

NOVOSTI NA PODROČJU ORGANIZACIJE IN MENEDŽMENTA

S 15. posvetovanja organizatorjev dela, 10. do 12. 4. 1996 v Portorožu

Na področju organizacije in menedžmenta so se razvili novi sodobni trendi v razvoju organizacijske misli in v razvoju menedžmenta, nekateri pojmi in nove definicije o organizaciji, dopolnjeni so pogoji, ki so potrebni za spreminjanje organizacije in velik je poudarek na pomenu razvoja kadrov in reševanju problemov kadra v sedanjem času in sistemu. Pomembni so razlogi in postopki za uvajanje sistema kakovosti ter celovite kakovosti v javni zdravstveni službi. Pogoj uvajanja sprememb je organizacijska sprememba, kultura in vedenje posameznikov v učni organizaciji.

Osnovni pogoj je preoblikovanje kadrovske službe in njene funkcije

Ljudje so ključni dejavnik uspeha podjetja, ustvarjalnost, inovativnost, prilagodljivost, usposabljanje in razvoj kadrov, plačevanje in nagrajevanje, oblikovanje odnosov z zaposlenimi so naloge kadrovskih služb tudi v zdravstvu. Vlaganje v kadrovske menedžerje in v strokovnjake je dolgoročno (Zupan 1996). V sistemu zdravstva bodo potrebne spremembe še zlasti na področju izobraževanja, usposabljanja za medicinske sestre, česar dosedanja sistem ne omogoča. Pregled člankov s področja organizacije zdravstvene nege v sistemu zdravstva je odraz stanja in razvoja doseganje organiziranosti, ki je temeljila na hierarhični oziroma linijsko funkcionalni organizacijski strukturi, le nekateri avtorji (Grbec 1986, Ritonja 1994, Brus 1994, Česen 1994, 1995, Bohinc 1995) so obravnavali in analizirali organizacijo z več vidikov in prispevali k uvajanju sprememb. Od leta 1992 na VŠZ študentje opravljajo diplomske naloge in seminarske naloge s tega področja. Funkcionalno izobraževanje iz menedžmenta in organizacije tega področja že vodilnih medicinskih sester iz bolnišnic, ki poteka od leta 1992 na VŠZ, že vpliva na spreminjanje organizacijske kulture na uvajanje sprememb ter projektiranje novih sistemov zdravstvene nege.

Mladi se morajo naučiti in spoznati fenomen organizacije, podobno kot so to morali nekoč storiti njihovi dedje o podjetništvu (Drucker 1990). V organizacijski misli je nova filozofija in novi standardi, ki zagovarjajo, da se vse da izboljšati, kar se imenuje kazein in pomeni, da se vedno v razvoju mora dodati nov krog kvalitete pri uvajanju sprememb (Vila, 1996).

Pomen organizacije: organizacija je opredeljena s svojim obstojem, je spremljevalka v zgodovinskem razvoju človeštva, pomembna je za vsakega posameznika, ker omogoča procese socializacije in socialne kontrole.

Organizacija je proizvod posameznika in skupin, tendenca je v naraščanju števila in velikosti organizacij, vedno večji pomen v postindustrijski družbi in vedno večja je organizacijska prepletenost.

Sodoben način življenja usmerja posameznika v vse večje število različnih organizacij. Organizacija ima pomen kot inštrument obvladovanja življenja kot npr.:

- državna uprava,
- raziskovalna dejavnost,
- izobraževanje in vzgoja,
- resocializacije,
- proizvodnje in distribucija dobrin in storitev,
- skrb za ohranjanje kulturne dediščine,
- komunikacije,
- zabave.

Povečuje se stopnja razvitosti organizacije (Vila, 1996).

- Organizacija je vse pogosteje predmet znanstvenega preučevanja, za katerega je značilna interdisciplinarnost znanosti; organizaciologija je nastala kot posledica diferenciacije in specializacije ter integracije znanstvenih disciplin, zato je znani Urwickov kvadrat dopolnjen. Bergant (1996) je dopolnil Urwickov kvadrat s filozofijo in metodološkimi vedami in za spoznavanje, razumevanje in prilagajanje sveta sebi in svojim potrebam je človek razvil znanost in filozofijo. S filozofijo skuša razumeti in spoznati svet kot celoto, z znanostjo pa posamezne pojave in zakonitosti. Posebno mesto zavzemajo metodološke vede. Predlog za dopolnitev Urwickovega kvadrata je naslednji: psihologijo, pedagogiko in ekonomijo ter politične in socialne vede uvrstimo med družbene vede; fiziologijo, anatomijo, tehniko in medicino v naravoslovne vede. S tem ko smo človekoslovne vede in ekonomijo uvrstili med družbene oziroma naravoslovne vede, je v Urwickovem kvadratu nastal prostor za filozofijo in metodološke vede. V organizaciji gre v metodološkem smislu za to, da oblikujemo (analiziramo in projektiramo) neki praviloma zapleten organizacijski sistem, potem je popolnoma jasno, da si samo z ostalimi vedami in kvadratu (brez metodoloških ved) ne moremo veliko pomagati. Metodološke vede so eden od stebrov organizacije oziroma organizacijske vede.

Organizacije so naslednje glede na kriterije:

- glede na cilje članov,
- glede na notranjo strukturo,
- prisilne in prostovoljne organizacije,
- glede na število članov,
- glede na aktivnost članov,
- glede na formaliziranost organizacije,
- glede na vzorec nastajanja.

Morganova opredelitev organizacije s pomočjo metafor (Ivanko 1993):

- organizacija je kot stroj mehanično pojmovanje organizacije,
- organizacija kot živo bitje organsko pojmovanje organizacije,
- organizacije so kot možgani; poudarjanje informacijskih procesov predelave informacij, sposobnost učenja,

- organizacija kot kultura (norme, vrednote),
- organizacija kot politični sistem (konflikti moči),
- organizacija kot psihična kletka (ujetost posameznika),
- organizacija kot sredstvo dominacije (skupina ljudi vsiljuje svojo voljo drugim).

**ORGANIZACIJA JE FENOMEN RAZVOJA
ČLOVEŠTVA IN SODOBNE CIVILIZACIJE**

Znanost in družba

Oblast je odgovorna za upravljanje družbenih procesov k željenim političnim ciljem. Pri tem se lahko opira na znanstvena spoznanja, ki jih znanost oblikuje avtonomno. Odgovornost znanosti je, da dela tisto, kar je treba narediti. Znanost torej ni absolutno svobodna pri izbiri raziskovalnih tematik, ampak je odgovorna za napredovanje prihodnosti (Bohinc, 1996). Pomembna je misel, da je znanost izrednega pomena za maloštevilni narod, ker je pogoj za ohranitev maloštevilnih narodov, je sposobnost ustvarjalnosti njenih pripadnikov. IUNRP ugotavlja, da v Sloveniji tradicionalno zastajajo mnoge veje naravoslovja, tudi medicina in s tem tudi področje zdravstvene nege, še posebno klinične raziskave tudi iz zdravstvene nege.

Razvoj kadrov

Zelo pomembno je tudi vzpostavljati sistem izobraževanja odraslih s subvencioniranjem šolnin in z davčnimi olajšavami. V strukturi stopenj izobraženosti v Evropi je Slovenija v primerjavi z 12 državami na 10. mestu, kar v strukturi pomeni, da ima 74 % ljudi nedokončano osemletko (Černešič 1996). Analize kažejo, da je bila uporabnost oblikovanih znanj iz raziskav na Slovenskem relativno nizka, ker ni dobre povezave med oblikovalci in uporabniki znanj (Bohinc 1996).

Razvoj kadrov je ključni dejavnik vsakega sistema, zato je vloga kadrovske službe v sodobnem podjetju in zavodu ter upravljanje človeških virov zelo pomembno. Potrebna je povezava med upravljanjem s človeškimi viri in poslovno strategijo zavoda. Nujnost je po preoblikovanju pridobivanja kadrovskih služb in napredovanja v horizontalni in le delno v vertikalni ravni. Zato bo potrebno tudi v izobraževalnem procesu čim prej pristopiti k izdelavi kreditnega sistema med programi in usposabljanju že zaposlenih. K določanju izobraževalnih potreb bo treba pristopiti s sistemskim pristopom in z različnih vidikov analize dela, analize nalog, analize dosedanje usposobljenosti, proučevanja izobraževalnih potreb. Izobraževanje mora odražati poslanstvo, filozofijo in strategijo izobraževalne funkcije. Preden se odločimo za usposabljanje, moramo ugotoviti, zakaj bomo nekoga usposabljali in kako je z dosedanjim stanjem.

Cilj usposabljanja je izboljšanje dela posameznika in organizacije (Vodopivec, 1996) in izbira sodelavcev je ključni proces, zelo pomembni so kriteriji in metode za izbiro sodelavcev, zlasti za postindustrijsko družbo.

