

MESTO INFORMACIJSKEGA SISTEMA V ZDRAVSTVENI NEGI

Uvod

Vsa področja delovanja potrebujejo velike količine pravočasno dostopnih informacij. Razpoložljive informacije v trenutku odločitve lahko pomenijo uspeh ali neuspeh načrtovanega nadaljnjega dela. Zaradi svojih posebnih lastnosti in sposobnosti predstavljajo računalniki tisti nepogrešljivi pripomoček, ki pri smiselni in načrtni uporabi nudi potrebne informacije v zelo kratkem času. Pri tem pa je potrebno poudariti, da računalnik ne razreši problema v celoti. Računalnik je le orodje, ki pomaga človeku reševati probleme (Grad in Jaklič, 1994).

Pri opazovanju in celostni obravnavi bolnika nastane ogromen zbir podatkov, ki se večinoma še vedno »shranjujejo« na raznih papirjih in negovalnih obrazcih. Če pomislimo, da poteka dejavnost zdravstvene nege 24 ur ter jo opravljajo običajno tri izmene medicinskih sester, si lahko predstavljamo, da je ob množici podatkov, ki nastane v tem času, včasih težko zadostiti vsem zahtevanim kriterijem, da mora biti namreč informacija natančna, jasna, točna in pravilna. Ob tem je potrebno poudariti še vidik pravilnega razumevanja zbranih informacij, saj se lahko informacija, ki jo nekdo zapiše in mu je povsem jasna in logična, drugemu zdi nejasna ali pa jo drugače interpretira. Zatorej mora obstajati nek predpis, nek okvir, ki predpisuje, kako informacije zbirati, jih urejati in analizirati na način, da njihova obdelava pripelje do zelenih ciljev oziroma rezultatov. Tak »okvir« v zdravstveni negi predstavlja proces zdravstvene nege z vsemi fazami, ki nas pripeljejo do zastavljenih ciljev pri posameznem bolniku in evalvacije le-teh. Dokumentacija zdravstvene nege je torej pomembna. Sodi med osnovne elemente zdravstvene nege in je sestavljena iz različnih dokumentov; poleg že omenjenega procesa zdravstvene nege izpolnjujejo člani negovalnega tima še sestrsko poročilo, ocenjevalni list za preventivo in oceno preležanin, kontrolni list lege bolnika, list kontinuirane zdravstvene nege, obvestilo službi zdravstvene nege, medicinsko terapevtska dokumentacija idr.

Dokumentiranje je obenem tudi najuspešnejša obramba proti obtožbam, da je bilo delo slabo opravljeno oziroma da ni bilo opravljeno (Zupančič, 1996). Omogoča prikaz dela članov negovalnega tima in s tem prispevek zdravstvene nege za zdravje subjektov v sistemu zdravstvenega varstva. Dokumentiranje je namenjeno samo članom tima in varovancu. Vsi ostali potrebujejo dovoljenje za vpogled v dokumentacijo. Načini zagotavljanja zaupnosti so različni (ključiči, kartice, šifre), izberemo jih glede na potrebe oddelka in zdravstvene ustanove (Rajkovič in Šušteršič, 2000).

Opredelitev pojmov informatika / informacijski sistem

Obstaja kar nekaj definicij o informatiki in informacijskem sistemu. Kakšna je torej razlika med tema dvema pojmovanjema? Ker so danes informacijski sistemi pretežno računalniško podprti, ni več jasne ločnice med pojmom informatika in informacijski sistem, razen te, da je eno znanstvena disciplina, drugo pa predmet njene obdelave. V pra-

ksi pogosto opažamo neupravičeno enačenje pojmov informatike in računalništva. Morda je vzrok v zgodovini ali pa v tem, da definicija informatike v širšem smislu računalništvo vključuje. V računalništvu je informacijska tehnologija osnovni predmet preučevanja. Poslovna informatika pa obravnava računalniško tehnologijo le z vidika uporabe, torej kot sredstvo za doseg cilja (Filej in sod., 1999).

Informatika v zdravstveni negi je specializirano področje v zdravstveni negi, ki vključuje strokovno osebje zaposleno na tem področju, ki se zavzema za uvajanje nove vede, vzpodbuja razvijanje informacijskih sistemov za različna področja zdravstvene nege in sodeluje pri izobraževanju zaposlenih v zdravstveni negi s tega področja oziroma uvaja negovalni tim v nov način dela – delo z računalnikom.

Razvoj informatike v zdravstveni negi

Računalniki v zdravstvu so se pojavili relativno hitro. Najprej so se pojavili v administrativnih službah, vendar niso bili namenjeni uporabi zdravstvenim delavcem, temveč administrativnim delavcem za obračunavanje zdravstvenih storitev ter za ekonomske in statistične namene. Organizacije so si izmenjavale papirne dokumente, ki jih je izpisal računalnik. Z računalniško izmenjavo podatkov (RIP) so se računalniki povezali s telekomunikacijskimi linijami, kar omogoča neposredno izmenjavo podatkov v elektronski obliki. To je omogočilo izmenjavo sporočil – dokumentov (napotnica, recept, odpustnica, zdravniški karton...) med zdravnikom v splošni ambulanti, specialistom v specialistični ambulanti, bolnišnicami, lekarnami, zdravilišči... Veliko vlogo pri opremljanju zdravstvenih ustanov z računalniki je imel Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS), ki je najprej leta 1993 opremil Železničarski zdravstveni dom z osebni računalniki. Namenjeni so bili še vedno obračunskemu delu zdravstvenih storitev. Leta 1996 je bil z ustreznim programsko opremo opremljen tudi Klinični center, s tem pa je bil izveden prvi korak k elektronski izmenjavi podatkov tudi na ostalih področjih. ZZZS je zgradil ustrezno bazo podatkov, ki je osnova za RIP, in jo je s pridom uporabil tudi pri izvedbi projekta uvajanja kartic zdravstvenega zavarovanja.

Informatika zdravstvene nege izhaja iz primarne medicinske informatike. Danes je popolnoma ločena od medicinske informatike in služi medicinskim sestram pri njihovem lastnem strokovnem delu kot so individualna zdravstvena nega, menedžment, izobraževanje. Je podpora v procesu odločanja, v poenostavljanju razporejanja delavcev v negovalnih timih, pomaga pri informiranju in šolanju varovancev/bolnikov, je odličen pedagoški pripomoček ter nepogrešljiva v raziskovalnem delu. Njen razvoj in prodor morda ni bil tako viden kot na drugih področjih. Kljub temu je današnje stanje informatike v zdravstveni negi presenetljivo, napredek pa velik.

V zadnjih dveh desetletjih so različne države razvijale različne klasifikacijske sisteme, podatkovne sisteme in informacijske sisteme za potrebe zdravstvene nege, kar onemogoča primerjavo podatkov o zdravstveni negi ter spremlja-

nje potreb po zdravstveni negi. Tako so vsa nadaljnja prizadevanja Evropske unije usmerjena v razvijanje enotnega strokovnega jezika, katerega namen je razvijanje k bolniku usmerjenega informacijskega sistema in minimalne baze podatkov, ki bi omogočila mednarodno primerljivost podatkov v zdravstveni negi. Računalniško podprt informacijski sistem za področje zdravstvene nege je začel razvijati Danski inštitut za raziskovanje v zdravstvu in zdravstveni negi. Iz potrebe po enotnem strokovnem jeziku v zdravstveni negi je najprej razvil projekt TELENURSING, v katerem je prek Kolaborativnega centra Svetovne zdravstvene organizacije sodelovala tudi Slovenija.

Projekt je potekal med letoma 1992 in 1994, njegovi cilji pa so bili:

- razvijanje evropske klasifikacije zdravstvene nege: negovalnih diagnoz, negovalnih intervencij in rezultatov;
- razvijanje minimalne podatkovne baze;
- razvijanje modela izobraževanja za oblikovanje standardnih definicij, klasifikacij in kod, ki bi bile mednarodno primerljive;
- pospeševanje razvijanja standardizacije informacijskega sistema v zdravstvenem varstvu;
- združevanje tehničnega in strokovnega vidika elementov stroke (Rajkovič in Šušteršič, 2000).

Projektu Telenursing je sledil projekt TELENURSE (1996–1998), ki ga je ravno tako razvijal Danski inštitut za raziskovanje v zdravstvu in zdravstveni negi. Cilji tega projekta so bili:

- ugotavljanje negovanih problemov, s katerimi se srečujejo medicinske sestre in njihovo reševanje;
- poenotenje terminologije v zdravstveni negi;
- razvijanje informacijskega sistema v zdravstvu z ustrezno bazo podatkov v zdravstveni negi (Rajkovič in Šušteršič, 2000).

