

VARSTVO ČLOVEKOVIH PRAVIC NA PODROČJU ZDRAVJA

Posebno mesto v slovenski ustavi zavzemajo človekove pravice in temeljne svoboščine. Te pravice in svoboščine se od drugih osebnih pravic ločijo prav po tem, da so uvrščene v ustavo in da zato uživajo enako jamstvo kakor vse druge ustavne določbe, to je, da jih navadni zakon ne sme odpraviti.

Katalog človekovih pravic in svoboščin se je v zgodovini spreminjal in stalno dopolnjeval. Tako je Leonid Pitamic, znameniti profesor Pravne fakultete v Ljubljani v tridesetih letih tega stoletja temeljne pravice razvrstil v štiri glavne vrste: telesna svoboda, duhovna svoboda, gospodarska svoboda ter načelo enakosti kot pogoj za uresničevanje osebne svobode.

Danes poznamo **več načinov razlikovanja človekovih pravic**. V tako imenovano **prvo generacijo** uvrščamo naravne ali klasične pravice, kamor štejemo državljske in politične pravice. Označujemo jih kot negativne pravice, v katere ne država ne kdo drug praviloma ne sme posegati, razen v izjemnih primerih, določenih z ustavo ter ob strogem spoštovanju načela sorazmernosti.

Druga generacija človekovih pravic pa ima pozitivni status ter mednje uvrščamo zlasti ekonomske, socialne in kulturne pravice. Te pravice državi ničesar ne prepovedujejo, marveč ji nalagajo obveznosti, ki imajo temelj v prirojenem človeškem dostojanstvu. Če za državljske in politične pravice lahko trdimo, da ne zahtevajo posebnih sredstev, pa to ne velja za ekonomske, socialne in kulturne pravice. Zato je pri pravicah druge generacije treba upoštevati realne, ekonomske možnosti države, tako da smemo do določene mere na te pravice gledati kot na dolgoročne želene cilje oziroma pričakovanja. Vendar pa velja poudariti, da brez zagotovljene minimalne človekove socialne varnosti ni mogoče govoriti ne o zadostnem standardu spoštovanja človekovih pravic ne o legitimnosti oblasti, ki tega minimuma ne zagotavlja.

Država je zavezana sprejeti vse razumne ukrepe, da osebam na njenem ozemlju zagotovi človeškega dostojanstva vredno življenje. Vsakdo ima pravico do takšne življenjske ravni, ki zagotavlja njemu in njegovi družini zdravje in blagostanje, vključno s hrano, obleko, stanovanjem, **zdravniško oskrbo** in potrebnimi socialnimi storitvami: pravico do varstva v primeru nezaposlenosti, **bolezni**, delovne nezmožnosti, vdovstva ter **starosti** ali druge nezmožnosti pridobivanja življenjskih sredstev zaradi okoliščin, neodvisno od njegove volje. Na tej podlagi, ki jo uveljavlja Splošna deklaracija o človekovih pravicah, je država zavezana vsakomur priznati pravico do kar **najboljšega telesnega in duševnega zdravja**, ki ga more doseči. Takšna obveznost za Slovenijo izhaja iz 12. člena mednarodnega pakta o ekonomskih, socialnih in kulturnih pravicah.

Državni zbor je 11. marca 1999 ratificiral Evropsko socialno listino (spremenjeno), kar predstavlja nov korak v skladu z ustavno določbo, da je Slovenija pravna in socialna država. Evropska socialna lista je večstranska mednarodna pogodba, ki določa sistem ekonomskih in socialnih pravic, torej **tudi pravic s področja**, ter je komplementarni instrument Evropski konvenciji o varstvu človekovih pravic

in temeljnih svoboščin. Pri tem je pohvalno, da se Slovenija s širokim izborom uvršča med tiste evropske države, ki so sprejele največ obveznosti, ki jih socialna lista določa poleg obveznega jedra. Tako se Slovenija po 11. členu Evropske socialne listine zavezuje, da si bo z vsemi ustreznimi državnimi in mednarodnimi sredstvi prizadevala za ustvarjanje razmer, v katerih bo imel vsak pravico izrabiti vse možnosti, ki mu omogočajo **uživanje najvišjega dosegljivega zdravstvenega standarda**. Zavezala se je, da bo sprejela primerne ukrepe, da bi med drugim:

- v največji možni meri **odstranila vzroke slabega zdravja**,
- zagotovila **svetovalne in izobraževalne možnosti za izboljšanje zdravja** in spodbujanje čuta **osebne odgovornosti za zdravje**,
- v največji možni meri **preprečevala** epidemije, endemične in druge bolezni ter nesreče.

Žal Slovenija iz svojih obveznosti ob ratifikaciji izvzema prvi odstavek 13. člena listine, ki sicer pogodbenice, zavezuje, da zagotovi vsaki osebi, ki je brez zadostnih sredstev in si takih sredstev ni zmožna zagotoviti z lastnim trudom niti iz drugih virov, zadostno pomoč in v primeru bolezni nego, potrebno glede na njeno stanje.

V 51. členu ustava zagotavlja pravico do zdravstvenega varstva. Tako ima vsakdo pravico do zdravstvenega varstva pod pogoji, ki jih določa zakon. Ustava tudi ustrezno odkazuje na zakonsko ureditev pravic iz zdravstvenega varstva, ki se financirajo iz javnih sredstev. Z zdravstvenim varstvom država zagotavlja varovanje zdravja, in to z ukrepi za krepitev, ohranitev in povrnitev zdravja. Pojem zdravje pa je Svetovna zdravstvena organizacija v svoji ustanovni listini leta 1946 opredelila kot stanje popolne telesne, duševne in socialne blaginje in ne le kot odsotnost bolezni ali betežnosti. Državna oblast (vlada) je odgovorna za zdravje svojih ljudi. **Hkrati je tudi vsak posameznik dolžan skrbeti za svoje zdravje**. V skladu z načelom, da so človekove pravice in temeljne svoboščine omejene s pravicami drugih, pa ne sme nihče ogroziti zdravja drugih.

Zdravstveno varstvo je usmerjeno k **boljšemu zdravju ljudi in boljši kakovosti njihovega življenja**. Nenehno izboljševanje kakovosti zdravstvenega varstva je v skladu z interesi in pravicami bolnika. Zanimanje za vprašanja pravic bolnikov se stalno povečuje. Vse popolnejše je zavedanje posameznika o njegovih pravicah v vlogi bolnika. Splošno priznane človekove pravice in temeljne svoboščine se odražajo tudi v sistemu zdravstvenega varstva: zlasti pri varstvu dostojanstva, telesne in duševne integritete ter spoštovanja bolnika kot osebe. Zdravstveni delavci, to je zdravniki, medicinske sestre, zdravstveno in pomožno zdravstveno osebje, so dolžni opravljati zdravstveno dejavnost v skladu s sprejeto zdravstveno doktrino, s kodeksom medicinske deontologije oziroma z drugimi strokovnimi in etičnimi kodeksi. Pri opravljanju svojega dela morajo **obravnavati vse ljudi pod enakimi pogoji** na enak način ter spoštovati njihove ustavne in zakonske pravice.

Temeljna pravica na področju zdravja je **pravica do kakovostnega zdravstvenega varstva**. Koristi in skrb za človeka-bolnika morajo prevladovati nad izključno koristjo družbe ali znanosti. Neustrezna uporaba medicine lahko privede do dejanj, ki bi ogrozila človekovo dostojanstvo.

Pravica do zdravstvenega varstva vključuje tudi pravico odkloniti zdravljenje. Tako 51. člen ustave določa, da nikogar ni mogoče prisiliti k zdravljenju, razen v primerih, ki jih določa zakon.

Zdravstveni poseg se sme opraviti šele potem, ko je bila oseba, ki jo to zadeva, o njem poučena in je vanj prostovoljno privolila. Pogoj za soglasje za kakršenkoli medicinski poseg je ustrezna informiranost, kar vključuje **pojasnilno dolžnost zdravnika**. Bolnikova pravica, da je pred zdravstvenim posegom ustrezno poučen o naravi posega kot tudi o njegovih posledicah in tveganjih.

Naloga medicine je skrb za telesno in duševno zdravje človeka, vendar je za uresničitev tega cilja potreben tudi poseg v človekovo telesno in duševno integriteto. Zato je treba vsakega posameznika, tudi ko gre za mladoletne osebe oziroma za osebe, ki se zdravijo v psihiatričnih bolnišnicah, v kar največji možni meri pritegniti v postopek pridobitve dovoljenja za poseg.

Pravico, da se strinja z medicinskim posegom ali ga celo odkloni, lahko bolnik polno izvršuje le, če ima na voljo vse informacije, povezane z opravljanjem zdravstvenih storitev. Tako mora imeti možnost, da se seznaniti tudi z identiteto in strokovnim statusom izvajalcev zdravstvenega varstva, ki zanj skrbijo oziroma opravljajo določeno zdravstveno storitev. Ta informacija omogoča bolniku prosto izbiro zdravnika in zdravstvenega zavoda. Identiteto in strokovni status zdravnika pa lahko bolnik razbere predvsem iz strokovnega ali znanstvenega naslova, ki ga zdravnik uporablja. Žal v praksi na tem področju vlada velik nered, saj diplomanti univerzitetnega študijskega programa medicine namesto naslova doktor oziroma doktorica medicine, z okrajšavo »dr. med.«, ki se pristavlja za imenom in priimkom, pogosto uporabljajo znanstveni naslov z okrajšavo »dr.«, ki jo pristavljajo pred imenom in priimkom. Ni videti, da bi bilo bolniku na razpolago pravno sredstvo, ki bi zdravnika prisililo, da spoštuje zakon in uporabi strokovni oziroma znanstveni naslov, do katerega je upravičen.

Pravica bolnika do posvetovanja z ustreznim specialistom, da bi si pridobila še »drugo« mnenje ni vključena v pravice, ki jih zagotavlja obvezno zdravstveno zavarovanje. Takšno stanje dostopnost te pravice močno omejuje, socialno šibkejšim pa celo onemogoča.

Še vedno se soočamo s primeri, ko bolniku ali njegovim svojcem ni dovoljen vpogled v zdravstveno dokumentacijo. Primeri zanikanja pravice vpogleda v zdravstveno dokumentacijo pa so običajno povezani prav z očitki nestrokovnega ali nevestnega zdravljenja.