Kriteriji so sposobnosti in osebne lastnosti za skupinsko delo in individualno delo s pomočjo ekspertnih sistemov.

Metode izbora so računalniške metode, intervju, testiranje in praktični preizkus.

Vedno večji je pomen znanja za delo v skupini, zato posebej razvijanju teh oblik vedno večji pomen. V skupin-

skem delu nastopa 10 vlog po N. Belbinu: snovalec, iskalec virov, koordinator, tvorec, opazovalec ocenjevanja, sodelavec, izvajalec, dovrševalec, strokovnjak (Jereb, 1996).

Nova organizacijska misel

Za razvoj nove organizacijske misli je pomemben pojav avtopoieze, ki pomeni sveži alternativni in oplemeniteni tok v organizacijski misli (Ovsenik, 1996). Ta novi koncept se je razvil že leta 1972, ko se je v naravoslovju in družboslovju razživel organizacijska misel. Družboslovje je proizvedlo organizacijske vede, v naravoslovju so številna odkritja, tudi koncepti avtopoieze, privedli do uzavednega pojma organizacijske nove misli. Avtopoieza pomeni namesto mehanicističnega holistično organizacijski sintezni pristop (organizacija ni **le razmerje**, ampak so vedno bolj pomembni **odnosi in odgovornost** človeka do človeka in narave **vetičnem** smislu). Leta 1979 je J. Ovsenik izumil koncept organizaciologija. V tridesetletnem obdobju VŠOD in FOV pomeni Kranj primeren naskok v strokovni iniciativi na področju organizacijske misli. Za razvoj organizacijske misli je pomemben razvoj kibernetike (**k združevanju dela, od števila hierarhičnih ravni k strukturi z malo hierarhičnih ravni**) (Bizjak 1996). **Bistveni so procesi in so nadrejeni funkcijam. Bistvo nove** (Wiener 1948) in splošne teorije sistemov (L. v. Bertalanffy 1968). Avtopoieza pomeni oplemenitenje človekovega duha, njegovo razumevanje sveta in sebe.

V novih pogledih na organizacijo, kjer želimo uvesti kakovost celotnega sistema, je potrebno **uvesti reinženiring vseh procesov, organizacijo je potrebno usmeriti od strukture k procesom**.

Rubikova kocka je lahko kot model za prikaz organizacije, ki se sestoji iz 6 elementov: **struktura, strategija, kultura, proces, informacije, znanje** (Stanovnik, 1996). Vsi ti elementi so v medsebojni soodvisnosti in povezanosti in nam omogočajo, da elemente organizacije v realnosti, prikaz odnosov med elementi v smislu komuniciranja in dokumentiranja modela v realnosti.

Posamezni elementi so :

- Strategija: smotri, cilji, politika je dolgoročni načrt urensničevanja temeljnih ciljev organizacije na podlagi konkretnih akcijskih načrtov.
- Struktura: naloge, nosilci nalog, razmerja in upravljanje organizacije, vrsta avtoritete in komunikacije, formalne in neformalne (sheme in sociogrami).
- Kultura: vrednote, zaupanje, razumevanje in način mišljenja članov organizacije. Vsakdo, ki je član organizacije, zavedno ali nezavedno sodeluje pri kreiranju kulture, ki se je načeloma ne da napisati, je nenapisan element organizacije, je nevidno prisotna in vseh članov organizacije. Vsak, ki želi uvajati spremembe, se sreča z veliko močjo in vplivom kulture, ki pomeni zavoro ali vzpodbudo. Kultura ima močan vpliv na vse ostale elemente organizacije, tako v pozitivnem in negativnem smislu. Kultura je na vidni in nevidni ravni (vrednote, mišljenje). Kultura omogoča, da se poistovetijo, da čutijo pripadnost in določijo odnos do okolja.
- Znanje: je ena največjih spremenljivk današnjega časa. Zahteve po interdisciplinarnem pristopu in po vse večji specializaciji so vedno
 - in omogočajo obstoj in rast organizacije.
- Informacija: zahteve po sintaktičnosti, semantičnosti in pragmatičnosti. Odločitev človeka je odvisna od obsega

in kvalitete informacije. Informacija ima vpliv na vse elemente organizacije.

– Proces: je zaporedje, ki nas vodi do uresničitve zastavljenega cilja v smislu učinkovitosti večje. Odločitve se sprejemajo na znanju in uspešnosti. Osnovni proces vpliva na stopnjo medsebojne odvisnosti. Rubikova kocka kot model nam omogoča razložiti organizacijo na zelo nazoren način.

Modelov, kako delujejo neprofitne organizacije, v naši literaturi zasledimo le malo, zato so ugotovitve iz tuje literature koristne. V ZDA je 1,4 milijona privatnih ustanov. Zelo strog zakon nadzoruje delovanje in pri oblikovanju neprofitnih organizacij so pomembni naslednji elementi, jasna misija in vizija ter izdelan strateški načrt (Bonutte 1996). Nadzor sistema je zelo natančno opredeljen. Drucker (1993) poudarja, da so tri temeljne postavke pomembne pri načrtovanju neprofitnega sektorja, oceniti, kdo je uporabnik, katere so vrednote in kateri so oziroma bodo rezultati delovanja.

Razvoj menedžmenta

Menedžment opredeljuje Slabe (1996) kot ekonomsko organizacijski pojav, kot pojav družbeno ekonomskega sistema v organizaciji in kot pravni pojav. Leta 1974 so bila omejena pooblastila in odgovornost za uspešnost. Odgovornost menedžmenta je, da pooblastilom za odločanje in vplivanje na rezultate nujno sledi odgovornost za posledice. Edina motivacija menedžerjev ni le denar, ampak uspešnost in moč (Slabe 1996, povzeto Kavčič 1981). Menedžment kot pravni pojav ima veliko razsežnosti in je zato večplasten.

Zagotavljanje in obvladovanje kakovosti sistema

Osnova za uvajanje kakovosti je, da je treba določiti sistem, kjer se bo kakovost uvajala, sledljivost z dokumenti in zapisi o procesu, kriterije ponovnega preverjanja in znanje, ki ga potrebujejo člani za uvajanje kakovosti. Sistem kakovosti je opredeljen v obliki matrice, kocke in mora zajeti celotno organizacijo, odgovornost, postopke, procese, vire, ki so za to potrebni.

Obstajajo različne metode za prikaz kakovosti: zanka kakovosti, matrica, kocka kakovosti, kibernetični krog kakovosti ali integralno upravljanje kakovosti.

Za zagotavljanje kakovosti so potrebna znanja o statističnih metodah in o metodah optimiranja. Sledljivost procesa je temeljni dejavnik učinkovitosti sistema, zato je dokumentacija izredno pomembna, ker je potrebno slediti določeni dejavnosti s pomočjo zapisane identifikacije. Tudi sledljivost v procesu zdravstvene nege, dokumentiranje so pogoj za uvajanje kakovosti. Ukrepi so usmerjeni po metodi a, b, c glede na pogostnost in težino. Znanje je kot motivator kakovosti in ima vpliv na zavest, zato je potreben pogoj za uvajanje kakovosti. Ishikava (1987) pravi: kakovost se začne in konča z izobraževanjem.

Sedem korakov je pogoj za uvajanje kakovosti:

1. Definiranje potrebnih znanj.
2. Analiza stanja sistema.
3. Izdelava programa izobraževanja.
4. Organizacija izobraževanja.
5. Izvedba izobraževanja.
6. Analiza uspešnosti izobraževanja.
7. Analiza uporabe znanj v praksi.
(Rekar, Orbanič, Andrejčič 1996).

Menedžment celovite kakovosti v javni zdravstveni službi

Cilj tega področja je: kvantiteto naj nadomešča kvaliteta.

Glede na vedno večje potrebe uporabnikov zdravstvenega varstva in omejena sredstva ter na prihodnost gledanja na zdravje, da bo družbeno zdravje vedno bolj odvisno od posameznika, ki se bo svobodno odločil za zdravo in nezdravo življenje, in ker ima vpliv na zdravje zdravstvena služba le 10 do 20 % (Česen 1996, povzeto po Rus 1990), je edina strategija razvoja razvijanje celovite kakovosti javne zdravstvene službe.

Celovita kakovost javne zdravstvene službe je odvisna od:

- **prioritetnih nalog zdravstvenega varstva iz zdravstvenega stanja prebivalstva,**
- **velikosti javnih finančnih sredstev,**
- **želena oskrba, zdravljenje in zdravstvena nega bolnikov.**

Pri razvijanju popolne oziroma celovite kakovosti ima odločilno vlogo top menedžment, znana mora biti jasna strategija in v proces morajo biti vključeni vse ravni.