Telenurse omogoča tudi vključevanje Evrope v razvijanje projekta Mednarodna klasifikacija prakse zdravstvene nege (ICNP – angl. The International Classification for Nursing Practice). Osnovna ideja projekta je razviti strokovni terminološki slovar in klasifikacijo zdravstvene nege, ki bi jo za dokumentiranje zdravstvene nege in elektronske zapise lahko uporabljale medicinske sestre v vseh strokovnih okoljih in v vseh državah sveta, da bi lahko opisale zdravstveno nego, ki jo izvajajo, in zagotovile opazno prisotnost v vseh informacijskih sistemih zdravstvenega varstva (Filej in sod., 1999).

Alfa verzija tega projekta je prvi osnutek dolgoročnega in kontinuiranega projekta, ki spodbuja povratno informacijo, kritični pogled in priporočila za izboljšanje prakse zdravstvene nege in je bila testirana v praksi. Pokazala se je potreba po zmanjševanju hierarhičnih ravni v klasifikaciji s premikom segmentov iz vertikalnih v horizontalne ravni. Zato je sedaj v toku razvoja tudi beta verzija, katere cilj je zmanjševanje števila podatkov. Taka oblika predstavlja enostavnejšo strukturo klasifikacije. Obe verziji mednarodne klasifikacije prakse zdravstvene nege sta že prevedeni v slovenščino in sta na vpogled v svetovnem spletu (<http://lopesl.fov.uni-mb.si/icnp/>).

Največji korak v razvoju informacijskega sistema za področje zdravstvene nege pri nas je naredila patronažna zdravstvena nega. Podprojekt »Računalniški informacijski sistem

patronažne zdravstvene nege« je potekal pri Slovenski znanstveni fundaciji v sodelovanju s partnerskimi organizacijami EPPA in TERENA v okviru projekta COPERNICUS – »Cooperative Research in Information Infrastructure«. Pri razvoju informacijskega sistema je bistveno poznavanje posebnosti dela v patronažni zdravstveni negi.

Tako zasnovan informacijski sistema omogoča:

- celostno obravnavo posameznika, družine in skupnosti v skladu z v svetu že uveljavljeno procesno metodo dela;
- enotno doktrino dela in večjo učinkovitost dela patronažne medicinske sestre, razvoj in uvajanje standardizacije fenomenov v patronažni zdravstveni negi, boljše načrtovanje dela in pregled nad varovanci, njihovimi družinami in skupnostjo;
- večjo kreativnost in kakovost dela posameznika, skupine in zdravstvenega sistema kot celote (Rajkovič in Šušteršič, 2000).

Avtorja Rajkovič in Šušteršič (2000) sta informacijski sistem patronažne zdravstvene nege nazorno predstavila v knjigi »Informacijski sistem patronažne zdravstvene nege«. Knjiga pouči bralca o delu s programom in ga popelje po posameznih menijih, ki so opremljeni s slikovnim in tekstovnim gradivom.

Za področje zdravstvene nege je ta projekt lahko izhodišče za izgradnjo celovitega informacijskega sistema. Temelji na sodobni, v svetu že uveljavljeni procesni metodi dela ter teoriji zdravstvene nege V. Henderson in D. E. Orem (Šušteršič in sod., 1999).

Izobraževanje na področju informatike in računalniška pismenost

V današnjem času računalnik ni le pomožno orodje pri osnovnem delu, brez katerega bi sicer ravno tako šlo. Prav nasprotno. Postaja vse pomembnejši, na kar kaže tudi paleta novih delovnih mest, ki so nastala izključno zaradi nujnosti računalniške obdelave podatkov. Zdravstvo kot tudi zdravstvena nega se vplivu informacijskih tokov ne moreta izogniti. Potrebno je zatorej medicinske sestre izobraziti in usposobiti za delo za računalnikom, jim prikazati uporabnost, enostavnost in koristnost dela z njim. Stvari se odvijajo počasi. Visoka šola za zdravstvo je skupaj s Fakulteto za elektrotehniko, računalništvo in informatiko ter Zdravstvenim domom dr. Adolfa Drolca v Mariboru in partnerji iz Avstrije, Italije, Francije ter Grčije v letu 1996 prijavila projekt s kratico NICE (angl. Nursing Informatics and Computer Aided Education), iz izobraževalnega programa pod imenom Phare TEMPUS. Cilj projekta je bil priprava novih učnih programov s področja računalništva, kjer bi medicinske sestre poleg rednih predmetov s področja zdravstvene nege lahko izbirale še med naslednjimi programi: Osnove računalniške tehnologije, Informacijski sistemi v zdravstveni negi, Vizualizacija medicinskih podatkov, Računalniško podprta medicinska tehnologija, Računalniško podprto izobraževanje v zdravstveni negi ter Telemedicina (Habjanič in sod., 1995).

Projekt NICE je bil namenjen oblikovanju novega kurikula »Informatika v zdravstveni negi« in računalniško podprtemu poučevanju zdravstvene nege. Med najpomembnejšimi izdelki projekta je šest učbenikov z različnih področij uporabe računalnika v zdravstvu:

1. Osnove računalniške tehnologije,
2. Zdravstvena informatika,
3. Informatika v zdravstveni negi,
4. Kontinuirana nega varovancev spremljana z računalnikom,
5. Računalniška omrežja in iskanje informacij v njih,
6. Računalniška učna orodja.

Ob že naštetih literaturi ne smemo pozabiti na internet. Tu so shranjene ogromne količine podatkov, med drugim tudi številne spletne strani o zdravstveni negi. Seveda je pomembno, da se lotimo iskanja teh informacij s pravega konca, sicer nas lahko potrpljenje za računalnikom hitro mine. V nadaljevanju omenjam le nekaj spletnih naslovov, pa naj služijo kot vzpodbuda ali pa zgolj radovednost, kaj le bi se utegnulo za njimi skrivati:

- Pregledovalnik mednarodne klasifikacije prakse zdravstvene nege, <http://lopesl.fov.uni-mb.si/icnp/>
- Računalniški informacijski sistem patronažne zdravstvene nege – potek projekta CRII, <http://lopesl.fov.uni-mb.si/CRII/indexs.htm>
- Visoka šola za zdravstvo, <http://www.vsz.uni-lj.si>
- University of Maribor College of Nursing Studies, <http://www.uni-mb.si/vzs.html>
- The 9th Summer School of Nursing informatics, http://www.essoni.freesevers.com/cgi-bin/framed/30/9/about_us.html
- Journals, http://www.dir.yahoo.com/Health/Nursing/News_and_Media/Journals/
- Portfolio of British nursing web sites, <http://www.british-nursing.com/>
- International Council of Nurses, <http://www.icn.ch/>
- NSO guidelines for contributors, <http://www.nursing-standard.co.uk/clinguid.htm>
- Kartica zdravstvenega zavarovanja, http://www.zzzs.si/kzz/slo/kzz_indx.htm

Varovanje podatkov

Kadar govorimo o informatiki, informacijskih sistemih in računalnikih, je neizbežno omeniti tudi pomembnost varovanja podatkov. Računalniki nam omogočajo shranjevanje ogromnih količin podatkov na presenetljivo majhnem prostoru. Podatke pa shranjujemo z namenom, da si jih lahko kasneje ponovno ogledamo in z njimi operiramo. Ker pa imajo podatki za različne ljudi različno vrednost, obstaja nevarnost njihovega izkoriščanja. Da bi se to preprečilo, obstajajo načini, kako podatke ustrezno zavarovati pred nepripravi.

V zadnjem obdobju se uporabljajo za evidentiranje zdravstvenih storitev računalniki, povezani v mreže brez ustrezne zaščite podatkov, saj je največkrat geslo za dostop do aplikacije, ki obdeluje podatke, edina oblika zaščite. Na računalnikih so poleg podatkov, ki so potrebni za obračun zdravstvenih storitev, tudi diagnoze in ostali zaupni osebni podatki bolnikov in so na ta način dostopni vsem zaposlenim, ki imajo dostop do računalnikov, tudi tistim, ki vzdržujejo računalniški sistem in niso zdravstveni delavci (Vegan, 1995).