Bolnik je pogosto vezan na dolgo čakanje, da pride do zdravnika specialista. Zavarovana oseba si čakanje lahko skrajša s tem, da se odloči za samoplačništvo. Bolnik mora

torej krajše čakanje plačati, Vendar samoplačništvo ne sme in ne more biti merilo za prednostno obravnavanje v javni službi v zdravstveni dejavnosti. **Edino merilo prednosti mora biti nujnost zdravstvenega posega.**

Kot na vseh področjih človekovega delovanja prihaja do napak tudi v postopku zdravljenja. Kadar bolnik oziroma uporabnik zdravstvenih storitev meni, da njegove pravice (tudi tiste s področja zdravstvenega zavarovanja) niso bile upoštevane, mu mora biti omogočena pritožbena pot. Poleg sodne poti, ki je običajno dolgotrajna in draga, morajo biti posamezniku na voljo tudi druge, manj formalne pritožbene možnosti, ki so lahko celo učinkovitejše, predvsem pa hitrejše in cenejše.

Seveda pa mora biti javnost seznanjena s pritožbenimi možnostmi, sicer je enako, kot da jih ne bi bilo. V tej zvezi je Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije sprejel predlog Varuha človekovih pravic ter je na plakatih, namenjenih obveščanju zavarovanih oseb, posebno pozornost namenil pritožbenim potem glede pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Bolje pa bi bilo treba javnost seznaniti tudi s pritožbenimi možnostmi na področju zdravstvene dejavnosti. Žal sedanja ureditev po zakonu o zdravstveni dejavnosti ne daje preglednih pritožbenih možnosti na tem področju. Zaradi pomanjkanja jasnih pravil o pristojnosti ter omejene dostopnosti prizadetemu posamezniku učinkovita pravica do pritožbe v zvezi z opravljanjem zdravstvene dejavnosti v praksi ni zagotovljena. Varuh človekovih pravic je zato že predlagal spremembo in dopolnitev tistih določb zakona o zdravstveni dejavnosti, ki urejajo pritožbene možnosti bolnika oziroma njegovih svojcev. Zakon naj pritožbene poti uredi na pregleden, enostaven in prizadetemu posamezniku razumljiv način. Določi naj, da mora biti odločitev pritožbenega organa pisna in obrazložena, torej utemeljena z razlogi v dejanskem, strokovnem in pravnem pogledu.

Ugotovljamo, da mora posameznik vse predolgo čakati na odločitev v pritožbenem postopku, pa naj gre za postopek znotraj zdravstvenega zavoda, v katerem je prišlo do zatrjenega nestrokovnega ali malomarnega zdravljenja, ali pa pri zunanjih pritožbenih poteh, ki jih zagotavljata Zdravniška zbornica Slovenije ter Ministrstvo za zdravstvo. Zagotoviti je treba, da bo odločitev pritožbenega organa znana v razumnem času, tako da bo onemogočeno zavlačevanje postopka, kar pri prizadetemu posamezniku le zbuja pomisleke glede poštenosti in nepristranskosti postopka.

Nenehno izboljševanje kakovosti zdravstvenega varstva mora biti rdeča nit prizadevanj vseh, tudi oblastnih organov, ki delujejo na področju zdravstvenega varstva. Pri tem pa je s stališča varstva osebnostnih pravic in osebnega dostojanstva uporabnika zdravstvenih storitev ter uspešnosti zdravljenja še posebej pomembno zaupanje med bolnikom in zdravnikom. Le takšen odnos zagotavlja spoštovanje do bolnika kot osebe, ki ni zgolj objekt, temveč vse bolj enakopraven subjekt v postopku zdravljenja.

Aleš Butala

Namestnik varuha človekovih pravic

POUK OŽIVLJANJA ZA LAIKE

Uvod

Avtorji opisujejo pouk temeljnih postopkov oživljanja za laike, ki ga v Ljubljani izvajata Občinski odbor Rdečega križa (RK) in Društvo za zdravje srca in ožilja.

Tečaje Društva za zdravje srca in ožilja vodi ekipa (zdravnik anesteziolog in anestezijska medicinska sestra Kliničnega oddelka za anesteziologijo in intenzivno terapijo operativnih strok Kliničnega centra. Tečaji trajajo dve uri in pol. Tečajniki najprej pogledajo video film s temeljnimi postopki oživljanja (TPO), potem poslušajo predavanje, nato pa vadijo postopke na demonstracijskih lutkah. Na koncu tečaja pišejo test. Dobijo tudi pisno gradivo za kasnejšo osvežitev znanja. V šestih mesecih 1999 leta se je tečajev udeležilo 113 tečajnikov, ki so jih po 3 – 8 mesecih anketirali o pridobljenem znanju in jih praktično pretestirali. Preverjanja znanja se je udeležilo 63 tečajnikov, ki so v anketi razmeroma pozitivno ocenili potrebo po znanju oživljanja in opravljenem tečaju. Pri praktičnem preverjanju pa je želelo sodelovati le 15 tečajnikov. Od teh sta le dva postopke pravilno izvedla. Največ napak je bilo pri vrstnem redu TPO, niso preverjali stanja zavesti in so prenežno izvajali srčno masažo. Tudi preverjanje znanja pri poklicnih gasilcih je pokazalo veliko pomanjkljivosti. Menimo, da je treba v prvih šestih mesecih po prvem tečaju TPO znanje obnoviti in utrditi.

Zgodovina oživljanja

Opise prvih začetkov oživljanja najdemo že v svetem pismu. V srednjem veku temeljijo poskusi oživljanja na izzvanju hude bolečine kot dražljaja, ki vzpodbudi dihanje in srčno akcijo. **Začetek sodobne reanimatologije** pa beležimo v 40–50-tih letih prejšnjega stoletja (Negovski, Safar, Elam).

Leta 1956 je bila prvič opisana defibrilacija kot elektrokonverzija ventrikularne fibrilacije z elektrodami, nameščene na zunanjo stran prsnega koša (2).

Leta 1958 je bila prvič opisana metoda umetnega dihanja usta na usta z reševalčevim izdihanim zrakom (2).

Leta 1960 je bila prvič opisana zunanja masaža srca (2).

V 60-tih letih je že potekal v nekaterih državah in tudi pri nas pouk oživljanja laikov po enotnem sistemu preko organizacij Rdečega križa (2).

V 70-tih letih so ugotavljali, da je takojšnje oživljanje temelj za preživetje možganov in bistvenega pomena za nadaljnjo kakovost življenja (2).

V 80-tih letih so dajali velik pomen tehnično pravilni izvedbi srčne masaže (frekvenca stisov in razmerje med dihanjem in srčno masažo) in izbiri reanimacijskih zdravil.

V 90-tih letih je Ameriško združenje kardiologov prvič izdalo priporočila in smernice za izvajanje enotnih ukrepov oživljanja pri vseh vrstah srčnih zastojev, primarnih ali sekundarnih (3).

Zakaj laike učimo oživljati

S tem, da laike učimo oživljati, vspostavimo čvrsto verigo preživetja od zastoja dihanja in srca ter klica na pomoč do dodatnih postopkov oživljanja in prevoza v bolnišnico (sl. 1).

Najpogostejši vzrok srčnega zastoja je bolezen srca, ki se v večini primerov kaže z ventrikularno fibrilacijo (VF) in zahteva zgodnjo defibrilacijo. Ker so ponavadi ob takšnem



Sl. 1. Veriga preživetja.

nesrečnem dogodku prvi prisotni laiki, je zelo pomembno, da takoj začnejo s temeljnimi postopki oživljanja. S tem se podaljša čas minimalnega delovanja krvnega obtoka in ekipa nujne medicinske pomoči lahko z defibrilacijo ponovno vzpostavi srčni ritem.

Zgodnja defibrilacija je najpomembnejši člen verige preživetja pri bolnikih s primarnim srčnim zastojem zaradi VF (1). Za to so seveda potrebni polavtomatski defibrilatorji na mestih, kjer se zbira veliko ljudi (veleblagovnice, športni centri, gledališča, kinodvorane...). Svet za reanimacijo Slovenskega združenja za urgentno medicino že pripravlja programe za izvedbo tega projekta.

Tečaje oživljanja za laike naj obiskujejo:

- Ljudje, ki so povezani z reševanjem. To so gasilci, policija, gorska reševalna služba.
- Ljudje, ki delajo na delovnih mestih, kamor prihaja veliko ljudi (trgovine, knjižnice, gledališča, športne prireditve...).
- Svojci srčnih bolnikov.
- Ljudje, ki mislijo, da pač morajo znati pomagati drugemu, predvsem mladi ljudje.

Pri nas tečaje oživljanja za laike organizirajo organizacije RK in Društvo za zdravje srca in ožilja.

Tečaje oživljanja za laike vodi ekipa, v kateri sta zdravnik in medicinska sestra, ki imata izkušnje in znanje za pouk oživljanja za zdravstveno osebje in ki imata znanje in izkušnje s samim izvajanjem oživljanja na terenu ali v bolnišnici.

Programe učenja TPO za laike moramo načrtovati tako, da motivirajo ljudi za izobraževanje in usposabljanje oživljanja.

V Ljubljani potekajo prikazi in praktične vaje TPO za laike prek Občinskega odbora RK vsak prvi ponedeljek v mesecu v podhodu Maximarketa. Udeleži se ga lahko vsak mimoidoči, ki ga to zanima.

Preko iste organizacije potekajo na enak način vsako leto ob dnevu Rdečega križa, to je 12. maja, praktične vaje TPO na prostem v parku Zvezda. Potekajo tudi tečajji v okviru pouka prve pomoči za izpit za šoferje motornih vozil.

Preko Društva za zdravje srca in ožilja potekajo tečajji TPO, ki so organizirani vsak prvi četrtek v mesecu v Kliničnem centru. Tečaj izvaja ekipa Kliničnega oddelka za anesteziologijo in intenzivno terapijo operativnih strok. Udeležujejo se ga svojci srčnih bolnikov in ljudje, ki želijo pomagati v kritičnih okoliščinah. Skupina šteje običajno od 12 do 15 tečajnikov.

