

POROČILO O STROKOVNEM OBISKU V PSIHIATRIČNIH BOLNIŠNICAH
MAUDSLEY IN BETHLEM V LONDONU

V času od 17. aprila do 17. maja 1993 sem bila na strokovnem obisku v psihiatričnih bolnišnicah Maudsley in Bethlem Royal.

Namen mojega obiska je bil spoznavanje organizacije službe za zdravstveno nego tako na odprtih kot na zaprtih oddelkih, seznanjanje s programom in organizacijo psihosocialne rehabilitacije bolnikov s psihozo ter z edukacijo osebja.

Želela sem se tudi seznaniti z nekaterimi tehnikami asertivnega treninga. To mi žal ni uspelo, ker je nova skupina pričela z delom šele v mesecu juniju. Najbolj pa sem si želela spoznati življenje in delo, odnose med osebjem in bolniki v podobni ustanovi, kot je naša.

Največ časa sem preživela v dnevni bolnišnici, obiskala pa sem še akutne zaprte in odprte oddelke, gerontopsihiatrični, rehabilitacijski oddelek in urgentno kliniko. V bolnišnici Bethlem sem bila samo en dan. Sprejela me je gospa Pamela Tibbles, direktorica za zdravstveno nego, ki mi je posredovala vse informacije o organizaciji dela v bolnišnici, mi razložila, kako in koliko časa so medicinske sestre potrebovale, da so prišle do položaja in vloge, ki jo imajo danes v zdravstvenem timu. Medicinske sestre so strokovno zelo usposobljene, samozavestne in samostojne. Da so to dosegle, so potrebovale okoli 15 let. Za to pot so se odločile takrat, ko so s svojim položajem in vlogo v zdravstvenem timu postale nezadovoljne. Danes medicinske sestre v bolnišnicah Maudsley in Bethlem delajo po metodi procesa zdravstvene nege. Imajo obsežno negovalno dokumentacijo, ki se razlikuje glede na organizacijski sistem in na model organizacije zdravstvene nege na posameznem oddelku. Ne glede na razlike, pa dokumentacija vsebuje naslednje:

- sprejemne formularje (zapisnike),
- opazovalne (observacijske) sheme,
- osebne zapiske bolnika, ki jih zapiše ali narekuje medicinski sestri,
- zapiske o napredku, ki vključujejo tudi zapise o interakcijskem procesu,
- ocenjevalne lestvice in grafe.

Za izvajanje zdravstvene nege imajo izdelane podrobne negovalne standarde. Izdelanih pa nimajo samo standardov za izvajanje določenih postopkov zdravstvene nege in izvajanje določenih diagnostično-terapevtskih postopkov, ampak tudi standarde za to, kako medicinska sestra ukrepa v določeni situaciji, na primer: Kaj naj dela nočna medicinska sestra? V odgovoru je podrobno navedeno, kaj sledi, če medicinska sestra spi! Kako reagira, če bolnik zahteva zdravnika, pa ga trenutno ni na oddelku? Napisane so prva, druga in zadnja intervencija medicinske sestre. Ali na primer: Kdaj medicinska sestra lahko zapusti oddelek? Zelo je poudarjena osebna odgovornost medicinske sestre za njej zaupane bolnike. Zato medicinske sestre samovoljno nikoli ne zapuščajo oddelka, tudi odprtega ne! Bolniki so z vsem tem dobro seznanjeni. Vse to, kar medicinske sestre sprejmejo in zapišejo, tudi dosledno izvajajo.

Vodstvo klinike skrbi, da je osebje dobro educirano in trenirano. Tako se od vseh članov osebja zahteva določeno obdobje treninga (bodisi začetnega ali osvežitvenega) za preprečevanje in obvladovanje nasilja, pridobivanje sestrskih znanj itn. Vodstvo določi minimum, ki je lahko na primer 10 ur ali dva dni v letu. Vsebina se spreminja od prikazov (demonstracij) do igranja vlog in do nadzorovane praktične vaje, ki jo izvaja izbrano, usposobljeno osebje.

Če naj medicinske sestre kompetentno opravljajo svoje delo, morajo biti njihove dejavnosti operacionalizirane in veščine analizirane. S supervizijo, pri kateri izhajajo iz spretnosti, poskušajo identificirati tiste spretnosti, ki so pomembne za poklic; uporabljajo različne izobraževalne metode in metode treninga za študente, tako da ti pridobijo in praktično izvajajo stališča, znanja in vedenja potrebna za vsako večščino. Vsaka večščina ima razpon od osnovnih psihomotoričnih veščin, kot so govorjenje, poslušanje, do kompleksnih diagnostičnih veščin, kot je opredeljevanje problemov na način, ki je sprejemljiv za bolnike in ki mu lahko praktično sledijo.

Supervizor je odgovoren bolnikom, sodelavcem v negovalnih in zdravstvenih timih, menežerjem in direktorju sestrskega izobraževanja, ki je dobil nalogo od Nacionalnega odbora, da zagotovi zadovoljivo klinično prakso za bodočo medicinsko sestro. Supervizor skrbi za povezovanje oziroma vzpostavljanje odnosa med bolnišnico in šolo za medicinske sestre.

Tipov supervizije in supervizorjev je več.

Bolnišnici Bethlem Royal in Maudsley skupaj tvorita Združeno bolnišnico, skupaj z Inštitutom za psihiatrijo pa tvorijo tridelno organizacijo, katere cilj je vodilno mesto v raziskavah, razvoju in poučevanju psihiatrije ter z njo povezanih vej na ravni države, njen namen pa je izboljšanje oskrbe bolnikov.

Združena bolnišnica ima nekaj več kot 500 postelj za lokalne in državne potrebe. Ima splošne psihiatrične postelje za akutne primere in srednje dolge hospitalizacije na lokalni ravni ter rehabilitacijsko enoto na Regionalnem centru uslug, ki daje možnost namestitve hospitaliziranim bolnikom, ima široko razprostranjeno dnevno oskrbo in dispanzersko dejavnost. Lokalne službe so udeležene v gerontopsihiatriji, dnevni bolnišnici in domovih za ostarele ter zagotavljajo nastanitev bolnišničnih bolnikov po odpustu v najustreznejše ustanove.

Specializirane enote za hospitalizirane bolnike so: enota za sodno psihiatrijo, enota za epilepsijo, enota za anoreksijo nervozo, enota za motnje metabolizma, enota za odvisnost od alkohola, enota za odvisnost od mamil, enota za vedenjsko psihoterapijo, enota za matere z otrokom, enota za otroško in mladostniško psihiatrijo ter enota za duševno prizadetost od otroštva. Vsaka od teh enot ocenjuje in zdravi bolnike, napotene iz vse države. Poleg teh obstajajo še: dve regionalni enoti South East Thames, enota za oceno duševne prizadetosti in zdravstvena služba (za duševno prizadete odrasle) ter enota Denisa Hilla (srednje varovana forenzična enota).

Nevrologija in nevrokirurgija sta povezani z bolnišnicama King's College in Guy's. Obe nudita svoje usluge tako na regionalni ravni (zdravstveno okrožje South East Thames) kot za vso državo. Predvidoma bodo leta 1996 odprli nov regionalni klinični center za nevrološke znanosti, v njem pa naj bi bilo 160 postelj, ki si jih bosta delili nevrologija in nevrokirurgija.

Oddelek za ambulantne bolnike skrbi za kakih 3000 bolnikov letno, pri čemer pokriva enaka področja kot oddelki za hospitalizirane bolnike ter dodatna področja, kot so: psihoanalitična psihiatrija, družinska terapija, zakonska in spolna terapija, genetsko svetovanje, klinika za kadičce in posebna klinika za spomin. Obstaja tudi urgentna klinika, ki dela 24 ur na dan in v kateri išče pomoč prek 9000 ljudi letno, tretjina teh so novi bolniki.

Tekoče teme v kliničnih raziskavah in razvoju

Klinične raziskave so del tekočega dela vsakega oddelka: uvajajo in sproti ocenjujejo nove oblike zdravljenja in obravnavanja bolnikov.

Nekaj primerov:

- Učinkovita uporaba družinske terapije pri obravnavi anoreksije nervoze;
- Diagnoza in zdravljenje zimske depresije;
- Razvoj in ocena prvega Dnevnega bivalnega programa v Evropi za oskrbo akutnih primerov na domu;
- Razvijanje učinkovite oblike samozdravljenja pri anksioznosti;
- Razvijanje računalniškega sistema za poslovanje klinike na psihiatriji;
- Spoznanje, da v primeru sindroma odvisnosti od alkohola pride do okvare možganov pogosto in prej, kot je bilo znano doslej;
- Priprava in ocena programa zdravljenja za motnje pri posttraumatskem stresu.

Najpomembnejši dosežki v klinični službi

Med številnimi vznemirljivimi dosežki je bila tudi sestava skupine, ki naj bi v okolju nudila oskrbo bolnikom, ki so v slabšem položaju zaradi socialnih dejavnikov ali zaradi statusa priseljencev. Ta nova pridobitev, ki jo bodo natančno ocenili v treh letih, bo pomagala pritegniti v oskrbo tudi te bolnike.

Razširila se je psihiatrična patronažna služba. S tem se je zelo povečala količina neposrednega dela v okolju in dopolnjuje druge službe v regiji. Prvo leto delovanja službe so temeljito pregledali in ocenili, vključno s stopnjo zadovoljstva in uspehi dela z bolniki.

V združenih bolnišnicah je bil postopno uveden sistem zagotavljanja kvalitete dela in kliničnega nadzora.

V ta namen sta bila ustanovljena komiteja za zagotavljanje kvalitete in klinični nadzor, v katerih so predstavniki vseh disciplin v Združenih bolnišnicah.

Začelo se je delo na številnih posebnih projektih, vključno z organizacijo in nadzorom zdravstvene nege na domu in standardov hotelskih uslug.

Izdelana je bila delovna strategija, ki je začrtala specifične cilje za naslednjih 12 mesecev, vključno z vzpostavitvijo notranjega sistema preverjanja in načinov nadzora in raziskovanja agresivnih dejanj, kot so samomori in nasilno obnašanje.

Vključenost porabnikov in ankete o zadovoljstvu bolnikov

Ključne za oceno kvalitete zdravstvene nege bolnikov na psihiatriji so izkušnje in opažanja tistih, ki jo potrebujejo. Ankete zadovoljstva bolnikov so se doslej zelo počasi uveljavljale, razlog za to pa je najbrž razširjeno prepričanje, da duševno bolni niso zmožni za verodostojno mnenje ali da ne vedo, kaj je za njih najbolje.

V bolnišnicah Bethlem Royal in Maudsley je to prepričanje postavljeno na preizkušnjo. Vse več pomena pripisujejo porabnikovemu mnenju in prilagajanju službe bolnikom. Precej dela je bilo posvečenega ugotavljanju, kaj bolniki mislijo o službi, da bi jo lahko ustrezno prilagodili željam. Nekatere študije so se posvetile posebnim skupinam bolnikov. Ena od študij je na primer pregledala dejavnike, ki prispevajo h kvaliteti življenja bolnikov z dolgotrajno duševno boleznijo, tako s stališča bolnikov kot osebja. Odkrila je statistično pomembne razlike med osebjem in bolniki v številnih točkah, ki zadevajo zadovoljivo kvaliteto življenja. Študija je pokazala, kako pomembno se je posvetovati z bolnikom in določati prioritete glede na njegovo doživetje življenja. Pri zdravstveni negi, pri kateri se ne posvetujemo z bolnikom, tvegamo, da ponujamo usluge, ki niso v zvezi s tistim, kar se bolniku zdi pomembno.

V središču pozornosti druge študije je bila stopnja zadovoljstva s službo. Sestavljalce študije je zanimalo mnenje vseh hospitaliziranih bolnikov v obdobju dveh mesecev. Zabeležena so bila stališča številnih bolnikov, ne le tistih, ki so se najbolj pritoževali in bili nezadovoljni. Polstrukturirani vprašalnik je povpraševal po mnenju bolnikov o fizičnem okolju, o hrani, dostopnosti osebja, informacijah, ki so jih dobili, ter razumevanju njihovih pravic in načina zdravljenja in o tem, kakšne usluge bi si želeli v prihodnje, na primer, o ustanovitvi pravne službe za bolnike.