Geslo je skrivno zaporedje znakov (numeričnih – številčnih ali alfanumeričnih – številčnih in črkovnih). Cilj uporabe gesel je identifikacija pooblaščenih uporabnikov. Pri izbiranju gesel je priporočljivo:

- da je geslo dolgo vsaj 8 znakov;
- da so uporabljene numerični in alfanumerični znaki;

- uporabljanje malih in velikih črk;
- da so uporabljeni posebni znaki s tipkovnice;
- združitev dveh nepovezanih besed z vezajem, izbor tujih besed, da se gesla ne zapisujejo in po možnosti ne nalepijo na monitor;
- izbiranje izrazov, ki si jih enostavno zapomnimo, vendar jih drugi ne morejo preprosto uganiti;
- da gesla pogosto spreminjamo (Brumen, 1999).

Delo v računalniški mreži povečuje možnosti odtokanja informacij. Načelo varovanja podatkov v mreži pravi, da ne sme biti odprt noben podatek, ki gre v mrežo. To pomeni, da mora biti kriptiran. Glede na zgornje načelo je najbolje, če se datoteke kriptirajo na računalniku, ki ni priključen na mrežo. Kriptografija išče take algoritme in postopke, da določene datoteke ne more brati nepooblaščen oseba. Gre za matematično transformacijo odprtega teksta v zaprt, nerazumljiv kriptiran tekst. Parameter varnosti pri kriptografskih metodah se imenuje ključ. Ključ se certificirajo, razpošljejo potencialnim korespondentom in po potrebi tudi uničijo (Lavenčič, 1994).

Obstajajo še drugi načini zaščite podatkov. Pri vsem tem pa je pomembno, da se zavedamo, čemu služijo ti zaščitni ukrepi pri operiranju s podatki. Zdravstveni delavec za računalnikom sicer nima neposrednega stika z bolnikom. Z nevestnim ravnanjem s podatki pa ga ravno tako lahko oškoduje in si zapravi njegovo zaupanje. Vedenje takega zdravstvenega delavca velja za neprofesionalno, neetično, nena-zadnje pa krši tudi zakon o varstvu osebnih podatkov.

Sklep

Pri delu se medicinske sestre srečujejo z množico podatkov in informacij o zdravstvenem stanju bolnika. Le-te pa je na neki način potrebno urediti, če želimo iz njih razbrati, kje, kdaj in kakšno pomoč potrebuje bolnik oziroma varovaneec. Pri tem nam je lahko v veliko pomoč računalnik, ki bi namesto nas opravil mnogo enostavnih operacij.

Informacijski sistemi v zdravstveni negi se pospešeno razvijajo. V največji meri je informacijski sistem vključen v domovih starejši občanov in zdravstvenih domovih, kjer je v glavnem zajeta patronažna zdravstvena nega. Domovi upokojencev pa tudi v večini vključujejo zdravstveno nego v svoje računalniške programe rutinsko, saj se dejavnost financira prek zdravstvene nege v smislu kategorizacije bolnikov (glede na stopnjo odvisnosti) oziroma na osnovne življenjske aktivnosti) (Filej in sod., 1999).

Na določenih področjih zdravstvene nege se računalnik s pridom uporablja; kot na primer računalniški program INFOMED, ki omogoča stalno spremljanje bolnika od sprejema do odpusta ter računalniško obdelavo podatkov in informacij o zdravstveni negi. Program je v celoti zaživel v Centru za intenzivno terapijo (CIT). Velika prednost, da je program zaživel, je v tem, da je medicinska sestra stalno prisotna pri bolniku in je v tem istem prostoru tudi vnosno mesto za podatke (računalnik). Veliko vlogo pri tem pa ima tudi osebe, ki je v celoti z odobravanjem sprejelo delo z računalnikom (Kramar in sod., 1992).

Sicer se računalnik še vedno uporablja večinoma za finančno vrednotenje dela in v statistične namene.

Izražena je potreba po pridobivanju dodatnih znanj s področja informacijskih sistemov in računalništva. Med zaposlenimi je zaznaven odpor do dela z računalnikom, kar je povezano s strahom, nemotiviranostjo in neznanjem, tako s področja računalništva kot tudi s področja tujih jezikov. Sled-

nje predstavlja tudi veliko oviro za iskanje informacij v svetovnem spletu, pisanje elektronskih člankov ter navezovanje stikov in izmenjavo izkušenj ter znanj z medicinskimi sestrami drugih držav.

Živimo torej v dobi informacij, v kateri postaja delo z računalnikom neizogibno. Imejmo v mislih, da informatizacija ne pomeni le to, da stroj dela ali pomaga delati to, kar smo do sedaj počeli ročno. Uporaba informacijskih orodij je tudi izziv in priložnost za nove zamisli in rešitve, ki vodijo k večji kakovosti dela in življenja (<http://lopesl.fov.uni-mb.si/CRII/indexs.htm>).

Literatura

1. Brumen B, Hleb BŠ, Kokol P, Podgorelec B, Welzer DT, Zorman M. Zdravstvena informatika. Maribor: Univerza v Mariboru, Visoka zdravstvena šola, 1999: 103–4.
2. Filej B, Kolenc L, Korže D, Lahe M, Prijatelj V, Železnik D. Informatika v zdravstveni negi: prispevki za razvoj. Maribor: Univerza v Mariboru, Visoka zdravstvena šola, 1999: 1–99.
3. Grad J, Jaklič J. Programski jezik Fortran 90. I. izdaja. Ljubljana: Ekonomska fakulteta, 1994:1.

4. Habjanič A, Vuga S, Kokol P, Zorman A. Računalništvo v zdravstveni negi. Inform Med Slov 1995; 3 (4): 25–8.
5. Lavrenčič B. Varnost (elektronskih) podatkov v zdravstvu. Inform Med Slov 1994; 1 (3-4): 37–41.
6. Rajkovič V, Šušteršič O. Informacijski sistem zdravstvene nege. Kranj: Moderna organizacija, 2000: 11–44.
7. Slavec S, Pohar B. Prihodnost računalniškega izmenjavanja podatkov v zdravstvu. Inform Med Slov 1994; 3-4 (1): 23–31.
8. Šušteršič O, Rajkovič V, Leskovar R, Bitenc I, Zolič I. Mesto in vloga računalniško podprtega informacijskega sistema patronažne zdravstvene nege. Zdrav Obzor 1999; 33: 151–8.
9. Vegan C. Varovanje informacijske zasebnosti v zdravstvu z vidika inšpekcijskega nadzorstva nad izvajanjem določb zakona o varstvu osebnih podatkov. Zdrav Var 1995; 34: 439–40.
10. Zupančič P. Zagotavljanje kakovosti na ravni vodilne MS zavoda Klinični center Ljubljana. Bilten ekonomike, organizacije, informatike v zdravstvu 1996; 12: Suppl 3 (3.zvezek): 99–116.

Viri

1. Računalniški informacijski sistem patronažne zdravstvene nege – potek projekta CRII, <http://lopesl.fov.uni-mb.si/CRII/indexs.htm>
2. Pregledovalnik mednarodne klasifikacije prakse zdravstvene nege, <http://lopesl.fov.uni-mb.si/icnp/>

Mojca Zabukovec, dipl. m. s.
mag. Marija Bohinc, vms, dipl. org. dela

VIZIJA PRIHODNOSTI IZOBRAŽEVANJA V ZDRAVSTVENI NEGI

Uvod

Zdravstvena nega je v zadnjem desetletju dosegla velik in zavidanja vreden napredek.

Bolnik – varovanec je s svojimi potrebami postal središče pozornosti; obravnavan je s socialnega, psihološkega in fiziološkega vidika.

Nov pomen je pridobilo raziskovalno delo v zdravstveni negi, podane so nove smernice za zagotavljanje kakovosti zdravstvene nege, prešli smo iz višješolske na visokošolsko strokovno raven izobraževanja medicinskih sester... *Ali je takšna raven izobraževanja medicinskih sester prihodnosti dovolj? Kakšne so težnje izobraževanja v prihodnosti v svetu? Katera znanja so tista, ki jih medicinska sestra kot nosilka zdravstvene nege ter vodja (menedžer) potrebuje? V kolikšni meri je izobraževanje medicinskih sester odgovornost njih samih, delovne organizacije in države?*

Vsa ta in še več je vprašanj, ki so še kako aktualna in odločilnega pomena za prihodnost zdravstvene nege nasploh.

Pogled na izobraževanje v svetu in pri nas

V svetovnem pogledu prehajamo v obdobje velikih sprememb – modernizacije, kar v sociološkem pogledu na splošno pomeni dvoje:

- transformacija družbe v gospodarskem pogledu (prehod v tržno gospodarstvo);
- spremembe v političnem in socialnem pogledu; ločevanje države od ostalih institucij.