Popolni menedžment kvalitete

Največjo spremembo prinaša v organizacijskem smislu, ker zagovarja procesno horizontalno in timsko organizacijsko strukturo. Središče niso funkcije, pomembnejši so procesi. Zaposleni morajo biti vključeni v proces odločanja, zato se spremeni z uvedbo organizacijskih avtonomnih timov. Procesno timska organizacija pomeni reorganizacijo konvencionalne organizacijske strukture, ki jo zamenja procesno timska in projektna oblika organizacijske strukture.

Marolt (1996) pravi, prvi je kupec oziroma uporabnik storitev; če prenesemo misel Ishikawe na področje zdravstvene nege je prvi bolnik, varovanec, klient.

Organizacijska piramida se mora obrniti

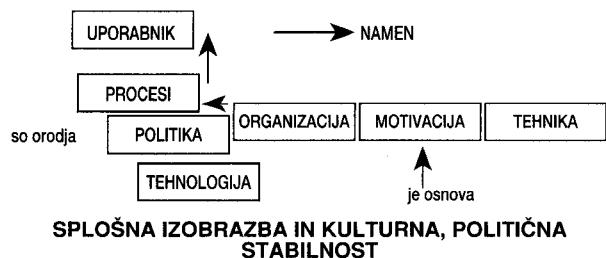


Temeljni koncepti v modelu popolni menedžment kakovosti:

1. Politika: usmeritev vseh članov v kakovost. Potrebno je posebno izobraževanje in usposabljanje. Vizija, misija in strategija morajo biti osnovani na vrednotah in prepričanjih o kakovosti storitev.
2. Organizacija: potrebna je sprememba organizacijske strukture v timsko projektno in matrično obliko.
3. Motivacija: kaj, kdo, kje in zakaj je potrebno uvajanje novega modela.

4. Tehnike: zbiranje in analiziranje podatkov, uporaba statističnih tehnik in teorije verjetnosti. SPC za nadzor procesa.

Uvajanje kakovosti v procesih zdravstvenega sistema in sistema zdravstvene nege zahteva poleg nove vizije, misije in filozofije zaposlenih nove medsebojne odnose, ki morajo temeljiti na zaupanju in spoštovanju, strpnosti do drugačnosti, preprečevanje čustvenih izbruhov, delo mora temeljiti na soglasju in konsenzu vseh in ob upoštevanju kulture dialoga med vodilnimi in člani združbe (Mayer 1996).



Največja sprememba, ki je potrebna v našem sistemu organizacij je v organizacijskem smislu za uvajanje procesno horizontalne in timsko organizacijske strukture. Središče organizacije niso funkcije, vedno večjo vlogo imajo procesi. V mreži vseh procesov ima proces zdravstvene nege izredno vlogo in pomen pri uvajanju kakovosti zdravstvene nege in s tem zadovoljstva bolnikov in medicinskih sester v sistemu zdravstvene dejavnosti.

Marija Bohinc
vms., dipl. org. dela, predavateljica
Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo,
Poljanska c. 26a

EVROPSKA LISTINA O ALKOHOLU

(slovenski prevod s komentarjem)

Evropska listina o alkoholu

Decembra 1995 je bila v Parizu ministrska konferenca z delovnim naslovom Zdravje, družina in alkohol, na kateri je bila sprejeta Evropska listina o alkoholu (1). Listino je s konsenzom sprejelo 46 evropskih držav, med njimi tudi Slovenija. Sprejem tega dokumenta je eden od uspehov European Alcohol Action Plan (EAAP), programa Svetovne zdravstvene organizacije, ki si prizadeva zmanjšati posledice škodljive rabe alkohola v Evropi.

Listina imenuje pet človekovih pravic v odnosu do rabe (uživanja, pitja) alkohola. V ospredje postavlja prav škodljive učinke alkohola, zaradi katerih je na tak ali drugačen način prizadetih več kot 850 milijonov prebivalcev Evrope. Predstavljamo slovenski prevod listine, ki je bila že v času pariške konference prevedena v francoščino, nemščino in ruščino, ostali udeleženci pa smo se obvezali, da jo objavimo tudi v jezikih svojih narodov.

Osnutek listine smo v letu 1995 pripravljali strokovnjaki člani EAAP na delovnih srečanjih na Dunaju in v Bernu. V Parizu so jo dokončno oblikovali eksperti Svetovne zdravstvene organizacije (SZO), politiki sodelujočih držav in posebej izbrani udeleženci konference Zdravje, družba in alkohol. Končno besedilo se tako precej razlikuje od začetnih verzij, saj je bilo treba upoštevati raznolikost evropskih držav, njihove zakonodaje, odnos do uživanja alkohola ter možnosti za upoštevanje listine pri sestavljanju in izvajanju alkoholne politike.

Evropska listina o alkoholu

Etična načela in cilji

1. Vsi ljudje imajo pravico, da so v družinskem, družbenem in delovnem okolju zavarovani pred nesrečami, nasiljem in drugimi negativnimi posledicami, ki jih povzročajo uživanje alkohola.
2. Vsi ljudje imajo pravico do popolne in resnične informacije o zdravstvenih, družinskih in socialnih posledicah, ki jih povzročajo uživanje alkohola. Tovrstno izobraževanje se mora začeti v čim zgodnejšem obdobju življenja.
3. Vsi otroci in mladostniki imajo pravico odraščati v okolju, ki je v največji možni meri zavarovano pred negativnimi posledicami uživanja alkohola in tudi pred reklamiranjem alkoholnih pijač.
4. Vsi ljudje, ki uživajo alkohol na način, ki je zanje tvegan ali škodljiv, imajo pravico do vključitve v proces zdravljenja. Enako velja za njihove družinske člane.
5. Vsi ljudje, ki ne želijo uživati alkohola iz zdravstvenih ali drugih razlogov, imajo pravico do zaščite pred pritiski pivskega okolja. Imajo tudi pravico do podpore za svoje nepivsko vedenje.

Deset strategij za uresničevanje sprejetih načel

1. Seznanjati ljudi s posledicami, ki jih povzročajo uživanje alkohola na njihovem zdravju, družini in družbi. S pomočjo obsežnih izobraževalnih programov seznanjati ljudi z učinkovitimi ukrepi, ki lahko prispevajo k zmanjšanju gorja. Ti programi naj se začnejo v čim zgodnejšem obdobju življenja.

2. Podpirati takšno javno, privatno in delovno okolje, ki bo zaščiteno pred nesrečami in nasiljem ter drugimi negativnimi posledicami uživanja alkohola.
 3. Sprejeti in izvajati zakone, ki bodo učinkovito omejevali vožnjo pod vplivom alkohola.
 4. Pospeševati zdravje s pomočjo mehanizmov kontroliranja dostopnosti alkohola (na primer za mlade) ali pa vplivati na cene alkoholnih pijač (na primer z obdavčitvijo).
 5. Omejiti reklamiranje alkoholnih pijač tako, da se v državah, kjer že imajo določene prepovedi, zakonodaja strogo in dosledno upošteva. V ostalih državah je treba uvesti strogo kontrolo nad neposrednim in posrednim reklamiranjem alkoholnih pijač. Zagotoviti je treba, da ne bo nobena vrsta reklame namenjena mladim ljudem, še posebej ne dovoljevati povezav med alkoholnimi pijačami in športnimi dejavnostmi.
 6. Zagotoviti dosegljivost učinkovitih služb za zdravljenje in rehabilitacijo vsem tistim, ki uživajo alkohol na tvegan ali škodljiv način. Enako velja za njihove družinske člane.
 7. Poskrbeti, da se bodo tisti, ki izdelujejo in prodajajo alkoholne pijače, zavedali svoje etične in zakonske odgovornosti na tak način, da bodo zagotovili neoporečnost izdelkov in uporabili ustrezne ukrepe proti nezakoniti proizvodnji in prodaji alkoholnih pijač.
 8. Povečati sposobnost družbe, da se spoprime z alkoholom. To naj se doseže z izobraževanjem strokovnjakov s področja zdravstva, socialnega skrbstva, izobraževanja in zakonodaje ob sočasni podpori lokalnim skupnostim.
 9. Podpirati tiste nevladne organizacije in gibanja za samopomoč, ki promovirajo zdrav način življenja, še posebej tiste, ki se trudijo zmanjšati z alkoholom povezano zlo.
 10. Države članice naj sestavijo programe, ki bodo upoštevali to Evropsko listino o alkoholu. Programi naj imajo jasne cilje, poleg njih pa opisane metode za vrednotenje doseženih sprememb. Te naj omogočajo spremljanje napredka ter zagotavljajo redne dopolnitve programov na podlagi izsledkov evalvacije.
1. Anon European Charter on Alcohol. Adopted at the European. Conference on Health, society and Alcohol, Paris, 12–14 December 1995. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; EUR/ICP/ALDT 94 03/CN01.