Udeleženci najprej pogledajo video kaseto s posameznimi primeri oživljanja, ki jo je izdal Evropski reanimacijski svet. Nato poslušajo predavanje zdravnika o TPO. Po predavanju tečajniki z zdravnikom razpravljajo o različnih problemih, ki jih zanimajo. Po teoretičnem delu in razpravi so praktične vaje na lutkah. Ta del tečajniki pričakujejo z največjim zanimanjem oziroma se ga tudi najbolj bojijo: *kako pristopiti k človeku, ki potrebuje oživljanje?* Vaje opravi vsak posameznik sam, vendar pod budnim nadzorom in s pomočjo medicinske sestre in zdravnika. Najprej ugotavljajo stanje zavesti, nato izvajajo umetno dihanje in zunanjo masažo srca.

Tečajnikom moramo omogočiti, da praktično vadijo toliko časa, da zagotovo pravilno (časovno in tehnično) izvedejo TPO in dobijo občutek, da so se postopkov naučili. Tisti, ki potrebujejo več vadbe in dodatno pomoč ter več časa za doseg željenega znanja, le-to omogočimo in jih vzpodbujamo (4).

Po tem opravijo tečajniki pisni test, ki je kratka ponovitev vseh postopkov oživljanja in med katerim teče še razprava.

Na koncu dobijo potrdilo o opravljenem tečaju, ki ga izdaja RK in Društvo za zdravje srca in ožilja.

Kako ohraniti znanje?

Vsak tečajnik dobi zloženko, v kateri so tekstovno in z risbami ponazorjeni temeljni postopki oživljanja, ter brošuro z naslovom »Kako lahko rešimo življenje sočloveku« prim. Miše Hribar Habinc. Seveda ima vsak možnost ponovno obiskati tečaj po času, ki ga sam določi, saj je znano, da znanje, ki ga ne obnavljamo, začne upadati že po desetih tednih.

Preživetje po oživljanju laikov

(tuje in domače izkušnje)

Prof. dr. D. Kettler (5) iz Goettingena v Nemčiji je poročal, da je v tem okrožju v petih letih obiskalo tečaj oživljanja za laike 20.000 ljudi.

Po tem je preživetje bolnikov, ki so bili deležni TPO, ki so jih začeli in izvajali laiki do prihoda NMP, bistveno izboljšalo. Ugotovili so, da zgodnji poskusi oživljanja očitno delujejo, torej laikov, podaljšuje čas do začetka nudenja strokovne medicinske pomoči, pa čeprav le za nekaj minut (tako pridobimo čas).

Ko je prišla reševalna ekipa NMP na kraj oživljanja, je bilo več bolnikov v stanju VF kot asistolije.

Od sprejetih bolnikov, ki so jih oživljali laiki, je bilo odpuščenih po zdravljenju domov 48 %, od teh 38 % brez nevroloških posledic. Od tistih, ki niso bili deležni pomoči laikov, pa je bilo odpuščenih 12 % bolnikov, od teh 8 % brez nevroloških posledic.

Dr. M. Noč s sodelavci (6) je naredil raziskavo na področju Ljubljane, ki obsega 450 km² in ima okoli 450.000 prebivalcev. Na tem območju je bilo v letih 1995 in 1996 618 bolnikov s srčnim zastojem.

Oživljanje so izvajali pri 286 bolnikih. Od teh pri 257 s primarnim srčnim zastojem in pri 29 bolnikih s sekundarnim srčnim zastojem. Vzroki so bili poškodbe, utopitve, obešenja, cerebrovaskularni insult, subarahnoidalna krvavitev.

V 87 %, se pravi pri 223 bolnikih, so bili ob srčnem zastoju prisotni laiki, pri 3 % pa člani ekipe NMP. V 10 % ob zastoju ni bil prisoten nihče.

Ob prihodu ekipe NMP je bilo 62 % – 159 bolnikov v asistoliji, 26 % – 67 bolnikov v ventrikularni fibrilaciji ali tahikardiji, 12 % – 30 bolnikov pa z drugimi neučinkovitimi

ritmi. Laiki so izvajali oživljanje v 21 % – pri 55 bolnikih. Ekipi je uspelo vzpostaviti srčni ritem v 30 % pri 76 bolnikih. 25 % – 65 bolnikov – je bilo sprejetih v intenzivno terapijo, 11 bolnikov je umrlo med prevozom oziroma v ambulanti IPP. Bolnišnico je zapustilo 6,6 % – 17 bolnikov – od teh štirje z nevrološkimi posledicami zaradi ishemične okvare možganov.

S temi rezultati se Ljubljana uvršča med slabše centre, čeprav so nemški rezultati bistveno boljši kot v drugih centrih. Ker imamo predbolnišnično službo organizirano tako, da pred ekipo NMP ni prisotna neka manj usposobljena zdravstvena ekipa, ampak le laiki, je odgovor na vprašanje, zakaj usposabljeni laiki za TPO, jasen.

Razprava

Če razčlenimo, kako deluje veriga preživetja pri nas, ugotovimo, da sta pomanjkljiva predvsem prva dva člena. Predolg je čas do klica NMP in s tem seveda podaljšani čas prihoda ekipe NMP. Prav tako drugi člen, to je hitro osnovno oživljanje. Laiki se zaradi neznanja, slabe usposobljenosti ali strahu ne odločijo, da bi začeli oživljati, če pa se, to iz istih razlogov storijo neustrezno. V omenjenih primerih poskusov oživljanja je le to vsebovalo samo umetno dihanje ali pa nežno masiranje po prsnem košu. Druga dva člena verige sta lahko torej še tako trdna, vendar ju je deležnih le malo bolnikov.

Z osnovnim oživljanjem, ki se ga večinoma lotijo in ga izvajajo laiki, se podaljša čas za defibrilacijo in omogoči vsaj nekaj pretoka oksigenirane krvi skozi možgane in življenjsko pomembne organe, zato je ishemična okvara možganov manjša. Tako je lahko prizadevanje ekipe NMP uspešnejše.

Rezultati ankete po telefonu in po preverjanju praktičnega znanja na lutki

Anketirali smo udeležence tečajev TPO, ki so potekali od februarja do junija leta 1999. Izvajale so jih ekipe Kliničnega oddelka za anesteziologijo in intenzivno terapijo operativnih strok v organizaciji Društva za zdravje srca in ožilja.

Tečajev se je udeležilo 113 tečajnikov: 75 žensk in 38 moških

Anketiranih je bilo 63 tečajnikov: 45 žensk in 18 moških

V anketi so tečajniki odgovarjali na naslednja vprašanja:

1. *Ali so bili zadovoljni s tečajem?*
 - 40 tečajnikov je bilo zelo zadovoljnih,
 - 22 tečajnikov je bilo zadovoljnih,
 - 1 tečajnik je imel pripombe.
2. *Koliko so si zapomnili postopke oživljanja?*
 - 39 tečajnikov si je zapomnilo mnogo dejstev,
 - 24 tečajnikov je znanje le delno ohranilo.
3. *Ali so imeli priložnost uporabiti pridobljeno znanje?*
 - 2 tečajnika sta delno pomagala (ugotavljanje stanja zavesti in Heimlichov prijem),
 - 61 tečajnikov ni imelo priložnosti pomagati.
4. *Ali so/bi bolj suvereno pomagali kot pred tečajem?*
 - Vseh 63 tečajnikov misli, da bi oziroma vedo, kako pristopiti na pomoč.
5. *Ali z dobljeno literaturo obnavljajo znanje?*
 - 36 tečajnikov večkrat pregleda dobljeno literaturo,
 - 10 tečajnikov občasno pregleda dobljeno literaturo,
 - 17 tečajnikov še ni uspelo ponavljati po dobljeni literaturi.

6. *Ali se jim zdi potrebno obnoviti tečaj in čez koliko časa?*
 – 38 tečajnikov meni, da bi moralo obnoviti tečaj po dveh letih,
 – 23 tečajnikov meni, da bi morali obnoviti tečaj po enem letu,
 – 2 tečajnika menita, da obnovitev tečaja ni potrebna.
7. *Ali so pripravljene praktično, na lutki, preveriti svoje znanje?*
 – 39 tečajnikov je bilo pripravljeno preveriti svoje znanje,
 – 24 tečajnikov ni bilo pripravljeno preveriti svojega znanja.

Drugi del ankete je bil praktični preizkus znanja na lutki po protokolu European resuscitation council (ERC).

1. Ocena odziva (zavesti)
2. Sprostitev dihalnih poti
3. Ocena dihanja
4. Dihanje usta na usta (število in globina vpihov)
5. Ocena cirkulacije
6. Klic NMP
7. Dihanje (število in globina vpihov)
8. Določitev mesta masaže
9. Globina masažnih stisov
10. Hitrost stisov (100 v minuti)
11. Razmerje: dihanje – masaža (2: 15)

Tega dela ankete se je od 39 tečajnikov udeležilo le 15 tečajnikov. Ocenjevali smo *vrstni red in pravilno izvajanje postopkov oživljanja*.

Dva tečajnika sta izvajala postopke tehnično pravilno in po vrstnem redu. Ostali tečajniki so postopke le delno pravilno izvedli in velikokrat zamenjali vrstni red postopkov. Niso preverjali najprej stanja zavesti, ampak prisotnost utripa. Začeli so z umetnim dihanjem in/ali masažo srca brez preverjanja odsotnosti dihanja oziroma utripa. Pri nekaterih

je bilo vprašljiva hitrost in mesto masaže srca oziroma je bila količina vpihanega zraka premajhna.

Sklep

Odziv ljudi na to, da bi se naučili pomagati človeku v stiski, nas je pravzaprav v tej potrošniški družbi pozitivno presenetil, čeprav je bila dobra polovica tečajnikov svojcev srčnih bolnikov.

Negativno nas je presenetil odziv tečajnikov na praktični preizkus znanja. Pričakovali smo tudi, da bodo ohranili več praktičnega znanja, saj je od tečaja preteklo relativno malo časa, to je od tri do osem mesecev. Tudi profesionalne skupine (gasilci) niso obdržale vseh pridobljenih znanj.