Ves ta napredek v izobraževanju prihodnosti prinaša novo odvisnost v smislu *diferenciacije, racionalizacije, individualizacije ter domestifikacije*. Svet se poskuša spremeniti v enotno tržišče, s tem povezano posledično enotno šolo, posameznik je odgovoren sam zase, dobro plačana služba zahteva večjo prožnost posameznika, tehnika je zaslužnjila človeka, proizvajamo več dobrin, kot jih dejansko potrebujemo... Skratka, zahteve in potrebe se v vseh pogledih večajo, tudi na izobrazbenem področju.

V svetu raste pomen višjega, visokega in univerzitetnega izobraževanja, izobrazba postaja tržno blago, izobraževanje je bolj usmerjeno na sposobnega posameznika kot skupino, opazen je trend k uporabni edukaciji in permanentnemu izobraževanju.

Izobrazbene zahteve zdravstvene nege v prihodnosti

Zdravstvena nega je veda, ki je prevzela svoje cilje iz različnih znanstvenih smeri in idejnih izhodišč. Tako si zdravstvene nege danes ne znamo več predstavljati brez povezav z drugimi vedami: medicino, sociologijo, psihologijo, statistiko, pedagogiko, menedžmentom...

Tako od medicinske sestre pričakujemo znanja s področja zdravstvene nege kot stroke v povezavi s poznavanjem širših družbenih problemov ter menedžmenta. Poleg tega zdravstvena nega in medicina sodita med izobrazbeno zahtevna področja dela, kjer so zahteve po visokošolski, univerzitetni in akademski ravni izobrazbe med 30–35 % vsega

zaposlenega kadra. Zastavlja se vprašanje, v kolikšni meri ta odstotek v zdravstveni negi dosegamo?

Medicinska sestra kot vodja negovalnega tima ter pobudnica za zadovoljevanje negovalnih potreb bolnika mora biti v današnji tržni usmeritvi družbe pripravljena na tri različne vloge izobrazbe prihodnosti:

- **pasivno izobrazbo** s sprejemanjem znanja in vsebin, ki so jih drugi izbrali za nas, kar v stroki omogoča le dober izhodiščni položaj ali odskočno desko;
- **uporabno izobraževanje**, kar predstavlja investicijo v kapital posameznika in je nekaj, kar lahko posameznik vnovči;
- **aktivno izobraževanje**, kar pomeni oblikovanje lastnih stališč, sposobnosti (inovativnost!).

Razvoj stroke, politike in izobraževanja napoveduje medicinski sestri novo vlogo; vlogo menedžerja, kar pomeni aktivno vključevanje v politiko, vodenje, izobraževanje, ekonomijo, medsebojne odnose, oblikovanje pravnih stališč... v organizacijski enoti, delovni organizaciji in na nacionalni ravni. Ali smo na prevzem takšne odgovornosti dovolj pripravljeni? Ta vloga zahteva poleg znanj s področja stroke še zelo velik obseg splošnih znanj.

Morda je tudi za teorijo izobraževanja v zdravstveni negi zanimiva raziskava, izvedena med evropskimi menedžerji o njihovih potrebah po izobraževalnih vsebinah. V raziskavo so bili vključeni menedžerji s področja gospodarske in negospodarske (storitvene, javne) dejavnosti.

Rezultati so pokazali, da ob poznavanju stroke potrebujejo največ znanj z naslednjih področij:

- strategija vodenja podjetja;
- osebni menedžment;
- tržni menedžment;
- socialne sposobnosti;
- sistemsko mišljenje;
- kontrola, nadzor;
- finančni menedžment.

Morda bi bilo tudi ob pripravi programov izobraževanja na visokošolski ravni za medicinske sestre koristno razmisliti o vključevanju teh vsebin.

Z odmikom od tradicionalnega pogleda na medicinsko sestro kot pomočnico zdravniku ter priznanju zdravstvene nege kot samostojne discipline potrebujemo najvišje teoretično in praktično izobraženo medicinsko sestro, kar pa lahko ponudi le univerzitetni in podiplomski študij.

Menim, da je visokošolski strokovni študij še vedno nekoliko preveč usmerjen v teorijo in stroko zdravstvene nege ter premalo v splošnoizobraževalne vsebine (tuji jezik, ekonomija, pravo...).

Razmišljanje, da se s pridobitvijo formalne izobrazbe izobraževanje konča, je že zdavnaj preteklost. Prav nasprotno, s pridobitvijo formalne izobrazbe se odgovornost medicinske sestre, ki jo ima do bolnika, sebe in družbe, za izobraževanje šele dobro začne.

Eden od problemov, ki se tukaj pojavi, je lateralni transfer (način in sposobnost prenosa znanja v prakso). Slednje je namreč dokaj dolgotrajen proces.

Menim, da medicinske sestre še vedno preveč gledamo na teorijo in stroko zdravstvene nege s statičnega vidika! Še

vedno smo nekoliko zadržane do sprememb. Zato potrebujemo izobraževalne programe, ki dajejo izredno široko paleto znanj. Teorija namreč priporoča 70 % znanj s področja stroke (torej zdravstvene nege) ter 30 % znanj z drugih področij, ki so tudi potrebna in uporabna v zdravstveni negi.

Izobraževanje medicinskih sester – odgovornost posameznika, delovne organizacije in države

Izobraževanje je ena temeljnih pravic vsakega posameznika. Zgolj takšno razmišljanje bi bilo zelo ozko usmerjeno.

Pripravljenost za vstop v izobraževalni proces je odvisna od interesa, motivacije, mentalne kondicije in intelektualnih sposobnosti posameznika. Potem nastopi vloga delovne organizacije kot tudi države.

Vprašanje, ki se poraja, je, kolikšen pomen in možnosti dajejo zdravstveni zavodi izobraževanju medicinskih sester? Morda bi bilo v prihodnje koristno razpravljati tudi o tem.

A vendarle sta vzgoja in izobraževanja kadra ena najpomembnejših nalog vsake delovne organizacije! Gre namreč za pripravo delovne organizacije na prihodnost.

Na nacionalni ravni je še kako aktualen problem fakultetnega študija zdravstvene nege. Upravičenost le-tega je bila že nešteto argumentirana.

Sedaj se medicinske sestre vpisujejo v fakultetne študijske programe izven področja zdravstvene nege. Toda tudi iz slednjega se lahko nekaj naučimo. Dobro je viden interes medicinskih sester za izobraževanje ter pridobivanje fakultetne in akademske izobrazbe ali drugače: zrelostno smo višji ravni izobraževanja dorasle.

Formalno preveč izobražena medicinska sestra? Nikakor ne, vkolikor je izobražena v dobro bolnikov, razvoja stroke, svoje eksistence, osebnega zadovoljstva ter dviga povprečne ravni izobraženosti prebivalstva Slovenije. Zraven tega bi bilo slednje vprašanje v nasprotju s svetovnimi trendi permanentnega izobraževanja.

Vsekakor bo potrebno čimprej stopiti v korak s časom; nacionalna raven nam bo v bodoče na področju izobraževanja morala ponuditi več alternativ!

Medicinske sestre se nikakor ne moremo zadovoljiti zgolj s fakultetnim programom zdravstvene nege, temveč si prizadevati za možnost podiplomskega izobraževanja na področju zdravstvene nege v Sloveniji. Seveda je slednje možno le ob izdatni podpori zdravstvenih zavodov in države.

Zdravstvena nega si mora za bodočnost prizadevati ostati znanstvena disciplina, toda to ji bo uspelo le z vključevanjem inovacij in novih teorij. Zavedati se moramo, da so vsak referat, prispevek, seminarska, diplomaska naloga po svoje prispevek k raziskovalnemu delu in razvoju nove teorije zdravstvene nege.

Sklep

Zdravstvena nega s svojo zakladnico znanj kot samostojna znanstvena disciplina potrebuje izobraževalne programe, ki bodo dajali najširši obseg znanj. Le-ta naj ne bodo omejena zgolj na stroko zdravstvene nege, temveč usmerjena v oblikovanje svobodne in vsestransko razvite osebnosti medicinske sestre s sposobnostmi razvoja ustvarjalnega odnosa do dela.

Izobraževanje je v svojem bistvu proces usmerjanja – pravi človek na pravo delovno mesto ali uspešnost in zadovoljstvo pri delu.