Asist. mag. Zdenka Čebašek-Travnik, dr. med.
SZO, European Alcohol Action Plan,
predstavnica za Slovenijo

USTNA NEGA (UN)

Namen

Izvajamo jo, da bi preprečili tvorbo oblog na sluznici in zobeh, ki vodijo v okužbo, če jih ne odstranimo. S tem posegom preprečujemo tudi tvorbo zobnega kamna.

Indikacije

- Vzdrževanje ustne higijene.
- Preprečevanje nastanka oblog.
- Vzdržujemo ustno votlino vlažno.
- Prispevamo k bolnikovem dobrem počutju in udobju.

Ti štirje cilji so med seboj odvisni. Zdrava tkiva v ustni votlini so odvisna od čistoče in vlage. Edini učinkoviti način, da to dosežemo, je, da zagotovimo dobro hidracijo bolnika, uporabo ustreznih pripomočkov, raztopin in metod čiščenja ustne votline.

Pri bolnikih, ki ne morejo samostojno skrbeti za dobro ustno higieno, se pojavi »problem ustne votline«.

Predispozicijski dejavniki za slabo zdravstveno stanje ustne votline so:

- Nezmožnost bolnika, da popije dovolj tekočine.
- Slab prehrambeni status.
- Zmanjšano izločanje sline, ki povzroča suha usta, nabiranje oblog in infekcije.
- Manjše intervencije, ki vplivajo na stanje ustne votline, na primer operativni posegi, radioterapija, kemoterapija.
- Pomanjkanje znanja ali motivacije za vzdrževanje ustne higijene.

Sredstva za ustno higieno

Velja osnovno načelo, da ni tako pomembno, s čim izvajamo ustno nego, ampak kako pogosto ter kako temeljito jo opravimo. O izbiri sredstev za ustno higieno odločajo individualne potrebe bolnika, ter zdravstveno stanje ustne votline. Najpogosteje uporabljamo naslednja sredstva:

Slanica

Za ustno nego priporočamo uporabo izotonične raztopine, to je 4,5 g NaCl na 500 ml vode (4,5 g NaCl je približno čajna žlička soli). Močnejša raztopina lahko draži sluznico in je neprijetnega okusa. Za bolnike z zmanjšano odpornostjo je na voljo sterilna slanica v plastičnih vrečkah.

Uporaba izotonične ali še šibkejše raztopine NaCl nima nobenih do sedaj znanih neželenih stranskih učinkov, je poceni, uporaba je preprosta.

Če želimo odstraniti zasušeno sluz in obloge, pa je izotonična raztopina neučinkovita. Učinkovitost fiziloške raztopine v primerjavi z vodo bi bilo treba še ugotoviti.

Natrijev bikarbonat

To raztopino pripravimo iz 1g Na-bikarbonata in 100 ml tople vode. Raztopina zelo učinkovito čisti in pomaga pri tvorbi manj goste sline ter pri mehčanju oblog. Uporaba bolj koncentrirane raztopine lahko okvari sluznico in je slabega okusa. Uporabo raztopine Na-bikarbonata priporočamo v UN samo, če gre za zasušeno sluz, vendar je ne priporočamo, če

gre za odstranjevanje dolgotrajnih in trdnih oblog z jezika in okolnih tkiv.

Vodikov peroksid

To raztopino pripravimo tik pred uporabo tako, da določeno količino hidrogena zlijemo v vodo v razmerju, ki je predpisano v navodilih ali ki ga je določil farmacevt v bolnišnici.

Encim katalaza, ki je prisoten v krvi in tkivih reagira z raztopino vodikovega peroksida z bujnim sproščanjem mehurčkov kisika, kar deluje kot mehanično čiščenje. S pridoma ga uporabimo pri odstranjevanju nekrotičnih ulkusov, krast in oblog. Ta reakcija pa lahko sproži tudi uničenje sveže granuliranega tkiva. Povišana koncentracija kisika, ki nastane pri tej reakciji, pospeši razvoj anaerobnih organizmov; pena, ki med reakcijo nastaja v ustih, potencialno ogroža bolnika, če bi refleksno zakašljaj. Zaradi te nevarnosti naj ima medicinska sestra pri roki aspirator. Vodikov peroksid lahko draži jezik in ustno sluznico, posebej pri stomatitisu. Zato priporočamo, da po UN speremo usta s toplo vodo ali fiziološko raztopino.

Klorheksidin

0,1–0,2% raztopino klorheksidina v vodi včasih uporabljamo za izpiranje ust. Dezinfekcijsko učinkuje na gram-pozitivne in gram-negativne klice. Preprečuje nabiranje oblog in nastanek gingivitisa v primerih, ko je ščetkanje kontraindicirano. Vendar pa ima neprijeten okus. Alkoholno raztopino klorheksidina uporabljamo za namakanje protez in ortodontskih aparatov pri bolnikih, ki imajo infekcijo ustne votline. Če bolniki ne morejo spirati ust z klorheksidinom, lahko naneseemo neposredno na zobe in dlesni klorheksidin gel. Če uporabljamo klorheksidin dlje časa spremeni barvo zob.

Ustna voda z benzidaminom

Raztopina vsebuje 0,15% benzidamin hidroklorida. Vsebuje anestetik in deluje protivnetno. Koristno jo uporabimo pri bolnikih, ki imajo sor. Za grgranje ali izpiranje bolniku pripravimo razredčeno mešanico (15 ml + 0,5 skodelice vode), ki jo uporablja na vsako uro in pol, lahko na vsake tri ure.

Vlažne gobice (»lizike«)

To so gobice iz penaste gume, pritrjene na palčki in prepojene z minerali: kalijev klorid, Mg-klorid, Na-klorid, Na-fosfat. Takšne gobice so primerne za čiščenje vseh površin v ustni votlini. Vendar pa je njihov okus neprijeten, zato so primerne le za bolnike, ki jih to ne moti ali jih sploh ne okušajo.

Alumin-fluorid gel (0,4%)

Preprečuje in zaustavi zobno gnilobo, posebej še karies po obsevanju, demineralizacijo in dekalifikacijo. Po običajnem umivanju zob naneseemo malo gela na suho zobno ščetko in z njo ščetkamo vse zobne površine eno minuto. Bolnik lahko izpljune odvečno tekočino, a izpirati ne sme. Vsaj 30 minut po želiranju zob ne sme ne piti ne jesti, da bi dosegli željeni učinek.

Raztopina (0,05%) natrijevega fluorida za dnevno izpiranje

Eno do dve čajni žlički (5–10 ml) damo v usta za eno minuto, nato izpljunemo, vendar ust ne smemo izpirati. Vsaj

30 minut po tem ne smemo ne piti ne jesti, da bi dosegli željeni učinek.

Že pripravljena raztopina za ustno nego

Nekateri pripravki so kisli in vsebujejo veliko alkohola, pri bolniku z občutljivo sluznico povzročajo bolečine.

Umetna slina

Izdelali so jo za astronaute, ki v brestežnem prostoru niso mogli tvoriti lastne slin. Sestavine so podobne kot pri naravni slini, zato jo lahko uporabljamo brez omejitev in neželenih stranskih učinkov, vedno pri suhih ustih.

Vazelin

Lahko ga uporabljamo v majhnih količinah na notranji strani ličnic, kjer tvori tanek zaščitni sloj, ki preprečuje izgubo tekočine z izhlapevanjem. V ta namen uporabljamo še druga v vodi topna sredstva za intra-oralno rabo, na primer petrolejski gel.

Pripomočki, ki jih uporabljamo za ustno nego:

- vsi že prej opisani,
- gobice na palčki:
 - so primerne za odstranjevanje sluzi, vendar ne odstranijo oblog na zobeh in med njimi; njihova uporaba je enostavna, zelo malo možnosti je, da bi bolnika mehansko poškodovali; gobico nežno vrtimo nad sluzjo tako, da uporabimo celo površino gobice,
- zobne ščetke:
 - poleg »klasičnih« poznamo še ščetke za medzobne kote.

Kako pogosto ustno nego bomo izvajali, je odvisno od posameznega bolnika. Dejavniki, ki vplivajo na potrebo po bolj pogosti UN, so:

- dihanje z usti,
- bolnik stalno dobiva kisik,
- bolnik ne more uživati hrane in pijače per os.

Ščetkanje zob in uporaba zobne nitke pri nemočnem bolniku

Ščetkanje, uporaba zobne nitke in izpiranje so nujni ukrepi za učinkovito čiščenje zob.

Ščetkanje odstrani ostanke hrane, zobne obloge in krepi dlesni.

Zobna nitka pomaga odstraniti zobni kamen in obloge med zobmi.

Izpiranje odstrani ostanke hrane in odvečno zobno kremo.

Ko je bolnik slaboten, namesto njega za dobro ustno higieno poskrbi medicinska sestra.

