zdravstveno dokumentacijo,
- pravica do varstva zasebnosti in varstva osebnih podatkov,
- pravica do obravnave kršitev pacientovih pravic,
- pravica do brezplačne pomoči pri uresničevanju pacientovih pravic.

V 8. členu je opredeljeno varstvo otrok in drugih ogroženih skupin, kjer je med drugim zapisano, da so zagotovljene še posebne pravice, ki so opredeljene kot aktivna skrb države in jih določajo drugi predpisi. Tukaj piše, da zdravstvena oskrba otrok poteka ustrezno njihovi starosti in zdravstvenemu stanju brez nepotrebnih medicinskih posegov in dejanj, ki bi lahko povzročili telesno ali čustveno stisko otrok, tako, da se zagotavlja zadovoljevanje čustvenih in telesnih potreb otrok in tako, da se zagotavlja možnosti za sprostitev, igro in izobraževanje otrok (5 zakon o pacientovih pravicah).

Problemi se lahko pojavljajo pri zagotavljanju pravic, kjer gre za aktivno vključenost posameznika in njegovo sodelovanje pri izvajanju zdravstvene nege. Ravno tako se osebe z motnjami v razvoju velikokrat ne morejo same odločati. Da bi v čim večji meri lahko zagotavljali enake pogoje in enake pravice moramo v zavodih razviti sistem zagotavljanja zdravstvene nege, ki bo omogočal kakovostno zdravstveno nego, individualen in celostni pristop.

VLOGA MEDICINSKE SESTRE

Zdravstvena nega oseb z motnjo v telesnem in duševnem razvoju je zelo zahtevna ter zahteva veliko načrtovanja, predvsem pa individualno in celostno obravnavo posameznega uporabnika.

Pri naših uporabnikih se velikokrat ob osnovnih motnjah pojavljajo še dodatna psihiatrična obolenja, kar se kaže v nezaželenih oblikah vedenja, prihaja do povečane avto in heteroagresivnosti. Takšne osebe potrebujejo stalen nadzor psihičnega stanja, posebej oblikovano okolje, usposobljeno in izkušeno osebje.

Aktivnosti v zdravstveni negi v našem zavodu potekajo po procesni metodi dela. Pristop je individualen. Uporablja se teroretični model V. Henderson. Individualen načrt dela se za vsakega posameznika napravi v dvomesečnem obdobju, ko se prepoznavajo potrebe posameznika. Načrt dela se pripravi po 14 življenjskih aktivnostih. Ta model je primeren za zagotavljanje individualnega pristopa dela in celostne obravnave otrok z motnjami v telesnem in duševnem razvoju.

V našem zavodu smo ugotovili, da je največji problem v zagotavljanju varne zdravstvene nege na področju vedenjske problematike. Pri posameznikih se pojavljajo vedenjski problemi, kot so:

- neprimerno reagiranje na dražljaje iz okolja,



- avtoagresija,
- heteroagresija.

Medicinska sestra je tista, ki mora prepoznati otrokove potrebe. Glede na njegovo stopnjo prizadetosti mora prepoznati vedenje, ki je za posameznika normalno, vedenje, ki je drugačno od njegovega običajnega vedenja in vedenje, ki lahko pomeni spremembo njegovega zdravstvenega stanja.

Nepoznavanje posameznika, pomanjkanje znanja na področju zdravstvene nege otroka s posebnimi potrebami in neupoštevanje celovitosti posameznika, lahko vodi do napak pri oblikovanju individualnega programa (prepoznavanje negovalnih potreb), oblikovanja negovalnega načrta (izvedba aktivnosti), postavljanja ciljev in vrednotenja procesa zdravstvene nege.

Zavod se je zaradi vse pogostejšega pojavljanja vedenjske problematike pri naših uporabnikih, odločil, da na tem področju poskuša uvesti metode dela, pri katerih bi bil posameznik celostno obravnavan. V lanskem letu so bila organizirana predavanja s strani tujega predavatelja prof. dr. Došena, znanega psihiatra, ki je svoje delo izpopolnil ravno na področju oseb z motnjami v razvoju. Glavni namen izobraževanja je bila poučitev strokovnih delavcev o tem, da bi znali ločiti normalno vedenje osebe z duševno motnjo od spremenjenega vedenja.

V ta namen je bil sestavljen tim za mentalno zdravje oseb z motnjami v duševnem razvoju. Njegova naloga je celostna obravnava posameznika na različnih področjih dela. Tim je sestavljen iz naslednjih strokovnih delavcev:

- specialni in rehabilitacijski pedagogi,
- psihologi,
- socialni delavec,
- delovni terapevt in
- diplomirana medicinska sestra.

Medicinska sestra je tista, ki uporabnika najbolj pozna, zato tudi najlažje prepozna spremembe v vedenju. Njena vloga v timu je povezovanje strokovnih delavcev z ostalimi zdravstvenimi delavci, informiranje o zdravstvenem stanju, posebnostih in redni terapiji. Medicinska sestra sodeluje s pedopsihiatrom, kateremu podrobno opiše vedenjsko problematiko posameznikov.

Tim skupaj izdelava integrativno diagnostiko, ki je vsem strokovnim delavcem vodilo pri oblikovanju individualnega načrta. Medicinska sestra se vključuje v vse segmente izdelave integrativne diagnostike in jo kasneje tudi uporabi pri vseh fazah procesne metode dela.

PRIKAZ PRIMERA OSEBE Z DUŠEVNO MOTNJO S PROBLEMI MENTALNEGA ZDRAVJA

1. Opis problema:

- močna avtoagresija (udarja se v glavo, predvsem v čelo ali v trde predmete- brazgotine po čelu in deformacijo na zg. delu čela),
- heteroagresija (ščipanje),
- stereotipno vedenje (zibanje zg. dela trupa).

2. Razvojna anamneza z družinsko anamnezo

- rojen je v 39 tednu GS,
- porodna teža je bila 2600g, Apgar 8/10,
- nosečnost je potekala brez posebnosti.

Rojen je bil v romski družini s 5 otroki. Oče in mama sta bratranec in sestrična v prvem kolenu. Najstarejša sestra in mlajši brat imata motnje v telesnem in duševnem razvoju.

V prvem letu življenja je bil fant pogosto bolan. Bil je veliko hospitaliziran. V drugi polovici prvega leta življenja so se že začeli kazati znaki spastičnosti.



Kmalu so se začeli kazati prvi znaki avtoagresije, kot udarjanje ob posteljico.

V starosti 17 mesecev je bil sprejet v ustanovo Stara gora, kjer je bil do svojega 10 leta. Pogosto je oboleval za anginami in vnetji srednjega ušesa. Iz tega se je razvila kronična perforacija bobniča. Naredili so imunološke preiskave in ugotovili zmanjšano imunsko odzivnost. Shodil je v starosti 4 let. Hodil je ob opori, hoja je bila škarjasta, tipično diplegična, po prstih. Sčasoma so se vedno bolj razvijale kontrakture spodnjih ekstremitet.

Tam je bil vključen v rehabilitacijski program, prirejen za otroke s cerebralno paralizo. Starši so ga redno obiskovali in so želeli, da bi bil bližje domu, zato je bil v starosti 11 let sprejet v naš zavod.

V našem zavodu je vključen v program vzgoje in izobraževanja, fizioterapevtsko in delovno terapevtsko obravnavo in program zdravstvene nege.

Pogosto oboleva za vnetji ušes, ima medikamentozno zaradi vedenjskih težav.