V stroki zdravstvene nege na tem področju nekaj manjka; višja raven formalnega izobraževanja medicinskih sester z globalnim poznavanjem organizacijskih problemov, raziskovalnega dela, pravnih, ekonomskih, socioloških stališč... Le kako bo mogoče brez teh znanj aktivno posegati v nacionalni politični prostor in se prilagajati svetovnim trendom razvoja in izobraževanja?

Interes za izobraževanje v zdravstveni negi obstaja; zakaj ga delovne organizacije in nacionalna raven ne bi v celoti izkoristile ob zavedanju, da so dobro strokovno izobraženi in usposobljeni kadri eden temeljnih dejavnikov gospodar-

skega in družbenega razvoja ter temelj medsebojnih in družbenih odnosov. To velja za kadre v zdravstveni negi, medicini ali katerikoli drugi stroki.

Literatura

1. Bevc M. Ekonomski in družbeni pomen izobraževanja. Ljubljana: Inštitut za ekonomska raziskovanja, 1988.
2. Grbec V. Raziskovalno delo v zdravstveni negi pri nas in v svetu. Obzor Zdr N 1996; 30: 145–7.
3. Sedej M. Metode in tehnike kadrovanja. Kranj: Moderna organizacija, 1997: 71–5.

Petra Kamenšek, dipl. m. s.
Splošna bolnišnica Maribor,
Oddelek za internistično intenzivno medicino

IZMENJUJMO STROKOVNO ZNANJE IN IZKUŠNJE

Današnji način življenja in hitri razvoj znanosti zahtevata, da se neprestano izobražujemo in seznanjamo z novostmi. Mednje sodi tudi zdravstvena nega bolnika, ki je dinamičen proces, usmerjen v holistični in individualni pristop k posamezniku. Področja zdravstvene nege so širokega obsega. Nekatera obvladamo zelo dobro, druga malo manj. Marsikaj se lahko naučimo tudi iz Obzornika zdravstvene nege, ki je edino strokovno glasilo Zbornice zdravstvene nege Slovenije in Zveze društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Pri prebiranju omenjene strokovne publikacije je moja pozornost pritegnil članek *Zdravstvena nega bolnika z razjede zaradi pritiska in bolnika, ogroženega za nastanek razjede zaradi pritiska*, ki je bil objavljen v Obzorniku zdravstvene nege, letnik 34, številka 5–6, 2000. Članka sem bila vesela, saj se nanaša na področje zdravstvene nege, s katerim se tudi sama aktivno ukvarjam. Sodi v menedžment rizičnih dejavnikov, ki ogrožajo bolnika. Nekatere trditve v članku so že nekoliko zastarele. Zato posredujem novejše podatke, ki so potrjeni tudi v praksi.

S sistematičnim načrtovanjem, nadziranjem, odpravljanjem oziroma izboljševanjem rizičnih dejavnikov ugotavljamo kakovost zdravstvene nege. Skrb za kakovost spada med najpomembnejše strateške naloge v vsaki zdravstveni organizaciji. Zdravstvena nega je kakovostna takrat, kadar s svojo odličnostjo zadovoljuje potrebe bolnikov, istočasno so zadovoljni tudi izvajalci zdravstvene nege in prispeva k dohodku zdravstvene organizacije. Pri tem je potrebno upoštevati, da je kakovost koncept, ki je lasten vsaki organizaciji, ker zadeva izide in načine delovanja. Hkrati zahteva nove načine razmišljanja in delovanja zdravstvene organizacije.

Prva stopnja menedžmenta kakovosti je *načrtovanje kakovosti storitev*, kjer je potrebno opredeliti bolnike oziroma prepoznavanje njihovih potreb. Zato imamo na voljo različne sheme za oceno ogroženosti bolnika za nastanek razjede zaradi pritiska. Najpogosteje uporabljamo sheme Norton, Waterlov in Gosnell. Oceno izvedemo vsaj dve uri po sprejetju bolnika v bolnišnico.

Pri prepoznavanju potreb bolnika se omejimo na dejavnike, ki pospešujejo nastanek razjede zaradi pritiska. Delimo jih na notranje, med katere sodijo nezavest, nepokretnost, starost, prehrana, nizek krvni tlak, telesna teža, inkontinenca in drugi, ter zunanje: pritisk, trenje, strižne sile, neustrezen položaj bolnika, nepravilna tehnika obračanja in drugi. Zbrani podatki nam pomagajo pri pripravi negovalnih diagnoz in so osnova za načrtovanje individualnega preventivnega programa razjede zaradi pritiska. Naš osnovni cilj je, da bolnik ne dobi razjede zaradi pritiska.

Prvi in še vedno nosilni ukrep preprečevanja razjede zaradi pritiska je obračanje bolnika. Časovne posledice prilagajamo bolniku, pri tem smo pozorni na bolnikove potrebe po hranjenju, spanju in počitku. Obračanje ponoči prilagodimo bolnikovemu ritmu spanja, kajti nenaspan in utrujen bolnik ne more biti zadovoljen bolnik. Pri bolnikih, kjer opazimo rdečino na boku, opustimo bočni položaj in uporabljamo 30 stopinjski, stranski položaj.

Z oceno splošnega stanja in ogroženosti za nastanek razjede zaradi pritiska bolnike razvrstimo v ogrožene, bolj ogrožene in najbolj ogrožene. Na osnovi tega načrtujemo primerno uporabo pripomočkov za preprečevanje razjede zaradi pritiska. Lahko izberemo statične pripomočke, ki zmanjšujejo pritisk tako, da ga porazdelijo na večje področje. Najpogosteje izberemo različne pene, zračne blazine, ki jih namestimo na jogi, blazine iz gela in vodne blazine. Dinamični pripomočki zmanjšujejo pritisk in izboljšajo pretok krvi z izmeničnim ustvarjanjem področij nizkega in visokega pritiska. Izbiramo lahko med zračnimi blazinami s črpalko, ki jih namestimo na vzmetnico, in še boljšimi, kjer vzmetnica sploh ni več potrebna. Pri uporabi pripomočkov za preprečevanje razjede zaradi pritiska moramo biti pozorni tudi na pravilno urejenost postelje. Na blazini naj bo nameščena samo ena rjuha, ki naj ne bo preveč napeta, ker to zmanjšuje učinek pripomočka.

Zdravstveno nego kože izvajamo vsakodnevno glede na potrebe bolnika. Pri tem pazimo na morebitne spremembe na koži. Izogibajmo se masiranju kože, ker s tem lahko še

dotatno okvarimo mikrocirkulacijo, posebno na predelih kostnih štrlin, ki jih lahko zaščitimo s prozornimi filmi.

V program preprečevanja razjede zaradi pritiska sodi še skrb za primerno prehrano bolnika, ustreznost zdravstvena nega inkontinentnih bolnikov, bolnikovo dobro psihično počutje in zdravstvena vzgoja bolnikov.

V drugo stopnjo menedžmenta kakovosti storitev sodi ugotavljanje doseganja ciljev oziroma standardov. V zdravstvenih organizacijah imamo pripravljene standarde preprečevanja nastanka razjede zaradi pritiska, ki nam pomagajo pri usklajevanju procesov in učinkov in so usmerjeni v doseganje zastavljenih ciljev. Standardi naj bodo izraženi v izidih oziroma zelenem stanju bolnika in ne v obliki ukrepov, kako to stanje doseči. Pogosto so potrebni tudi posegi za usklajevanje dejanskega stanja z zelenim.

Kljub velikim naporom, ki jih vložimo v preprečevanje razjede, se razjeda zaradi pritiska zaradi splošno slabega stanja bolnika (nezavest, motnje v dihanju, cirkulaciji) lahko pojavi.

Vzroke za nastanek razjede je potrebno analizirati, ugotovljati in razvijati načine odpravljanja le-teh. Opravimo tudi ocenitev stopnje razjede, saj s tem določimo nadaljnje posege.

Pri zdravstveni oskrbi izvedemo oceno razjede, kjer ocenjujemo širino, globino, dolžino razjede, prisotno vnetje, vonj in izloček.

S čiščenjem iz razjede odstranjujemo organsko in anorgansko nesnago, za kar uporabljamo sterilne elektrolitske raztopine, ogrete na telesno temperaturo. Najboljši način čiščenja razjed je tuširanje z mlačno vodo. Zaradi kratkega stičnega časa z razjedo je uporaba antiseptikov vprašljiva. Antiseptiki delujejo toksično na fibroblaste.