Sestrška diagnoza

Že v času sprejema bolnika zberemo podatke o vrsti in obsegu pomoči, ki jo bolnik potrebuje

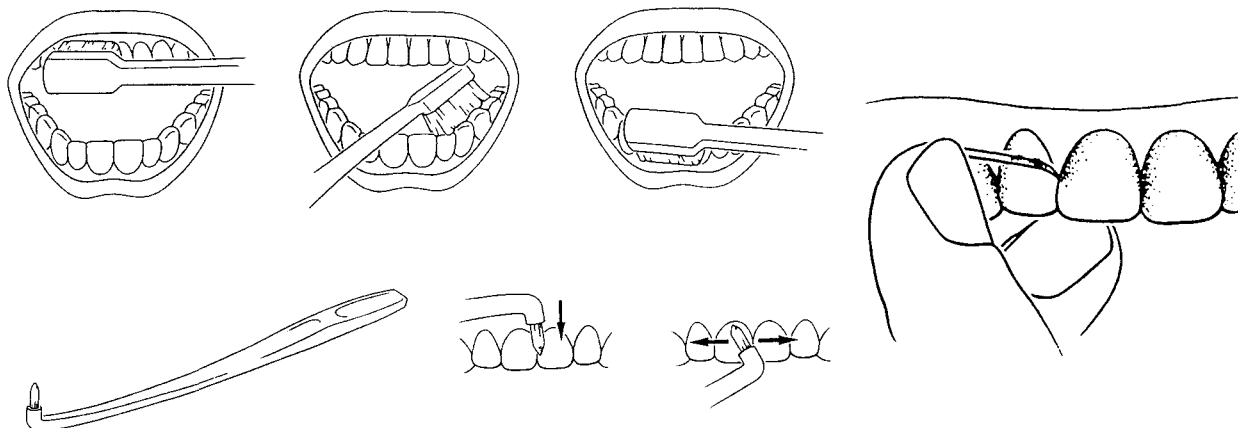
- večja tvorba sluzastih oblog (membran),
- bolečina,
- pomanjkanje znanja o ustni negi.

NEGOVALNI PLAN		
PROBLEM	VZROK	PRIPOROČLJIV UKREP
1. Suha usta	– nezadostna hidracija,	– bilanca tekočin, povečamo uživanje tekočine per os, če je potrebno
	– zmanjšano izločanje sline zaradi obsevanja	– uporabimo umetno slino, bolniku damo ledene kocke, da jih topi v ustih in srka,
	– prisotnost neželenih dejavnikov; dihanje z odprtimi usti, th. s kisikom, bolnik ne uživa hrane in pijače per os.	– pogosto pregledamo usta, npr. na pol ure in vlažimo sluznico z vodo
2. Suha sluznica na notranji strani lic	– prisotnost neželenih dejavnikov; dihanje z odprtimi usti, th. s kisikom, bolnik ne uživa hrane in pijače per os.	– na tanko premažemo sluznico z v vodi topnimi sredstvi
3. Debele obloge	– obsevanje, oslabiljen požiralni mehanizem, postoperativno zaprta traheostoma.	– uporabimo raztopino natrijevega bikarbonata, po ustni negi izpiramo usta z vodo ali slanico
4. Bolnik ne prenese zobne ščetke	– bolečina, postoperativni stomatitis.	– uporabimo gobice na palčki ali namočene vatirane palčke; priporočamo tudi uporabo slanice; pri hudih bolečinah uporabimo anestetik v tekočini ali razpršilcu preden začnemo z ustno nego
5. Neprimerna ali neučinkovita zobna ščetka	– infekcijski stomatitis, – nabiranje zasušene sluzi, krvi in oblog.	– vzamemo košček materiala s predela lezije za kulturo pred izvedbo posega za izpiranje uporabimo klorheksidin
6. Bolniku grozi splošno širjenje infekta zaradi invazije patogenih klic iz ust	– imunosupresivna sredstva	– uporabimo sterilno vodo ali sterilno slanico za raztapljanje dodatkov in za izpiranje

Pripomočki

- zobna ščetka z ravnim držalom in krajšimi, mehкими ščetinami,
- zobna krema,
- zobna nitka,
- kozarec tople vode (čaj),

- dodatek za izboljšanje okusa v vodi za izpiranje (mento-sept),
- slamica,
- ledvička,
- brisača za obraz ali papirne brisače,
- rokavice za enkratno uporabo.



Postopek	Kaj z njim dosežemo
1. Umijemo si roke.	Zmanjšamo prenos mikroorganizmov.
2. Položimo papirne brisače na servirno mizico in položimo ostale pripomočke na doseg roke.	Brisače posrkajo kapljice vode, ki škropi iz ledvičke.
3. Zagrnemo zaveso ali zapremo vrata bolniške sobe.	Bolniku zagotovimo zasebnost, še posebej, če je ščetkanje zob sestavni del celovite osebne higiene.
4. Ležišče in vzglavje bolniške postelje dvignemo do udobne višine, če je to bolniku dovoljeno; sicer lahko uporabimo bočni položaj. Bolnika premaknemo ali mu pomagamo, da se premakne bliže k medicinski sestri.	Dvignjeno vzglavje in premikanje bolnika k sebi zmanjšata mišični napor. Delni Fowlerjev položaj prepreči, da bi se bolnik dušil in aspiriral.
5. Bolnika zaščitimo z brisačo.	Preprečimo, da se zmočita bolniško in posteljno perilo.
6. Servirano mizico naravnamo na primerno višino ter jo postavimo tako, da nam je pri roki.	Postopek dela teče gladko in varno, če so vsi pripomočki lahko dosegljivi.
7. Nadenemo si zaščitne rokavice.	Preprečimo stik z mikroorganizmi in slino.
8. Na zobno ščetko nanesimo zobno kremo tako, da držimo ščetko nad ledvičko. Zobno kremo rahlo prelijemo z vodo.	Voda pripomore k boljši razporeditvi zobne kreme po zobni površini.
9. Zobne ščetine naslonimo ob dlesni pod kotom 45°, ščetkamo v smeri od rdečega na belo (od dlesni proti zobu) zunanjo in notranjo stran zob na zgornji in spodnji čeljusti. Grizne ploskve in hrano, ki je zašla med zobe, očistimo s ščetkanjem naprej in nazaj tako, da zobno ščetko držimo vzporedno z zobmi.	S pomočjo kota 45° ščetine dosežejo vso površino zoba, predvsem pa tik ob dlesni, kjer se nabirajo zobne obloge in zobni kamen. S ščetkanjem v smeri naprej in nazaj odstranimo koščke hrane, ki je zašla med zobe in na grizne ploskve.
10. Pod kotom 45° navzven in navznoter (kot bi žagali navzgor), nežno ščetkamo tudi površino in robove jezika, pazimo, da ne povzročimo navzeje.	Mikroorganizmi se zbirajo in razmnožujejo na površini jezika. Navzeja je neprijetna in lahko povzroči aspiracijo zobne kreme.
11. Bolniku dovolimo, da si s pogostimi požirki vode dobro izpere usta in medzobne prostore in izpljuva v ledvičko.	Izpiranje odstrani ostanke hrane.
12. Bolniku omogočimo, da si izpere usta in da grgra z ustno vodo.	Ustna voda pusti dober okus v ustih.
13. Odstranimo ledvičko in pomagamo bolniku, da se obriše.	Pripomore k občutku ugodja.
14. Bolniku pomagamo, da si umije roke, če bo zobno nitko uporabljal sam.	Preprečimo prenos mikroorganizmov.
15. Pripravimo dva kosa zobne nitke, ki sta dolga približno 25 cm. Glede uporabe povoščene ali nepovoščene nitke so mnenja različna. S povoščeno nitko težje očistimo, na nepovoščeno se ostanke hrane kar prilepijo.	Primerno dolgo nitko potrebujemo zato, da jo lahko čvrsto držimo in vstavimo v medzobne prostore.
16. Oba konca zobne nitke ovijemo okoli tretjega prsta na obeh rokah. Palec in kazalec uporabimo, da napnemo nitko in jo potisnemo simetrično med zobe na levi in desni strani zgornje čeljusti hkrati. Z nitko se gibljemo v medzobnih prostorih od dlesni navzgor tako, da nitko vlečemo navzven in navznoter (kot bi žagali navzgor). Ne pozabimo očistiti vmesne stene zadnjega zoba. Nitko ovijemo okoli zadnjega zoba v obliki črke C, po vrsti očistimo vse medzobne prostore.	Pravilno uvedena zobna nitka in pravilno gibanje z njo v medzobnih prostorih mehansko odstrani zobne obloge in kamen na mestih, ki jih z zobno ščetko ne dosežemo.
17. Vzamemo nov kos zobne nitke in postopek ponovimo še med zobmi spodnje čeljusti.	Izrabljena, natrgana nitka se lahko zatakne med zobmi in strga, kar lahko povzroči vnetje.
18. Z gibanjem zobne nitke sem ter tja, v smeri od dlesni proti zobni kroni čistimo medzobne prostore na spodnji dlesni drugega za drugim.	Gibanje zobne nitke od dlesni proti zobni kroni odstrani zobne obloge in kamen.
19. Bolniku omogočimo temeljito izpiranje ust z mlačno vodo, ki jo izpljuva v ledvičko; pomagamo mu, da se obriše.	Izpiranje odstrani zobne obloge in kamen iz ustne votline.