Bolniki so bili zelo zadovoljni s samim bivanjem v bolnišnici (vključene so bile čistoča, zasebnost in varnost osebnih stvari). Bolniki so bili tudi zelo zadovoljni s stiki z vsem osebjem, pri čemer so bile medicinske sestre uvrščene najvišje, češ da se je z njimi najlažje pogovarjati.

Nekaj nezadovoljstva je bilo izražena v zvezi s kakovostjo in pestrostjo prehrane. Upajo, da bodo zaposlitev dietetika, uvedba standardov za preskrbo s hrano in politika zdrave prehrane v prihodnje zmanjšala število takšnih pritožb. Bolniki so bili najbolj nezadovoljni glede svojih pravic in informacij v zvezi z zdravljenjem. Pričakujejo, da bo uvedba knjižice z informacijami bolniku, ki vsebuje poglavja o bolnikovih pravicah in navodila, kako se je mogoče uradno pritožiti, pomagala popraviti to stanje. Sedanja politika obveščanja bolnikov o njihovih pravicah je pod drobnogledom in morda bodo potrebni dodatni načini posredovanja informacij.

Izobraževanje in obveščanje bolnikov

Številni bolniki so menili, da so nezadostno obveščeni o svojem zdravljenju in napredku. Zlasti so jih skrbeli stranski učinki zdravil. Bolniki zahtevajo več informacij o zdravilih, ki so jim predpisana, ter testih in načinih zdravljenja, ki so jim podvrženi, še zlasti, kadar gre za elektrokonvulzivno zdravljenje. Izdelali so celo vrsto informativnih lističev, ki naj bi v prihodnje pomagali pri posredovanju takšnih informacij.

Glavni problem anket zadovoljstva porabnikov je metodologija. Poskusi, da bi izvedeli za mnenje psihiatričnih bolnikov o delovanju službe, se šele razvijajo in potrebnih bo več raziskav, da bodo ugotovili ustrezne metode za merjenje zadovoljstva. Eden od problemov v bolnišnici za akutne primere je ta, da je visok odstotek hospitaliziranih bolnikov pridržanih na osnovi Zakona o duševnem zdravju. Sicer zaradi neprostoVOLjnega pridržanja bolniki niso nič manj pripravljeni povedati mnenja o službi, vendar pa so bili njihovi odgovori na splošno neugodni, ko so jih primerjali z odgovori bolnikov, ki pridejo v bolnišnico prostovoljno.

Glavna problema, s katerima se bo treba spopasti, sta zadržanost bolnikov ali njihova nezmožnost, da povedo, kaj si mislijo o službi. Če naj bi porabniki postali aktivni udeleženci v načrtovanju psihiatrične službe in nadzoru nad njo, jih je treba vzpodbujati, da govorijo, osebje pa sprejema vrednost porabnikovega mnenja. Načrtujejo vrsto različnih pristopov, da bi ugotovili, kaj porabniki želijo in si mislijo o službi. Med njimi so:

- uvedba lističev za predloge, s katerimi bi spodbujali porabnike, naj povedo svoje mnenje, pripombe in predloge o službi,
- ustanovitev skupin porabnikov,
- uvedba rednih skupin za obveščanje bolnikov,
- nov sistem preverjanja in raziskovanja uradnih pritožb,
- ustanovitev pravne službe, ki bi jo vodili zunanji prostovoljci.

Specializirane enote za hospitalizirane bolnike v bolnišnici Bethlem

Enota za matere in otroke

Zagotovljena je oskrba za matere s poporodnimi psihozami in predhodno ugotovljenimi duševnimi boleznimi.

Enota je urejena tako, da bolnice lahko opravljajo svojo materinsko vlogo. Vse stroške za oskrbo otroka nosijo starši.

Poleg psihiatrično usmerjenih medicinskih sester so tukaj zaposlene še pediatrične medicinske sestre.

Sem sprejmejo tudi bolnice, če same skrbijo za otroke.

Forenzični oddelek

Sem bolnike pošiljajo iz specialnih bolnišnic, zaporov, okrajnih bolnišnic itn.

Vsi bolniki so zadržani po določilih akta o Duševnem zdravju iz leta 1983.

Enota za posebno nego

Sem sprejemajo bolnike s kroničnimi duševnimi boleznimi po vnaprej dogovorjenem načrtu.

Služba za odvisnost od drog

Witley House 2 in 3 zagotavljata hospitalizacijo za ljudi, ki se želijo odvaditi jemanja drog, vendar jim to ne uspe izven bolnišnice.

Enota za vedenjsko terapijo

V enoti izvajajo vedenjsko psihoterapijo, programe vedenjske obravnave za anksiozne motnje s ciljem, da bi dosegli neposredne spremembe pri fobičnih motnjah, obsesivno kompulzivnih obredih, spolnih motnjah in odklonih ter deficitih v socialnih spretnostih.

Služba za evalvacijo in obravnavo duševne prizadetosti

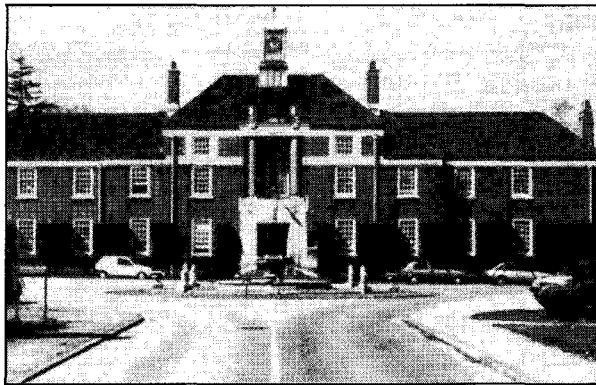
Ta enota ima službo za ljudi z učnimi težavami, duševno prizadete in duševno bolne ter za ljudi z osebnostnimi motnjami.

Razlog za napotitev je lahko tudi antisocialno in nasilno vedenje. Nega na tem oddelku poudarja vzpostavitev zaupnega odnosa, vzdrževanje varnega okolja in preprečevanje možnih nosilnih dejanj.

Enota za adolescente

Enota zagotavlja hospitalno oskrbo za motene najstnike s ciljem, da se jim pomaga živeti, učiti in delovati v njihovem okolju in se razvijati k neodvisnem zrelem življenju, če je to mogoče.

Strokovni tim, ki dela na tem oddelku, ponuja usluge tudi drugim ustanovam, na primer domovom za otroke, šolam, socialnim službam, splošnim ambulantam itn.



Sl. 1. Bolnišnica Bethlem

Specializirane enote v bolnišnici Maudsley

Pedopsihiatrični oddelek

Sem sprejemajo otroke z vedenjskimi in psihiatričnimi problemi. Nega poudarja vlogo igre, spoznavanja meja (do kam otrok lahko gre) in modelov za ustrezno vodenje. Delo poteka neposredno z otroki in z vključevanjem staršev. Otroci so razvrščeni v dve skupini. V prvi so otroci od 18. meseca do 7. leta starosti, v drugi pa od 8. leta do pubertete.

Pri razvrščanju so v ospredju razvojne potrebe in ne kronološka starost otrok.

Indikacije za sprejem so: težja psihiatrična bolezen, nasilno in samodestruktivno vedenje, telesna, spolna, čustvena zlorabljenost ali zanemarjenost.

Službe za odvisnost od drog

Ambulanta pregleduje novo napotene bolnike, jih usmerja v zanje najustreznejše inštitucije in jim sledi po odpustu iz bolnišnice ter nudi individualne programe za suport.

Urgentna klinika

Dela 24 ur na dan in nudi usluge prebivalcem določenega predela Londona. Tu išče pomoč prek 9000 ljudi letno zaradi različnih duševnih težav. Tretjina teh so novi bolniki.

Poleg nujnega ocenjevanja in obravnave imajo še posebno službo za svetovanje.

Enota za starejše bolnike zagotavlja usluge za hospitalizirane, dnevne bolnike in patronažno službo za ostarele psihiatrične bolnike na domu.

Oddelek za izvenbolnišnično dejavnost ima približno 3000 bolnikov letno na depo-injekcijah.

Območni center za postrežbo oskrbuje z različnimi uslugami tako hospitalizirane kot dnevne kronične bolnike iz določenega okraja.

Patronažni psihiatrični sestrski tim nudi zdravstveno nego za lokalno prebivalstvo.



Sl. 2. Bolnišnica Maudsley

V sklopu bolnišnice Maudsley je še šola za medicinske sestre – psihiatrična smer, strokovna knjižnica in dom za študentke in zaposlene medicinske sestre.

Strogo zaprti sprejemni oddelek – Oddelek za intenzivno nego in zdravljenje

Sem sprejemajo bolnike, ki potrebujejo višjo stopnjo varnosti in bolj intenzivno nego, kot jo omogočajo splošni sprejemni oddelki. Tu v glavnem obravnavajo suicidalne, heteroagresivne in tiste bolnike, katerih vedenje je preveč moteče, da bi bili na odprtem oddelku. Bolniki so sprejeti na oddelek neposredno od doma prek urgentne klinike, premeščajo jih iz drugih psihiatričnih oddelkov ali drugih splošnih bolnišnic, občasno pa se zdravijo tukaj tudi bolniki, ki prihajajo iz zapora.

Sama zgradba oddelka je takšna, da je v največji možni meri poskrbljeno za varnost bolnikov in osebja.

Enota ima 17 enoposteljnih sob, oprema je skromna – enodelni posteljni vložek in garderobna omara. Nočne omarice zaradi varnosti ni. Okna se odpirajo z varnostnim ključem, šipe so iz pleksi-stekla, radiatorji so zaščiteni.

Vsa vrata so težka, kovinska, rdeče pobarvana. Za zelo nemirne bolnike imajo posebno sobo za izolacijo. Od opreme je samo polivinilni posteljni vložek in okno na vratih, skozi katero opazujejo bolnika.

Zamreženih postelj, ovirnic ali drugih fizično omejevalnih postopkov ne poznajo.

Bolniki imajo veliko bivalnega prostora: široki hodniki pred spalnicami in dnevnimi prostori: soba za rekreacijo z avdiovizualnimi aparati, dnevni prostor, soba za gimnastiko, delovno terapijo, čajno kuhinjo, jedilnico. Vstop v glavno kuhinjo ni dovoljen. Na razpolago imajo še telefon in kadilnico. Ker so bolniki v civilni obleki, imajo možnost pranja, sušenja in likanja. Pribor in jedilna posoda sta plastična za enkratno uporabo.

Vsi ti prostori so skupni za moške in ženske, le sanitarije in kopalnici so ločeni. Zaradi zahtev po varnosti bolnikov so vsi vhodi in izhodi strogo zaklenjeni. Vstop je mogoč samo ob predhodni najavi po domofonu.

Zelo zaželeno je sodelovanje svojcev v procesu nege in zdravljenja. Vsak svojec lahko kontaktira s tisto medicinsko sestro in zdravnikom, ki sta odgovorna za proces nege in zdravljenje določenega bolnika. Obiski so dovoljeni vsak dan, v popoldanskih in večernih urah – do 20^h zvečer. Obiskovalci morajo upoštevati določena hišna pravila, dovoljen jim je vstop v jedilnico in dnevno sobo, v nobenem primeru pa ne smejo vstopiti v spalnico. Prinašanje predmetov iz stekla, kovine, raznih ostrih predmetov, britvic, vžigalic, alkohola in mamil je strogo prepovedano. Osebe imajo pravico oziroma dolžnost, da vpraša za vsebino prirešenega, lahko pa tudi zahteva pregled obiskovalčeve prtljage.

Otrokom vstop na oddelek ni dovoljen.

Vsak bolnik ima določeno medicinsko sestro in zdravnika. Oba skupaj napravita načrt poteka zdravljenja in nege za svoje bolnike za osem ur. Drugi člani terapevtskega tima se vključujejo oziroma sodelujejo v procesu zdravljenja in nege glede na bolnikove individualne potrebe. Bolnike zdravijo s psihofarmakoterapijo, psihoterapijo, individualno in skupinsko, delovno terapijo, kinezioterapijo, muzikoterapijo, rekreacijsko terapijo. Elektrokovulzivno terapijo uporabljajo le v zelo izjemnih primerih (huda agitirana stanja, globoka endogena depresija).