Če je na razjedi prisotna mrtovina (črna suha nekroza), jo je potrebno odstraniti. Najhitrejši način je kirurška odstranitev (nekrektomija), kar pa ni vedno možno. V tem primeru uporabimo sodobne materiale, kot so hidrogeli in hidrokoloidi, ki mrtvino raztapljajo in jo odstranjujejo.

Pri okuženih razjedah zdravnik odredi odvzem brisa s površine razjede in na osnovi izvida predpiše antibiotično zaščito. Antibiotikov ne uporabljamo lokalno, saj se zaradi mrtvine na razjedi ne morejo vsrkati. Pogosto povzročijo preobčutljivostne reakcije, kar znatno poslabša lokalno stanje razjede.

V razjedah vzdržujemo toplo in vlažno okolje, saj s tem pospešujemo celjenje rane. Ob tem je nujna skrb za dobro splošno stanje bolnika, ker sicer tudi učinki na razjedi ne bodo vidni. Potreben je multidisciplinarni tim, ki ga sestavljajo strokovnjaki zdravstvene nege, medicine, fizikalne in delovne terapije ter dietetik.

Ob zaključku bi se rada zahvalila kolegici, ki je napisala članek za vzpodbudo, da bomo tudi druge medicinske sestre posredovale svoje znanje in izkušnje v našem strokovnem glasilu.

Vanja Vilar, vms, et
Svetovalna služba zdravstvene nege
KC Ljubljana

VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI OBRAVNAVI ODVISNIKA OD NEDOVOLJENIH DROG V SUBSTITUCIJSKEM METADONSKEM PROGRAMU

Uvod

Slovenijo je začetek epidemije uživanja nedovoljenih drog pred nekaj leti zalotil popolnoma nepripravljeno. Programov za obravnavo te vrste odvisnosti ni bilo, potrebe po njih pa so bile iz leta v leto večje. Vse več je bilo uživalcev nedovoljenih drog, med katerimi se je v zadnjem času starostna meja zelo znižala.

Po vseh dognanjih, ki jih je sodobna družba spoznala med razvojem v zadnjih desetletjih, lahko ugotovimo, da odvisnost ni vzrok, pač pa posledica. Je odsev delovanja moderne, tehnološko naravnane družbe, ki pa mora za zmagovit in hiter razvoj plačati svojo ceno. Ta cena je visoka, plačujejo jo največkrat tisti, ki se v sodobnem svetu ne znajdejo. Žal so to največkrat ljudje, na katerih sloni prihodnost, torej mladi.

Substitucija z metadonom je le ena od možnosti obravnave odvisnosti od nedovoljenih drog, ki jih lahko odvisnik izkoristi. Nekateri programa ne odpravljajo, saj vidijo v metadonu drogo, ki je odvisniku pač nadomestek za heroin in

odvisnik tako ne doseže glavnega cilja pri zdravljenju odvisnosti, se pravi življenja brez droge.

Nekateri se za ta program zavzemajo, ker vedo, da metadon kot zelo raziskano in svetu dobro poznano zdravilo pomaga reševati tiste najosnovnejše družbene probleme, ki jih povzroči odvisnost. To so velike zdravstvene težave odvisnih od nedovoljenih drog, med katerimi so zagotovo najbolj pereč problem nalezljive bolezni, predvsem hepatitis C in B ter okužba z virusom HIV. Pojav odvisnosti v družbi povzroči tudi porast kriminalnih dejanj, odvisniki se ukvarjajo tudi s preprodajo droge in prostitucijo, da zaslužijo denar za svoj odmerek omame.

Če so ljudje seznanjeni s programi obravnave odvisnosti od nedovoljenih drog in njihovim pristopom do odvisnika, potem imajo možnost prek njih spoznati, kdo odvisniki sploh so, kakšno je njihovo življenje in kaj v procesu zdravljenja potrebujejo.

Tako pa se sedaj s takimi stvarmi ukvarjajo predvsem tisti, ki so postavljeni pred dejstvo, da nekdo v njihovi bližini

potrebuje pomoč. Ker vsi ne vedo, kam po nasvet, večkrat poskušajo problem rešiti sami, kar pa ni najbolj učinkovito. Odvisnik sam brez strokovne pomoči zelo težko najde izhod iz svojega položaja. Iskanje strokovne pomoči je zato nujno potrebno in v nekaterih programih odvisnikom, ki prihajajo po pomoč, pomagajo zdravljeni odvisniki, ker ti najbolj vedo, kako pomagati nekemu, da se osvobodi jarma droge.

Opiati

Med uživalci drog so opiat, kot je heroin, priljubljeni predvsem zaradi učinka evforije, ki uživalcu prinese občutek vzvišene samozavesti. Ker je ta občutek privlačen, drogo uživajo znova in znova, dokler se ne razvije odvisnost.

Pomemben učinek opiatov na človeški organizem je tudi depresija dihalnega centra, ki je še posebej nevarna pri prevelikem odmerku. Če se to zgodi in odvisnik ni pravočasno deležen pomoči, lahko nastopi smrt v manj kot eni uri.

Drugi učinki opiatov so še slabost, bruhanje, motnje hranjenja, zaspanost, depresija, zmanjšan libido, upočasnen pulz, padec krvnega tlaka, neaktivnost, nastopijo spremembe osebnosti.

Opiate je možno uživati na več načinov. V obliki tablet in sirupa se jemljejo oralno, če so v prahu, se jih njuha, če pa so v obliki raztopine, se uživajo intravenozno, to je z vbrizgavanjem raztopine v žilo.

Heroin

Heroin, med odvisniki znan tudi kot »horse«, je v obliki belega, kristalnega praška. Je brez vonja, nekoliko grenkega okusa. Njegov učinek je od dva do desetkrat močnejši od učinka morfina.

Posledice, ki jih povzroča odvisnost od heroina, nastanejo v veliki meri zaradi tega, ker uživalci kupujejo heroin, ki so mu primešane različne snovi. Uživalci tako velikokrat ne vedo, katere snovi so heroinu primešane, zato je nevarnost predoziranja velika. Primesi v heroinu so različne, v drogo je lahko primešan sladkor v prahu, pralni prašek, puder, poživila, kot so kokain in amfetamini ter strihnin, ki ga preprodajalci primešajo v heroin zato, ker poveča učinek droge.

Heroin se uživa na različne načine. Najpogosteje ga uživanci uživajo intravenozno, lahko pa se ga njuha in kadi, kar večinoma počnejo začetniki. Nekateri odvisniki si heroin vbrizgavajo v mišico, tega načina pa se poslužujejo takrat, kadar si ga več ne morejo vbrizgati v žilo.

Učinki heroina so različni, delimo jih na kratkoročne in dolgoročne. Uživanje heroina pri uživalcu zmanjša občutek za bolečino, povzroča zaspanost, vitalne funkcije so upočasnjene ter sproža pri uživalcu občutke zadovoljstva in ugodja. Uživanje heroina povzroča še zaprtje, zmanjšan libido, zaradi primesi nastajajo v pljučih strdki, zaradi intravenoznega načina jemanja droge pa ob žilah nastajajo abscesi.

Značilni znaki, po katerih lahko sklepamo, da je nekdo pod vplivom heroina, so zožene zenice, motorika je upočasnjena, človek je zaspan, kinka in ima zmanjšan občutek za bolečino.

Posledice uživanja heroina so nastanek pljučnih obolenj, abscesov, tromboz, obolenj srčne mišice, uživanci nimajo apetita, so shujšani, apatični, pojavijo se spremembe osebnosti.

Med uživalci se širijo okužbe, na prvem mestu je okužba z virusom hepatitisa C, odvisnikom grozi tudi okužba z virusom hepatitisa B, virusom HIV in okužba s sifilisom ter pljučna tuberkuloza. Vse stanje poslabša še zelo slaba skrb za telesno higieno.

Nevarnost nastanka odvisnosti je velika zaradi evforičnega učinka droge. Heroin povzroča psihično in fizično odvisnost. Pri psihični odvisnosti odvisnik ves čas misli samo na drogo in opušča stvari, ki so ga prej veselile, nima več nobene ambicije in življenjskih ciljev.

Telesna odvisnost se kaže kot abstinenčna kriza, ki nastopi, ko organizem ne dobi droge. Znaki abstinenčne krize so različni in za odvisnika neugodni. Pojavijo se osem do dvanajst ur po zadnjem odmerku. Najbolj so izraženi drugi in tretji dan in prenehajo po sedmih do desetih dneh. Nekateri so lahko prisotni do nekaj tednov, na primer nespečnost in vznemirjenje.