Verjetno moramo več promocije posvetiti široki bazi prebivalstva in jih ob vzpodbujanju opozoriti na hitro izgubo znanja ter jim za simbolično ceno omogočiti ponovitev tečaje največ šest mesecev po prvem tečaju. Za profesionalne skupine (gasilci, policija) bi moralo biti preverjanje znanja obvezno na šest mesecev.

Literatura

1. Bručan A. Pomen zgodnje defibrilacije za uspeh postopkov oživljanja. Portorož: Urgentna medicina, Izbrana poglavja, 1997: 113–21.
2. Habinc M. Kako lahko rešimo življenje sočloveku. Klinični oddelek za anesteziologijo in intenzivno terapijo operativnih strok, 1999; skripta 9 strani.
3. Jama – Slovenska izdaja: september 1993 – št. 2.
4. Kardoš Z. Edukacija za ZN vitalno ogroženega bolnika: ZN vitalno ogroženega bolnika. Maribor, 1997: 133–5.
5. Kettler D, Bahr J. Vpliv oživljanja s strani očividcev na uspeh reanimacije: Urgentna medicina. Portorož, Izbrana poglavja, 1997: 109–111.
6. Noč M., s sod. Preživetje bolnikov z zastojem srca izven bolnišnice v Ljubljani. Portorož: Urgentna medicina, Izbrana poglavja, 1997: 123–129.

Zorica Kardoš, vms

Asist. Dušan Vlahovič, dr. med.,
 anesteziolog

spec. akad. st. prim. Miša Hribar Habinc,
 dr. med., anesteziolog

Klinični oddelek za anesteziologijo in
 intenzivno terapijo operativnih strok, SPS
 Kirurgija, Klinični center, Ljubljana

TESTIRANJE PRVEGA STERILIZATORJA ZA STERILIZACIJO S PLAZMO V SLOVENIJI

Hiter napredek v medicini je povezan z uvajanjem novih kirurških tehnik, pri katerih uporabljamo nove inštrumente, občutljive aparature in druge raznovrstne medicinske pripomočke. Pogosto so izdelani iz materialov, ki so občutljivi na toploto in vlago. Nizkotemperaturne metode sterilizacije inštrumentov, kot so plinska sterilizacija z etilenovim oksidom in formaldehidom ter namakanje v kemičnih dezinfek-

cijskih sredstvih, so ne samo zamudne, ampak tudi škodljive za osebe in okolje. Moderna medicina teži k zmanjšanju izpostavljenosti medicinskega osebja škodljivim snovem, povečanju števila posegov in skrajševanju bivalne dobe bolnikov v bolnišnicah. In prav zato je hitra, nestrupena, nizkotemperaturna in blaga sterilizacijska metoda inštrumentov in drugih pripomočkov nujna.

Znanstveniki podjetja Johnson & Johnson Medical so v ta namen raziskali možnost uporabe nizkotemperaturne plazme za sterilizacijo in razvili ter izdelali sistem STERRAD.

Plazma

Že v 19. stoletju so znanstveniki domnevali, da je v naravi poleg trdnih snovi, tekočin in plinov prisotno še četrto agregatno stanje. Danes vemo, da je to plazma, ki se pojavlja v mnogih oblikah, kot so sončni žarki, severni sij, neonska svetloba... Kar 99 odstotkov snovi v vesolju je v obliki plazme. Ta je v **splošnem** oblak pozitivno in negativno nabitih delcev ter nevtralnih atomov in molekul. Plazma lahko nastane pod vplivom visoke temperature ali močnega električnega ali magnetnega polja.

Nizkotemperaturna plazma nastaja pod vplivom električnega polja pri znižanem tlaku. Temperatura pri tem ostane nespremenjena. V električnem polju se delci gibljejo vse hitreje, med njimi prihaja do trkov, posledica teh pa so reakcije, pri katerih se tvorijo prosti radikali in drugi aktivni delci ter se sprošča ultravijolična svetloba. Sestavine plazme uničujejo mikroorganizme in spore.

Proces sterilizacije s plazmo

Čiste in suhe instrumente zavijemo v ovojnino iz umetnih mas, prilagojeno za sterilizacijo s plazmo. V komoro sistema zložimo zavite instrumente in jo zapremo. Najprej se iz komore izčrpa zrak. V nastalem vakuumu sistem zazna morebitno vlago na instrumentih, in v primeru prisotnosti vlage se proces sterilizacije prekine. To je edinstven mehanizem nadzora sterilizacije, ki preprečuje nesterilnost instrumentov zaradi vlage ali preobremenjenosti sistema. Če je v komori preveč zavojev, proces sterilizacije ravno tako ne bo potekal. V vakuum se nato vbrizga vodikov peroksid, ki se znotraj komore uplini. Ko se vodikov peroksid razširi po celotni prostornini komore, se pod vplivom elektrode, ki je nameščena ob notranjih stenah komore, tvori električno polje. Iz plinastega vodikovega peroksida začne nastajati plazma. Nabiti delci se gibljejo pospešeno, med njimi prihaja do trkov, posledica pa so reakcije, pri katerih nastanejo iz vodikovega peroksida prosti radikali. Prosti radikali v oblaku plazme lahko interagirajo s celičnimi membranami mikroorganizmov, z encimi in nukleinskimi kislinami in na ta način prekinajo njihove življenjske funkcije.

Končna produkta procesa sterilizacije s plazmo sta kisik in voda. Odzračevanje instrumentov po sterilizaciji ni potrebno. Instrumente lahko uporabimo takoj, vendar to ni nujno, saj so sterilno zaviti.

Proces sterilizacije spremljamo prek kontrolnega zaslonca, na katerem lahko preberemo, na kateri stopnji je proces sterilizacije. Tiskalnik na koncu izpiše vse parametre procesa, ki jih izmeri vgrajeni mikroprocesor.

Kemični nadzor omogočajo kemični indikatorji, ki pokazajo prisotnost vodikovega peroksida v komori med procesom sterilizacije. Na razpolago so v obliki lističev in lepilnih trakov. Kemični indikatorji so odtisnjeni tudi na ovojninah.

Biološki nadzor omogoča biološki indikator, to je listič s sporami *Bacillus subtilis* var. *Niger*, zelo odpornimi na proces sterilizacije s plazmo. Listič je shranjen v plastični cevki, ki jo zavijemo v folijo. Na ta način dosežemo večjo odpornost, kot je odpornost spor *Bacillus stearothermophilus*, uporabljenih za validacijo sterilizacije s plazmo.

Učinkovitost sterilizacije s plazmo so preverjali s številnimi mikrobiološkimi testi. Najboljši kazalec uspešne sterilizacije je uničenje bakterijskih spor. Kljub temu je bila preverjena še možnost, da nizkotemperaturna plazma iz vodikovega peroksida poleg bakterijskih spor uničuje tudi po Gramu negativne in po Gramu pozitivne vegetativne bakterije, mikrobakterije, kvasovke, glive in lipofilne ter hidrofилne viruse.

Sterilizacijski sistemi STERRAD

V sistemu STERRAD lahko steriliziramo vrsto materialov, med drugim nerjaveče jeklo, polietilen, polipropilen, polivinil klorid, silikon, teflon, aluminij, lateks, steklo in keramiko. S plazmo torej lahko steriliziramo termolabilne instrumente, rigidne in fleksibilne endoskope, mikrokirurške instrumente, kamere, optične kable, občutljive elektronske in električne naprave in še vrsto drugih medicinskih pripomočkov. S to metodo ne steriliziramo produktov iz celuloze ter tekočin in praškov.

Celoten proces sterilizacije s plazmo traja manj kot uro. Temperatura znotraj komore ne presega 45 stopinj Celzija, vlage v komori ni. Priključitev sistema je enostavna, saj potrebuje le vtičnico. Sistem ima tudi kolesa in ga lahko po potrebi premikamo. Na razpolago je v dveh izvedbah, z večjo in manjšo komoro. Sistem s 50-litrsko komoro je namenjen substerilizacijam in manjšim klinikam, sistem s 100-litrsko komoro pa predvsem centralnim sterilizacijam.

Sterilizacija s plazmo je potrjena s strani FDA in ima ISO9001/EN 460001 in so izdelani v skladu s pravilnikom o medicinskih napravah 93/42 CEE in imajo oznako CE ter imajo TÜV standarde. Nastala je tudi že obširna pozitivna lista instrumentov, za katere proizvajalci instrumentov zagotavljajo sterilnost po steriliziranju s plazmo. Ostale dobre strani steriliziranja s plazmo so še:

- zaradi blagega načina sterilizacije se podaljša življenjska doba instrumentov,
- sterilne instrumente lahko uporabimo večkrat v enem dnevu in s tem omogočimo večje število operativnih posegov z manjšim številom instrumentov.

Testiranje sterilizatorja za sterilizacijo s plazmo v SB Celje

V SB Celje uporabljamo različne medicinske pripomočke in aparature iz materialov, ki ne prenesejo sterilizacije s paro pri višjih temperaturah. To so predvsem endoskopski instrumenti in pribor.

Ker v ustanovi nismo razpolagali z nobeno od obstoječih možnih opcij sterilizacije (etilen oksid, formaldehid), je bil edini način namakanje instrumentov in ostalega termolabilnega pribora v ličnih dezinfekcijskih raztopinah (Gigasept, Cidex, Tristel, formalinske tablete).

Značilnost teh dezinfekcijskih sredstev je, da so zelo nevarna za bolnike in zdravstveno osebje, agresivna, dražijo kožo, sluznice in dihala, ekološko so sporna in nesprejemljiva.

Nesprejemljivo je dejstvo, da se v prostorih, kjer se opravljajo diagnostično – terapevtski posegi, izvaja tudi dezinfekcija termolabilnega pribora. Bolniki in zdravstveni delavci, ki izvajajo poseg, so izpostavljeni škodljivim hlapom, kemičnim ostankom in toksičnim plinom.

In še vedno je končni rezultat le dezinfekcija materiala, instrument ni steril, postopek ni dokumentiran, vprašljiva je varnost bolnikov, zdravstvenega osebja in okolja.

Kar so tveganja dezinfekcije pri zagotavljanju kakovosti opravljene storitve dejavnik lahko odločujoč za zagotavljanje varnosti pacientov, smo bili primorani tudi v naši ustanovi razmisliti o eni od možnosti sterilizacije termolabilnega materiala.