Hospitalizacija traja od nekaj tednov do nekaj mesecev (običajno 6 mesecev). Pri agresivnih bolnikih ne uporabljajo nobenih fizičnih ovirnic (pasovi, jopiči, zamrežene postelje), ampak samo kemična sredstva. Če osebe bolnika ne more umiriti, pokliče na pomoč posebno ekipo za nujno pomoč (emergency team). Ekipa je sestavljena iz štirih članov osebja iz različnih delov bolnišnice (v ekipi sta vsaj dva moška) in vsaj en zdravnik. Nosijo »piskače« (zvočne opozorilne naprave), tako da jih lahko v nujnem primeru tisti član osebja, ki potrebuje pomoč, takoj pokliče. V drugih primerih imajo oddelki alarmni sistem in metodo za zbiranje svojega osebja v nujnih primerih. Enoten računalniško vodeni radio-alarmni sistem kombinira osebne alarmne naprave (občutljive na dotik), sobne alarmne senzorje in indikatorje, piskače, ki prikličejo druge člane osebja na mesto alarma; računalnik s tipkovnico, monitor, ki kaže tekoče stanje sistema v obliki diagrama, in tiskalnik, ki avtomatično beleži podrobnosti alarma.

Kadar pa je situacija zelo resna in neobvladljiva, bolnišnica pokliče lokalno policijo, ki jim takoj priskoči na pomoč.

Za varnost tako bolnikov kot osebja je dobro poskrbljeno. Temu primerna je tudi lokacija sestrske postaje z razgledom čez cel oddelek, zaščiten z debelim pleksi-steklom in alarmnimi napravami. V vseh prostorih imajo detektorje za dim in temperaturo.

Osebe, ki dela na tem oddelku, ima svojo lastno filozofijo dela. Vse njihovo ravnanje je usmerjeno v ozdravitev, za vse bolnike skrbijo enako, ne glede na vero, spolno usmerjenost ali motnje. Takšen odnos zavestno negujejo. Prizadevajo si, da bi v okviru individualizirane na bolnika usmerjene nege dosegli varno in terapevtsko okolje, v katerem bi bolniki lahko načenjali in obravnavali vprašanja, ki so pomembna za njihove aktualne potrebe in probleme. Kot tim priznavajo tudi potrebo, da občasno prevzamejo odgovornost v dobro

bolnika, v obdobjih, ko le-ta ni sposoben za suvereno odločanje in se ne obvladuje.

Tim to delo opravlja, uporabljajoč utečena specializirana klinična in terapevtska znanja, zdravo presojo in dobre delovne izkušnje pri obvladovanju kriznih situacij in zagotavljanju kontinuirane zdravstvene nege z aktivnih vključevanjem formalnih in neformalnih sodelavcev.

Zdravstveni tim sestavljajo: trije zdravniki (z različnimi odgovornostmi), psiholog, dva socialna delavca, dva delovna terapevta in več medicinskih sester in tehnikov. Med zaposlenimi so še administrativno osebje in čistilke.

Negovalskega kadra ne primanjkuje, temu primerno so tudi zasedene posamezne izmene. V dopoldanski izmeni dela sedem medicinskih sester, popoldne in ponoči po pet. Stalni člani zdravstvenega tima delajo od 9. do 17. ure.

Medicinske sestre delajo po metodi procesa zdravstvene nege. Dokumentacija je zelo obsežna. Poleg sprejemnih formularjev, osebnih zapiskov bolnika in svojcev, zapisov o napredovanju in ocenjevalnih listov, imajo še opazovalne liste – posebne za suicidalne, agresivne, nespečne, neaktivne, za bolnike, ki odklanjajo hrano itn.

Edukacija osebja teče permanentno, vsako leto v obliki predavanj in različnih treningov.

Vsi člani zdravstvenega tima so supervizirani. Supervizor ima vrsto različnih vlog: administrativno, podporno, svetovalno, izobraževalno. Namen supervizije je povečati samostojnost učečih se v superviziji, tako da bodo zanesljivi pri določeni nalogi. Supervizija je način, kako odgovorna medicinska sestra (charge nurse) na oddelku zagotavlja, da bo osebje pridobilo in uveljavilo stališča, znanje in veščine, ki so potrebni za učinkovito izvajanje dela. Profesionalni postopki delovanja sistema supervizije na oddelku so dokumentirani. Medicinske sestre, ki so prisotne na terapevtskih skupinah bolnikov, imajo supervizijo skupinskega terapevta, ki ga izobrazba usposablja za vodenje take supervizije.

Del naloge supervizorja je, da opredeli, kaj so problemi bolnikov in kaj medicinskih sester. Zelo pomembno se jim zdi, da supervizirani spozna, da je odgovoren za svoje učenje in doseganje optimalno učinkovite skrbi za bolnike.

Tudi študentke so supervizirane, tako jim je omogočeno, da sodelujejo v zdravstvenem timu. Medtem ko v šoli medicinske sestre opazujejo, posnemajo in prakticirajo nove veščine v razmeroma varnih okoliščinah, so njihove odgovornosti na oddelku bolj kompleksne in nepredvidljive, od njih terjajo oceno še neznanih situacij in izbiro ustreznih veščin, da bi posredovale učinkovito. Odgovornost supervizorja je, da omogoči študentom varno preizkušanje novih veščin. Študenti vsak teden izpolnjujejo poseben vprašalnik, tako da se vidi njihovo napredovanje.

Podoben sistem dela imajo tudi na drugih oddelkih.

Gerontopsihiatrični oddelek

Gerontopsihiatrični oddelek zagotavlja zdravstvene usluge za hospitalizirane, dnevne bolnike in opravlja patronažno službo za ostarele psihiatrične bolnike na domu. Bolniki so obravnavani tako zaradi organskih kot zaradi funkcionalnih motenj. Enota ima 23 postelj, vsak dan pa prihaja okoli 30 do 35 bolnikov v dnevno oskrbo. Dnevni bolniki ostanejo na oddelku ves dan ali samo nekaj ur, glede na želje bolnikov.

Lahko pa prihajajo na oddelke samo zaradi pogovora, raznih pregledov in podobno.

Dnevne bolnike vsako jutro med 9. in 10.30 pobere na domu bolnišnični šofer, spremlja ga medicinska sestra. Domov se vračajo med 15.45 in 17. uro.

Vsi bolniki na oddelku se obravnavajo izven postelj.

Za bolnike skrbi zdravstveni tim – trije psihiatri, psiholog, socialni delavec, delovni terapevt in medicinske sestre. V timu sodelujejo še študenti medicine in šole za medicinske sestre in prostovoljci. Vsakemu bolniku določijo ekipo medicinskih sester, ki skrbi zanj v treh izmenah in je odgovorna za izvajanje negovalnega načrta, ki temelji na individualnih bolnikovih potrebah. Vsa dejanja medicinskih sester so usmerjena v podporo neodvisnosti bolnika in prevzemanju tolikšne odgovornosti, kot jo zmore. Delovna terapija je zelo pomembna, je del njihovega zdravljenja. Za vsakega bolnika naredijo individualni delovni program, prilagojen življenjskim situacijam, s kakršnimi se bo bolnik srečeval po odpustu iz bolnišnice.

V zelo lepo opremljenih kuhinjah bolniki pod nadzorom delovnega terapevta pripravljajo hrano, kuhajo, se učijo uporabljati štedilnik, hladilnik, pomivajo posodo, pospravljajo itn. V pralnici perejo, likajo, bolnice se ob praktičnih vajah urijo uporabljati razne stroje. Relaksacijske skupine potekajo tako na oddelku kot v centrih delovne terapije. Vse dejavnosti, ki jih osebje načrtuje za bolnika, so v interesu bolnika.

Socialni delavec bolniku pomaga reševati situacije oziroma probleme, s katerimi se bo lahko soočil po odpustu. Prav tako mu pomaga pri vzdrževanju stikov s svojci in prijatelji.

Psiholog ne dela samo z bolnikom, ampak tudi z njegovo družino. Vodi tako individualne pogovore s celo družino kot z bolnikom, vodi posvetovalne skupine, skupine za urjenje spomina in učenja.

Za vodenje bolnikovih financ imajo posebno službo.

Zdravnik se z bolnikom sreča ob sprejemu. Pri sprejemnem intervjuju uporabljajo posebne obširne vprašalnike. Sprejemni zdravnik je tudi potem večino dneva v stiku z bolnikom. Vsi dobljeni rezultati raznih preiskav in podatki intervjuja so predstavljeni vsemu timu. Na tej predstavitvi so lahko prisotni tudi bolniki in njihovi bližnji svojci. Skupno se odločijo za program nege in zdravljenja in določijo čas hospitalizacije. Če bolnik ob odpustu še potrebuje zdravljenje, gre v ustrežno ustanovo, drugače pa domov ali v dom za starejše občane.

Že med hospitalizacijo bolniki odhajajo čez vikend iz bolnišnice, da osebje lažje ugotovi, ali obstajajo kakšni problemi. Po odpustu se bolnik vsak mesec sreča z enim od svojih lečečih zdravnikov psihiatrov, lahko pa hodi na kontrole v splošno ambulanto, ki prejme vsa navodila za bolnikovo vodenje.

Na domu ga obiskuje patronažna medicinska sestra.

Vedno pa se o vsaki intervenciji pogovorijo z bolnikom in svojci, če jih seveda ima.

Rehabilitacijski oddelek

Rehabilitacijski oddelek, namenjen kroničnim duševnim bolnikom, je bil ustanovljen leta 1970. Filozofija oddelka je jasna in preprosta. Življenje na oddelku naj bo organizirano čim bolj domače, vzpostavi naj vzdušje upanja. To pomeni, da mora biti oddelek organiziran in voden na tak način, da je

videti kot dom, da ga bolniki občutijo kot dom in da ostane dom za tiste, ki jih ni mogoče preseliti v druge skupnosti.

Zaradi tega so zunanji videz bolniške zgradbe, njenih vrtov (veliko rož in dreves) kot tudi notranja oprema in dekoracija takšna, kot je običajno za domače bivališče.

Oprema delovnih prostorov za osebje je sodobna, z računalniki, videom, TV, kamero, prenosnimi telefoni, varnostnimi signalnimi napravami, ki jih imajo medicinske sestre pri sebi.

Vsi bolniški prostori so opremljeni z detektorji za dim in temperaturo. Oprema oddelka je taka, da daje občutek domačnosti, bolniki pa imajo na razpolago vse za rekreacijo (pikado, namizni tenis, gimnastiko), razvedrilo in počitek (TV, radio, časopise, knjige), delo (pralnico, sušilnico, likalnico, kuhinjo, pomivalnico). Bolniške sobe so opremljene z lesenim pohištvo. Tudi tu, kot na vseh ostalih psihiatričnih oddelkih, so bolniki in osebje v civilni obleki.

Bolnike na ta oddelek sprejemajo po naslednjih kriterijih: starost od 18 do 65 let, bolnik mora biti registriran v registru Camberwella, neprekinjeno hospitaliziran vsaj eno leto, ne sme imeti nikakršne organske bolezni ali demence. Iz bolnišnice, od koder bolnik prihaja, pošljejo oceno bolnikovega duševnega zdravja, sposobnost samooskrbe, vedenje bolnika v družbi, delovne sposobnosti, sposobnost preživetja, seznam terapije, ki jo prejema, in podatke o svojcih.

Ko se zdravstveni tim odloči, da bolnika sprejme, ga povabijo na obisk, da se sam odloči, če bo ponudbo sprejel ali ne.

V glavnem se tu zdravijo bolniki s kronično shizofrenijo, bolniki z osebnostnimi motnjami in neprilagojenim vedenjem, ki se kaže kot pomanjkanje interesa za kakršnokoli aktivnost, strah pred zunanjim svetom, beg pred ljudmi ali pa kot sovražnosti do ljudi, neprestano kajenje, pitje alkohola, nagnjenosti k nenadnim razpoloženjskim spremembam, agresivno vedenje itn.

Pri obravnavi bolnikov si postavijo splošne in individualne cilje.

Splošni cilji

1. Skrb, da se bolniku ne poslabša stanje oziroma obvladovanje osnovnih socialnih funkcij in stabilizacija njegovega bolezenskega stanja.
2. Osebje s posebnimi pristopi in metodami pomaga bolniku, da čimprej odpravi svoje težave in probleme in hkrati poveča raven funkcioniranja.
3. Osebje vzpodbuja bolnike, da sodelujejo pri dnevni aktivnostih in hišnih opravilih, da se ne polenijo in da dobijo občutek samospoštovanja.