Pri abstinenčni krizi se odvisniku zenice razširijo, izražena je velika potreba po drogi, bolečine zajamejo celotno telo. Odvisnik zeha, kiha, oči se mu solzijo, obliva ga hladen znoj. Pojavijo se driska in bruhanje, bolečine v trebuhu, dolgih mišicah, velikih sklepah ter pogosto uriniranje. Vrednosti vitalnih funkcij so povišane, lahko se pojavi hemokonzracija, odvisnik je nemiren, ima motnje spanja ter je depresiven, potrj in prestrašen.

Pri razstrupljanju je zelo pomembno, da je odvisnik v stabilnem okolju, v katerem se počuti varnega. Priporočljivo je, da mu svojci oziroma prijatelji pomagajo.

Predoziranje je še posebej nevarno pri eksperimentiranju z drogo in pri tistih, ki heroina dalj časa niso jemali. V tem primeru se toleranca za heroin zniža, kar pomeni, da se mora telo znova navaditi na prejšnji odmerek droge. Človeški organizem se na vedno večje količine heroina navaja počasi in če si uživalec vbrizga preveliko količino droge, nastopijo znaki predoziranja. Človek postane razburjen, ima vrtoglavico, bruha. Zenice so zelo zožene in so videti kot bucikina glavica. Pojavijo se krči in nezavest, krvni tlak in telesna temperatura se znižata, nastopi šok.

Uživalec skuša obupno priti do sape, kar je znak začetka hromitve dihanja. Lahko pa uživalec postaja zaspan in izgubi zavest.

Ker v nezavesti požiralni refleks in kašelj ne delujeta, je velika nevarnost zadušitve. Zato je potrebno uživalca obrniti na bok in poklicati reševalce. Če je že prišlo do zastoja dihanja, je potrebno začeti z oživljanjem.

Metadon

V Sloveniji je metadon registriran pod imenom heptanon in se izdaja samo na zdravniški recept ali prek naročilnice, če se ga izdaja za potrebe Centra za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od nedovoljenih drog.

Metadon se lahko uporablja kot zdravilo v primeru obravnave odvisnosti od opiatov. Gre za substitucijsko terapijo oziroma terapijo, kjer heroin zamenjamo za metadon, ki ga odvisnik jemlje pod rednim zdravniškim nadzorom.

Obravnava opiatne odvisnosti z metadonom se izvaja v Centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od nedovoljenih drog, ki so se v Sloveniji začeli razvijati leta 1995.

Obravnava opiatne odvisnosti z metadonom spada med nizko prazne oziroma »harm reduction« programne, katerim je osnovno vodilo zmanjševanje škode, nastale zaradi uživanja drog.

Za obravnavo opiatne odvisnosti je metadon primeren zaradi tega, ker v možganih blokira opiatne receptorje, torej tiste, na katere deluje tudi heroin, s tem pa učinke heroina močno zmanjša in tako zmanjša tudi željo po uživanju heroina in drugih drog.

Če je dnevni odmerek metadona pravilno določen, zado- stuje tudi za ves dan. Odvisnik torej vzame metadon enkrat dnevno in ne čuti znakov abstinencijske krize do naslednjega odmerka, to pa pomeni, da odvisniku ni treba več iskati naslednjega odmerka droge. Zaradi tega je manj kriminalnih dejanj, odvisnik se stabilizira in je sposoben zaživeti kolikor se da normalno življenje.

Pri odvisniku, ki je vključen v metadonsko terapijo, je bistveno zmanjšana možnost okužbe, predvsem z virusom hepatitisa in virusom HIV, ki se med intravenoznimi uživalci širi zlasti prek inficiranega pribora.

Splošno velja, da obstajata dva tipa substitucijske oziroma nadomestne obravnave. Ločimo ju na dolgoročni vzdrževalni program in na detoksikacijo z metadonom, ki je kratkoročni program.

Vzdrževalni metadonski program je program, v katerem odvisnik jemlje metadon daljše obdobje, lahko tudi več let. Namenjen je tistim odvisnikom, ki ne zmorejo abstinitirati in živeti brez droge.

Drugi način substitucijske obravnave opiatne odvisnosti z metadonom je detoksikacija, kjer se odvisnik razstruplja s pomočjo metadona oziroma si z njim blaži znake abstinencijske krize pri odtegnitvi droge. Ta program traja krajši čas kot vzdrževalni metadonski program, cilj pa je popolna abstinenca odvisnika.

Funkcije, naloge in dela medicinske sestre v substitucijskem metadonskem programu

Medicinska sestra ima v substitucijskem metadonskem programu dve funkciji. Samostojno funkcijo ima na področju zdravstvene nege, katere nosilka je, odvisno funkcijo pa ima v diagnostično terapevtskem programu, kjer opravlja dela in naloge po naročilu zdravnika. Medicinska sestra je članica tima, ki deluje v Centru za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od nedovoljenih drog.

Naloge in dela medicinske sestre v substitucijskem metadonskem programu so zelo različne. Pri delu prihaja medicinska sestra v osebni stik z odvisnikom in njegovimi svojci, zato je potrebno, da z njimi vzpostavi primeren odnos, ki bo temeljil na medsebojnem spoštovanju in zaupanju, kajti samo tako je mogoče pričakovati pozitiven rezultat zdravljenja.

Medicinska sestra je odgovorna za razdeljevanje metadona, kjer mora upoštevati pet pravil. Pri podeljevanju metadona mora paziti, da odvisnik popije svoj odmerek pred njo, dani odmerek pa tudi dokumentira v svojo dokumentacijo. Prav tako skrbno dokumentira odmerek, ki ga odvisnik dobi za domov. V tem primeru dano količino zabeleži tudi v Izkaznico o vključenosti v vzdrževalni metadonski program, ki jo mora vsak odvisnik vedno imeti s seboj, ko pride po metadon. Količino metadona, ki jo ima odvisnik za domov, medicinska sestra razredči že v ambulanti.

Ob podeljevanju metadona ima medicinska sestra priložnost, da opazuje počutje odvisnika. O morebitnih težavah ga tudi povpraša. To je pomembno zaradi tega, ker se lahko zgodi, da predpisana količina metadona, zlasti na začetku jemanja, odvisniku ne ustreza. Kadar je predpisana količina metadona premajhna, je odvisnik običajno nemiren, razdražljiv, ima razširjene zenice, prisotne so bolečine in slabost, lahko tudi bruhanje. Če pa je predpisana količina metadona prevelika, ima odvisnik zožene zenice, je zaspan ali dremav in plitko diha ter mu je slabo, vitalne funkcije pa so upočasnjene.

Odvisnik mora v primeru, ko je predpisana količina metadona neprimerna, nemudoma obiskati zdravnika, ki mu bo količino predpisanega metadona spremenil. Nevarnost obstaja zlasti v primeru, ko je predpisana količina metadona prevelika, saj je to lahko za odvisnika smrtno nevarno.

Medicinska sestra mora biti na znake, ki kažejo na to, da je predpisana količina metadona neprimerna, pozorna in mora odvisnika takoj napotiti k zdravniku, če opazi, da nekaj ni v redu ali če ji odvisnik sam pove, da se ne počuti dobro.

V substitucijskem metadonskem programu medicinska sestra sodeluje pri odvzemu materiala za laboratorijske preiskave, vodi dokumentacijo, se stalno izobražuje in sodeluje pri organizaciji dela v Centru za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od nedovoljenih drog.

Zdravstvena vzgoja v substitucijskem metadonskem programu

Zdravstvena vzgoja je kontinuiran proces, ki zajema posameznika in lokalno skupnost v vseh življenjskih obdobjih, v času zdravja in boleznih. Zato morajo izvajalci zdravstvene vzgoje poznati populacijo, s katero delajo, njihove probleme in njihove potrebe po znanju.

Substitucijski metadonski program je ena od možnosti zdravljenja odvisnosti od nedovoljenih drog. Vanj se največkrat vključujejo ljudje, ki so odvisni od heroina. Ko se vključijo v metadonsko zdravljenje, so posledice uživanja drog že močno izražene na telesnem in duševnem zdravju. Socialni status teh ljudi je nizek, odvisniki ne hodijo v službo, so brez stanovanja in podobno. Zdravstvena vzgoja ima v substitucijskem metadonskem programu pomembno mesto, medicinska sestra pa kot njena izvajalka pomembno vlogo, ker skuša odvisnika pripraviti do tega, da začne na svoje dotedanje življenje z drogo gledati tako, da ugotovi, da je takšen način življenja neprimeren in škodljiv tako njemu kot njegovi okolici.