Postopek	Kaj z njim dosežemo
20. Bolniku uredimo položaj tako, da znižamo vzglavje bolniške postelje do udobne višine, odstranimo servirno mizico	Poskrbimo za bolnikovo udobje in varnost.
21. Servirno mizico odkrijemo (bombažne ali papirne brisače) in pobrišemo do čistega; papirne ali bombažne brisače zavržemo v posebej določene koše za umazano perilo ali odpadke, slečemo umazane rokavice.	Preprečimo prenos mikroorganizmov.
22. Rokavice vržemo v koš za odpadke in si umijemo roke.	
23. Zabeležimo negovalni postopek in natančno opišemo stanje ustne votline (raport).	Zabeležimo bolnikov odziv na higienske ukrepe.

Na kaj mora biti medicinska sestra pozorna?

Vsi bolniki po operativnem posegu v splošni anesteziji imajo prepoved uživanja tekočine in hrane per os, zato potrebujejo pogosto ustno nego. Ščetkanje je za te bolnike kontraindicirano. Za bolnike z občutljivimi dlesnimi, ki rade krvavijo, so primerne gobice za ustno nego brez okusa. V vodni raztopini sorbitola, kuhinjske soli, karboksimetileluloze ali v raztopini elektrolitov namočene vatirane palčke so tudi primerne.

Edukacija bolnika

Bolnik je lahko slaboten in ne more sodelovati, vendar mu medicinska sestra vseeno svetuje in odgovarja na vprašanja. Predvsem naj bolniku razloži pomen ustne nege za preprečevanje zobne gnilobe. Opozori naj ga na škodljive posledice uživanja slaščic med obroki, ki jih lahko sam zmanjša, če si najkasneje v 30 minutah po tem sam očisti zobe. Usta naj vedno temeljito spere. Pred spanjem zobe očisti z zobno ščetko in zobno nitko in za izpiranje ust po možnosti uporabi fluorirano ustno vodo.

Posebnosti v pediatriji

Otroška zobna ščetka naj bo dolga približno 21 cm.

Posebnosti v geriatriji

Pri starostnikih pogosto manjka nekaj zob, preostali so tanki in majavi, zmanjšana je prožnost dlesni, lahko imajo tudi atrofijo čeljusti. Kljub naštetim oviram pa redna ustna nega zmanjša peridentalna obolenja.

Starostniku, ki ima zobno protezo, omogočimo *nego ustne votline* in *nego zobne proteze*. Zato, da se zobna proteza tesno drži dlesni danes, lahko svetujemo več različnih lepljivih krem (na primer *Super corega*). Razkužimo zobno protezo z uporabo raznih tablet (*corega tabs, kukident*) ali tekočin (*turbo-prot*).

Bolniku svetujemo, da med spanjem hrani očiščeno suho zobno protezo v neprosojni pokriti posodi (plastični lončki s pokrovom, *turbo-prot...*).

Preden zjutraj vloži zobno protezo, opravi ustno nego. Protezo zmoči z vodo, preden jo vloži.

Ustna nega pri nemočnem bolniku

Ustna nega pri nemočnem bolniku zahteva posebno pozornost medicinske sestre. Marsikateremu tako prizadetemu bolniku medicinska sestra le s težavo odpre usta, zato se izločki ustne sluznice nabirajo v ustih in povečujejo možnost aspiracije. Hudo bolni pogosto potrebujejo umetno ventilacijo in/ali nazogastrično sondo. Ti pripomočki lahko dražijo sluznico.

Nemočen bolnik zato potrebuje pogosto ustno nego, da ohrani intaktno in vlažno sluznico. Praktično je, če medicinska sestra uredi bolnikov osebni pladenj za ustno nego (v nočni omarici).

Sestrška diagnoza

Medicinska sestra zbere podatke o individualnih potrebah po naslednjem vrstnem redu:

- povečano izločanje sluzavih membran (sluzi),
- tveganje za poškodbo sluznice,
- tveganje za nastanek okužbe.

Pripomočki

- pladenj,
- antiseptična ustna voda,
- loparček (najbolje lesen),
- zloženci ali tamponi iz gaze,
- brisača za obraz,
- ledvička,
- papirne brisače,
- kozarec tople vode (priporočamo plastične kozarce za enkratno uporabo),
- petrolejev gel (ali kako olje za ustno nego) ali vazelin za ustnice (*Ceratum labialae*),
- vključen aspirator s pripravljeno aspiracijsko cevjo.

Postopek	Kaj z njim dosežemo
1. Bolniku razložimo postopek.	Čprav je v nezavesti, lahko sliši in razume razlago.
2. Umijemo si roke in nadenemo zaščitne rokavice.	Zmanjšamo možnost prenosa mikroorganizmov.
3. Papirno brisačo položimo na servirno mizico in po njej razporedimo negovalne pripomočke.	Omogočimo lahek dostop do pripomočkov.

Postopek	Kaj z njim dosežemo
4. Zagrnemo zaveso okoli postelje ali uporabimo špansko steno, zapremo vrata bolniške sobe.	Bolniku zagotovimo zasebnost.
5. Posteljno ležišče dvignemo do najvišjega možnega nivoja in odstranimo stransko ograjo.	Uporaba udobnega položaja omogoči medicinski sestri priložnostno izvedbo in zmanjša možnost poškodbe obeh: medicinske sestre in bolnika.
6. Bolnika premaknemo na našo stran postelje in se prepričamo, če ima glavo obrnjeno navzdol, proti postelj-nemu vložku.	Preprečimo, da bi bolnik aspiriral.
7. Bolnika zaščitimo z brisačo okoli vratu in mu pod brado položimo ledvičko.	Preprečimo, da se zmoči posteljina.
8. Med spodnje in zgornje zobe previdno in hitro potisne-mo loparček, ko je bolnik sproščen.	Omogočimo vstop v ustno votlino in preprečimo, da bi bol-nik ugriznil v pean ali sestrin orokavičeni prst.
9. Bolniku očistimo usta z zloženci s pomočjo peana tako, da konico peana dobro zavijemo v gazo, dobro namoče-no z ustno ali navadno vodo. Če je med umivanjem po-trebno, aspiriramo odvečno tekočino iz ustne votline. Najprej očistimo zunanjo in notranjo stran zob zgoraj in spodaj, ter grizne ploskve. Nato očistimo sluznico na nebu, notranje strani lic in ustnic. Jezik očistimo v sme-ri od korena proti njegovi konici, toda previdno, da ne bi povzročili navzeje. Postopek po potrebi ponovimo.	Čiščenje ust z zloženci utrjuje dlesni in odstrani ostanke hra-ne. Navadna ali ustna voda zmehčata zasušeno sluz. Sukcija z aspiratorjem zmanjša možnost aspiracije pri bolniku. Izpiranje ust z odvečno tekočino iz zložencev odstrani izloč-ke hrane.
10. Bolniku zaščitimo ustnice z vazelinom ali petrolejevim gelom.	Ustnice se ne osušijo in ne popokajo.
11. Bolniku povemo, da smo opravili poseg.	Večina oslabeledih ali nezavestnih še vedno sliši in nas tudi razume.
12. Rokavice snamemo in zavržemo v koš za smeti ali zbi-ralnik.	Preprečimo prenos mikroorganizmov.
13. Bolniku uredimo udoben položaj, namestimo posteljno ograjo in znižamo posteljno ležišče na prejšnji nivo.	Skrbimo za bolnikovo varnost in udobje.
14. Očiščene pripomočke shranimo oziroma odnesemo v sterilizacijo (loparček, pean), ostale negovalne pripo-močke zavržemo v ustrezne zbiralnike (oziroma črne vrečke).	Preprečimo širjenje okužbe.
15. Umijemo si roke.	Preprečimo prenos mikroorganizmov.
16. V sestrski raport vpišemo posebnosti, ki smo jih pri izvedbi ustne nege opazili (npr. krvaveče dlesni, za-sušena sluz, obloge na jeziku).	Spremembe beležimo v časovnem zaporedju in z natančnim opisovanjem.

Na kaj mora biti medicinska sestra pozorna?

Da preprečimo aspiracijo sekreta, druga medicinska se-stra pomaga prvi s sukciijo. Vatirane palčke, namočene z gli-cerinom in limono opuščamo, ker povzročijo sušenje sluzi in raztapljajo zobno sklenino.