Individualni cilji so prilagojeni posameznemu bolniku. Osebje upošteva bolnikovo mnenje, želje in zahteve, ki izvirajo tako iz kulturnega ozadja kot bolnikove življenjske zgodovine. Bolniki imajo vrsto priložnosti za izražanje religioznega ali političnega prepričanja, prav tako imajo vso svobodo za vzpostavljanje intimnih razmerij (če obstaja tveganje, ga skušajo čimbolj zmanjšati), kar temelji na načelu, da imajo bolniki enake pravice izražanja kot drugi ljudje.

Večina bolnikov prejema kemoterapijo, poleg nje pa sta najbolj poudarjeni socialna in delovna rehabilitacija. Cilj rehabilitacije je usposabljanje bolnika za čim bolj polno in samostojno življenje, takšno, kot je le mogoče, glede na njihove zmožnosti in stopnjo prizadetosti. Tako bolnikom pomagajo sprejeti oziroma soočiti se z boleznijo, spodbujajo

samostojnost in samooskrbo. Bolnike usmerjajo k pravilnem izkoriščanju časa za počitek in rekreacijo.

Skrbijo za to, da se vključujejo v družbo v okviru bolnišnice in zunaj nje. Osebje spodbuja bolnika, da ohranja stike s prijatelji in sorodniki. Osebje tudi obišče družino bolnika na domu in se pogovori o praktičnih problemih.

Bolnike tudi navajajo na osnovne opravke, kot so nakupovanje, kuhanje in uporaba pripomočkov iz okolja (telefon, gospodinjski aparati) in domača opravila (pospravljanje, pomivanje posode po obrokih), odnašanje smeti, kuhanje čaja, pranje obleke, likanje, delo na vrtu itn.

Poskrbijo tudi za to, da bolnik dobi produktivno delo v okviru industrijske in zaposlitvene terapije. Izbira je odvisna od bolnikovih osnovnih potreb in zmožnosti, pričakuje pa se, da na delo prihajajo pravočasno. Bolnikom delo daje možnost zaslužka, vzpostavljanje stikov z drugimi ljudmi in mu vzbuja občutek odgovornosti in samospoštovanja.

Rehabilitacijski program naredi skupina osebja (psiholog, medicinska sestra, delovni terapevt) za vsakega bolnika posebej, upoštevajoč njegovo inteligentnost, izobrazbo, starost in osebnost. Določijo listo bolnikovih potreb in ocenijo stopnjo sposobnosti bolnika. Ista skupina vseskozi spremlja bolnikov napredek.

Psiholog zbira podatke in jih vsak konec tedna obdeli. Po preteku enega meseca pa že lahko z gotovostjo ugotovijo vedenjski vzorec bolnika. Med tehnikami, ki jih uporabljajo, je tudi feed-back. Cilj feed-backa je bolnikova seznanjenost z njegovimi problemi in opazovanje lastnega napredka. To mu pomaga k večji motivaciji in občutku, da je nekaj dosegel.

Za bolnike, ki zavračajo kompleksno in pospešeno terapijo (največji problem je vzbuditi v bolniku motivacijo!) naredijo posebne programe, ki slonijo na izvajanju rutine. Bolnik se tako počasi in postopoma navaja na samostojnejše delovanje. Vsi ti programi so zapisani zelo podrobno v bolnikov dnevni program in posebno knjigo osebja, da je res zagotovljen stalen pristop osebja.

Individualni program vrednotijo vsak dan sproti. Ali je cilj dosežen ali ne, ugotavljajo skupaj z bolnikom, družino in člani tima, ki so odgovorni za določenega bolnika. Zelo pomembno se jim zdi, da ugotovijo, ali sta proces nege in zdravljenje v skladu z bolnikovimi pričakovanji ali ne. Na oddelku imajo več skupin osebja in bolnikov, kjer skupaj izmenjajo mnenja, stališča, predloge, kritiko in tako lažje pridejo do pozitivnih rešitev ter se izognejo stresnim situacijam.

Pomembno je, da ima bolnik stalno ob sebi nekoga, ki ga posluša, spodbuja, vodi in mu pomaga. Etični komite nadzoruje vse programe in skrbi, da niso kršene bolnikove pravice, da ne pride do stresov ali neugodja.

Na tem oddelku so me pritegnili še nekateri postopki, ki jih bom na kratko opisala.

Hišna politika o zdravilih

Zdravila predpišejo enkrat na mesec (zdravnik prihaja na oddelek samo enkrat na teden). Bolnike naučijo vse o zdravilih. Če so zdravila v obliki tablet ali tekočine, jih bolniki sami jemljejo. S tem želijo, da se bolniki naučijo samostojnosti pri jemanju zdravil, želijo minimizirati odvisnost bolnika od zdravstvenega osebja, povečati bolnikov občutek za uspeh in vzpostaviti občutek zaupanja med bolnikom in osebjem. Sedative, injekcije in zdravila za spanje delijo medicinske sestre.

Upravljanje bolnikovih financ

Vsi bolniki dobivajo socialno podporo vsak teden. Nekateri dobivajo dohodek v zaposlitveni terapiji ali pa so plačani za hišna opravila v bolnišnici. Dogovorjeni so, da imajo bolniki vse vrednosti in denar spravljen v posebnem sefu na oddelku, osebje pa vsako jutro da bolnikom določeno vsoto za osebne potrebe. Evidenco skrbno vodijo, za vsak funt se podpišeta medicinska sestra in bolnik. Tudi svojce o finančnem stanju bolnika redno obveščajo. Glede na to, kako bolniki ravnajo z denarjem, jih razdelijo v tri skupine – tiste, ki so pri financah samostojni, v drugi skupini so zapravljalci, v tretji pa so tisti, ki ne kažejo nobenega lastnega interesa in ne vedo, kaj bi z denarjem počeli. Osebje s posebnimi treningi želi doseči, da bo bolnik postal odgovoren za svoje stvari, ali pa zaščiti tiste, ki tega niso sposobni.

Na oddelku imajo še poseben rehabilitacijski fond, iz katerega črpajo denar za prevozne stroške osebja, ki obiskuje bivše bolnike na domu. Iz socialnega fonda črpajo denar za izlete, kino, rojstne dneve, darila, časopis, TV in radio.

V črnem fondu imajo zbran denar za nakup okrasnih cvetlic, različnih zabavnih igrvic, denar za gospodinjska opravila (pomivalni in pralni prašek, nakup hrane, da se bolniki učijo kuhati in peči itn.) in za plačevanje razbitih in ukradenih predmetov. Od vseh bolnikov pričakujejo, da bodo namerno storjeno škodo povrnili iz lastnih finančnih sredstev (na primer iz socialne podpore).

Naročanje hrane

Vsak bolnik si mora sam naročiti hrano za naslednji dan. Tisti, ki tega niso zmožni, so obveščeni, kaj je osebje zanje naročilo za naslednji dan. Tisti, ki so za to sposobni, pa tega ne naredijo, ostanejo brez hrane. Če bolnik naročene hrane noče jesti, se mora podpisati v poseben formular, da jo je zavrnil. Ves proces naročanja hrane nadzoruje osebje. Osebje obeduje skupaj z bolniki. Tako omogočijo nadzor nad prehrabnimi navadami bolnikov, nadzor nad tistimi, ki odklanjajo hrano, osebje daje zgled bolnikom (vedenje pri mizi), vzdušje je bolj domače in prijetno. Osebje si svojo hrano plača samo.

Obiski osebja

Na vsakih štirinajst dni so obiski osebja. Tako na primer psiholog na četrtek večer obišče vse bolnike, takrat imajo tudi veliko skupino, kjer se zberejo vsi bolniki in osebje.

Za osebno in strokovno rast osebja je dobro poskrbljeno. Vse osebje je na vsakoletnih edukacijskih treningih, vsi so supervizirani, tako individualno kot skupinsko. Tudi na tem oddelku imajo veliko medicinskih sester, zato se res lahko posvečajo bolnikom.

Urgentna klinika

Na urgentni kliniki na leto obravnavajo okoli 9000 bolnikov, ki tu iščejo pomoč zaradi duševnih stisk, odvisnosti od alkohola in drog, psihoze, depresij. Klinika je bila ustanovljena pred 40 leti. Odprta je 24 ur dnevno, bolniki prihajajo brez napotnic. Zdravstveni tim klinike sestavljajo zdravniki (3), socialni delavec in več medicinskih sester. Cilj njihovega dela je zadovoljevanje individualnih bolnikovih potreb, ne glede na diagnozo. Z zgodnjo intervencijo skušajo zmanjšati potrebe po obravnavi izven domačega okolja (čim manj hospitalizacij). Tesno sodelujejo s

timom PACE in drugimi zdravstvenimi službami na terenu, socialnimi službami, šolami, policijo, stanovanjskimi agencijami, psihiatričnimi ustanovami in drugimi.

Bolnike ob prvem stiku seznanijo z načinom dela klinike in ga poučijo, kam se lahko pritoži, če z uslugami in odnosom osebja ni zadovoljen. Pritožbo lahko najprej naslovi na oddelčnega menežerja, ta pa mu je dolžan pismeno odgovoriti v treh dneh. Če z odgovorom ni zadovoljen, se lahko pritoži direktorju bolnišnice.

Zelo zanimiv je postopek dela. Bolnika vedno sprejme medicinska sestra. Z njim opravi daljši razgovor, ki ga snema ali sproti beleži. Po razgovoru se odloči, kam bo usmerila bolnika (na primer v alkoholološko ambulanto) ali pa ga preda zdravniku v nadaljnjo obravnavo oziroma za sprejem. Seveda pa so odločitve, kaj bolnik najbolj potrebuje v dani situaciji, timske. Vse medicinske sestre in tehniki, ki delajo na urgentni kliniki, so se glede na lastni interes vključili v razne skupinske obravnave bolnikov – tako delajo v skupinah alkoholikov, v skupinah bolnikov, obolelih za aidsom, učijo zdravstveno vzgojo, izvajajo razne treninge (asertivni, avtogeni). Edukacija osebja in supervizija potekata podobno kot na drugih oddelkih.

Dnevni oddelek

Priporočilo Svetovne zdravstvene organizacije za zaščito ljudi z duševno boleznijo in za izboljšanje skrbi za duševno zdravje je, da naj ima vsakdo z duševno boleznijo pravico živeti in delati, kolikor je le mogoče, v skupnosti. Skupnostna psihiatrija se že vrsto let razvija v skoraj vseh industrializiranih državah in ustanavljanje skupnostnih služb je ena izmed bistvenih nalog sodobne psihiatrije.

Skupnostna skrb je sistem služb, namenjenih določenim skupinam prebivalstva, ki naj z multidisciplinarnim timskim delom omogočijo zgodnjo diagnozo, takojšnje zdravljenje, kontinuiteto skrbi ter socialno podporo. Omogoča naj povezavo med medicinskimi in nemedicinskimi službami.

V Veliki Britaniji je proces dezinstucionalizacije potekal več let, svoj vrh je dosegel v 70. letih. V 10 letih je število hospitalizacij psihiatričnih bolnikov padlo za približno štirikrat. Del množice odpuščenih bolnikov je našel zavetje v splošnih bolnišnicah, pravo olajšanje pa je prineslo ustanavljanje dnevnih centrov in stanovanjskih skupnosti v bližini urbanih središč.

Prednosti takšne oblike pomoči vidijo predvsem v dobrem prepoznavanju ljudi, ki so potrebni pomoči, boljše poznavanje in uporabo skupnostnih virov pomoči, večjo proračunsko jasnost, manj bolnikov, izgubljenih v procesu spreminjanja, individualno prilagojene rehabilitacijske programe, olajšano zdravljenje doma, manjšo uporabo bolnišničnih kapacitet, večjo podporo sorodnikov in skrbnikov, boljše komunikacijo med osebjem, bolniki in skrbniki, bolj zadovoljne uporabnike.

Dnevni oddelek v bolnišnici Maudsley je zelo znan Center skupnostne psihiatrije za delo s kroničnimi psihiatričnimi bolniki v okraju Londona s približno 80.000 prebivalci.

V tem Centru delata dve skupini strokovnjakov.