3. Diagnoze:

- Paralysis cerebrealis, Dyplegia spastica,
- Huda duševna manjrazvitost,
- Neopredeljena psoriaza,
- Epilepsia,
- Zelo težka inkontinenca,

4. Integrativna diagnoza

1a. Psihiatrična diagnoza (DSM IV)	OS -1: avtoagresija, heteroagresija, stereotipno vedenje OS 2: Huda duševna manjrazvitost OS 3: Psoriaza, Epilepsia
1b. Razvojna psihiatrična diagnoza	SRPD: suspektno na patologijo (47%)
2. Psihopatološki mehanizem a) izvor vedenja – zgodnji razvoj b) vzrok pojavljanja, od kdaj	Avtoagresija in heteroagresija se je začela pojavljati že v zg. otroškem obdobju. Enako tudi stereotipija (sunkovito zibanje zg. dela telesa, predvsem glave). Razlog za takšno vedenje ni znan, tudi ni znan vzrok posameznega pojavljanja. Najbrž gre za kakšno genetsko motnjo (sorodstveno razmerje med staršema, med 6 otroki so trije z duševno motnjo, vendar genetske preiskave niso bile opravljene). Ves čas je bil obravnavan v tujem okolju (bolnica, zavodi), kar je še verjetno dodatno povečalo vedenjske težave.
3. Biološki faktorji	Domnevno genetska motnja CŽS-a
4. Nevrofiziološki faktorji	Nerazvit govor, abnormna nevrolška simptomatika
5. Kognitivni aspekti in učenje (rezultati uporabljenih psihodiagnostičnih sredstev)	Vinelandska lestvica vedenjske prilagojenosti: - področje vsakdanjih spretnosti: MS = 10 mes - področje motorike: MS = 5 mes - področje komunikacije: MS = 3 mes - področje socializacije. MS = 1 mes



6. Nevropsihološki faktor	----
7. Razvoj osebnosti	Faza adaptacije
8. Osebnostne lastnosti	Osebnostne lastnosti je težko določiti, saj ne izkazuje nekega posebnega vedenja, občasno se glasno brez razloga nasmeji, drugače veliko kriči, joka.
9. Potrebe	Svojih potreb ne zna izraziti, telesni kontakt ga vnmiri, ob ugodnih senzornih dražljajih se umiri in dovoli tesen telesni kontakt (objem)
10. Interakcijski vzorci	Ne odziva se na svoje ime, očesni stik vzpostavi za kratek čas. Ne razume enostavnih navodil. Ne izraža svojih potreb. Ne komunicira z ostalimi. Včasih se vznemiri ob določenih zvokih. Veliko joka.
11. Eksistenčni problemi	Potrebuje individualni pristop in mirno okolje, kar mu zaenkrat v trenutnem bivanjskem okolju težko omogočimo (organizacijski aspekt).
12. Okolje	Živi v zavodu, starši ga občasno obiščejo, predvsem ob praznikih, redno mu pišejo. Domov ne hodi. Biva v skupini 7 oseb.
13. Tretma (obravnavna)	- vzpostaviti psihofiziološko homeostazo, ki bi ugodno vplivala na njegov razvoj bazalne sigurnosti - individualna obravnava, - relaksacija, - integracija senzornih dražljajev, - struktura prostora, časa, aktivnosti in oseb, ki se srečujejo z njim

Opis problemov:

Deček je bil zaradi svojega zdravstvenega stanja že od zgodnjega otroštva ves čas v različnih zdravstvenih ustanovah. Njegov osebnostni razvoj je bil moten, zaradi nerazumevanja njegovih potreb. Za normalen osebnostni razvoj je potrebno upoštevati kognitivni, socialni in emocionalni razvoj.

Pri izdelani integrativni diagnozi je razvidno, da je deček v razvoju osebnosti dosegel 1 fazo- fazo adaptacije (od 0-6 mes). Pri dečku so se najverjetneje zaradi tradicionalnega medicinskega pristopa, kjer niso bile zadovoljene njegove emocionalne potrebe (izvedeni testi SRPD, SER) začele pojavljati vedenjske motnje (avtoagresija). Zaradi osnovne motnje hude duševne manjrazvitosti so pri njem v ospredju naslednje potrebe:

- ustvarjanje bazalne varnosti,
- struktura okolja,
- doziranje senzornih dražljajev,
- stabilnost kontakta,
- ne preveč dražljajev iz okolja.

Glavni problem se izraža v nepravilnem pristopu, katerega je bil deležen v času svojega odraščanja in zaradi česar se ni razvila psihofiziološka homeostaza in navezanost na mamo. Zdravstveni delavci niso znali prepoznati in posledično zadovoljevati njegovih potreb. Ob pojavljanju negativnih oblik vedenja, je bilo njegovo vedenje prepoznano kot simptom duševne bolezni, v bistvu pa je bil to njegov edini možni način izražanja osnovnih potreb. Osnovno načelo izdelave negovalnega načrta je



vedno izdelati načrt aktivnosti, ki so usmerjene v vzrok, ne pa v odpravljanje simptomov. Simptomi so bili zdravljeni z medikamentozno terapijo, ki pa ni zmanjšala negativnih oblik vedenja.

Problemi in posledično nepravilnosti s katerimi smo se srečevali pred uporabo integrativne diagnoze so:

zaradi nepravilno opisanih simptomov posledično predpisovanje prevelikih doz psihiatričnih zdravil in zaradi tega neprepoznavanje osnovnega vedenjskega vzorca,

nepravilno oblikovanje negovalnega načrta in negovalnih intervencij zaradi neprepoznavanja in nerazumevanja emocionalnih potreb posameznika,

neprepoznavanje sprožilnih mehanizmov določenih oblik avtoagresivnega vedenja,

neprimeren pristop in reagiranje na določene oblike vedenja, v določenih situacijah.

RAZPRAVA

motnja v duševnem in telesnem razvoju ni bolezen, temveč je trajno stanje, ki ima glede na stopnjo motnje svoje specifične značilnosti. Otroci z motnjami v duševnem razvoju imajo znižano splošno raven inteligentnosti, nižje sposobnosti na kognitivnem, govornem, motoričnem in socialnem področju ter pomanjkanje veščin, kar se vse odraža v neskladju med njihovo mentalno in kronološko starostjo.

Strokovnjaki so mnenja, da lahko osebe z motnjami v razvoju ob potrebni podpori živijo kvalitetno življenje z enakovredno vključenostjo v socialno sredino kot njihovi zdravi vrstniki in se lahko razvijejo v stabilno osebnost.

S stališča psihodinamske in sistemske terapije so pomembni trije faktorji, ki vplivajo na psihično zdravje posameznika:

- stabilna osebnost,
- primeren položaj in vloga v družbi,
- izkoriščanje lastnih sposobnosti.

Če so naši cilji postavljeni samo iz vidika strokovnega znanja iz področja zdravstvene nege, potem bo prihajalo do prevelikih zahtev in pri posamezniku bo prihajalo do frustracij, negativnega stresa, stalni negativni stres pa vodi v razne oblike psihiatričnih motenj (depresije, anksioznosti, psihoze). Skozi leta življenja nepravilne obravnave in nepravilnega pristopa je pri posamezniku lahko narejena velika škoda. Zaradi tega prihaja do motenj vedenja in posledično »dvojnih diagnoz«.

Za celovito razumevanje osebe z motnjo, ni potrebna samo jasna klinična slika, ampak tudi vpogled v to, kako različni dejavniki, ki se pokažejo v času presoje, vzajemno delujejo in kako to vodi do bolezni. Integrativna diagnoza, katere se poslužujemo, je bolj proces, kot diagnoza, ki ni usmerjena samo v simptome, ampak poskuša osvetliti patogenezo in zagotoviti razlago klinične slike za vse udeležene: za uporabnika, negovalce in strokovne delavce. Zato je za celovito obravnavo potrebna ustrezna vključitev medicinskih, psihoterapevtskih, kognitivnih, okoljskih in pedagoških obravnav. Celovit načrt mora temeljiti na natančni diagnostični formulaciji posameznikovih problemov. Vendar je za vsakdanjo prakso potreben jasen model, kako vključiti različne metode obravnave za doseganje določenega cilja.

SKLEP

Osnovno načelo pri naših uporabnikih nam je čim temeljitejše poznavanje posameznika, prepoznavanje zmožnosti funkcioniranja glede na stopnjo prizadetosti in postavljanje realnih ciljev. Če pri oblikovanju negovalnega načrta pristopimo samo s stališča zagotavljanja strokovnega znanja, potem bo prišlo do izvajanja zdravstvene nege, ki ne bo varna, s stališča posploševanja in v stroki bomo spet prešli na tradicionalen medicinski model zagotavljanja zdravstvene nege. Posameznik ne bo obravnavan celostno in iz humanističnega vidika.