Konec leta 1999 nam je bila ponujena priložnost, da prvi v Sloveniji testiramo **sterilizator za sterilizacijo s plazmo STERRAD 100 S** za sterilizacijo materialov, ki so občutljivi na toploto in vlago. Z njim smo pričeli sterilizirati 1. marca 2000.

Izkušnje, ki jih je prineslo testiranje

Medicinske instrumente v sistemu STERRAD steriliziramo s pomočjo vodikovega peroksida in plinske plazme pri nizki temperaturi (45 do 50 stopinj Celzija) in v nadzorovanem okolju. Škodljivih ostankov po sterilizaciji ni, zato jih lahko uporabimo takoj. Sterilizacija je hitra in omogoča uporabo instrumentov večkrat dnevno. Instrumenti imajo daljšo življenjsko dobo, zmanjša se število popravil, ker sterilizacija s suho in nizko temperaturo ne povzroča rjavenja in poškodb občutljivih optik, rigidnih endoskopov, kamer, električnih kablov, elektronskih naprav. Ker so instrumenti sterilno zaviti, jih lahko brez težav shranimo do njihove uporabe.

Bolniki, osebje in okolje pri sterilizaciji s plazmo niso izpostavljeni nobenim škodljivim vplivom, ker sta edina stranska produkta voda in kisik.

V Centralni sterilizaciji SB Celje smo v obdobju od 7. marca do 31. maja 2000 opravili 172 sterilizacij s plazmo. Sterilizirali smo material za vse operacijske sobe (centralni operacijski blok, ginekologijo, urologijo, ORL, očesno), urološke endoskopije, visceralne endoskopije in ambulanto, anestezijsko, porodno sobo, kirurško in interno intenzivo ter za ostale oddelke in ambulante (infekcijski oddelek, urološka ambulanta in oddelek, neonatalni oddelek, RTG in še nekatere druge).

V tem obdobju se je povprečna mesečna poraba razkužil (Cidex, Trisel, Gigasept) v vseh operacijskih sobah zmanjšala za 20%.

Povprečni strošek porabe potrošnega materiala za 56 ciklov sterilizacije s plazmo je znašal v obdobju od 6. aprila do 10. maja 2000 – 5.291,68 SIT.

Iz tega sledi, da smo lahko na račun zmanjšane porabe razkužil opravili 21 sterilizacij.

Med 15. in 19. majem 2000 smo razdelili največjim uporabnikom storitev anketo, s katero smo želeli izvedeti, kako je uvedba plazma sterilizacije vplivala na kakovost njihovega dela. Anketirali smo vse glavne in vodilne medicinske sestre ter zdravnike posameznih operacijskih sob in endoskopskih ambulant.

Anketiranci so navedene trditve lahko ocenjevali z ocenami od 1 do 5, in sicer glede na stopnjo strinjanja z njo. Z najvišjo oceno so se strinjali, da:

- so instrumenti sterilno zaviti in je njihova sterilnost zagotovljena,
- je sterilizacija s plazmo hitra, blaga za instrumente, primerna za različne materiale in ekološko neoporečna,
- sta se izboljšala videz in funkcionalnost instrumentov,
- se instrumenti hitreje vračajo na oddelke.

Izredno veliko osebju pomeni odprava namakanja instrumentov v kemičnih dezinfekcijskih sredstvih in s tem tudi odprava prisotnosti škodljivih snovi na delovnem mestu. Samih odličnih ocen ni dobil le transport instrumentov iz Centralne sterilizacije do končnih postaj.

Rezultati ankete na obeh ravneh so pokazali, da sterilizacija s plazmo pomembno izboljša kakovost njihovega dela, olajša samo delo in je v bolnišnici nujno potrebna.

Edina težava, ki se pojavlja v nekaterih službah, je premajhno število instrumentov – endoskopov in prevelika frekvenca preiskav, da bi jih lahko po vsaki uporabi sterilizirali endoskopski center, visceralne endoskopije, visceralna ambulanta).

Sklep

Po trimesečnem poskusnem obratovanju sterilizatorja s plazmo STERRAD 100 v Centralni sterilizaciji Splošne Bolnišnice Celje ugotavljamo veliko zadovoljstvo zdravstvenih delavcev, ki so pred tem opravljali dezinfekcijo pribora z različnimi razkužili.

Dosežen je namreč cilj:

ZA VSAKEGA BOLNIKA STERILEN INSTRUMENT.

S tem pa obvarujemo in zaščitimo bolnika in zagotovimo varno okolje za zdravstveno osebje.

Albina Gabrovšek, vms, glavna medicinska sestra Centralne sterilizacije SBC

Danijela Gorišek, univ. dipl. ekon., odgovorna za stike z javnostjo v SBC

ZDRAVSTVENA NEGA BOLNIKA Z RAZJEDO ZARADI PRITISKA IN BOLNIKA, OGROŽENEGA ZA NASTANEK RAZJEDE ZARADI PRITISKA

Uvod

Pri pacientih z nevrološko disfunkcijo, ki imajo motorično paralizo združeno z atrofijo miškulature pričakujemo poškodbe oziroma razjede kože in podkožnega tkiva na delih

telesa, ki so najbolj izpostavljeni pritisku teže telesa na trdo ali neravno podlago, še posebej na mestih, kjer je pod kožo neposredno kostna izboklina.

Pri paraliziranih pacientih, ki ležijo v eni poziciji, se telesna teža koncentrira na majhni površini kože. Velik pritisk stisne krvne žile in ogroža pretok krvi. Boleč pritisk lahko traja zelo kratek čas. V primeru, ko pacient izgubi sposobnost senzoritete in se ne zaveda bolečine, koža razpoka.

Ostali dejavniki, ki prispevajo k napredovanju rane zaradi pritiska, so: anemija, katere vzrok je krvavitev ali pa prekomerni prehrabeni deficit, ki povzroča slab turgor kože.

Ostale motnje v presnovi prispevajo k zmanjšanju ravnih proteinov. Osebe z motnjami presnove in anemijo neuspešno absorbirajo kisline. Osebe z diabetesom imajo slabo kvaliteto tkiva, ki se lahko poškoduje. Veliko ljudi ima pomanjkanje vitamina C, ki je potreben za tvorbo fibroplasta in tvorbo fibrogena. Vitalnost kože ogroža nizka raven proteinov v serumu. Drugi vzrok ran zaradi pritiska je edem, ki ogroža cirkulacijo in preskrbo potrebnih snovi za celice.

Ocenitev rizičnosti

- Opazuj vsako spremembo kože pri določenem položaju,
- reagiraj na bledico ali hiperemijo kože,
- bodi pozoren na površinsko temperaturo,
- otipaj periferne pulze,
- ugotavljaljaj cirkulatorno stanje,
- ugotavljaljaj stanje prehranjevanja,
- redno kontroliraj Hb, Ht in beljakovine v serumu,
- ugotovi ali je pacient kadilec,
- opazuj tek in dehidracijo,
- ugotovi stanje inkontinence.

Dejavniki tveganja za napredovanje razjede

- Trenje, strižna sila, travma,
- povečevanje razjede,
- negibljivost,
- nerazbremenjen pritisk,
- motorične ali senzorične motnje,
- nepravilna in pomanjkljiva prehrana (hipoproteinemija, vitaminski deficit, anemija),
- izsušena koža,
- prekomerno vlažna koža,
- maceracije,
- edem,
- infekcija,
- starost,
- obremenjenost.

Sestrška diagnoza temelji na vsakodnevem ocenjevanju dejavnikov tveganja in sprememb na koži.

Načrtovanje in pripomočki

- Na prvem mestu je cilj za odstranjevanje vzrokov za razjedo zaradi pritiska,
- izogibamo se trenja, strižne sile in drgnjenja,
- vzdržujemo čisto in zdravo kožo,
- skrbimo za pravilno prehrano.

Sestrška intervencija

Pacient potrebuje pogosto menjavanje lege in izogibanje legam, ki povzročajo razjede. Stalne motnje v cirkulaciji kr-

vi ovirajo prehranjevanje kože. Spremembe v vlažnosti kože omogočajo pretok krvi v ishemične dele kože in pomagajo tkivu zopet pokriti kožo.

Pacienta moramo obračati na 1–2 urnih intervalih. Obratiti ga moramo na vse štiri strani (sprednjo stran, zadnjo stran, levi bok, desni bok), razen v primerih, ko obstaja kontraindikacija. Pri vsaki spremembi položaja moramo kožo opazovati in biti še posebno pozorni na temperaturo kože.

Pri pravilnem obračanju pazimo na položaj in podlaganje gležnjeve, komolcev, lopatic. V primeru, kadar opazimo rdečino, je potrebno določiti del takoj razbremeniti. V vseh starostnih obdobjih ima vsaka sprememba v vlažnosti kože velik učinek. Predel, na katerem je pacient ležal ali sedel, zmasiramo vzdolž dolžine boka. Okrog razjede masiramo v smeri urinega kazalca. Seveda uporabljamo tudi druge preventivne ukrepe.

Druga nevarnost za razjedo so štrleči deli telesa, ki morajo imeti pri pravilnem obračanju oporo. Opore namestimo med žimnico in telesom in morajo na telo delovati ugodno. Specifični deli telesa, ki so najbolj izpostavljeni pritisku teže telesa na trdo in neravno podlago (še posebno na mestih, kjer je pod kožo neposredna kostna izboklina) so: obe lopatici, križni predel, pete, Ahilova tetiva, lakti, sedne kosti, trohanteri in grebeni črevnih kosti. V veliko pomoč so antidekubitusne blazine. Pomagajo podpirati telesne dele, enakomerno porazdelijo težo telesa in omogočajo zmanjševanje pritiska s spreminjanjem površin, ki so pod pritiskom. Antidekubitusnih blazin je več vrst, najboljše pa so tiste, ki ne prepuščajo kapljic vode in mikroorganizmov. Zanesljivo zmanjšujejo razjede zaradi pritiska in so zelo dober pripomoček.