Stomatitis lahko nastane zaradi kemoterapije, obsevanja ali nazogastrične sonde. Bolniku svetujemo, naj si pred vsa-kim obrokom in po njem spere usta z raztopino 0,5 do 1 čajne žličke soli na 0,5 l vode.

Posebnosti v geriatriji

Pri starostnikih so dlesni slabše prekrvavljene, zobje so lahko majavi, temnejše barve. Če ne vzdržujemo redne higi-ene, lahko nastopajo vnetja, pride lahko do požiranja oblog in sluzi.

Irena Poljšak

Srednja šola za farmacijo in zdravstvo,
Šaranovičeva 5, 1000 Ljubljana

PROSTOVOLJNO DELO MLADIH V ZDRAVSTVENI NEGI

Poročilo o poteku tabora mladih Rdečega križa Slovenije Slovenske Konjice 1996

V dneh od 16. do 23. 6. 1996 je potekal Tabor mladih Rdečega križa Slovenije »Slovenske Konjice 1996«. Na njem je šestnajst mladih prostovoljcev Rdečega križa, sicer dijakin in dijakov Srednje zdravstvene šole iz Maribora, opravljalo svoje poslanstvo pri ljudeh, ki so naše pomoči potrebni.

V ekonomsko razvitih državah je organizirano delovanje prostovoljcev v zdravstvenih in socialnih zavodih razširjen način dopolnjevanja in zagotavljanja kakovosti storitev varovancem. Tudi v Sloveniji dobiva organizirano prostovoljno delo v zadnjem času vse večji pomen.

K širjenju organiziranega prostovoljnega dela v zdravstveni negi pripomorejo različne oblike izobraževanj. Med drugimi naj jih v slovenskem prostoru v zadnjem času omenim le nekaj: Prostovoljno delo v bolnišnicah in socialnih zavodih (Slovenska fondacija v sodelovanju z uradom Svetovne zdravstvene organizacije), Dobrodelne in prostovoljne dejavnosti (Zbornica zdravstvene nege Slovenije, Sekcija medicinskih sester v vzgoji in izobraževanju), Hospic zavetišča in Čas življenja, čas umiranja, dvodnevni seminar za delavnicama (Klinični center Ljubljana, predavala je dr. Helga Straetling Toelle iz Nemčije), Prostovoljno delo (Zbornica zdravstvene nege Slovenije, Tretji simpozij zdravstvene nege).



*Vzdrževanje telesne pripravljenosti in sprostitvev:
Povzpeli smo se na konjiški grad!*

Prvi zametki neorganizirane zdravstvene nege daleč nazaj v zgodovini temeljijo na motivih za delo in pomoč drugim takratnih prostovoljcev, med katerimi se znane matrone, diakonese in nekateri verski redovi. Naloga zagotavljanja pomoči in varnosti posamezniku s strani svojcev ali socialne mreže prijateljev je v današnji družbi marsikje okrnjena. V veliki meri jo lahko nadomesti prostovoljno delo, kar je tudi vzrok za njegovo načrtno organiziranost in razmah zlasti v zadnjem času in v ekonomsko razvitejših deželah. Motivi, ki vodijo posameznika k odločitvi za prostovoljno dejavnost, so pogosto altruistične narave in izžarevajo nekakšen humanistični naboj. Pogosto so združeni s socialno potrebo po navezovanju stikov z drugimi, s potrebo po

koristni prostočasni dejavnosti, po doživljanju novega, po dodatnem znanju ali z duhovno potrebo po iskanju smiselnega. Povračilo za vse to je nematerialne narave in ga predstavlja prostovoljčev prijetni občutek koristnosti, občutek sprejetosti in spoštovanja. Prostovoljec za svoje delo ne prejema plačila.

Če bi želela kratko podati najznačilnejše lastnosti prostovoljne dejavnosti, se mi misel ustavi ob naslednjem: posameznik, ki prostovoljno opravlja dobra dela za nemočne varovance ali varovance brez volje, da bi poskrbeli zase, s katerimi ni v sorodu, v svojem prostem času brez materialnega plačila. Vsebina del je fizične, socialne, emocionalne, duhovne... narave in pripomore k zagotavljanju kakovosti življenja ali mirne smrti varovanca.

Naj na kratko predstavim naš tabor mladih prostovoljcev.

Nameščeni smo bili v prostorih stavbe Rdečega križa v Slovenskih Konjicah. Naša strokovna sodelavka je bila gospa Marta Šmalc, sekretarka iz Območne organizacije Rdečega križa.

Prvi dan nas je predstavila Henkel-Ecolaba Vesna Jurkošek seznanila s higienskimi pripomočki in postopki za pravilno in varno delo z varovancem. Dopoldne so se udeleženci tabora vključevali v aktivnosti zdravstvene nege starostnikov in ostalih varovancev Lamprehtovega doma za oskrbovance in upokojence iz Slovenskih Konjic. Kot nam je povedala vodilna medicinska sestra gospa Marija Medven, ima zavod že dolgoletno tradicijo. Pred 125-imi leti ga je ustanovil usnjarski mojster Franc Lampreht ter tako poskrbel za pomoč in zatočišče za obnemogle in ostarele dekle in hlapce. Danes zagotavlja zavod zdravstveno nego 156 varovancem, od tega 60 starostnikom, katerih povprečna starost je 85 let. Deluje za potrebe varovancev mesta in za bivši občini Vojnik in Celje. Tesno sodelujejo s patronažnim varstvom zdravstvenega doma Slovenske Konjice.

Delo je potekalo v samem zavodu in na domovih varovancev. Obiske na terenu so dijaki zdravstvene nege opravljali v parih v spremstvu osebja iz zavoda.

V sredo je celotna skupina obiskala varovanca na njuni že močno razpadajoči domačiji in jima priskočila na pomoč pri različnih hišnih in prenovitvenih delih.

Popoldne smo se v obliki delavnic in socialnih iger pogovarjali na teme, kot je na primer komunikacija: vsakodnevna komunikacija, komunikacija zdravstvenega delavca z varovanci, komunikacija v timu zdravstvene nege; samopodoba posameznika: kako jo neguje zdravstveni delavec, kaj jo ruši, kako se na novo vzpostavlja, njeno oblikovanje ob interakciji z zasebnim in delovnim okoljem zdravstvenega delavca.

Svoje delo smo sproti predstavljali v biltenu, na diapozitivih in fotografijah. Namen predstavitev ni bil le v sporočilni in informativni vrednosti izdelkov, pač pa je za mladega človeka, ki se prvič na tak način srečuje s šibkim zdravjem in stiskami varovancev, zelo pomembno, da ima možnost, da izrazi svoje občutke in doživetja na različne načine. Učinkovitejša kot ustna je pisna izpoved, saj doživi pri tem posameznikovo sporočilo miselno predelavo in deluje očiščujoče zdravilno.

Obiskal nas je tudi mag. Andrej Perko in nam predstavil logoterapevtski pogled na človeka. Poudarek je bil na volji do smisla, ki je priložena vsakemu človeku in je osnovna motivacija v človekovi duhovni razsežnosti. Človeku odpira objektivni zunanji svet, v katerem so njegove možnosti, naloge in vrednote. Te ga privlačijo k uresničevanju zaradi njih samih, neodvisno od tega, ali ga to mika ali ne. Logoterapija postavlja načelo smisla pred načelo užitka in ga ima za razlagalno načelo doživljanja in vedenja, ki je vrednejše človeka in zvestejše resnici.

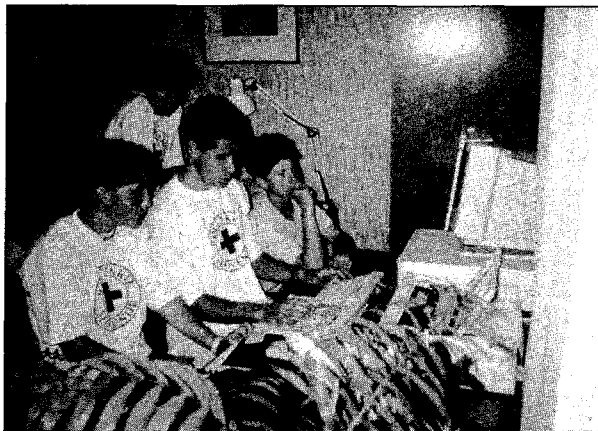
Vsak večer se je skupina zbrala na refleksiji dneva, kjer je vsak udeleženec opisal svoje občutke, ki so ga spremljali čez dan. V medsebojnem pogovoru in samopomoči smo izrazili strahove, razčistili dvome in se skupaj veselili uspehov in doživetij. Oblike supervizije in svetovanj naj bi postale sestavni del vključevanja dijakov in študentov zdravstvene nege v delovno okolje v procesu poklicne socializacije. Tako poteka le-ta manj boleče in manj stresno.