- Tim PACT, ki skrbi za kronično psihiotične bolnike, ki so na dolgotrajni terapiji in ki živijo doma ali v domski skupnosti, in za bolnike, ki prihajajo v Dnevno bolnišnico. Trenutno je registriranih 287 bolnikov. Tesno sodelujejo z drugimi službami na terenu še zlasti s psihiatri na terenu in splošnimi zdravniki, patronažnimi

medicinskimi sestrami, socialno službo, stanovanjskimi agencijami in drugimi dnevnimi Centri v drugih okrajih Londona.

Vsi delajo tudi na zaprtem subakutnem oddelku, kamor ob dekompenzaciji hospitalizirajo bolnike, če ni mogoča hospitalizacija na domu.

- Time PACE je multidisciplinarni tim, ki sodeluje za zagotavljanje najbolj učinkovite pomoči, ki je možna pri akutnih kriznih stanjih.

Dostopni so ves dan po telefonu za intervencije na domu in tesno sodelujejo z urgentno kliniko.

Njihovo delo pa ni samo medicinska intervencija (na primer aplikacija parenteralne terapije na domu), ampak tudi delo z družino v obliki informacij, edukacije in supporta. Skupnostno skrb sestavljajo krizne intervencije, kontinuirana skrb, dnevni centri, skrbi za stanovanje, konzultacije in svetovanje, medicinska in zobozdravstvena pomoč, podpora vrstnikov, podpora in izobraževanje družine in skupnosti.

Večji del svojega obiska sem preživela s timom PACT, ki je trenutno skrbel za 80 bolnikov zunaj in znotraj bolnišnice. Tim so sestavljali zdravniki psihiatri in specializanti, psiholog, socialni delavec, 6–8 medicinskih sester, delovni terapevt ter študenti medicine in študenti šole za medicinske sestre.

Delajo po načelu »key worker«, kar pomeni, da vsak član tima dela in odgovarja z določeno skupino bolnikov. Ključni terapevt jih spremlja v bolnišnici in kasneje doma, opazuje njihovo funkcioniranje in jim pomaga v rehabilitacijskem procesu. Druge člane tima ima za sodelavce, kadar potrebuje njihove nasvete ali konkretno pomoč – na primer predpisovanje zdravil, nasvet glede ureditve stanovanjske stiske, psihoterapevtskega dela itn.

Člani tima se torej vključujejo po potrebi, ključni terapevt pa ostaja zraven bolnika in je tista oseba, na katero se bolnik obrača ves čas zdravljenja.

Timsko delo je vzorno, deloma zaradi jasno razdeljenih vlog, deloma pa tudi zato, ker se člani tima počutijo kot pomembni in nenadomestljivi sodelavci. Vsi člani tima (tudi študenti) so supervizirani, enkrat mesečno imejo skupinsko supervizijo.

Del dneva sem preživela na dnevnem oddelku, kjer sem prisostvovala jutranjim timskim sestrskim sestankom. Vsak član tima je podrobno poročal o svojih bolnikih, potem so se dogovorili za delo, razčističevali so razne dileme, svetovali drug drugemu. Timski sestanek je trajal eno uro.

Z glavnim oddelčnim menežerjem, gospodom Mauriceom Perryjem, ki je bil moj mentor, sem hodila na obiske k bolnikom, ki so bili doma ali v domski skupnosti. Bolnika, ki je bil akutno psihotičen doma, smo obiskali tudi trikrat dnevno. Enkrat ali dvakrat tedensko sem hodila na socioterapevtske skupine, ki so potekale v Ivydale centru ali bližnji cerkvi, v za to določenih prostorih.

Na te skupine so prihajali bolniki od doma, iz domskih skupnosti, bolniki iz dnevne bolnišnice in hospitalizirani bolniki. Te bolnike so na seanse vodili njihovi terapevti. Skoraj redno so po končanih seansah hospitalizirane bolnike odpeljali še na njihov dom, da je bolnik lahko vzel časopis, položnice, pregledal stanovanje in malo posedel doma. Vsi terapevti, ki so šli na teren, so imeli s seboj prenosni telefon, da so v primeru potrebe lahko poklicali pomoč.

Ob teh obiskih na domu in skupnih srečanjih izven bolnišnice sem začutila resnično skrb terapevtov za bolnika.

Nikoli se jim ni mudilo domov. Če je bolnik želel pogovor, so bili vedno pripravljene posedeti uro in več. Odnos osebja do bolnikov je zelo profesionalen, spoštljiv in prijazen.

Bolniki, ki živijo v domski skupnosti, se v glavnem sami finačno vzdržujejo (na teden od 135 do 380 funtov). Če so sposobni, kuhajo in pospravljajo sami. Trenutno so imeli 23 bolnikov, nastanjenih v petih hišah v bližini bolnišnice Maudsley. Za te bolnike so skrbele štiri delavke, ki niso imele zdravstvene izobrazbe. Opravljajo dela kuharice, čistilke, ena vodi finančne posle in so predvsem družabnice. Strokovni nadzor izvajajo zdravstveni delavci iz dnevne bolnišnice. Ponoči so bolniki sami, lahko pa po telefonu pokličejo svoje ključne terapevte.

Ključni terapevti z vsakim bolnikom napravijo zelo obširen intervju vsake tri mesece, pri hudo bolnih pa enkrat mesečno. Po vsakem intervjuju napravijo načrt dela in cilje, ki jih želijo uresničiti v določenem obdobju in vse skupaj da odgovorni terapevt v diskusijo celotnemu negovalnemu timu. Taka predstavitev traja uro do uro in pol, kjer vsi poskušajo najti najboljšo pot za bolnika. Samo delo v dnevni bolnišnici, intervencije, skupina itn. je tako raznoliko, specifično, da bi ga težko podrobno predstavilo v tem prispevku. Omenila bi še neformalne sestanke enkrat tedensko, ki so namenjeni izključno osebju. Ta sestanek poteka v prostem času, od 12.–13. ure. Vsak teden je drugi »vodja«, ki se mora izkazati kot gostitelj, in sodelavcem postreže s kavo, čajem in podobnim.

Osebe se samo na teh sestankih ne pogovarja o bolnikih, drugače pa vsako srečanje s sodelavci izrabijo za pridobivanje informacij o bolniku, kaj bi bilo boljše in kako kakšno zadevo izpeljati. Izбира negovalskega osebja, ki dela v dnevni bolnišnici, je dokaj selektivna, kar je tudi prav, saj delo zahteva izkušeno, strokovno dobro izobraženo osebje.

Kljub veliki promociji prostovoljnih organizacij, socialnih služb in različnih skupnostnih oblik skrbi za duševno bolne, je eden izmed velikih problemov velikih mest brezdomstvo. Nekatere ameriške študije kažejo, da je med brezdomci 40–90 % duševno bolnih, torej tistih, za katere družba ali država ni poskrbela dovolj dobro, da bi imeli optimalne možnosti preživetja. Tako se tudi v Londonu veliko brezdomcev zbira pred socialno šolo London School of Economics kot živ protest proti neustrezni socialno-psihiatrski skrbi.

Z obiska sem se vrnila zadovoljna, kljub težkemu slovesu od kolegic in kolegov, s katerimi sem bila več ali manj skupaj. Vsi so mi bili zelo naklonjeni in pripravljene posredovati čim več informacij o svojem delu. Posebno sem bila hvaležna gospodu Mauriceu Perryju, glavnemu menežerju Dnevne bolnišnice, ki mi je organiziral obiske in me spremljal praktično na vse oddelke in na patronažne obiske bolnikov na domu. Skupaj s soprogo sta mi priredila družaben večer na njunem domu, kamor sta povabila nekatere pomembne osebe iz bolnišnice in svoje prijatelje, da sem se spoznala tudi z njimi.

Medicinske sestre iz psihiatrije imamo zelo malo možnosti za take strokovne obiske v tujini. Upam in srčno želim, da bodo tudi druge kolegice imele priložnost tudi za tako obliko strokovnega izpopolnjevanja, kot sem jo imela jaz.

Marija Gorše-Muhič,
glavna medicinska sestra
Centra za klinično psihiatrijo,
Ljubljana-Polje

POROČILO IN ANALIZA PREDHOSPITALNE NUJNE MEDICINSKE POMOČI V ZDRUŽENIH DRŽAVAH AMERIKE

Zgodovina nastanka sedanjega sistema predhospitalne nujne medicinske pomoči v ZDA

Sedanji sistem predhospitalne nujne medicinske pomoči v ZDA, ki temelji na nujenju nujne medicinske pomoči s strani nezdravnika - posebej usposobljenega urgentnega medicinskega tehnika - je v ZDA še relativno nova veja v medicini. Dolgo časa so se ubadali s problemi neustreznih vozil, opreme in nezadostne kadrovske zasedbe. V večini primerov so še do 1950 let oziroma v redkeje naseljenih področjih še kasneje, reševalna vozila upravljali in nudili pomoč bolnikom oziroma poškodovanim samo vozniki - reševalci z minimalnim znanjem iz prve pomoči. Tako so se sredi petdesetih let odločili, da sodi v reševalni avtomobil tudi zdravnik. Vendar se je to izredno počasi izvajalo in uveljavljalo. Večinoma zaradi finančnih težav, ker so zdravniki na račun terenskega, dostikrat nevarnega dela, zahtevali še dodatna plačila in bonitete, za katere pa ni bilo denarja, saj ga je primanjkovalo še za ustrezna reševalna vozila in opremo. Kljub finančnim težavam so v nekaterih večjih mestih uspeli organizirati t.i. mobilne enote kardiološke intenzivne terapije z zdravnikom in dvema reševalcema v ekipi.

Na začetku šestdesetih let je skupina ljudi v ZDA pričela iskati alternativo mobilnim enotam kardiološke intenzivne terapije, v katerih se je nahajal zdravnik, in to v glavnem zaradi ekonomskih razlogov ter zaradi zapostavljanja določenih slojev ljudi, ki jim ustrezna predhospitalna nujna medicinska pomoč zaradi pomanjkanja denarja ni bila dostopna. V tistih časih je bilo že dokazano, da je kardiopulmonalno oživljanje s strani zdravnika v predhospitalnem okolju zelo učinkovito. Toda še vedno je obstajalo odprto vprašanje, če se lahko nezdravnika usposobi za uspešno definitivno oskrbo in oživljanje bolnika oziroma poškodovanca ter ali bi le-ta dosegal enake rezultate kot zdravnik v predhospitalnem okolju. Na to vprašanje se je našel odgovor na začetku sedemdesetih let, ko so prvi programi v Miamiju, Seattlu in Pittsburghu dokazali, da lahko visoko usposobljen urgentni medicinski tehnik - paramedik, pod posrednim zdravnikovim nadzorom prek radijskih zvez zelo uspešno izvaja invazivne in neinvazivne postopke ter medikamentozno terapijo v sklopu definitivne oskrbe in reanimacije bolnika ali poškodovanca. S tem so vsemu svetu dokazali, da zdravnik ni več potreben v mobilni enoti intenzivne terapije. Ta način dela je bil zelo hitro sprejet, saj je avtomatsko prihranil ogromno denarja, ki so ga lahko takoj namenili za nabavo novih vozil, opreme in izboljšave v organizaciji predhospitalne nujne medicinske pomoči z dodatno prednostjo, da bolniku ni bila nudena nič manj kakovostna nujna medicinska pomoč. S časom se je pokazalo, da strokovnost in kvaliteta storitev v predhospitalni nujni medicinski pomoči skokovito naraščata, tako da je dandanes ta sistem globoko zakoreninjen ter uveljavljen v medicinskih krogih in javnosti v ZDA ter po vsem svetu (Avstralija, Japonska, Kanada, Anglija, Švedska, Finska, Danska, Norveška itn.) Trenutno je prav poklic urgentni medicinski tehnik - paramedik na drugem mestu najbolj spoštovanih poklicev v celotnih ZDA.