Že pri namestitvi bolnika v posteljo, moramo upoštevati vpliv ležišča. Namestimo ga v posteljo s čvrsto bazo, ki ima posteljni vložek, ki se prilagaja telesnemu reliefu. Rjuhe morajo biti vedno napete, čiste, brez robov in narejene iz mehkega materiala. Tudi bolnikovo perilo naj bo mehko, pravilno oblečeno in ne zmečkano pod bolnikom.

Prvi potencialni znak za nastanek razjede zaradi pritiska je eritem kože. Napredovanje rdečine in pojav modre kože, sta posledici slabe cirkulacije. Pritisk in strižna sila prekinejo cirkulacijo v tkivu, pride do hipoksije in kopičenja presnovnih odpadkov. Dobro opazovanje in pravilno ukrepanje zaustavljata nekroze.

Zapleti zaradi razjed so: sepsa, osteomielitis in drugo.

Ukrepi pri bolnikih z razjedo zaradi pritiska

Odstranjevanje pritiska:

Razjeda se ne bo pozdravila, če ne bomo odstranili pritiska. Pacient ne sme ležati ali sedeti na razjedi. Na prizadetem delu lahko leži ali sedi le minuto ali dve. Naredimo načrt obračanja in ukrepe beležimo.

Vzdrževanje cirkulacije in funkcioniranja celic:

Koža mora biti dobro oksigenirana in primerno vlažna. Rezervni proteini so dodatna energija za dobro odpornost proti infekcijam. Vitamin C je potreben za formacijo kolagena.

Čiščenje in odstranjevanje nekrotičnih delov:

Spremembe na koži so za pacienta boleče, sproščajo se toksini. Sestrska intervencija temelji na dobrem načrtovanju. Razjeda mora biti očiščena, da preprečimo sepsa. Dobro očiščena rana pomaga pri regeneraciji epitela. Če pustimo nekrotične mase, tkivo izgublja vitalnost in bakterije se razmnožujejo in ovirajo zdravljenje. Nekrotične mase odstranjujemo s sterilnimi kirurškimi instrumenti, z delovanjem

encimov ali mehaničnimi sredstvi za izpiranje. Uporaba encimskih preparatov, ki vsebujejo kolagen, fibrolizin, desoksiribonukleozo, streptokinazo gram pozitivnih in gram negativnih pomagajo razkrajati nekrotično tkivo in razjeda se čisti. Za dokazovanje bakterij uporabljamo kulture. Za čiščenje in izpiranje razjed imamo na voljo številna sredstva. Ko je razjeda čista, se lahko odredi lokalna terapija. Imamo veliko možnost izbire in veliko možnost koristnih in preizkušenih terapevtskih modelov. Lokalne infekcije lahko zdravimo z lokalnimi dezinficijami, ki pa jih ne uporabljamo, ko so se granulacije že formirale. Novo granulacijsko tkivo mora biti zaščiteno pred ponovnimi infekcijami, izsušitvijo, onesnaženjem... Veliko obvez vzdržuje ustrezno hidracijo rane. Nekatero obvezo uporabljamo za mokro zdravljenje ali omogočajo absorpcijo, raztapljanje nekroz. Zato so zelo koristna in nam pomagajo pri zdravljenju.

Edukacija bolnikov:

Pred odpustom iz bolnišnice poučimo bolnika ali njegove svojce, kje pričakujemo razjedo zaradi pritiska, saj ta lahko poslabša stanje že po 10 do 15 minutah. Dajemo tudi pisna navodila o zaščiti kože, dieti, o opozorilnih znakih in napotke za fizikalno terapijo.

Literatura

1. Shanson ML. Five famous fallacies about pressure sores. *Nursing* 1984 Oct; 14: 34–41.
2. Sklar CG. Pressure ulcer management in the neurologically impaired patient. *J. Neurosurg Nurs* 1985 Feb; 17: 30–6.
3. Beaver MJ. Mediscus low air loss beds and the prevention of decubitus ulcers. *Crit Care Nurse* 1986 Sept-Oct; 6: 32–9.
4. Brown MM et al. Nursing innovation for prevention of decubitus ulcers in long-term care facilities. *Plast Surg Nurs* 1985 Summer; 5: 57–64.
5. Byrne N, Feld M. Preventing and treating decubitus ulcer. *Nursing* 1984 Apr; 14: 55–7.
6. De Lisa JA, Mikulik MA. Pressure ulcer: What to do if preventive management fails. *Postgrad Med* 1985 May; 77: 209–12, 218–20.
7. Yakony GM et al. Pressure Management: Efficacy of a moisture reactive occlusive dressing. *Arch Phys Med Rehabil* 1984 Oct; 65: 597–600.
8. Stephens SJ. Creative approaches to pressure sore problems. *Orthop Nurs* 1985 July-Aug; 4: 40–4.
9. Surgaman B. Infection and pressure sores. *Arch Phys Med Rehabil* 1985. Mar; 66: 177–9.
10. Tooman T, Patterson J. Decubitus ulcer warfare. Product vs. Process. *Geriatr Nurs* 1984. May-June; 5: 166–167.
11. Kurzuk-Howard G, Simpson L, Palmieri A. Decubitus ulcer care. A compared study. *West J. Nurs Res* 1985; 7819: 58–79.
12. Whitney JD, Fellows BH, Larson E. Do mattresses make a difference? *J Gerontol Nurs* 1984 Sept; 10899: 20–5.
13. Seller WO, Stahelin HB. Decubitus ulcers; In: Preventive technique for the elderly patient. *Geriatrics* 1985 July; 40879: 53–60.
14. Philips M et al. Stating care for pressure sore. *Am J Nurs* 1984 Aug; 84889: 999–1003.
15. Messner RL. Targets for infection: Institutionalized elderly. *Can Nurse* 1985 Sept, 81: 24–6.
16. Seller WO, Stahelin HB. Decubitus ulcers. Treatment through five therapeutic principles. *Geriatrics* 1985 July; 40: 30–42.
17. Seller WO and Stahelin HB. Recent findings on decubitus ulcer pathology: Implications for care. *Geriatrics* 1986 Jan, 41: 47–57.
18. Merbitz CT et al. Wheelchair push-ups: Measuring relief frequency. *Arch Phys Med Rehabil* 1985 July; 66: 433–8.
19. Lucke K, Jarlsberg C. How is the air-fluidized bed best used. *Am J Nurs* 1985 Dec; 858129: 1338, 1340.

Milena Srpčič, vms,
Splošna bolnišnica Brežice

PROJEKT WISECARE – INFORMACIJSKI SISTEM ZA PODPORO DELA ZDRAVSTVENE NEGE V EVROPI

Uvod

Vpliv zdravstvene nege na kakovost zdravstvene oskrbe bolnika je redkokdaj ovrednoten in formalno viden, kljub dejstvu, da za zdravstveno nego porabijo v vseh evropskih državah 40–60 % nacionalnega proračuna za zdravstvo. Velika količina podatkov o zdravstveni negi je evidentirana v zdravstveni dokumentaciji bolnika za potrebe načrtovanja zdravstvene nege, vendar jo premalo uporabljamo za raziskave in kot pomoč pri vodenju in upravljanju dejavnosti zdravstvene nege (Kearney, Campbell, Sermeus, 1998). Motivacija medicinskih sester za zbiranje podatkov o zdravstveni negi narašča, ko so ti podatki vidni in so podlaga za merjenje kakovosti zdravstvene nege. To so bili tudi razlogi za vzpostavitev projekta WISECARE (Workflow Information Systems for European Nursing Care) – 'Informacijski sistem za podporo dela zdravstvene nege v Evropi'. WISECARE projekt je finančno podprt s strani Evropske unije in je eden od projektov s področja telematike. Potekal je od julija 1997 do decembra 1999.

Namen, cilj in pomen projekta WISECARE

Namen projekta WISECARE je sistematična uporaba kliničnih podatkov o zdravstveni negi bolnika, ki so shranjeni v elektronski obliki. Uporabljajo se za vodenje dejavnosti zdravstvene nege ter učenje in izmenjavo znanj. Glavni cilj projekta je *vzpostavitev enotnega načina komuniciranja* in strokovnega sodelovanja na področju zdravstvene nege onkoloških bolnikov v Evropi z uporabo sodobne informacijske tehnologije. Poudarek je v *odkrivanju novih poti organiziranja znanj* na področju zdravstvene nege. Da bi dosegli ta cilj, je bilo potrebno opredeliti klinične probleme in vpliv zdravstvene nege na rezultate zdravljenja bolnika, razviti orodje za upravljanje z informacijami na lokalni ravni, vzpostaviti organizacijo projekta z uporabo telematike ter oceniti vpliv nove tehnologije na nov način razmišljanja.

Pomen projekta

V projektu je uporabljen model pretoka informacij v procesu zdravstvene nege. Z uporabo informacijske tehnologije so podatki o bolnikih, diagnozah, opravljeni zdravstveni negi, rezultatih zdravljenja ter kadrih, ki opravljajo zdravstveno nego ovrednoteni in tako tudi vidni. Pomemben poudarek je na tem, da resničen vpliv informacijske tehnologije ni v avtomatizaciji obstoječih procesov, temveč v odkritju novih poti organiziranja znanj na področju zdravstvene nege.

Projekt WISECARE je sicer usmerjen v zdravstveno nego bolnikov, obolelih za rakom, vendar ne gre za projekt izključno na področju onkologije temveč za projekt telematike. Poudarek ni na standardizaciji postopkov in posegov zdravstvene nege, na razvoju elektronskega zapisa o bolniku, na uporabi računalnika na klinikah, temveč na *izmenjavi znanj in iskanju novih poti v načinu razmišljanja in upravljanju znanja*.

Upravljanje znanja

Projekt WISECARE je spodbudil pomembne spremembe v upravljanju znanja:

1. *premik od širjenja znanja k izmenjavi znanja*: omogoča sodelujočimi, da primerjajo in merijo svoje postopke izvajanja »najboljše prakse« zdravstvene nege z »najboljšo prakso« drugih institucij. Mrežna povezava je podprta s sodobno telematiko.
2. *premik od individualnega znanja k organizacijskem znanju*: z zajemanjem in dokumentiranjem vsakodnevnih opravil in izkušenj na področju zdravstvene nege postanejo posamezne izkušnje razpoložljive za vse pooblaščenec znotraj organizacije.
3. *premik od deduktivnega k induktivnemu znanju*: postopki in izkušnje so zajete v zapis o bolniku in so primerne za podporo pri odločanju in načrtovanju zdravstvene nege.