Medicinska sestra v zavodu mora imeti strokovno znanje iz področja zdravstvene nege otroka,



poznati mora rast in razvoj zdravega otroka in dobro spoznati otroka s posebnimi potrebami, kajti le tako lahko zagotavlja kvalitetno zdravstveno nego in na osnovi ugotovljenih potreb se lahko prične integrativna obravnava ugotovljene motnje.

Zdravstvena nega v zavodih za usposabljanje, delo in varstvo kot vse druge dejavnosti odraža prevladujoče vrednote določenega časa. Skrb za posameznika je dinamičen proces, ki kaže na odnos medicinske sestre do uporabnika. Odnos je osnovni pripomoček pri delu z osebami z motnjo v duševnem in telesnem razvoju.

Najpomembnejše orodje, ki se pri tem uporablja, je delavec sam, s svojo osebnostjo, kjer prepozna svoje potrebe, svojo moč in omejitve. Če medicinska sestra svoje delo opravlja na način, ki upošteva njeno vedenje o sebi, potem dela na način, da ne pripisuje uporabnikom svoj lastni vrednostni sistem in ga ne vodi po poti lastne zamisli njegovega zdravja. (2 mentalno zdravje str. 9)

LITERATURA:

1. *B. Bauer B. Načrtovanje zdravstvene nege in postopki, W.B. Saunders Company, West Washington Square, 1986*
2. *Došen A. Uporaba razvojne perspektive pri psihiatričnem ocenjevanju in diagnozi oseb z motnjami v duševnem razvoju, Univerza v Njeringenu, Nizozemska*
3. *Dr. Egg M. Moj otrok je drugačen, Založilo Društvo za pomoč nezadostno razvitim osebam SR Slovenije, Ljubljana, 1965*
4. *Marjanovič- Umek L. Razvojna psihologija: izbrane teme, Filozofska fakulteta, Ljubljana, 2009*
5. *Payne S. in Walker J. Psihologija v zdravstveni negi, Narodna in univerzitetna knjižnica v Ljubljani, 2002*
6. *Rungapadiachy M. Dev. Medosebna komunikacija v zdravstvu: Teorija in praksa, Narodna in univerzitetna knjižnica Ljubljana, 2003.*
7. *Tschudin V. Etika v zdravstveni negi: Razmerja skrbi, Narodna in univerzitetna knjižnica v Ljubljani, 2004.*
8. *Pravilnik o kriterijih za uveljavljanje pravic za otroke, ki potrebujejo posebno nego in Varstvo (Uradni list RS, št. 105/2002, 107/2004, 129/2006 – neuradno prečiščeno besedilo)*
9. *Vizija razvoja socialno-varstvenih zavodov za usposabljanje. Končno poročilo. Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve. Izvajalec: Center Dolfke Boštjančič Draga, Ig. Ljubljana, maj 2004.*
10. *Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP). Ur.l. RS, št. 15/2008*



KAZENSKA ODGOVORNOST MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV ZA ZDRAVSTVENE NAPAKE

Anže petrovič, univ.dipl.prav.

Uvod

Zdravstvene napake zdravnikov, in s tem povezana odgovornost, so v zadnjem času zaradi velike medijske izpostavljenosti nekaterih primerov (npr. primer Nekrep) zelo aktualno vprašanje. Pri zdravljenju pacientov sodeluje poleg zdravnikov tudi drugo zdravstveno osebje, kamor sodijo medicinske sestre in zdravstveni tehniki. Narava njihovega dela je takšna, da tudi ti nosijo pomemben del bremena odgovornosti za skrb in nego pacientov. V okviru svojega dela vsakodnevno izpolnjujejo navodila zdravnikov in opravljajo tudi pomembne samostojne naloge. Pri tem lahko storijo tudi napake, katerih posledica je lahko poslabšanje zdravja pacienta, s čimer pa tvegajo kazensko ali drugo odgovornost. Poleg kazenske odgovornosti, ki je predmet tega prispevka, poznamo namreč še druge vrste odgovornosti, in sicer odškodninsko, disciplinsko in odgovornost pred stanovsko organizacijo.

POJEM ZDRAVSTVENE NAPAKE

Komisija za ureditev terminologije napake v zdravstvu, pod okriljem Ministrstva za zdravje¹ (v nadaljevanju: Komisija), je zaradi večje jasnosti in v izogib terminološki zmede, ki nastane zaradi uporabe številnih različnih izrazov, oblikovala posebno mnenje. V mnenju je Komisija zapisala, naj se v strokovnem znanstvenem izrazoslovju uporablja zgolj izraz "napaka", izraz "zmota" pa naj se opusti.² Zaradi udeležbe različnih zdravstvenih delavcev pri napakah je po mnenju Komisije primerneje uporabljati izraz "zdravstvena napaka", in ne npr. "zdravniška napaka". Manj primeren pa je tudi izraz "strokovna napaka", ker lahko do napake pride tudi zaradi ravnanja drugih oseb, kot še izhaja iz mnenja Komisije.

Komisija v nadaljevanju mnenja definira tudi pojem zdravstvene napake. To je napaka, ki se zgodi pri opravljanju zdravstvene dejavnosti in pomeni odstopanje od pričakovanih norm zdravstvene stroke ter od tega, kar se v stroki smatra kot običajno in pravilno. Komisija dodaja, da gre v primeru zdravstvene napake za nezaželen dogodek, ki ne pripelje vedno do škodljivosti za bolnika ali bolnico. Vselej pa je takšen dogodek potrebno raziskati zaradi ugotavljanja morebitne odgovornosti udeležencev dogodkov in pomanjkljivosti v delovnem procesu. Zelo pogosto namreč ravno neustrezen delovni proces privede do zdravstvene napake.

KAZENSKOPRAVNO OBRAVNAVANJE ZDRAVSTVENIH NAPAK

V kazenskopravnem smislu predstavlja zdravstvena napaka naklepno ali malomarno odstopanje od veljavnih pravil medicinske stroke, ki bi v okviru določene kazenskopravne norme lahko vodila do kazenske odgovornosti storilca. Za kazenskopravni pomen zdravstvene napake je torej bistveno, da je do napake prišlo s kršitvijo pravil medicinske stroke.

Z zdravstvenimi napakami se ukvarja podpanoga kazenskega prava, in sicer medicinsko kazensko

¹ Člani komisije so bili: prof. dr. Jože Balažič, Inštitut za sodno medicino, doc. dr. Damjan Korošec, Pravna Fakulteta, Ljubljana in dr. Andrej Robida, Ministrstvo za zdravje. Povzeto po: http://www.mz.gov.si/si/delovna_podrocja/zdravstveno_varstvo/kakovost_in_varnost_zdravstvene_oskrbe/varnost/zdravstvene_napake/ (17.03.2010).

² Izraz »zmota« ima v kazenskem pravu poseben pomen. Več o tem v Bavcon, Šelih, Korošec, Ambrož, Filipčič Kazensko pravo splošni del (2009), str. 293-303.



pravo. Ta je specializirana za kazniva dejanja, kjer se kot storilci pojavljajo zdravniki in drugi zdravstveni delavci v zvezi s svojim poklicem v medicini. Kot žrtve kaznivih dejanj se najpogosteje pojavljajo bolniki. Pri medicinskem kazenskem pravu je izrazito poudarjena njegova zaščitna funkcija, in sicer zaščita bolnikov pred grobimi, težkimi in posebej zavržnimi napakami v medicini ter zaščita bolnikov pred še posebej nevarnimi zlorabami medicine s strani oseb, ki niso zdravniki ali drugi zdravstveni delavci.