Osnovna shema predhospitalne nujne medicinske pomoči v ZDA

Aktiviranje sistema predhospitalne nujne medicinske pomoči in koordinacija delovanja ekip predhospitalne nujne medicinske pomoči na terenu

Ob nastanku urgentnega stanja se sistem predhospitalne nujne medicinske pomoči aktivira s pomočjo nacionalno razširjene enotne telefonske številke 911. Ta telefonska številka ni rezervirana samo za predhospitalno nujno medicinsko pomoč, temveč tudi za gasilce in policijo. Ko uporabnik pokliče 911, se mu oglasi centralni dispečer, ki najprej ugotovi kakšno pomoč klicatelj potrebuje ter se nato odloči katere službe je potrebno aktivirati. Vse dobljene informacije vnese v računalnik. Le-te pa se preko računalniške mreže nemudoma prenesejo do dispečerjev ustreznih služb (reševalna postaja, gasilci in policija), ki aktivirajo svoje ekipe na terenu. Po potrebi dispečerji dajejo tudi navodila za nujenje prve pomoči kar prek telefona in ostanejo v stiku z bolnikom, poškodovancem ali očividcem vse do prihoda ekipe predhospitalne nujne medicinske pomoči na mesto nesreče ali nastanka urgentnega stanja.

Dispečerska služba je vedno fizično ločena od ostalega dela reševalne postaje oziroma je v večini primerov dislocirana in združena z dispečerskimi službami gasilcev in policije. Velikost dispečerske službe in število dispečerjev v eni izmeni je odvisno od velikosti področja, ki ga pokriva reševalna postaja, števila prebivalcev, ki na tem področju prebiva in števila klicev dnevno. Kot primer sem izbral dispečersko službo reševalne postaje v Arvadi (severno okrožje Denverja), ki pokriva področje veliko 500 km² na katerem prebiva 500.000 prebivalcev. Ta dispečerska služba ima dnevno povprečno od 200 do 250 intervencij oziroma prevozov bolnikov na dan. Po strukturi intervencij, samem razmerju med intervencijami in prevozi bolnikov ter številu reševalnih vozil je ta reševalna postaja izredno primerljiva z reševalno postajo Ljubljana. Edina zelo pomembna razlika je ta, da je Reševalna postaja Arvada v privatni lasti.

V dispečerskem centru so zaposleni posebej usposobljeni dispečerji (Emergency Medical Dispatchers) neprekinjeno 24 ur dnevno. Čez dan, ko je število intervencij in prevozov bolnikov največje, so v dispečerskem centru štirje dispečerji, ki v skupinah po dva sprejemajo in oddajajo intervencije oziroma prevoze bolnikov za urgentno in neurgentno službo Reševalne postaje. Po en dispečer urgentne službe sprejema klice, vnaša podatke v računalnik in triazira klic (določi stopnjo nujnosti, ki je na računalniškem ekranu barvno kodirana). Vse te informacije se drugemu dispečerju istočasno izpisujejo na zaslonu. Njegova naloga pa je, da alarmira in napoti na mesto intervencije najbližjo razpoložljivo ekipo. Če ni na razpolago proste ekipe, mora o tem obvestiti najbližjo sosednjo ali konkurenčno reševalno postajo in jih prositi za pomoč (to velja samo v urgentnih primerih), saj je zakonsko predpisano, da mora biti urgentna intervencija po sprejemu klica oddana v roku ene minute. Skratka, on je odgovoren za koordinacijo delovanja ekip

predhospitalne nujne medicinske pomoči na terenu. Prav tako je delo organizirano pri dispečerjih neurgentne službe. Eden od njih sprejema naročila za prevoze bolnikov, drugi pa jih razvršča in oddaja prostim vozilom na terenu. Po potrebi v primerih večjih nesreč lahko vsak dispečer deluje samostojno, to se pravi sprejema in oddaja intervencije. Vse to jim omogoča sodoben računalniško podprt komunikacijski sistem. V nočnem času se dispečerska ekipa skrči za polovico tako, da en dispečer sprejema vse klice, medtem ko drugi le te oddaja ekipam na terenu. Delo nočne in dnevene dispečerske ekipe nadzira in koordinira nadzorni dispečer.

Organizacija delovanja ekip predhospitalne nujne medicinske pomoči

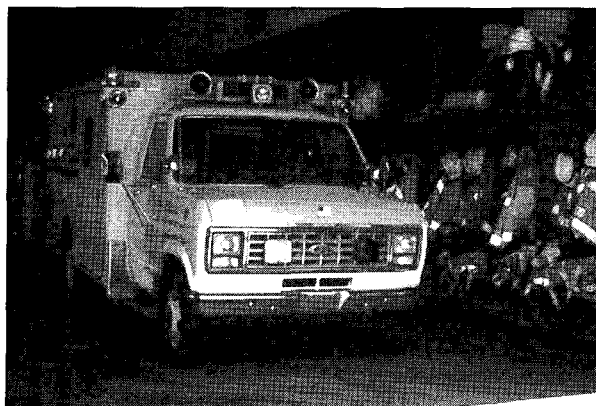
Celotna mreža ekip predhospitalne nujne medicinske pomoči je organizirana piramidno. Na dnu piramide so reševalci, ki so pooblaščen samo za nudenje prve pomoči (First Responders) in so resnično dosegljivi v nekaj minutah, kar dostikrat rešuje življenja. Razlog za to je zelo gosto razpredena mreža dislociranih ekip oziroma točk na teritoriju, ki ga pokrivajo. Na sredini piramide so urgentni medicinski tehniki (Emergency Medical Technicians), ki so pooblaščen za nudenje osnovne oskrbe in reanimacijo bolnika in poškodovanca. Tudi ti so dosegljivi v nekaj minutah



zaradi goste mreže ekip na terenu, razlika je samo v ravni pomoči, ki je nudena bolniku ali poškodovancu. Kateri reševalci (ali »first responder« ali »emergency medical technicians«) so temeljni člen predhospitalne nujne medicinske pomoči, pa je odvisno od organizacijske zasnove samega sistema predhospitalne nujne medicinske pomoči. Čisto pod vrhom piramide so nahajajo urgentni medicinski tehniki – paramediki, ki so pooblaščen za definitivno oskrbo in reanimacijo bolnika in poškodovanca ter izvajanje invazivnih postopkov in medikamentozne terapije nujne medicinske pomoči na mestu nesreče, mestu nastanka urgentnega stanja in med samim transportom v bolnišnico. Njihovo delo je nadzorovano in koordinirano s posrednim strokovnim nadzorom zdravnika prek radijskih zvez ali brezžičnega telefona. Mreža posebnih reševalnih vozil (mobilne enote intenzivne terapije), v katerih se nahajajo urgentni medicinski tehniki – paramediki je redkejša, zato so dosegljivi v času desetih minut. Sam vrh piramide predstavljajo ekipe letalskih reševalnih služb s helikopterji. Mreža letalske reševalne službe je zelo redka in to zaradi

velikega radiusa in hitrega posredovanja. Vendar to ni nobena ovira, saj je helikopter izredno hitro transportno sredstvo, tako da je v bolj oddaljenih krajih na mestu nesreče celo pred vozili z urgentnimi medicinskimi tehnikami – paramediki (vendar se to dogaja le v ruralnih redkeje naseljenih področjih). Letalska reševalna služba s helikopterji večinoma opravlja primarne intervencije (težke poškodbe, kritični bolniki itn.) neposredno na mestu nesreče ali nastanka urgentnega stanja. Sekundarni transporti se opravljajo s posebej opremljenimi letali. Ekipo na helikopterju sestavlja pilot in posebno usposobljena medicinska sestra ali zdravstveni tehnik (flight nurse). Po potrebi odide na intervencijo dodatna medicinska sestra. Medicinska sestra v letalski reševalni službi (flight nurse) ima pooblastila za samostojno odločanje, izvajanje definitivne oskrbe in reanimacijo bolnika in poškodovanca ter izvajanje invazivnih postopkov nujne medicinske pomoči (endotrahealna intubacija, konikotomija, vzpostavitev centralne intravenozne (IV) poti, definitivna oskrba pnevmotoraksa itn.). Le redko je v predhospitalni nujni medicinski pomoči zdravnik v ekipi (približno 1%), ki deluje na terenu. Vendar zdravnik ni popolnoma izločen iz sistema predhospitalne nujne medicinske pomoči. Zdravniki imajo izredno pomembno vlogo izvajalcev strokovno medicinskega nadzora in pomoči pri delovanju ekip na terenu.

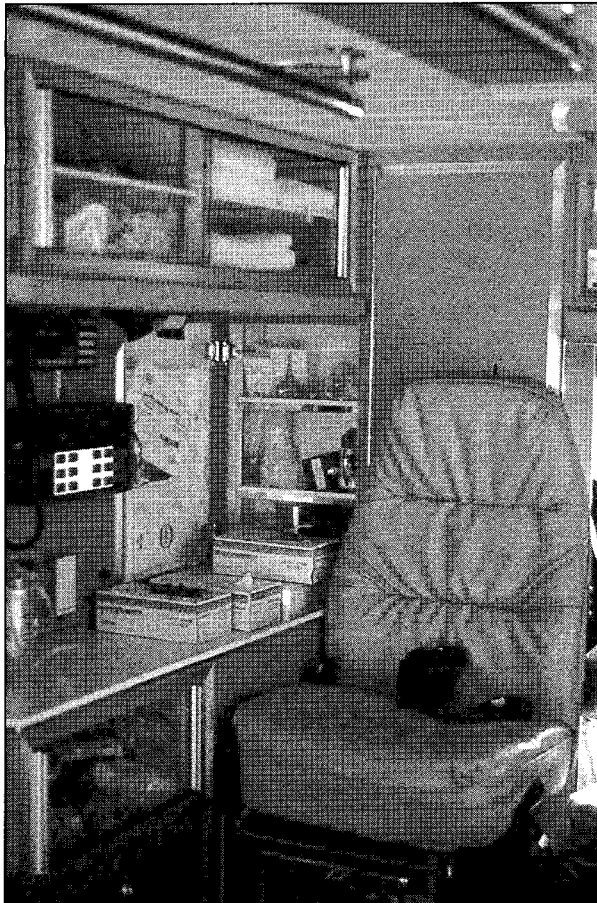
Organizacija dela ekip predhospitalne nujne medicinske pomoči v urbanem okolju se zelo razlikuje od dela ekip



predhospitalne nujne medicinske pomoči v ruralnem okolju. Reševalne postaje v urbanem okolju imajo stalno zaposlene reševalce, medtem ko so reševalne postaje v ruralnem okolju ekipe večinoma sestavljene iz prostovoljcev, ki pa seveda imajo ustrezno izobrazbo, tako kot reševalci v urbanih okoljih. Prav tako je odzivni čas ekip v urbanih okoljih krajši kot v ruralnih okoljih, toda ta problem v veliki večini rešuje letalska reševalna služba s helikopterji.

Prav vsi udeleženci v predhospitalni nujni medicinski pomoči pri svojem delu upoštevajo nekaj zelo važnih pravil. Eno izmed njih sem omenil že pri dispečerski službi. Gre za pravilo, da se mora ekipa na terenu aktivirati v roku ene minute po sprejemu urgentnega klica. Na mesto intervencije vedno pošljejo najbližje reševalno vozilo, da se doseže čim manjši reakcijski čas oziroma čas prihoda ekipe na mesto intervencije. Oskrba bolnika ali poškodovanca na terenu oziroma mestu intervencije je časovno omejena na največ 10 minut za poškodovanca ter največ 20 minut za ostala urgentna stanja. Vsi bolniki, tudi tisti, ki so življenjsko ogroženi, se transportirajo v urgentni blok najbližje bolnišnice, ki

ima na razpolago še Enoto intenzivne terapije. Pri poškodbah pa velja drugačno pravilo; vsak poškodovanec s težkimi poškodbami se mora transportirati z najhitrejšim transportnim sredstvom v najbližji Trauma center I. kategorije po kategorizaciji Ameriškega združenja travmatologov (gl. op.). Vse to je pomembno zato, ker se držijo pravila »zlate ure«, ki pravi: zlata ura je čas od nastanka poškodbe do trenutka, ko je poškodovanec prispel v kirurgove roke (smrtnost je le 10%). Smrtnost se povečuje z večanjem časa od nastanka poškodbe do trenutka, ko poškodovanec prispe v kirurgove roke. V tej tako imenovani



»zlata uri« imajo ekipe predhospitalne nujne medicinske pomoči na razpolago le 10 minut. Zato poškodovancu (težka poškodba) na mestu nesreče nudi osnovno pomoč, kjer odpravijo neposredno življenjsko ogroženost ter opravijo hitro transportno imobilizacijo. Definitivna oskrba in tekočinska reanimacija se prične šele med transportom. Večina invazivnih postopkov se izvede med samim transportom brez zaustavljanja vozila, kar zahteva izredno usposobljenost reševalcev. Zelo veliko uporabljajo helikopterje v primerih težkih poškodb. Vendar helikopter služi le za hiter transport bolnika ali poškodovanca do ustrezne zdravstvene ustanove in ne za transport posebne zdravniške ekipe do bolnika. Helikopterska reševalna služba je učinkovita in racionalna le, če ob prihodu helikopterja z ekipo na mestu intervencije sprejme bolnika ali poškodovanca, ki je že definitivno oskrbljen in pripravljen za transport. Tako služi

pridobivajo čas in možnost za preživetje ali boljše zdravljenje in rehabilitacijo za bolnika oziroma poškodovanca se poveča.