Projekt WISECARE v Kliničnem centru Ljubljana

Junija 1999 je Združenje evropskih bolnišnic (HOPE) povabilo Klinični center v Ljubljani k sodelovanju pri projektu WISECARE brez finančnih obveznosti. Glavno spodbudo za pridobitev in uvedbo projekta v Kliničnem centru je podala glavna medicinska sestra Kliničnega centra. Na podlagi informacij, ki smo jih pridobili o projektu, je vodstvo Kliničnega centra in Kliničnega oddelka za hematologijo sprejelo pobudo za sodelovanje v projektu WISECARE. Ustanovili smo projektno skupino, ki je pripravila in izvajala vse potrebne aktivnosti za uvedbo projekta. Po obsežnih pripravah, ki so trajale od julija 1999, smo se septembra 1999 aktivno vključili v projekt. Pridobili smo tudi finančno podporo za sodelovanje na delavnici WISECARE ob koncu leta 1999.

Udeležba na projektu pomeni vključevanje Službe zdravstvene nege KC in KO za hematologijo v mrežo WISECARE, izmenjavo podatkov, protokolov, rezultatov zdravstvene nege in znanj, cilj pa je bil izboljšanje kakovosti izvajanja zdravstvene nege na lokalni ravni.

Projekt WISECARE na Kliničnem oddelku za hematologijo

Sodelovanje v mednarodnem projektu prinaša nove izzive, hkrati pa tudi nove obveznosti. Pred uvedbo projekta je bilo potrebno zagotoviti informacijsko podporo, ter pripraviti vso potrebno strokovno dokumentacijo za začetek projekta. To je vključevalo pripravo ustreznih dokumentov za pristop k projektu, izobraževanje bolnika, pripravo protokolov zdravstvene nege, opredelitev postopkov evidentiranja podatkov, izobraževanje medicinskih sester za uporabo orodja WISECARE in interneta.

Septembra 1999 smo začeli z zajemanjem in evidentiranjem podatkov o stanju ustne votline, bolečini, bruhanju in slabosti. Izbira bolnikov, ki smo jih vključili v projekt je bila odvisna od diagnoze in bolnikove odločitve o sodelovanju. Bolniki so bili najprej seznanjeni z projektom, načinom sodelovanja in vrednotenja podatkov. Bolnik izpolnjuje vprašalnik, ki se nanaša na negovalne diagnoze vsaj 10 dni po začetku citostatske terapije. Te podatki medicinska sestra evidentira v računalniški program WiseTool, ki omogoča vpogled v *takošnje povratne informacije* o zdravstve-

ni negi posameznika. Te informacije so pomembne za celostno obravnavo bolnika, načrtovanje zdravstvene nege in so podlaga za odločanje. Grafični prikaz podatkov (odvisnost posameznih parametrov od časa in stopnje klasifikacije) je dober vizualni pripomoček in osnova za strokovno razpravo.

Podatki o številu ležečih bolnikov, kategorizaciji bolnikov, številu in ravni izobrazbe medicinskih sester ter urniku dela se beležijo enkrat tedensko, in sicer po načelu naključno izbranega datuma, ki ga sporoči koordinator projekta WISECARE. Evidentirane podatke (brez imen bolnikov) vsake tri mesece pošiljamo v Center za zdravstvo in raziskave na področju zdravstvene nege pri Katoliški univerzi v Belgiji (Katholieke Universiteit Leuven). Podatki se analizirajo in obdelajo za lokalno raven, potem pa primerjajo z podatki vseh sodelujočih držav v projektu. Na podlagi tega se pripravijo *splošne povratne informacije* o vplivu projekta WISECARE na spremembo vedenja medicinskih sester ter o vplivu projekta WISECARE na izide zdravstvene nege. Omejene povratne informacije so kazalec kakovosti zdravstvene nege in so podlaga za iskanje boljšega načina izvajanja dejavnosti zdravstvene nege.

Sodelovanje v mreži WISECARE

V vseh fazah projekta smo imeli stalno podporo s strani združenja WISECARE. Interna komunikacija med udeleženci v projektu WISECARE je potekala prek strežnika BSCW. Na ta način smo lahko dobili odgovore na vsa vprašanja, izmenjevali mnenja, protokole, priporočila, postopke, posredovali dokumente in predloge. Poleg tega so podatki o projektu, literaturi in pomembnejši prispevki objavljeni tudi na domačih straneh projekta WISECARE: <http://wisecare.dn.uoa.gr>

Projekt WISECARE je vseevropski projekt

Ekipe iz več evropskih držav so delale na vzpostavitvi in vzdrževanju projekta WISECARE.

Center za zdravstvo in raziskave na področju zdravstvene nege na Katoliški univerzi v Belgiji (Katholieke Universiteit Leuven) je glavni koordinator projekta. Zbrane podatke analizira, obdeluje in pripravlja povratne informacije. Evropsko združenje onkoloških medicinskih sester (EONS – European Nursing Oncology Society) aktivno sodeluje v projektu in predstavlja uporabnike v vseh fazah projekta. Skupaj z Univerzami v Edinburgu in Glasgowu (Velika Britanija) skrbi za koordinacijo uporabnikov v drugih državah, ki sodelujejo v projektu. Univerza v Veliki Britaniji (Glasgow Caledonian University) skrbi za skladišče podatkov. Podjetje Arthur Anderson iz Belgije sodeluje kot zunanji svetovalec, podjetje HISCOM iz Nizozemske pa ocenjuje uporabljeno tehnologijo. Podjetje An Teallach Limited iz Škotske je razvilo računalniški program. Univerza s Finske (University of Kupio) skrbi za merjenje in obdelavo podatkov o izidih zdravstvene obravnave bolnika, univerza iz Grčije (University of Athens) pa skrbi za predstavitvene strani projekta na internetu.

Preverjanje in potrditev ustreznosti modela WISECARE je izvedeno v bolnišnicah v petih evropskih državah: University Hospital Leuven (Belgija), Beatson Oncology Centre (Velika Britanija), Helsinki University Central Hospital (Finska), Huddinge University Hospital (Švedska) in University of Groningen Hospital (Nizozemska).

Po verifikaciji ustreznosti modela so se projektu WISECARE pridružile tudi druge države članice Evropske unije, kjer je projekt uveden v dejansko prakso na kliničnih oddelkih za onkologijo: Aalborg Hospital (Danska), Istitute Gustave Roussy (Francija), Jules Bordet Institute (Belgija), Red Cross Hospital (Grčija) in Royal Marsden Hospital (Velika Britanija).

Rezultati projekta in naše izkušnje

Rezultati projekta WISECARE kažejo na kakovostni premik v načinu razmišljanja o procesu zdravstvene nege, merjenja in vrednotenja rezultatov zdravstvene nege, pozitiven premik v širjenju, izmenjavi in pridobivanju novih znanj, kakovostnejši odnos med bolnikom in medicinskimi sestrami ter kakovostnejši odnos med medicinskimi sestrami na področju strokovnega sodelovanja.

Kakovostni premik v načinu razmišljanja o procesu zdravstvene nege

Informacije o postopkih zdravstvene nege v drugih državah in izidih zdravstvene nege omogočajo primerjavo med bolnišnicami. V nekaterih bolnišnicah so izboljšali kvaliteto posameznih postopkov zdravstvene nege, mi smo pa izboljšali standard za zdravstveno nego ustne votline bolnika. Ugotovili smo, da je kakovost zdravstvene nege v Kliničnem centru primerljiva z drugimi državami Evrope in da je na zelo visoki ravni. V projektu WISECARE uporabljamo faktorje rizika za posamezne tipe zdravljenja, primerjamo posamezne postopke z izidi zdravstvene nege, ter skušamo na podlagi teh izkušenj zmanjšati verjetnost nastanka zapletov. S tem lahko vplivamo na krajšanje ležalne dobe bolnika in manjšanje stroškov zdravljenja.

Kakovostnejši odnos med bolniki in medicinskimi sestrami

Bolnik, ki je vključen v program WISECARE, bolj dejavno sodeluje v procesu zdravstvene nege, saj se mu lahko ob izpolnjevanju vprašalnika porodi veliko vprašanj. To ga spodbudi, da vpraša medicinsko sestro o vsem, kar ga zanima. Na ta način sta izvajanje zdravstvene vzgoje in priprava bolnika na zdravljenje s citostatiki učinkovitejša. Zaradi celostne obravnave bolnikov in intenzivnega sodelovanja bolnikov pri zdravljenju se je izboljšala komunikacija med bolniki in medicinskimi sestrami, kar prispeva k večjem zadovoljstvu bolnikov.

Kakovostnejši odnos med medicinskimi sestrami na področju strokovnega sodelovanja

Ugotovili smo, da se je izboljšala tudi komunikacija med medicinskimi sestrami. Vse medicinske sestre niso vključene v program WISECARE, so pa seznanjene z njim in znajo pravilno odgovoriti na vprašanja, ki jih postavlja bolnik. Orodje WISECARE omogoča medicinskim sestram, da na organiziran način in z uporabo strukturiranega jezika opišejo postopke dela in vsakodnevne izkušnje pri izvajanju zdravstvene nege. Z uporabo skupnega jezika lažje komunicirajo in izmenjujejo znanja. Tako se je stopnja strokovnega sodelovanja in izmenjave znanj znotraj bolnišnice in med bolnišnicami zvišala. Poleg tega je način dela v projektu WISECARE spodbudil medicinske sestre k uporabi sodobne komunikacijske, tehnološke, predvsem interneta.

WISECARE v prihodnosti

Projekt WISECARE je bil decembra 1999 uradno zaključen. Večina bolnišnic, ki so sodelovale v projektu, se je odločila za nadaljevanje. Med njimi je tudi Klinični oddelek za hematologijo Kliničnega centra v Ljubljani. Podatke še vedno zbiramo in pošiljamo v obdelavo v Belgijo. Konzorcij WISCARE je ponudil nadaljnjo podporo pri analizi in obdelavi podatkov ter oblikovanju globalnih poročil. Po tem obdobju bo projekt WISECARE prešel v skrbstvo Evropskega združenja onkoloških medicinskih sester (EONS – European Nursing Oncology Society).