V vseh inkriminacijah, t.j. opredelitvah kazenskega zakona, da je neko dejanje kaznivo, ki so relevantne za zdravniško dejavnost, je kršitev pravil zdravniške stroke konstitutivni element kaznivega dejanja. To pomeni, da mora biti ravnanje zdravstvenega delavca, ki je lahko pasivno ali aktivno (opustitev ali storitev), vedno najprej v nasprotju s pravili veljavne medicinske stroke in znanosti, da sploh lahko govorimo o kršitvi določene kazenskopravne norme in ugotavljamo kazensko odgovornost. Toda, sama kršitev pravil zdravniške stroke še ne pomeni, da je zdravstveni delavec storil kaznivo dejanje. Za obravnavanje ravnanja zdravstvenega delavca v okviru katerega od kaznivih dejanj morajo biti izpolnjeni vsi elementi splošnega pojma kaznivega dejanja³: človekovo ravnanje mora izpolnjevati bit kaznivega dejanja⁴ (ustrezati mora opisu kaznivega dejanja v zakonu), biti mora protipravno (neskladno s pravnim redom kot celovitim sistemom norm in vrednot) in podana mora biti krivda storilca (subjektiven odnos storilca do njegovega dejanja).⁵

PREDSTAVITEV KAZNIVIH DEJANJ V ZVEZI Z ZDRAVSTVENIMI NAPAKAMI, PRI KATERIH NASTOPA KOT POTENCIALNI STORILEC MEDICINSKA SESTRA ALI ZDRAVSTVENI TEHNIK

Novi kazenski zakonik (KZ-1, Ur.l. RS, št. 55/2008, v nadaljevanju: KZ-1) v dvajsetem poglavju, z naslovom kazniva dejanja zoper človekovo zdravje, obravnava dve kaznivi dejanji, pri katerih nastopa kot potencialni storilec tudi medicinska sestra ali zdravstveni tehnik. Gre za kaznivo dejanje opustitve zdravstvene pomoči (178. člen KZ-1) in kaznivo dejanje malomarnega zdravljenja in opravljanja zdravilske dejavnosti (179. člen KZ-1). Ti dve kaznivi dejanji sodita zaradi označbe lastnosti možnega storilca v skupino t.i. posebnih kaznivih dejanj (*delicta propria*). Storilec je namreč lahko le zdravnik, drug zdravstveni delavec ali zdravilec. Ko govorimo o posebnih kaznivih dejanjih, lahko opredeljena lastnost storilca pomeni, da je le takšna oseba lahko storilec določenega kaznivega dejanja (npr. le zdravstveni delavec lahko stori kaznivo dejanje opustitve zdravstvene pomoči), lahko pa pomeni tudi, da postane zaradi osebnih lastnosti storilca neko kaznivo dejanje hujše ali blažje.⁶

V dvajsetem poglavju KZ-1 so poleg zgoraj navedenih kaznivih dejanj opredeljena tudi druga kazniva dejanja, ki so povezana z zdravstveno dejavnostjo. Vendar pri teh kaznivih dejanjih ne morejo biti potencialni storilci medicinske sestre ali zdravstveni tehniki. Takšno je npr. kaznivo dejanje nedovoljene presaditve delov človeškega telesa in spremembe človeškega genoma (181. člen KZ-1; storilec je lahko le zdravnik), kaznivo dejanje malomarnega opravljanja lekarniške dejavnosti (182. člen KZ-1; storilec je lahko le lekarnar ali druga oseba, pooblaščen za izdajanje zdravil) ali pa npr. kaznivo dejanje mazaštva (180. člen KZ-1; storilec je lahko le tisti, ki se ukvarja z zdravljenjem ali opravljanjem zdravilske dejavnosti, čeprav za to nima predpisane kvalifikacije).

³ Več o splošnem pojmu kaznivega dejanja v Bavcon, Šelih, Korošec, Ambrož, Filipčič Kazensko pravo splošni del (2009), str. 142-151.

⁴ Gre za celovitost objektivnih in subjektivnih znakov, ki kot celota opredeljujejo nepravo določenega dejanja. Več o biti kaznivega dejanja v Bavcon, Šelih, Korošec, Ambrož, Filipčič Kazensko pravo splošni del (2009), str. 183-185.

⁵ Povzeto po: Korošec, Medicinsko kazensko pravo (2004), str. 27, 32, 95, 97 in 99.

⁶ Povzeto tudi po: Bavcon, Šelih, Korošec, Ambrož, Filipčič Kazensko pravo splošni del (2009), str. 193.



OPUSTITEV ZDRAVSTVENE POMOČI

Opustitev zdravstvene pomoči opredeljuje določba 178. člena KZ-1⁷. Storilec navedenega kaznivega dejanja je lahko poleg zdravnika tudi drug zdravstveni delavec (npr. medicinska sestra, zdravstveni tehnik), ki v nasprotju s svojo poklicno dolžnostjo ne pomaga bolniku ali komu drugemu, ki je v življenjski nevarnosti. Za storitev kaznivega dejanja opustitve zdravstvene pomoči ne zadostuje, da zdravstveni delavec npr. najprej ne privoli v pomoč, vendar to kasneje nudi. Poudariti je potrebno, da je kot storilec pri predmetnem kaznivem dejanju mišljen zdravstveni delavec, ki dejansko opravlja zdravstveno dejavnost (npr. medicinska sestra v zdravstvenem domu). Kaznivo dejanje opustitve zdravstvene pomoči se lahko izvrši le z direktnim naklepom, kar pomeni, da se mora zdravstveni delavec zavedati svojega ravnanja in ga tudi hote storiti. Zavest storilca mora obsegati zavest o okoliščinah, ki ustrezajo znakom kaznivega dejanja (zavest o neposredni smrtni nevarnosti za drugega). Poleg tega se mora storilec zavedati tudi prepovedane posledice in pa vzročne zveze med svojim ravnanjem in prepovedano posledico.⁸ Zaradi navedenega govorimo tudi o t.i. naklepni zdravstveni napaki.

Ko govorimo o vsebini poklicne dolžnosti, ki jo krši storilec s tem, ko opusti pomoč, je le-ta seveda različna pri zdravniku in pri zdravstvenemu delavcu, ki ni zdravnik. Medicinska sestra ne more nuditi specialistične zdravniške pomoči. Pod pojmom pomoč je torej potrebno razumeti takšno pomoč, ki stanje lahko izboljša in nevarnost za življenje zmanjša ali odvrne. Nevarnost za življenje bolnika ali koga drugega pa mora biti neposredna in konkretna. Gre za situacijo, ko je bolnik v smrtni nevarnosti in ne npr. za umirajočega. Za storitev kaznivega dejanja opustitve zdravstvene pomoči ni pomembno, kako je nevarnost za življenje nastala in kdo jo je povzročil. Za dokončanje tega kaznivega dejanja zadostuje opustitev pomoči v času, ko bi jo storilec moral nuditi, ni pa pomembno, ali je pri bolniku ali drugi osebi tudi prišlo do kakšne posledice (npr. poslabšanje zdravja, smrt bolnika ali druge osebe). V kolikor do posledice vendarle pride, pa lahko govorimo o drugem kaznivem dejanju iz petnajstega poglavja KZ-1 (npr. povzročitev smrti iz malomarnosti po 118. členu KZ-1⁹).¹⁰ Ko za odvrnitev neposredne smrtno nevarnosti ni potrebna zdravniška temveč drugačna pomoč, je zdravnik ali zdravstveni delavec lahko storilec kaznivega dejanja opustitve pomoči po 130. členu KZ-1¹¹ (npr. ko medicinska sestra ne pomaga osebi, ki se utaplja, če to lahko stori brez nevarnosti zase ali koga drugega).

MALOMARNO ZDRAVLJENJE IN OPRAVLJANJE ZDRAVILSKE DEJAVNOSTI

Malomarno zdravljenje in opravljanje zdravilske dejavnosti je opredeljeno v 179. členu KZ-1¹². Storilec navedenega kaznivega dejanja je poleg zdravnika lahko tudi drug zdravstveni delavec (npr.

7 Opustitev zdravstvene pomoči; 178. člen KZ-1: 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.

8 Naklep opredeljuje 25. člen KZ-1: Kaznivo dejanje je storjeno z naklepom, če se je storilec zavedal svojega dejanja in ga je hotel storiti ali če se je zavedal, da lahko zaradi njegovega ravnanja nastane prepovedana posledica, pa je privolil, da taka posledica nastane.

9 Povzročitev smrti iz malomarnosti; 118. člen KZ-1: Kdor povzroči smrt drugega iz malomarnosti, se kaznuje z zaporom od šestih mesecev do petih let.