Ob vključitvi odvisnika v metadonsko zdravljenje se najprej poskušajo v največji možni meri odpraviti posledice uživanja drog in poskuša se preprečiti recidiv. Odvisnik potrebuje močno motivacijo in podporo okolice. Spremeniti mora sebe kot osebnost, ker bo tako lahko spremenil svoj odnos do droge in dotedanjega življenja.

S primernim pristopom v zdravstveni vzgoji lahko člani tima motivirajo odvisnika za doseganje potrebnih sprememb in ga vzpodbujajo k razvoju pozitivnega mišljenja. Pomembno je, da ga vzpodbujajo za izvajanje aktivnosti, s katerimi bo izboljšal svoje zdravstveno stanje. To je pomemben korak, ki ga naj odvisnik doseže predvsem z lastnimi napori in zato je potrebno izbrati primeren pristop in način komuniciranja, ki bo odvisnika vzpodbudil k sodelovanju.

V izvajanje zdravstvene vzgoje se vključijo tudi svojci odvisnika. Tisti svojci, ki se vključijo v obravnavo odvisnika, imajo ponavadi velike potrebe po znanju in tudi interes za učenje. Člani tima jih poučijo o zdravem načinu življenja ter o aktivnostih, ki pripomorejo k višji ravni zdravja in jim priporočajo, da jih izvajajo skupaj z odvisnikom. Prav tako jih člani tima poučijo o metodah, s katerimi naj pristopijo k odvisniku, kajti pomembna je predvsem potrpežljivost.

Za uspešno vodeno terapijo je pomembna dobra komunikacija med člani tima in odvisnikom ter njegovo družino.

Za uspešno medsebojno sodelovanje je potrebna tudi visoka motivacija odvisnika, ki mora biti motiviran za postavljanje in doseganje ciljev, ki si jih zastavi skupaj s svojo družino, pri tem pa mu pomagajo medicinska sestra in drugi

člani tima, ki ga morajo pripraviti tudi na to, da bo na poti doseganja zastavljenih ciljev naletel na veliko ovir. Verjetno vseh zastavljenih ciljev ne bo mogel doseči ali pa bo za to potreboval veliko časa. Odvisnika mora medicinska sestra in drugi člani tima motivirati za konstruktivno reševanje nastalih konfliktnih situacij ter ga pripraviti na morebitne poraze.

Pri odvisniku, ki je vključen v substitucijski metadonski program, medicinska sestra ugotavlja, na katerih področjih je njegovo znanje pomanjkljivo. Medicinska sestra lahko tudi ugotovi, da odvisnik znanje sicer ima, nima pa interesa, da bi ga uporabil. Medicinska sestra takega odvisnika motivira in ga prepriča, da pridobljeno znanje začne uporabljati.

Če je pri odvisniku prisotna višja stopnja motivacije, se medicinska sestra z njim pogovori o doseganju in vzdrževanju abstinence in ga motivira za postopno opuščanje metadona. Razloži mu, da lahko z abstinenco izpolni pogoje visokopražnih programov in mu razloži, kaj ti programi so in na kakšnem načelu temeljijo.

S pomočjo aktivnosti, ki se nanašajo na zdravstveno vzgojo, lahko medicinska sestra odvisniku svetuje in ga pouči, kako si lahko izboljša kakovost življenja in doseže boljše zdravje. Zato mora odvisnik sprejeti svoje zdravje in zdravje drugih kot dobrino, za katero pa mora skrbeti sam.

Medicinska sestra naj odvisnika pouči o tem, da zdravje ni nekaj samo po sebi razumljivega in da mora zanj skrbeti, če se hoče dobro počutiti.

Medicinska sestra ter ostali člani strokovnega tima in njegova družina naj odvisniku ob spreminjanju njegovega življenja stojijo ob strani. Pomembno pa je, da mu ne odvzamejo bremena, s katerim se mora soočiti. Če to storijo, bo odvisnik zopet ostal brez možnosti, da prevzame odgovornost za svoje življenje in za svoja dejanja.

Medicinska sestra izobražuje tudi svojce odvisnika. Ti so velikokrat slabše poučeni o problemu, s katerim se srečuje član njihove družine. Imajo občutek, da so oni krivi, da je postal odvisen od droge, prav tako se čutijo krive, ker niso takoj opazili, da je nekaj narobe. Ponavadi ne morejo sprejeti dejstva, da je nekdo v njihovi družini odvisnik oziroma ga zelo težko sprejmejo.

Medicinska sestra jim naj s pomočjo celotnega tima pomaga sprejeti dejstvo, da je njihov svojec odvisnik, hkrati pa jim naj pokaže možne izhode iz neprijetne situacije in jih motivira za skupno reševanje problema odvisnosti.

Svojci velikokrat pričakujejo, da se bo odvisnik spremenil že kmalu po vstopu v Center za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od nedovoljenih drog. Medicinska sestra svojcem razloži, da takojšnje spremembe niso možne in tudi

ne zaželene. Svojce tudi pripravi na možne poraze in jih pouči, da ni dobro uvajati sprememb prehitro, ker tako oni kot odvisnik potrebujejo čas, da se navadijo na režim, ki ga zahteva zdravljenje z metadonom. Če svojci na odvisnika pritiskajo s svojimi zahtevami, odvisnik popusti pod bremenom zahtev in se znova zateče k drogi. Zato medicinska sestra svojce spodbuja k potrpežljivosti in jim svetuje, naj ne pritiskajo na odvisnika s postavljanjem pogojev.

Delež, ki ga lahko vsi zdravstveni delavci prispevajo k reševanju tega problema, je velik. Ljudem lahko pokažejo, da so odvisniki prav tako ljudje kot oni sami, le da so imeli v življenju smolo in so se pustili zapeljati drogi. Če bodo zdravstveni delavci na družbo vplivali tako, da bo ta odvisnike sprejela kot sebi enake in jim bo zmožna pokazati, da so tudi oni vredni dostojnega življenja, se bodo odvisniki droge lažje rešili.

Literatura

1. Bizjak T. Vloga medicinske sestre v centru za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog. Zbornik predavanj in posterjev. 2. kongres zdravstvene nege, Portorož. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 1999.
2. Čebašek-Travnik Z, Tomšič V. Bolezni odvisnosti in vloga medicinske sestre v procesu zdravljenja. Zdrav Obzor 1987; 21: 227–38.
3. Čuk J, Krek M, Sernec Podnar K, Zadel A. Zbornik prevodov, Slovenija, Piran, 1996. Koper: Zavod za zdravstveno varstvo Koper. Center za prevencijo, zdravljenje in raziskovanje bolezni odvisnosti, 1996.
4. Henry J. Družinska enciklopedija zdravil. Ljubljana: Državna založba Slovenije, 1996.
5. Hočvar F, Miličinski L, Tomori M. Droge v svetu in pri nas. Ljubljana: Delavska enotnost, 1986.
6. Hoyer S. Zdravstvena vzgoja in zdravstvena prosveta. Ljubljana: Tehniška založba Slovenije, 1995.
7. Kastelic A, Mikulan M. Mladostnik in droga: priručnik za starše in učitelje. Ljubljana: Domus, 1996.
8. Kastelic A, Kostnapfel Rihtar T. Kaj je dobro vedeti o metadonu: priručnik za ljudi, ki se zdravijo z metadonom (lahko ga bere tudi kdo drug). Ljubljana: Ustanova Odsev se sliši, 1999.
9. Kastelic A, Kostnapfel Rihtar T. Mreža pomoči odvisnim od drog in vzdrževalni metadonski program. Med Razgl 1996; 35: Suppl 5: 43–6.
10. Kostnapfel Rihtar T. Zbornik izbranih predavanj. Posvetovanje o problematiki metadona, Gozd Martuljek, 1994. Ljubljana: Ministrstvo za zdravstvo, 1995.
11. Krek M, Mišigoj Krek J. Nekatere moralno-etične dileme pri zdravljenju odvisnosti od nedovoljenih drog. Med Razgl 1996; 35: Suppl 5: 47–7.
12. Lanara Vassiliki A. Herojstvo kot vrednota v zdravstveni negi. Obzor Zdr N 1998; 32: 139–44.

Estera Lukovnjak, dipl. m. s.

Milica Lahe, vms, univ. dipl. org.

Članek je povzetek diplomskega dela na Visoki zdravstveni šoli v Mariboru.