Za boljšo predstavbo, kako deluje sistem predhospitalne nujne medicinske pomoči, bom v naslednjih vrsticah opisal eno izmed intervencij, v kateri sem bil udeležen med šolanjem v ZDA. Opisal bom vsakodnevno delovanje sistema. Pozno popoldne v mesecu februarju je na hitri cesti med Englewoodom in Littletonom prišlo do čelnega trčenja pri veliki hitrosti. V nesreči sta bili dve osebi hudo poškodovani in vkleščeni v razbitinah. Od aktiviranja (klic na telefonsko številko 911) sistema predhospitalne nujne medicinske pomoči pa do prihoda prve ekipe na mesto nesreče so minile 4 minute. Prvi so na mesto nesreče prispeli gasilci – urgentni medicinski tehniki (dvojna izobrazba) s specialnim kombiniranim vozilom za reševanje. Nemudoma so zahtevali dodatna vozila in helikopter, ker so predvideli, da bo reševanje vkleščanih težavno in dolgotrajno (čas, izgubljen z reševanje iz razbitin se bo nadomestil s helikopterskim transportom). Tri minute po prihodu prvega reševalnega vozila sta na mesto nesreče prispeli dve mobilni enoti intenzivne terapije z urgentnimi medicinskimi tehnikami – paramediki. Skupno so pripravili vse potrebno za transportno imobilizacijo obeh poškodovancev, obema vzpostavili po dve prosti intravenozni poti in pričeli s tekočinsko reanimacijo kar v razbitinah. Eden izmed poškodovancev je bil v kritičnem stanju, tako da so ga paramediki nazotrahealno intubirali in asistirali pri dihanju. Deset minut po prihodu prve ekipe je na hitri cesti, 100 metrov stran od mesta nesreče, pristal helikopter Letalske reševalne službe, ki je moral počakati, da so oba poškodovanca rešili iz razbitin (samo reševanje vkleščanih je trajalo 20 minut). Ko sta bila oba ponesrečenca končno le rešena iz razbitin, smo oba hitro imobilizirala in pripravilo za transport. Poškodovanca v kritičnem stanju so transportirali s helikopterjem. Med poletom v trauma-center je medicinska sestra (flight nurse) razbremenila pnevmotoraks s kanilo. Drugi poškodovanec pa je bil transportiran z obilno enoto intenzivne terapije. Oba poškodovanca sta nesrečo preživela po zaslugi hitre in učinkovite predhospitalne nujne medicinske pomoči.

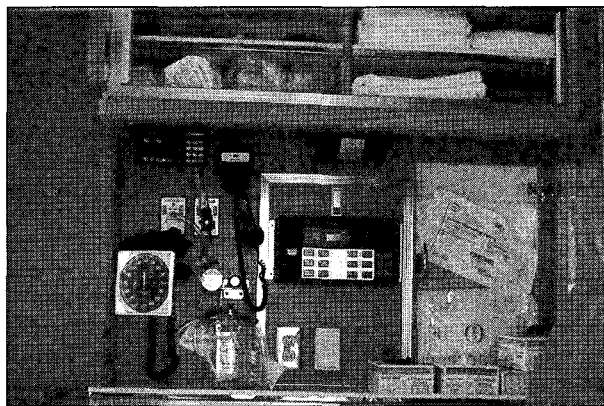
Različni izvajalci predhospitalne nujne medicinske pomoči in uspešnost le teh pri nudenju nujne medicinske pomoči

V ZDA izvajanje predhospitalne nujne medicinske pomoči ni omejeno samo na enega izvajalca predhospitalne nujne medicinske pomoči. Izvajalec predhospitalne nujne medicinske pomoči mora imeti pogoje za izvajanje predhospitalne nujne medicinske pomoči, ki so zakonsko predpisani. Predhospitalno nujno medicinsko pomoč izvajajo:

- a) bolnišnice (eševalne postaje so pod okriljem bolnišnice – javne ali privatne).
- b) samostojne reševalne postaje (javne ali privatne),
- c) gasilci (samostojno ali v navezavi z javno oziroma privatno reševalno postajo),
- d) policija,
- e) prostovoljci v okviru zgoraj naštetih institucij.

Sam način in organizacija dela se med različnimi izvajalci predhospitalne nujne medicinske pomoči popolnoma nič ne

razlikuje. Prav tako imajo vsi reševalci enako predpisano izobrazbo po ravneh. Vendar je možno opaziti razliko med posameznimi izvajalci predhospitalne nujne medicinske pomoči, ki ni tako zanemarljiva. Opazna je razlika med kakovostjo nudene nujne medicinske pomoči med izvajalci, ki opravljajo samo urgentno službo, in med tistimi izvajalci, ki poleg urgentne službe opravljajo še neurgentno službo (prevoze bolnikov). Razlog je zelo preprost. Na primer javna reševalna postaja ima samo urgentno službo, tako da se neposredni izvajalci nujne medicinske pomoči vsakodnevno srečujejo z velikim številom urgentnih primerov in tako stalno obnavljajo oziroma vzdržujejo svoje znanje in sposobnosti na zaželeni ravni ali to znanje in sposobnosti celo izboljšujejo. Medtem ko privatna reševalna postaja poleg urgentne opravlja še neurgentno službo (neurgentne prevoze bolnikov – taxi služba), tako da se število urgentnih primerov razredči z neurgentnimi, kar je razlog za nezadostno, prepočasno in dostikrat nepravilno nudeno nujno medicinsko pomoč.



Izredno lep primer dobro organizirane reševalne postaje je Denver General Hospital Paramedic Division (Reševalna postaja v okviru Splošne mestne bolnišnice), ki je znana po izredno kvalitetni nujni medicinski pomoči v celotnih ZDA. DGH Paramedic Division pokriva okrožje Denver (v mestu Denver je 7 okrožij s skupno 2.8 milijona prebivalcev), kjer ima stalno prebivališče 800.000 ljudi. Čez dan se ta številka, zaradi služb in prometa, poveča na 1.5 milijona ljudi. V stalnem pogonu imajo 7 mobilnih enot intenzivne terapije, ki neprestano krožijo po mestu. Kadar ni intervencij, se zadržujejo na strateških točkah, tako da so vedno dosegljivi v največ 10 minutah. Intenzivno sodelujejo z Denver Fire Department (Gasilska brigada Denver), ki ima v samem mestu 32 punktov s potrebnimi vozili in ekipami. Gasilske ekipe se skupno s paramediki odzovejo na vsako intervencijo in so na mestu nesreče ali nastanka urgentnega stanja v 3 minutah. Gasilske ekipe sestavljajo urgentni medicinski tehniki, ki imajo pooblastila za nudenje osnovne oskrbe in reanimacije bolnika ali poškodovanca. Tako so gasilci v večini primerov prvi na mestu intervencije. Takoj pričnejo z nudenjem pomoči. Ob prihodu paramedikov, bolnika ali poškodovanca predajo v njihovo oskrbo. Oni ga po potrebi dodatno oskrbijo in transportirajo v bolnišnico. Kako so pri tem uspešni nam pove podatek, da je odstotek preživetja pri poškodovancih, ki imajo strelno ali vbodno rano in še kažejo znake življenja, izredno visok – 88 %.

Strokovno medicinski nadzor delovanja predhospitalne nujne medicinske pomoči

Celoten sistem predhospitalne nujne medicinske pomoči je organiziran na ravni okrožja (ekvivalentno našim občinam) s centralno bolnišnico, ki mora biti travma-center I. ali II. kategorije po kategorizaciji Ameriškega združenja travmatologov (gl. op.), kot centrom za izobraževanje, obnavljanje znanja in strokovno medicinski nadzor za vse reševalne postaje, ki delujejo v sklopu sistema predhospitalne nujne medicinske pomoči. Sama hierarhija v sistemu predhospitalne nujne medicinske pomoči je zelo preprosta. Celoten sistem predhospitalne nujne medicinske pomoči vodi, koordinira in za delovanje le-tega kot celota odgovarja direktor sistema predhospitalne nujne medicinske pomoči (Director of Emergency Medical Services), kateremu so podrejeni direktorji posameznih reševalnih postaj. S strokovno medicinske plati je za delovanje celotnega sistema predhospitalne nujne medicinske pomoči



odgovoren medicinski direktor (Medical Director), njemu so podrejeni glavni paramediki (Chief Paramedics) na posameznih reševalnih postajah. Izmensko delo na reševalnih postajah vodijo (nadzorni paramedici – Paramedic Operations Supervisors), ki odgovarjajo za delo celotne izmene. Njim so neposredno podrejene vse ekipe v izmeni.

Samo delovanje ekip oziroma posameznikov od najnižje ravni z najmanjšimi pooblastili do najvišje ravni z najvišjimi pooblastili odreja oziroma dajejo posebna pooblastila pisni protokoli, pod katerimi sta podpisana direktor predhospitalnega sistema nujne medicinske pomoči ter medicinski direktor. Protokoli dajejo reševalcem pooblastila za samostojno delovanje na terenu v okviru njihovega znanja in usposobljenosti do določene ravni. Ko se ta raven doseže, je za izvedbo določenega invazivnega posega ali medikamentozne terapije potrebno dovoljenje nadzornega zdravnika. V primerih, ko je zdravnik zaradi objektivnih ali subjektivnih razlogov nedosegljiv ali ko je bolnik oziroma poškodovanec v neposredni smrtni nevarnosti in bi odlaganje ustrezne pomoči zaradi iskanja soglasja zdravnika ogrozilo bolnikovo oziroma poškodovančovo življenje, protokoli reševalce vnaprej pooblašajo za ravnanje po lastni presoji, seveda v okvirih njihovega znanja in sposobnosti.

Neposreden nadzor, dajanje navodil in posvetovanje izvajajo nadzorni zdravniki v urgentnem bloku centralne

bolnišnice posredno prek radijskih zvez ali brezžičnega telefona. Vsaka ekipa, ki transportira bolnika ali poškodovanca v urgentni blok katerekoli bolnišnice, ne glede na stanje bolnika ali poškodovanca, mora o tem obvestiti osebje urgentnega bloka bolnišnice, v katero je bolnik ali poškodovanec namenjen. Obveščanje se izvaja prek radijskih zvez ali brezžičnega telefona. V primerih, ko bolnikovo ali poškodovančovo življenje ni ogroženo, lahko obvestilo sprejme posebej za to usposobljena medicinska sestra. V primerih, ko je bolnikovo ali poškodovančovo življenje ogroženo, mora obvestilo sprejeti nadzorni zdravnik. Prav tako lahko navodila, za izvajanje določenih invazivnih postopkov in medikamentozne terapije, posreduje samo nadzorni zdravnik. Predhodno obveščanje je potrebno zato, da se osebje v urgentnem bloku pravočasno pripravi na prihod bolnika ali poškodovanca oziroma da ga odklonijo, če je urgentni blok zaseden in bolnik oziroma poškodovanec zaradi tega ne bi mogel dobiti ustrezne in pravočasne pomoči. V tem primeru bolnika ali poškodovanca preusmerijo v drugo bolnišnico.

Če bolnik ali poškodovanec odkloni pomoč reševalcev in sam transport v bolnišnico ne glede na kakšnem stanju se nahaja, morajo reševalci to željo tudi upoštevati. Tu obstajajo seveda tudi izjeme. Za kakršnokoli posredovanje v tem primeru ali upoštevanje bolnikove oziroma poškodovane



vančeve želje ali pomoč in transport proti njegovi volji, je potreben podroben posvet in odobritev nadzornega zdravnika.