10 Povzeto po: Deisinger, Kazenski zakonik s komentarjem, posebni del, (2002), str. 282-284 in Bavcon, Šelih, Korošec, Ambrož, Filipčič Kazensko pravo splošni del (2009), str. 268-269.

11 Opustitev pomoči; 130. člen KZ-1: Kdor ne pomaga osebi, ki je v neposredni smrtni nevarnosti, čeprav bi to lahko storil brez nevarnosti zase ali za koga drugega, se kaznuje z zaporom do enega leta.

12 Malomarno zdravljenje in opravljanje zdravilske dejavnosti; 179. člen KZ-1:

(1) Zdravnik, ki pri opravljanju zdravniške dejavnosti iz malomarnosti ravna v nasprotju s pravili zdravniške znanosti in stroke in tako povzroči, da se komu občutno poslabša zdravje, se kaznuje z zaporom do treh let.

(2) Enako se kaznuje

(a) zdravstveni delavec, ki pri svoji zdravstveni dejavnosti ravna v nasprotju s pravili stroke, pa pri tem povzroči, da se komu občutno poslabša zdravje ali

(b) zdravilec, ki pri opravljanju dovoljene zdravilske dejavnosti iz malomarnosti neustrezno izbere in uporabi zdravilski sistem ali zdravilsko metodo, pa pri tem povzroči, da se komu občutno poslabša zdravje.

(3) Če zaradi dejanja iz prvega ali drugega odstavka kdo umre, se storilec kaznuje z zaporom od enega do osmih let.



medicinska sestra, zdravstveni tehnik), ki pri svoji zdravstveni dejavnosti ravna v nasprotju s pravili stroke, pri tem pa povzroči, da se nekomu občutno poslabša zdravje.¹³ Gre za t.i. malomarnostno kaznivo dejanje, ki se lahko stori le iz malomarnosti, ki pa je lahko zavestna ali nezavestna.¹⁴ Pri storilcu malomarnostnega kaznivega dejanja gre predvsem za to, da storilec ravna v nasprotju s svojimi dolžnostmi. Z drugimi besedami, storilec krši dolžnostno ravnanje, ki predpostavlja, da je dolžan s potrebno skrbnostjo izpolniti svojo dolžnost. Vsebino dolžnostnega ravnanja pa opredeljujejo pravila stroke, ki določajo merila dolžnostne skrbnosti za različne profile zdravstvenih delavcev.¹⁵ V primeru sodnega postopka bo sodišče najprej moralo ugotoviti, katero dolžnostno ravnanje je obvezovalo zdravstvenega delavca in katerega delavca je obvezovalo. Pri malomarnostnem kaznivem dejanju je prepovedana posledica v poškodbi zavarovane dobrine (npr. poslabšanje zdravja pacienta). V tem se tudi izraža nevarnost dejanja in utemeljuje kazenskopravno reakcijo. Vzročna zveza med kršitvijo dolžnostnega ravnanja in nastalo prepovedano posledico se pri malomarnostnem kaznivem dejanju presoja nekoliko drugače, kot pri tipičnih naklepnih kaznivih dejanjih. Za presojo vzročne zveze sta pomembna zlasti naslednja kriterija: objektivna predvidljivost prepovedane posledice (če posledica ni objektivno predvidljiva, vzročne zveze ni) in ali bi prepovedana posledica nastala tudi v primeru, ko bi zdravstveni delavec storil vse, kar mu je velevalo dolžnostno ravnanje (če je temu tako, vzročne zveze ni). Ugotavljanje krivde pri malomarnostnem kaznivem dejanju lahko strnemo v dve pravili. Prvič, od nikogar ni mogoče zahtevati več kot zmore (npr. od medicinske sestre ni mogoče zahtevati, da bo nudila specialistično medicinsko pomoč). Gre za vprašanje, ali je storilec v danih okoliščinah in glede na svoje osebne razmere zmožel ustreči zahtevam, ki zanj izhajajo iz ugotovljene dolžnosti zavedati se možnosti nastanka prepovedane posledice. Drugič, upoštevati je treba individualne lastnosti storilca, ki so lahko povprečne, nadpovprečne ali pa podpovprečne. To pomeni, da lahko od vsakogar zahtevamo toliko, kolikor osebno zmore (npr. medicinska sestra ne pozna prave količine zdravila, ker je zdravnik, ki bi to moral storiti, o tem ni poučil).¹⁶

Še tako huda kršitev pravil stroke ne pomeni storitve kaznivega dejanja malomarnega zdravljenja in opravljanja zdravilske dejavnosti, če ne nastane prepovedana posledica občutnega poslabšanja zdravja pacienta¹⁷. Primer takšne situacije bi lahko bil naslednji: zdravstveni delavec, ki je zadolžen za vnos določenega zdravila v telo pacienta, zaradi nepoznavanja pravil stroke, po končanem vnosu zdravila v telo pacienta ne očisti aparature za dovajanje zdravila. Posledično dobi pacient ob naslednjem vnosu istega zdravila napačno količino zdravila (ostanek zdravila in novo zdravilo). Ker ima pacient srečo, ne utrpí občutnega poslabšanja zdravja, zdravljenje je npr. le manj učinkovito. Kljub temu, da je zdravstveni delavec v opisanem primeru kršil pravila medicinske stroke, ki mu velevalo, da očisti ostanek zdravila iz aparature, do storitve kaznivega dejanja po 179. členu KZ-1 ni prišlo. Drugo, neobčutno poslabšanje zdravja, pri predmetnem kaznivem dejanju tako ne pride v poštev. V literaturi se zato omenja pomembna privilegirana slovenskega zdravstvenega delavca nasproti delavcem v drugih strokah.¹⁸

Določba 3. odstavka 179. člena KZ-1 predvideva tudi nastanek hujše posledice temeljnega zgoraj

13 Povzeto po: Deisinger, Kazenski zakonik s komentarjem, posebni del, (2002), str. 285-287.

14 Storilec se pri zavestni malomarnosti zaveda, da lahko zaradi njegovega ravnanja nastane prepovedana posledica, pa lahko miselno misli, da jo bo lahko preprečil ali da ta ne bo nastala. Pri nezavestni malomarnosti pa se storilec ne zaveda, da lahko nastane prepovedana posledica, pa bi se po okoliščinah in svojih osebnih lastnostih tega moral in mogel zavedati. Povzeto po: Kazensko pravo splošni del, 2009 Bavcon, Šelih, Korošec, Ambrož, Filipčič, str. 274-284.

15 Povzeto po Šelih, Pogoji in meje kazenske odgovornosti zdravstvenega delavca, zlasti zdravnika (izbrana vprašanja) v: Pravo in medicina (1998), str. 174-175.

16 Povzeto po: Bavcon, Šelih, Korošec, Ambrož, Filipčič Kazensko pravo splošni del (2009), str. 278-284.

17 V teoriji obstaja tudi drugačno stališče od tega, da je občutno poslabšanje zdravja posledica tega kaznivega dejanja. In sicer, da predstavlja občutno poslabšanje zdravja t.i. objektivni pogoj kaznivosti (posebna predpostavka kaznivosti dejanja). Več o tem glej: Korošec, Medicinsko kazensko pravo (2004), str. 294-295 in Bavcon, Šelih, Korošec, Ambrož, Filipčič Kazensko pravo splošni del (2009), str. 187-189.