Prizadevali smo si, naj bi skupina delovala kot bodoči tim zdravstvene nege: v prilagajanju in usmerjeno k skupnemu cilju. Hkrati je to postala skupina prijateljev s prehajanjem faz prek začetne faze, aktivne jedrne faze in mogoče nekoliko nostalgične faze ugašanja skupine.

Promocija zdravja zagovarja posameznikovo doseganje zdravja celostno: s fizičnega, psihičnega, emocionalnega, socialnega, ekonomskega in duhovnega vidika. Nekaterih od teh komponent sem se že dotaknila. Za spodbujanje zdravja zdravstvenega delavca, da bi delal učinkovito in imel voljo do dela, so pomembni tudi telesna pripravljenost, razvedrilost in družabnost. Tako so udeleženci tabora namenili pozornost tudi kulturnim znamenitostim mesta, družabnim glasbenim večerom in športu. Nekateri so se odločili za tek, cela skupina pa se je povzpela skozi gozd na grad nad mestom.

Naše enotedensko druženje smo zaključili s krajšo slovesnostjo, na kateri smo povabljenim gostom in staršem dijakov z diapozitivi in krajšim kulturnim programom predstavili naše delo.

V zaključku naj navedem še nekaj številčnih podatkov. Na taboru je sodelovalo šestnajst prostovoljcev, poleg vodje tabora in strokovne sodelavke. V aktivnosti zdravstvene nege so se vključevali pet delovnih dni. Opravili so 440 delovnih ur oziroma 450, če prištejemo še celodnevno delovno akcijo na terenu. Na domu so obiskali 124 varovancev. Med aktivnostmi zdravstvene nege, ki so jih izvajali, je prevladovalo zadovoljevanje telesnih potreb, med njimi pa vzdrže-



Ob nastajanju biltena

vanje telesne čistoče in urejenosti, vzdrževanje prostorske urejenosti, aktivnost hranjenja in pomoč varovancem pri spreminjanju položaja in gibanju. Med aktivnostmi zadovoljevanja psihičnih in socialnih potreb so izstopale: pogovor z varovancem, vodenje na sprehod in spremljanje v parku.

Med ostalimi dejavnostmi naj omenim dve strokovni predavanji, predstavitevno predavanje tabora z diapozitivi, tri učne delavnice in različne socialne igre, šest reflektivnih srečanj, tri posterje in bilten.

Zadovoljni ugotavljamo, da je tabor dijakinj in dijakov zdravstvene nege v Slovenskih Konjicah lepo uspel. Zaradi vedno novih potreb varovancev po tovrstni pomoči pripravlja Rdeči križ enak tabor tudi v naslednjem letu in vabi k sodelovanju mlade, ki so pripravljene takšno delo.

Projekt je bil organiziran v sodelovanju in podpori: Rdečega križa Slovenije – Sveta za podmladek in mladino, Območne organizacije Rdečega križa Slovenske Konjice, Zbornice Zdravstvene nege Slovenije, Srednje zdravstvene šole Juge Polak Maribor, Lamprehtovega doma Slovenske Konjice, Henkel-Ecolaba – hospitalna higiena, Centra za socialno delo Slovenske Konjice in Zavoda za šport Slovenske Konjice, Ministrstva za šolstvo in šport – Urad RS za mladino.

Klaudia Urbančič, prof. zdr. vzg.,
Univerza Ljubljana, Visoka šola za zdravstvo

ZDRAVLJENJE DIABETIČNE RETINOPATIJE

Sladkorni bolnik ima lahko spremembe na skoraj vsakem delu očesa, vendar *vid najbolj prizadenejo okvare žil na očesnem ozadju*. To je tako imenovana *diabetična retinopatija (DR)*.

Pri najlažji obliki te bolezni (neproliferativna DR) odkrije očesni zdravnik – oftalmolog z relativno enostavnimi sredstvi pri pregledu očesnega ozadja pikčasta izbočenja kapilar (mikroanevrizme).

Kadar bolezen napreduje, se na očesnem ozadju pojavijo krvavitve, eksudati (preproliferativna DR) in izraščanje novih žilic, ki rade pokajo in povzročajo obsežne krvavitve v očesu (proliferativna DR).

Najpomembnejša pa je seveda okvara osrednjega dela očesne mrežnice (makula ali rumena pega), kjer so najbolj občutljivi receptorji za barvni vid. Prizadetost tega predela mrežnice se odraža v obsežnem poslabšanju vida.

Pri bolnikih, ki imajo sladkorno bolezen manj kot 10 let, se pojavi retinopatija v 5 % do 10 %, po 10 do 15 letih v 50 % in po 15 letih v približno 80 %.

Približno pri 5 % bolnikov z diabetično retinopatijo se razvije najtežja oblika te bolezni, to je proliferativna DR, ki nezdravljena vodi v slepoto.

Diabetično retinopatijo uspešno zdravimo z lasersko fotokoagulacijo.

Za ta poseg uporabljamo *argonski laser*. Za zdravljenje sprememb v predelu rumene pege pa smo pred letom in pol kot prvi v Evropi začeli uporabljati *kriptonski barvni laser*, pri katerem lahko spreminjamo valovno dolžino laserskega žarka. S tem laserjem občutno manj poškodujemo živčna vlakna v osrednjem delu mrežnice.

S pomočjo laserske terapije neposredno koaguliramo žilice z okvarjeno žilno steno, kar povzroča krvavitve in zatekanje v okolni mrežnici.

Pri napredovani diabetični retinopatiji, kjer izraščajo nove žilice, ki rade krvavijo, pa je potrebno postaviti laserske pečate po vsej mrežnici, razen v osrednjem delu (panretinalna fotokoagulacija). S tem v prizadeti mrežnici preprečimo nastajanje posebnega faktorja, ki pospešuje rast novih žilic.

Za uspešnost laserske terapije je potrebno pravočasno začeti zdravljenje, ko je še možno ohraniti dober vid. V primeru, ko fotoreceptorji v rumeni pegi povsem propadejo, laserska terapija ni več uspešna.

Zaradi pomembnosti zgodnje diagnostike in spremljanja bolnikov z diabetično retinopatijo smo leta 1991 na Univerzitetni očesni kliniki uvedli očesno diabetološko ambulanto. V tej ambulanti oftalmolog pregleda vid in očesno ozadje

pri sladkornem bolniku. Bolnike z napredovalo diabetično retinopatijo pošlje na zdravljenje na laserski oddelek in spremlja bolnike po končani laserski terapiji.

Zadnje leto smo uvedli *dvostopenjsko diagnostiko sprememb na očesnem ozadju* pri sladkornem bolniku. *Prva stopnja se izvaja v diabetološkem dispanzerju*, kjer se vsem na novo odkritim sladkornim bolnikom slika očesno ozadje s pomočjo kamere, ki shranjuje slike v računalnik. Oftalmolog te slike odčita in pošlje bolnike s spremembami na očesnem ozadju na pregled v *očesno diabetološko ambulanto*, ki deluje na Univerzitetni očesni kliniki (druga stopnja).

Oftalmolog naj bi vsaj enkrat letno pregledal očesno ozadje pri sladkornem bolniku.

Za uspešno ohranjanje dobrega vida pri sladkornih bolnikih je potrebna tudi večja razgledanost bolnikov samih, saj po naših izkušnjah veliko bolnikov sploh ne ve, kako lahko sladkorna bolezen okvari očesno ozadje in prizadene vid.

Pri bolnikih, ki imajo sladkorno bolezen 15 in več let, se pojavijo okvare žil na očesnem ozadju v približno 80 %. To je t. i. diabetična retinopatija (DR), ki se v 5 % razvije v najtežjo obliko, to je proliferativno DR, ki nezdravljena vodi v slepoto.

DR uspešno zdravimo z lasersko fotokoagulacijo. Uporabljamo argonski laser. Leta 1994 smo na Univerzitetni kliniki v Ljubljani začeli kot prvi v Evropi zdraviti spremembe v rumeni pegi s kriptonskim barvnim laserjem.

S pomočjo laserske terapije smo dosegli, da DR ne predstavlja več glavnega povzročitelja slepote v Sloveniji (danes so to degenerativne spremembe v rumeni pegi).

Za uspešnost laserske terapije je potrebno, da začnemo z zdravljenjem pravočasno, ko je še možno ohraniti dober vid.

Za zgodnjo diagnostiko sprememb na očesnem ozadju smo uvedli *dovostopenjsko diagnostiko*. Prva stopnja – to je slikanje očesnega ozadja se izvaja v diabetološkem dispanzerju, druga stopnja v očesni diabetološki ambulanti na Univerzitetni očesni kliniki.

Potrebna je tudi večja razgledanost sladkornih bolnikov, saj jih veliko sploh ne ve, da sladkorna bolezen lahko prizadene očesno ozadje in okvari vid.

Asist. mag. Davorin Sevšek, dr. med.