Čeprav smo pričeli sodelovati šele v sklepni fazi projekta, smo se izkazali z visoko stopnjo organiziranosti in strokovnosti, kar nam je prineslo vidno mesto med sodelujočimi državami. Precej spodbudnih in pohvalnih besed je bilo izrečenih o našem sodelovanju v projektu WISECARE. Kli-

nični center je bil posebej omenjen na delavnici WISECARE v Glasgowu na Škotskem decembra 1999 in maja 2000 na mednarodnem kongresu 'Nursing Informatics 2000' v Aucklandu na Novi Zelandiji, saj smo v izredno kratkem času vzpostavili projekt WISECARE na Kliničnem oddelku za hematologijo in aktivno prispevali k uspešnosti projekta. Zaradi tega smo bili ponovno povabljeni k sodelovanju na nov WISECARE projekt, ki pomeni nadaljevanje dela na področju višanja kakovosti zdravstvene nege v evropskih državah.

Literatura

1. Kearney N, Campbell S, Sermeus W. Practising for the future: utilizing information technology in cancer nursing practice. *European Journal of Oncology Nursing* 1998; 2: 169–75.
2. Delovno gradivo evropskega projekta HC 3003.

mag. Vesna Prijatelj, univ. dipl. org. inf., vms,
Informacijski center, Klinični center Ljubljana
Vlasta Slabe, vms, SPS Interne klinike,
KO za hematologijo, Klinični center Ljubljana

PRISTOP K UVAJANJU SPREMEMB V ZDRAVSTVENI NEGI Z VIDIKA ŠTUDENTOV ZDRAVSTVENE NEGE (PROCES ZDRAVSTVENE NEGE)

Uvod

Naraščajoče zdravstvene potrebe – potrebe po zdravstveni negi (ZN), vedno večje zahteve sodobnega človeka po kakovosti storitev in omejeni finančni viri so le nekateri od vzrokov za nujno uvajanje organizacijskih sprememb v sistemih ZN na vseh ravneh zdravstvenega varstva.

Spreminjanje prakse zdravstvene nege

Sprememba je proces, ko vdre v naše življenje prihodnost. ZN in medicinske sestre (MS) so del procesa sprememb, ki ga včasih vodijo same ali pa jih vodi on. MS nimajo izkušenj z vodenjem in nadzorovanjem sprememb, zato je zelo pomembno na kakšen način uvedemo spremembo. Odpor do sprememb je močnejši, če jih poskušamo uvesti na silo, kar je zelo tvegano. Ključni dejavnik, s katerim se izognemo odporu je ta, da lahko MS same določijo proces sprememb in tako le-te postanejo sprejemljive. MS potrebujejo znanje in sposobnosti, da lahko prevzamejo vodenje sprememb, kar jim ni vedno omogočeno. Osebnostna rast in osveščenost, komunikacijske sposobnosti in pozitivna naravnost niso vključeni v vse izobraževalne programe ZN. Včasih ZN ni dana možnost razvoja, ker se določeni posamezniki ali skupine, ki imajo moč, bojijo posledic. Sredstva, ki so na razpolago, delovno okolje, prevladujoči menedžment in način vodenja ter možnost izobraževanja imajo pomembno vlogo za uspeh MS kot vodij sprememb.

Ne glede na cilj zahtevajo vsi predlogi sprememb določene predpogoje:

- razumevanje načina delovanja organizacije in vedenja o tem, kdo so vplivni ljudje;

- znanje o potrebnih sredstvih in načinu, kako jih pridobiti;
- sposobnost poučevanja, komunikacije in timskega sodelovanja;
- poznavanje osebnih sposobnosti, moči, omejitev in znanja;
- poznavanje delovne situacije in organizacijskih prioritet;
- čas;
- znanje, kako doseči spremembo in katere strategije lahko uporabimo;
- menedžmentska in izobraževalna podpora.

MS morajo:

- ugotoviti možne odgovornosti za spremembo, vendarjih morajo sprejeti s previdnostjo;
- premisliti, zakaj se ljudje tako odzovejo. Niso vse spremembe nujno tudi spremembe na boljše. Veliko je odvisno od vrste sprememb, od tega kako bo izpeljana ter od osebnih vrednot in prepričanja ljudi, ki so v proces vključeni. Če ne vidijo pomena spremembe, se počutijo negotovo ali pa se bojijo posledic.

Načrtovanje in vodenje sprememb

Vsaka sprememba je bolj učinkovita, če je načrtovana. To ne pomeni, da bo načrtovanje prineslo odlične rezultate; ne moremo jih predvideti, celo z najboljšim načrtovanjem ne. Dobra organizacija in načrtovanje lahko pomagata zmanjšati potencialna tveganja in konflikte.

Dejavniki, ki pripomorejo k ustreznemu ozračju za spremembo, so:

- spreminjanje pričakovanj družbe in novi zakoni ali konvencije;
- spreminjanje prizadevanj in pričakovanj MS in ostalih strokovnjakov;
- sprememba tehnologij, medicine in zdravstvenega varstva;
- lokalne organizacijske spremembe;
- odločitve in cilji lokalnega menedžmenta;
- novi vzorci vodenja in prisotnost nosilcev sprememb.

Uspeh je odvisen od pripravljenosti ljudi, da pretehtajo in okoliščine občutke glede spremembe in vloge, ki jo lahko odigrajo v njej.

Vprašanje je, če:

- vidi potrebo po spremembi;
- se strinja s spremembo;
- želi podpreti svoje sodelavce;
- se počuti spoštovanega in cenjenega pri delu;
- se počuti varnega in podprtega v svojem osebnem življenju;
- vidi spremembo kot priložnost in ne kot grožnjo;
- vidi možna priznanja zaradi spremembe, kot so večje osebno zadovoljstvo pri delu, boljša obravnava bolnika ali boljše plačilo.

Priprava programske sheme:

1. Specifično mesto za spremembo, tako da je možno rezultate skrbno pregledati, preden je sprememba uvedena drugje.
2. Omogoča, da se sprememba preizkusi, da je vključenega več osebja in ne zahteva popolne angažiranosti vsakega od članov osebja.

Dodatne karakteristike vodenja:

- osebje naj si samo organizira spremembo in jo razširi v organizaciji in ne obratno;
- strokovno izobraževanje osebja naj se izvaja vnaprej. Lahko pa tudi izobraževanje sledi spremembi;
- program vrednotenja naj bo vgrajen v shemo;
- shema naj bo oblikovana za enoto, ki je vključena, ne samo jo vnesti od drugod;
- osebje naj si naredi svojo lastno »pogodbo« za spremembo, določi naj svoje vloge, čas, kako dolgo bo pilotska shema trajala;
- načrti za spremembo naj vzpostavijo jasno komunikacijo, da bi zmanjšali možnost zmede in odpora;
- vodja tima naj bo natančno določen in naj deluje kot glavni nosilec spremembe.

Uvajanje procesa zdravstvene nege (PZN) kot spremembe za izboljšanje kakovosti ZN

1. korak: skličemo sestanek MS in zdravstvenih tehnikov (ZT) oddelka. Osebje se zbere in skupaj preučimo stanje na oddelku, možnosti, ki jih imamo na razpolago ter pripravljenost za sodelovanje (čas, znanje, kader...).

2. korak: Proces predstavimo MS in ZT v katerem zajamemo pomen uvajanja te spremembe in prednosti, ki jih le-ta ima za izboljšanje kakovosti ZN ter za profesionalni razvoj MS in ZT. Opišemo potek dela, kdo kaj dela in težave na katere lahko naletijo pri izvajanju PZN.

3. korak: Skupaj z MS in ZT izvedemo procesno metodo dela na konkretnem primeru. Teorijo vnesemo v prakso. Seznanimo jih z odgovornostjo vsakega posameznika pri izvajanju PZN.

4. korak: S pomočjo prejšnjega koraka vidimo nadaljnjo potrebo po izobraževanju MS in ZT o tej spremembi ter zainteresiranost ob izvajanju le-te. Vse to jim tudi omogočimo.

5. korak: MS in ZT pustimo čas za izvajanje PZN. Ves ta čas smo jim na razpolago za dodatne informacije – kot MS manager. MS v tem času uresničujejo PZN.

6. korak: Po šestih mesecih se zberemo in razpravljamo o rezultatih dela in jasno opredelimo, kaj se je zgodilo. Poudariti je potrebno izboljšave z vidika kakovosti ZN, za to dati pohvale in priznanja, obenem pa smo odprti za njihove pripombe in predloge. Na podlagi le-teh vnesemo popravke v načrt uvajanja PZN in določimo naslednje šestmesečno uvajalno obdobje.

7. korak: Po šestih mesecih naredimo evalvacijo o poteku izvajanja PZN. Ugotovimo napake, načrt pa po potrebi modificiramo.

Ob uspešnem uvajanju PZN na tem oddelku sestavimo poročilo o svojih izkušnjah in to informacijo pošljemo na ostale oddelke in prisostvujemo sestankom, na katerih drugi predstavijo svoje predloge, pomisleke, izkušnje. Ves čas pišemo zapisnike sestankov in zagotovimo dodatne informacije in potrebno literaturo.

Sklep

Spremembe so nujno potrebne za izboljšanje kakovosti ZN. Zato je potrebnih več pogojev:

- ustrezna strokovnost kadra, znanje in zadostno število kadra;
- zanimanje kadra za uvedbo spremembe;
- finančna podpora s strani organizacije;
- pohvale, nagrade in stimulacije za trud.

Literatura

1. Poti posodbljanja zdravstvene nege. Maribor: Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego, 1998. – (LEMON: Learning Material on Nursing).
2. Nove usmeritve v razvoju zdravstvene nege. Maribor: Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego, 1998. – (LEMON: Learning Material on Nursing).
3. Bohinc M. Model matrike – uvajanje sprememb v sistemu zdravstvene nege. Quo vadis management, 1997.

Rosana Harej, absolventka Visoke šole za zdravstvo, Univerza v Ljubljani

Marko Vidmar, absolvent Visoke šole za zdravstvo, Univerza v Ljubljani

Mentorica mag. Marija Bohinc