18 Povzeto po: Korošec, Medicinsko kazensko pravo (2004), str. 296-297.



opisanega kaznivega dejanja, in sicer smrt oškodovanca.¹⁹ V teh primerih govorimo o kaznivem dejanju, kvalificiranem s hujšo posledico. Navedena določba se lahko uporabi le, če je podana vzročna zveza med ravnanjem zdravstvenega delavca in smrtjo oškodovanca in če glede smrti oškodovanca storilcu (npr. medicinska sestra, zdravstveni tehnik) ni mogoče očitati naklepa, temveč zgolj malomarnost.²⁰ Hujše posledice torej ne moremo preprosto pripisati storilcu in ga nato kaznovati. V kazenskem pravu namreč uporaba načela objektivne odgovornosti, t.j. odgovornost ne glede na krivdo, v nobenem primeru ni dopustna.²¹

POMEN PRIVOLITVE BOLNIKA V MEDICINSKI POSEG

Bolnikova privolitev v medicinski poseg pridobiva v sodobnem kazenskem pravu vse večji pomen. Kršitve pojasnilne dolžnosti, ki so v praksi zelo pogosta zdravstvena napaka, le redko dokazljivo vodijo do občutnega poslabšanja zdravja v smislu določbe 197. člena KZ-1.²² Zdravstveni delavci s kirurškimi posegi in tudi z vnašanjem zdravil v telo vsakodnevno izpolnjujejo biti kaznivih dejanj telesnih poškodb, ki pa znotraj medicinske dejavnosti niso protipravne. Z drugimi besedami, pri zdravljenju nujno nastanejo tudi telesne poškodbe, ki niso kaznive.

V svetu lahko najdemo dva pristopa, ki se razlikujeta po tem, kako upoštevana je pacientova volja pri tej presoji. Prvi, starejši pristop, najdemo v posebnem statusu medicinske dejavnosti v kazenskem pravu. Po tem pristopu je zdravstvena dejavnost je razglašena za načeloma nekaznivo na osnovi družbene koristnosti zdravstva, ki predstavlja nekakšen samostojen in vnaprejšen razlog izključitve protipravnosti. Večina teoretikov nekdanje Jugoslavije, vključno s slovenskimi, je izhajala iz takšnega pristopa. Za prvi pristop je značilno, da privolitev pacienta kot oškodovanca nima ključnega pomena. V sodobnem kazenskem pravu je opisani pristop postal redkost in ni več skladen s svetovnimi standardi dostojanstva človeka, varstva avtonomije, samoodločbe in svobodnega razvoja osebnosti. Drugi pristop presoje protipravnosti poškodb v medicini zato izhaja iz veljavne privolitve pacienta, ki je bolj ali manj nujen pogoj za izključitev protipravnosti zdravniške dejavnosti. Moderno kazensko pravo se tako vse bolj upira priznanju posebnega statusa medicinske dejavnosti, zaradi česar bi bilo treba za presojno ravnanje prilagajati merila splošnega pojma kaznivega dejanja. Bolnikova privolitev dobiva vidnejše mesto pri presoji kaznivosti medicinske dejavnosti v okviru splošnega pojma kaznivega dejanja.

Leta 2008 je bil v Sloveniji uveljavljen Zakon o pacientovih pravicah, ki postavlja samoodločbo in pravico pacienta do sodelovanja v procesu zdravljenja kot temeljno merilo pravnosti zdravniškega posega. Tudi KZ-1 je vpeljal povsem novo določbo 125. člena²³ z naslovom izključitev kaznivega dejanja pri telesnem poškodovanju s soglasjem poškodovanca. Navedena določba med drugim določa, da naklepna povzročitev hude ali posebno hude telesne poškodbe ni protipravna, če je

19 Več o modalitetah kaznivih dejanj v Bavcon, Šelih, Korošec, Ambrož, Filipič Kazensko pravo splošni del (2009), str. 196-198.

20 Odgovornost za hujšo posledico; 28. člen KZ-1: Če je iz kaznivega dejanja nastala hujša posledica, za katero predpisuje zakon hujšo kazen, se sme ta kazen izreči, če je storilec glede na to posledico ravnal malomarno.

21 Povzeto po: Bavcon, Šelih, Korošec, Ambrož, Filipič Kazensko pravo splošni del (2009), str. 289-291.

22 Povzeto po: Korošec, Medicinsko kazensko pravo (2004), str. 297.

23 Izključitev kaznivega dejanja pri telesnem poškodovanju s soglasjem poškodovanca; 125. člen KZ-1:

(1) Povzročitev lahke telesne poškodbe (122. člen) ni protipravna, če je poškodovanec privolil vanjo. V tem primeru se pri mladoletni ali slabotni osebi upošteva privolitev, če jo v skladu z zakonom v skrbi za njuno zdravje da tisti, ki zastopa take osebe.

(2) Naklepna povzročitev hude (123. člen) ali posebno hude (124. člen) telesne poškodbe ni protipravna, če je poškodovanec privolil vanjo in pri tem niso bile prizadete koristi koga drugega ali ogrožena kakšna skupna pravna vrednota.

(3) Ne glede na prejšnji odstavek naklepna povzročitev hude ali posebno hude telesne poškodbe pri zdravljenju ali zdravilski dejavnosti ni protipravna, če je bila privolitev dana v obliki in ob pogojih, ki jih določa zakon.

(4) Če je poškodovanec med storitvijo kaznivega dejanja hude ali posebno hude telesne poškodbe prej dano privolitev preklical, to na izključitev protipravnosti dejanj po prejšnjem odstavku ne vpliva, v drugih primerih po drugem odstavku tega člena pa se storilec, ki začete dejanja po preklicu ni dokončal, ne kaznuje za njegov poskus oziroma se ne kaznuje za dokončano lažje dejanje, zajeto v poskusu hujšega kaznivega dejanja.



poškodovanec privolil vanjo in pri tem niso bile prizadete koristi koga drugega ali ogrožena kakšna skupna pravna vrednota. Ne glede na navedeno pa povzročitev hude ali posebno hude telesne poškodbe pri zdravljenju ali zdravilski dejavnosti ni protipravna, če je bila privolitev dana v obliki in ob pogojih, ki jih določa zakon, kot še izhaja iz določbe 125. člena KZ-1. Navedeno pomeni, da lahko zdravstveni delavec pri zdravstvenem posegu, kjer njegovo ravnanje izpolni bit kaznivega dejanja (npr. huda telesna poškodba) in je medicinski poseg opravljen brez veljavne privolitve pacienta, odgovarja za kaznivo dejanje (npr. hude telesne poškodbe po 123 členu KZ-1). Ob tem pa morajo biti izpolnjeni tudi drugi že omenjeni pogoji.²⁴ S tem je KZ-1 prvič priznal pacientovi volji ključno vlogo pri izključitvi protipravnosti telesnih poškodb, ki nastanejo v zvezi z medicinsko dejavnostjo. Posledično je omogočen razvoj kazenskopravnih pravil v zvezi s pacientovo privolitvijo in pojasnilno dolžnostjo zdravnika.²⁵

SODNA PRAKSA

Sodne prakse na področju kazenske odgovornosti v zvezi z zdravstvenimi napakami ni veliko. V letih 2004-2008 so tožilstva v Sloveniji prejela prejela kazenske ovadbe zoper 14 oseb zaradi kaznivega dejanja opustitve zdravstvene pomoči, vendar so bile vse zavržene. Zaradi kaznivega dejanja malomarnega zdravljenja po 190. členu starega kazenskega zakonika pa je bilo v istem obdobju podanih kar 88 ovadb. Sodišče je obravnavalo 8 zadev, izdana je bila 1 obsodilna sodba.²⁶

V nadaljevanju predstavljam sodbo Višjega sodišča v Ljubljani I Kp 1659/2006, s katero je potrdilo sodbo Okrajnega sodišča v Ljubljani, ki je medicinsko sestro spoznalo za krivo storitve kaznivega dejanja malomarnega zdravljenja po 2. odstavku 190. člena kazenskega zakonika (uradno prečiščeno besedilo, KZ-UPB1, Ur.l. RS, št. 95/2004, v nadaljevanju: KZ). V pogojni obsodbi ji je Okrajno sodišče v Ljubljani določilo kazen petih mesecev zapora, s preizkusno dobo treh let. Obdolženčin zagovornik se je zoper sodbo pritožil, Višje sodišče v Ljubljani pa je ugotovilo, da pritožba ni utemeljena.