Vse informacije o bolniku: osebni podatki, podatki o stanju ob prihodu ekipe na mesto intervencije, vitalni znaki, nujna medicinska pomoč in izvedeni invazivni postopki, medikamentozna terapija, rezultati pomoči itn. morajo biti skrbno zabeleženi za vsakega bolnika ali poškodovanca na posebnih obrazcih v več izvodih. Ta obrazec dostikrat postane zelo važen dokument, ko bolnik ali njegovi svojci vložijo tožbo proti bolnišnici ali sami Reševalni postaji. Če je izpolnjen po vseh pravilih in čitljivo brez strokovnih napak in pomanjkljivosti je odlično kritje, če pa je malomarno izpolnjen oziroma celo pomanjkljivo, to ponavadi privede poravnave, kjer Reševalna postaja izplača ogromno odškodnino tožniku, ker takšen dokument ne daje nobenega kritja. Če je pri delu reševalca prišlo do disciplinskega prekrška ali strokovne napake, je suspendiran za določen čas ali celo odpuščen z dela. Dostikrat se zgodi, da mora reševalec po suspenzu zaradi strokovne napake ponovno opravljati licenčne izpite, kar ni lahko in poceni.

Financiranje predhospitalne nujne medicinske pomoči

Vsako okrožje mora po zakonu imeti organiziran sistem predhospitalne nujne medicinske pomoči. Kateri izvajalci bodo izvajali predhospitalno nujno medicinsko pomoč, v zakonu ni predpisano. To je odvisno od tega, koliko denarja ima okrožje oziroma koliko denarja je pripravljeno nameniti samo organizaciji predhospitalnega sistema. Ponekod imajo problem zelo dobro rešen in vsak prebivalec s stalnim bivališčem v določenem okrožju za organizacijo predhospitalnega sistema plačuje posebne takse. Za povračilo pa ima vse nujne prevoze brezplačno, seveda če se mu nesreča pripeti v mejah tega okrožja. Večinoma samo okrožje pred organizacijo sistema predhospitalne nujne medicinske pomoči objavi javni razpis za izvajalce predhospitalne nujne medicinske pomoči in nato z najboljšim ponudnikom podpisuje pogodbo za določen čas. Urgentna služba je vedno na proračunu okrožja, ne glede na naravo izvajalca. Vsak uporabnik pa mora urgentne storitve plačati sam ali pa jih plača njegova zavarovalnica. Če uporabnik nima denarja, so mu vse ustanove po zakonu dolžne nuditi nujno medicinsko pomoč brez plačila njihovih storitev.

IZOBRAŽEVANJE IN POKLICI V PREDHOSPITALNI NUJNI MEDICINSKI POMOČI

Izobraževanje neposrednih izvajalcev predhospitalne nujne medicinske pomoči je izredno dobro organizirano in je sestavni del samega sistema predhospitalne nujne medicinske pomoči. Glavno vlogo nosi centralna bolnišnica, ki služi za teoretično bazo in center za praktično usposabljanje. Izobraževanje je organizirano v posebnih izobraževalnih programih, kjer se usposabljuje bodoči reševalci za vse poklice v predhospitalni nujni medicinski pomoči razen medicinske sestre. Poklici v predhospitalni nujni medicinski pomoči so sledeči:

1. dispečer (Emergency Medical Dispatcher); to je posebno usposobljen in izobražen urgentni medicinski tehnik z delovnimi izkušnjami pooblaščen za sprejemanje in oddajanje urgentnih in neurgentnih voženj ter koordinacijo delovanja ekip na terenu;
2. reševalec z osnovnim znanje (First Responder); to je oseba z osnovnim znanjem iz prve pomoči in ima pooblastila za nudenje le te na samem mestu nesreče ali nastanka urgentnega stanja;
3. urgentni medicinski tehnik (Emergency Medical Technician); to je oseba s osnovnim znanjem iz nujne medicinske pomoči in ima pooblastila za izvajanje osnovne oskrbe in reanimacije bolnika ali poškodovanca na mestu nesreče ali nastanka urgentnega stanja ter med samim transportom v bolnišnico;
4. urgentni medicinski tehnik IV (Emergency Medical Technician IV) je oseba z osnovnim in dodatnim znanjem iz nujne medicinske pomoči in ima pooblastila za izvajanje osnovne oskrbe in reanimacije ter vzpostavljanje proste IV poti z medikamentozno terapijo pri bolniku ali poškodovanca na mestu nesreče ali nastanka urgentnega stanja ter med samim transportom v bolnišnico;
5. urgentni medicinski tehnik A (Emergency Medical Technician A - airway) je oseba s osnovnim in dodatnim znanjem iz nujne medicinske pomoči in ima pooblastila za

izvajanje osnovne oskrbe in reanimacije ter definitivne oskrbe dihalne poti (endotrahealna intubacija) pri bolniku ali poškodovancu na mestu nesreče ali nastanka urgentnega stanja ter med samim transportom v bolnišnico;

6. urgentni medicinski tehnik D (Emergency Medical Technician D - defibrillation) je oseba z osnovnim in dodatnim znanjem iz nujne medicinske pomoči in ima pooblastila za izvajanje Osnovne oskrbe in reanimacije ter defibrilacije pri bolniku ali poškodovancu na mestu nesreče ali nastanka urgentnega stanja ter med samim transportom v bolnišnico;

7. urgentni medicinski tehnik - paramedik (Emergency Medical Technician - Paramedic) je oseba s posebnim znanjem iz nujne medicinske pomoči in ima pooblastila za definitivno oskrbo in reanimacijo ter izvajanje invazivnih postopkov (endotrahealna intubacija, konikotomija, vzpostavljanje prostih IV poti z medikamentozno terapijo, defibrilacija, kardioverzija, razbremenitev pnevmotoraksa s kanilo itn.) nujne medicinske pomoči pri bolniku ali poškodovancu na mestu nesreče ali nastanka urgentnega stanja ter med transportom v bolnišnico.

Vsak neposredni izvajalec predhospitalne nujne medicinske pomoči začne na dnu lestvice in počasi napreduje po njej. Pogoji za sprejem v izobraževalni program za paramedike zahteva minimalno eno leto delovnih izkušenj kot Urgentni medicinski tehnik IV, A in D, kar v resnici pomeni najmanj pet let delovne dobe v predhospitalni nujni medicinski pomoči. Po opravljenem šolanju pridobi licenco za določen poklic, ki jo mora obnovljati vsaki dve leti na posebnem državnem izpitu (teoretični in praktični) pred komisijo.

Dobre in slabe plati sistema predhospitalne nujne medicinske pomoči

A) Dobre plati:

- izredno hiter in učinkovit način delovanja, kar je posledica dislociranih vozil oziroma točk ter razširjene uporabe helikopterjev;
- izredno dobro organizirana in učinkovita dispečerska služba;
- piramidna struktura neposrednih izvajalcev predhospitalne nujne medicinske pomoči po izobrazbi in pooblastilih;
- definitivno oskrbo in reanimacijo izvaja nezdravnik (enako ali celo boljše), kar prihrani veliko denarja pri samem izobraževanju in zaposlovanju kadrov ter delovanju sistema predhospitalne nujne medicinske pomoči;
- timsko delo vseh udeležencev v sistemu predhospitalne nujne medicinske pomoči;
- dobro izdelan in zelo učinkovit strokovnomedicinski nadzor nad delovanjem vseh izvajalcev predhospitalne nujne medicinske pomoči;
- dobro izdelan in učinkovit sistem izobraževanja vseh izvajalcev predhospitalne nujne medicinske pomoči.

B) Slabe plati:

- pogoste zlorabe sistema predhospitalne nujne medicinske pomoči;

- pogosto izvajanje nepotrebnih postopkov nujne medicinske pomoči zaradi togosti protokolov in strahu pred tožbami;
- pogosti »kratki stiki« med različnimi službami na mestu intervencije (tradicionalni spor med gasilci in negasilci).

Predlogi za reorganizacijo in izboljšanje delovanja reševalne postaje Ljubljana oziroma reševalne službe v Sloveniji

A) Reševalna postaja Ljubljana

- pooblastitev zdravstvenih tehnikov - reševalcev za izvajanje definitivne oskrbe in reanimacije bolnika ali poškodovanca z vsemi potrebnimi invazivnimi postopki (seveda po posebnem usposabljanju in preverjanju znanja) in s tem ukinitve delovanja zdravnika na terenu v Mobilni enoti intenzivne terapije (Reanimobilu);
- izgradnja sistema strokovno medicinskega nadzora nad delom vseh izvajalcev predhospitalne nujne medicinske pomoči (posredni nadzor preko radijskih zvez in protokolov);
- ustanovitev posebnega izobraževalnega programa za zdravstvene tehnike - reševalce in voznike - reševalce ter sistema obnavljanja znanja in sposobnosti;
- stroga ločitev med delom urgentne skupine in delom neurgentne skupine, urgentna skupina financirana iz proračuna;
- posodobitev delovanja in opreme dispečerske službe, povečanje kadrovske zasedbe, uvedba dveh dispečerjev (urgentni in neurgentni), posodobitev komunikacijskega sistema in uvedba računalniško podprtega sistema za sprejemanje in oddajanje voženj
- pooblastitev dispečerja za odločanje o uporabi reanimobila z zdravnikom (neodtuljivost tel. št. 94) in s tem odprava prevelikih odzivnih časov;
- reorganizacija delovanja urgentne skupine, ustanovitev dveh izpostav (Grosuplje, Vrhnika) ter disperzacija vozil v mestu Ljubljana in s tem tudi povečanje števila ekip, določitev vodij timov, ki odgovarjajo za delo v izmeni;
- izdelava kratkoročnega in dolgoročnega načrta za reorganizacijo

B) Reševalna služba v Sloveniji

- osamosvojitve vseh reševalnih postaj in ustanovitev Reševalne službe Slovenije;
- organizacija sistemov predhospitalne nujne medicinske pomoči na ravni regij z regijskimi bolnišnicami kot bazami za izobraževanje in strokovnomedicinski nadzor;
- pooblastitev zdravstvenih tehnikov - reševalcev za izvajanje definitivne oskrbe in reanimacije z invazivnimi postopki pri bolniku ali poškodovancu in ukinitve delovanja zdravnikov v mobilnih enotah intenzivne terapije (reanimobilih);
- izdelava protokolov o nujenju nujne medicinske pomoči s strani zdravstvenih tehnikov - reševalcev;
- ustanovitev izobraževalnega sistema za zdravstvene tehnike - reševalce na državni ravni;
- stroga ločitev med delovanjem urgentnih in neurgentnih služb;
- posodobitev komunikacijskih sistemov;
- disperzacija vozil po strateških točkah oziroma ustanovitev reševalnih punktov;

- organizacija helikopterske reševalne službe s stalno ekipo za opravljanje urgentnih intervencij (primarni transporti) ter liberalizacija aktiviranja helikopterja (o aktivaciji naj odloči dispečer reševalne postaje, na področju katere se je zgodila nesreča;
- posodobitev voznega parka in opreme;
- izdelava normativov o opremi in vozilih;

Andrej Fink,
Zdravstveni tehnik - reševalec, EMT - paramedik,
Reševalna postaja Ljubljana

Opombe:

Kategorizacija travma-centrov Ameriškega združenja travmatologov:

Travma center I. kategorije je bolnišnica z urgentnim blokom, ki ima na razpolago večje število reanimacijskih sob, operacijski blok, večjo enoto intenzivne terapije, vse potrebne diagnostične naprave (rtg., CT itn.) ter stalno prisotne kirurge vseh specialnosti in ostalo zdravstveno osebje.

Travma center II. kategorije je bolnišnica z urgentnim blokom, ki ima na razpolago večje število reanimacijskih sob, operacijski blok, večjo enoto intenzivne terapije, vse potrebne diagnostične naprave (rtg., CT itn.). V urgentnem bloku so stalno prisotni le urgentni zdravniki in kirurgi travmatologi z ostalim zdravstvenim osebjem, kirurgi ostalih specialnosti so v stalni pripravljenosti na domu in dosegljivi v največ 30 minutah.

Travma center III. kategorije je bolnišnica z urgentnim blokom, reanimacijsko sobo, manjšo operacijsko sobo, osnovnimi diagnostičnimi napravami in stalno prisotnim urgentnim zdravnikom ter ostalim zdravstvenim osebjem. Kirurgi specialisti so dosegljivi na domu brez pripravnosti, in to v več kot 30 minutah.