Okrajno sodišče v Ljubljani (v nadaljevanju: sodišče) je v obravnavani zadevi ugotovilo, da je obdolženka ravnala v nasprotju s pravili zdravstvene stroke s tem, ko je namesto, da bi sama aplicirala zdravila pacientu, zdravila izročila varuhinji in ji naročila, da jih aplicira pacientu. Ko je svojo obveznost prenesla na varuhinjo, je ravnala v nasprotju s pravili zdravstvene stroke. Sodišče je namreč nedvoumno ugotovilo, da je bila obdolženka v kritičnem času medicinska sestra v Centru za usposabljanje in varstvo in je bila kot medicinska sestra izključno odgovorna za pripravo in dajanje zdravil varovancem. Zdravila je pripravila tako za varovanca oškodovanca, kakor tudi za drugega varovanca. Sodišče je nadalje ugotovilo, da je varuhinja oškodovanemu pacientu dala zdravila, ki so bila pripravljena za drugega pacienta. Zaradi zaužitja teh zdravil je pri oškodovanem prišlo do zastrupitve z zdravili in s tem do občutnega poslabšanja zdravja. Sodišče je ugotovilo tudi, da je bilo delovno mesto obdolženke v hierarhiji delovnih mest nad delovnim mestom varuhinje, ki se je tudi sama počutila podrejeno obdolženki in je razumela, da mora njen ukaz tudi izpolniti.

Višje sodišče v Ljubljani (v nadaljevanju: Višje sodišče) pa je ugotovilo, da bi varuhinja sicer lahko zavrnila obdolženkin ukaz oziroma prošnjo, da naj oškodovancu da zdravila, saj sama kot varuhinja zdravil varovancem ne sme dajati. Vendar je Višje sodišče ugotavilo, da to še ne pomeni, da je bila pretrgana vzročna zveza med obdolženkinim ravnanjem in nastalo prepovedano posledico. Poudarilo je, da bi obdolženka kot medicinska sestra, v kolikor je svojo dolžnost dajati zdravila

²⁴ Povzeto po: Čeferin, Kazenska odgovornost za zdravniške napake, v: Zbornik 2. Konferenca kazenskega prava in kriminologije, (2009), str. 139.

²⁵ Povzeto po: Bavcon, Šelih, Korošec, Ambrož, Filipič Kazensko pravo splošni del (2009), str. 241.

²⁶ Povzeto po: Čeferin, Kazenska odgovornost za zdravniške napake, v: Zbornik 2. Konferenca kazenskega prava in kriminologije, (2009), str. 134-135.



varovancem prepustila varuhinji, morala poskrbeti, da otrok v njeni prisotnosti zaužije zdravila. Iz izvedenskega mnenja je namreč izhajalo, da v medicini pri prenosu del in nalog od osebe z višjo medicinsko izobrazbo na osebo z nižjo medicinsko izobrazbo ostaja odgovorna tista oseba, ki je nalogo prepustila osebi z nižjo izobrazbo. Glede na vse navedeno je Višje sodišče zaključilo, da ravnanje varuhinje, ki je po obdolženkinem naročilu dala zdravila oškodovanemu, ki so bila sicer pripravljena za drugega varovanca, le-ta pa ji je predhodno izročila obdolženka, ni imelo znakov kaznivega dejanja. Ni pa tudi imelo takšnega pomena in moči, da povsem preusmeri vzročni potek oziroma povsem odpravi učinke prvotnega ravnanja obdolženke.

SKLEP

V zdravstveni dejavnosti lahko povzroči že majhna nepazljivost zdravstvenega delavca hude posledice na zdravju pacienta. Ravno zato je medicinska stroka izoblikovala številne postopke oziroma pravila, katerih namen je preventiven. Zaradi možnosti nastanka hudih in nepopravljivih posledic za zdravje pacientov pa lahko ugotovimo, da je utemeljena tudi kaznivost kršitve teh pravil. Gre namreč za varovanje pacienta in njegovega zdravja. Pacienta se varuje tako pred poslabšanjem zdravja zaradi storjene zdravstvene napake, kot tudi pred položajem, ko bi se znašel v vlogi žrtve kaznivega dejanja. Upoštevanje pravil medicinske stroke pa varuje tudi zdravstvenega delavca pred položajem, v katerem bi bilo potrebno ugotavljati njegovo odgovornost. Pomembno je, da se zdravstveni delavec zaveda pravil medicinske stroke, ki usmerjajo njegovo delovanje. Nenazadnje so ravno zdravstveni delavci tisti, ki delujejo v interesu pacienta.

Napaka, ki jo zdravstveni delavec stori ob delu, ne pripelje vedno do ugotavljanja njegove kazenske odgovornosti. Poleg zdravstvene napake, ki predstavlja kršitev pravil medicinske stroke, morajo biti izpolnjeni tudi drugi pogoji. V praksi pa so pogoste tudi zdravstvene napake, ki ne povzročajo posledic na zdravju oseb, in tako niso predmet kakršnih koli obravnav.

Cilj razprave ob storjeni zdravstveni napaki naj bo predvsem v preprečevanju bodočih napak in v izboljšanju delovnega procesa. Ugotavljanje kazenske odgovornosti zdravstvenega delavca pri tem ni nepomembno. Poudariti pa je potrebno, da naj bo kazenska odgovornost skrajno sredstvo, ko gre za varovanje dobrin, ki so za družbo dobre in koristne.

**LITERATURA:**

1. Katjuša Čeferin, *Kazenska odgovornost za zdravniške napake*, v: *Zbornik 2. Konferenca kazenskega prava in kriminologije*, (2009), str. 134-135 in 139
2. Mitja Deisinger (2002) *Kazenski zakonik s komentarjem, posebni del (1. izdaja)*. Ljubljana: GV Založba, str. 282-284, 285-287
3. Ljubo Bavcon, Alenka Šelih, Damjan Korošec, Matjaž Ambrož, Katja Filipčič (2009) *Kazensko pravo splošni del (5. izdaja)*. Ljubljana: Uradni list Republike Slovenije, str. 193, 241, 268-269, 274-284 in 289-291
4. Damjan Korošec (2004) *Medicinsko kazensko pravo*. Ljubljana: Cankarjeva založba, str. 27, 32, 95, 97, 99 in 296-297
5. Alenka Šelih, *Pogoji in meje kazenske odgovornosti zdravstvenega delavca, zlasti zdravnika (izbrana vprašanja)* v: ur. Ada Polajnar Pavčnik, Dragica Wedam Lukić (1998) *Pravo in medicina*. Ljubljana: Cankarjeva založba, str. 174-175
6. Povzetek mnenja komisije: http://www.mz.gov.si/si/delovna_podrocja/zdravstveno_varstvo/kakovost_in_varnost_zdravstvene_oskrbe/varnost/zdravstvene_napake/ (17.03.2010)
7. *Sodba Višjega sodišča v Ljubljani I Kp 1659/2006*
8. *Kazenski zakonik (uradno prečiščeno besedilo, KZ-UPB1, Ur.l. RS, št. 95/2004)*
9. *Kazenski zakonik (KZ-1) (Ur.l. RS, št. 55/2008)*
10. *Zakon o pacientovih pravicah (Ur.l. RS, št. 15/2008)*



IZOBRAŽEVANJE MEDICINSKIH SESTER IN ZT NA KO ZA OTROŠKO KIRURGIJO IN INTENZIVNO TERAPIJO: OŽIVLJANJE OTROKA – TRENING

Petrovič Minja, prof.zdr.vz.

*Klinični oddelek za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo, Kirurška klinika, Univerzitetni
Klinični center Ljubljana*

Uvod

Prva Ameriška konferenca na temo oživljanja, Nacionalne akademije za znanost in Nacionalnega raziskovalnega sveta (National Academy of Sciences, National Research Council) že od leta 1966 priporoča usposabljanje zdravstvenega osebja za izvajanje postopkov oživljanja. Znanje po izvajanju tečaja o oživljanju ne ostane dolgo v spominu in zato ob času, ko je potrebno ukrepati, prihaja do nesporazumov in slabih izkušenj. Izobraževanje na področju oživljanja zdravstveni delavci dobimo ob pričetku službe, ker jih zdravstveni zavodi predpisujejo kot pogoj za opravljanje strokovnega izpita. Nadaljnjo izobraževanje je pogojeno s samoiniciativnost posameznika in možnostjo udeležbe izobraževanja, ki vsebuje tečaj oživljanja. Študije so pokazale, da samo stalno obnavljanje znanja na področju oživljanja daje posamezniku možnost, da uspešno deluje v resničnih situacijah, ko je potrebno reševati otrokovo življenje. Tudi stiske in stresne situacije so manjše pri tistih osebah, ki svoje znanje primerno vzdržujejo.

POUK OŽIVLJANJA

S poukom oživljanja so v Sloveniji začeli zgodaj v okviru prve pomoči za gorske reševalce. Pouk temeljnih postopkov oživljanja za zdravstveno osebje se je začelo izvajati leta 1976 v okviru Centralne anestezijsko reanimacijske službe. Zdravniki in medicinske sestre tega oddelka so izvajali pouk „po metodi ABC“. Do leta 1981 je v Kliničnem centru sodelovalo 79 zdravnikov in 1160 medicinskih sester. Po letu 1984 so temeljne postopke oživljanja standardizirali, tečajnike sta učila dva zdravnika in dve medicinski sestri. Ob koncu tečaja udeleženci odgovorijo na testna vprašanja. Taka oblika izobraževanja temeljnih postopkov oživljanja obstaja tudi danes in jo javni zavod UKC predpisuje kot obvezo za vse pripravnike kot pogoj za opravljanje strokovnega izpita. Kako obnavljamo svoja znanja iz temeljnih postopkov oživljanja pa je vprašanje. Na KO za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo po sistemu kroženja vse medicinske sestre opravijo tečaj oživljanja v okviru seminarja Kritično bolan in poškodovan otrok. Kot novost smo v letošnjem letu od julija do septembra izvajali organizirano testiranje znanj.

Treninga oživljanja se je udeležilo 38 oseb:

- 5 medicinskih sester pripravnic s srednjo zdravstveno šolo
- 3 medicinske sestre pripravnice z visoko zdravstveno šolo
- 27 stalno zaposlenih, od tega 4 z visoko zdravstveno šolo, 23 s srednjo zdravstveno šolo.

Prisotni so bili trije zdravniki začetniki, udeleženi kot opazovalci. Razpon delovne dobe medicinskih sester je bil od 1 do 36 let.

TRENING OŽIVLJANJA - IZVEDBA

Bistveni cilj treninga je bil preveriti znanje s področja oživljanja. Delali smo v skupinah 4-5 oseb. Trening je trajal 1 uro in 30 minut. Vseboval je dva scenarija.

- Prvi scenarij: Predpostavljali smo, da medicinska sestra v rednem nadzoru otrok na oddelku



dobi otroka, ki leži v postelji in po vsej verjetnosti potrebuje oživljanje.

- Drugi scenarij: Predpostavljali smo, da medicinska sestra ob rednem nadzoru otrok na oddelku ugotovi, da otrok, ki ima vstavljeno trahealno kanilo potrebuje postopke oživljanja, ker je prišlo do izpada trahealne kanile. Čas od izpada do ugotovitve nam ni znan.

Vse medicinske sestre so pred začetkom treninga dobile učno gradivo s postopki oživljanja.

Preverjana znanja so obsegala:

- ugotavljanje potrebe po oživljanju in krik na pomoč
- ugotavljanje odzivnosti otroka
- ugotavljanje prisotnosti dihanja
- sprostitvev dihalne poti
- izvajanje umetnega dihanja
- ocena cirkulacije
- izvajanje masaže srca
- klic na pomoč (po eni minuti)

Pri treningu smo uporabljali učno lutko, reanimacijski voziček oziroma vse resnične medicinske pripomočke, ki jih sicer uporabljamo pri oživljanju otrok. Izvajali smo oživljanje na mestu dogodka. Prvo minuto oživljanja, vključno s klicanjem zdravnika, je pravilno izvedlo 80% udeležencev treninga. 20% udeležencev je postopke oživljanja izvajalo nepravilno. Med nepravilno izvajanimi postopki so bili: ocena stanja otroka, ugotavljanje prisotnosti dihanja in zunanja masaža srca. Ob vsakem nepravilno izvedenem postopku se je udeležencu postavilo teoretično vprašanje o le-tem, vendar večina udeležencev nanj ni znala odgovoriti. Večino udeležencev, ki ni poznala postopkov oživljanja, je bilo pripravnikov brez opravljenega tečaja reanimacije, brez strokovnega izpita in z le osnovnim znanjem. Med zaposlenimi, razlike v uspešnosti opravljanja treninga glede na opravljeno delovno dobo skoraj ni bilo. Medicinske sestre z več kot 20 leti delovne dobe so zelo zavzeto in samozavestno opravljale vse naloge iz treninga.

Slabše rezultate smo dobili, ko smo testirali uporabo resničnih medicinskih pripomočkov za oživljanje. Več kot polovica zaposlenih, vključno z vsemi pripravniki, ni znala odpreti reanimacijskega vozička. Ravno tako več kot polovica ni znala pripraviti laringoskopa. Na vprašanje, če poznajo približno razporeditev pripomočkov na reanimacijskem vozičku, je več kot polovica zaposlenih odgovorila, da ne pozna. Medicinske sestre, ki so že imele izkušnjo z oživljanjem otroka, so povedale, da reanimacijski voziček vedno pripeljejo medicinske sestre iz intenzivne enote, pri intubaciji otroka pa vedno sodelujejo diplomirane medicinske sestre.

Na KOOKIT smo do selitve v nove prostore Pediatrične klinike imeli le en reanimacijski voziček. Nahajal se je v enoti za intenzivno terapijo. Po organizacijski shemi in predpisanem protokolu so bile za nadzor in urejanje vozička pooblašene diplomirane medicinske sestre.

Na podlagi ugotovitev s treninga smo vpeljali spremembo urejanja reanimacijskega vozička. Po sistemu kroženja bodo vsi zaposleni na oddelku urejali reanimacijski voziček, s čemer se bo izboljšalo poznavanje njegove uporabe.

ZAKLJUČEK

Trening oživljanja je zahtevna učna oblika. Za izvajanje treninga oživljanja so potrebne delovne izkušnje s kritično bolnimi in poškodovani otroci. Poleg delovnih izkušenj je potrebno tudi znanje s področja oživljanja otroka in poznavanje pedagoškega procesa. Udeleženci treninga oživljanja so



spoznali, da je potrebno znanje s področja oživljanja stalno vzdrževati ter gojiti zavest, da so sami dolžni poskrbeti za stalno izobraževanje na tem področju. Tečaj oživljanja, ki smo ga opravili pred mnogimi leti, ne bo koristil ne nam, ne hudo bolnemu otroku.

LITERATURA:

1. VIDMAR, Ivan. Oživljanje otroka. V: PRIMOŽIČ, Janez (ur.), GROSEK, Štefan (ur.). XIII. izobraževalni seminar Kritično bolan in poškodovan otrok - razpoznavna, zdravljenje in prevoz, Ljubljana, November 2009. Knjiga predavanj. Ljubljana: Klinični oddelek za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo, Kirurška klinika, Univerzitetni klinični center, 2009, str. 79-83. [COBISS.SI-ID 26248409]
2. VLAHOVIČ, Dušan. Izobraževanje na področju oživljanja = Education for resuscitation. V: BRUČAN, Andrej (ur.), GRIČAR, Marko (ur.), VAJD, Rajko (ur.), KLANČAR, Slavica (ur.), FINK, Andrej (ur.). Urgentna medicina : izbrana poglavja 8 : zbornik : selected topics 8 : proceedings. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino: = Slovenian Society for Emergency Medicine, 2002, str. 32-36. [COBISS.SI-ID 14906073]



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



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

Se vsem sponzorjem iskreno zahvaljuje za sodelovanje in podporo pri
izvedbi strokovnega srečanja!

- **Medis – generalni sponzor**
- **Farmedica**
- **Pharmamed - mado, d.o.o.**
- **Zaloker & Zaloker**
- **Fructal**
- **Auremiana**
- **Iris**
- **Nestle d.o.o.**

Portorož, 9. - 10. 2010

Sekcija medicinskih sester in
zdravstvenih tehnikov v pediatriji
Majda Oštir



SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV V PEDIATRIJI
ZBORNICA ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE
ZVEZA DRUŠTEV MEDICINSKIH SESTER, BABIC IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV SLOVENIJE