DILEME, PROBLEMI IN TEŽAVE OB INTEGRACIJI DUŠEVNO PRIZADETEGA OTROKA V VZGOJNOVARSTVENO ORGANIZACIJO

Socializacija in habilitacija duševno prizadetega otroka zahteva interdisciplinarni pristop in sodelovanje različnih strokovnjakov z otrokovim ožjim in širšim družbenim okoljem. Zelo pomembno je zgodnje odkrivanje motnje v razvoju, kar je domena pediatrične službe, in vodenje teh otrok s pomočjo republiškega Registra novorojencev v razvojnih ambulantah v otroškem dispanzerju. Z razvojnimi ambulantami je tesno povezan strokovni tim mentalno higienskega oddelka, ki spremlja duševni razvoj, diagnosticira in načrtuje korektivno terapevtsko obravnavo prizadetega otroka.

Rojstvo prizadetega otroka starše zelo prizadene in tega pravzaprav nikoli ne prebolijo. Naša naloga je, da starše spodbujamo in emocionalno krepimo, da otrokove prizadetosti ne sprejmejo le razumsko, ampak jo dobesedno pretrpijo. Pri premagovanju raznih faz lastne krize naletijo starši še na ovire in na procese nasprotovanja pri vključitvi otroka v družbeno okolje (soseska, vrtec) in neredko na stigmatizacijo prizadetih, celo v smislu marginalne družbene skupine.

Zato je še toliko bolj pomembno sodelovanje staršev in mentalno higienskega tima. V procesu obravnave na mentalno higienskem oddelku se seznanjajo tudi z določenimi socialnimi pravicami, ki so urejene normativno (skrajšan delovni čas, dodatni dopust, povišan otroški dodatek, habilitacija...).

Pri uveljavljanju teh pravic pomaga socialna delavka in poskuša starše aktivirati še za dodatne rešitve. Vključitev duševno prizadetega otroka v vzgojnovarstveno organizacijo je odvisna od timske presoje. Izogibati se moramo pretiranega vključevanja otrok z raznimi motnjami v razvoju za vsako ceno v posebne skupine – v razvojne oddelke, ki so organizirani pri vzgojnovarstveni organizaciji. Določene motnje pri otroku se namreč bolje popravijo v običajni skupini v običajnih pogojih z ustreznim pedagoškim vplivanjem. Misliti moramo na to, da bodo ti otroci živeli, ko odrastejo, med zdravo populacijo.

Problemi in ovire v procesu neposredne integracije

Ob dilemi vključitve duševno prizadetega otroka v razvojni oddelek ali v redno skupino v vrtcu se za razvojni oddelek odločamo zaradi naslednjih razlogov:

– opažamo, da je predvsem zmerno duševno manj razvit otrok v skupini svojih vrstnikov (po kronološki, ne mentalni starosti) odrinjen. Pojavljajo se znaki neustrezne adaptacije – napadalno vedenje, umik vase ter različne druge čustvene težave. Te težave so še izrazitejše zaradi neustreznih številčnih normativov v vrtcih in zaradi neustrezne strokovne usposobljenosti vzgojiteljic. Proces ozaveščanja staršev je upočasnjen. Njihovi obrambni mehanizmi, ki izvirajo iz občutij ogroženosti, se v taki situaciji krepijo. Pogosto vzgojiteljica zaradi premočne čustvene angažiranosti ali identifikacije s starši še utrjuje obrambni mehanizem zanikanja (»saj je z otrokom vse v redu«);

– prav tako naj opozorimo na neustrezno strokovno in etično reagiranje nekaterih medicinskih strokovnjakov, ki prav tako podpirajo obrambni mehanizem zanikanja pri starših in zavirajo proces ozaveščanja. Konkretno se to kaže v dokaj znanih ugotovitvah oziroma »strokovnih mnenjih«, na primer: ko bo spregovoril, bo čisto v redu; potrebna je le intenzivna logopedska obravnava; otrok zaostaja le motorično, sicer pa je vse v redu...

Po naših izkušnjah je sama namestitev otroka v razvojnem oddelku (RO) in usmerjena specialno pedagoška obravnava premalo. Zaradi možnosti posnemanja običajnih vzorcev vedenja je smotrna vključitev otroka v oddelek, ki ustreza njegovi mentalni starosti, ob stalni specialnopedagoški pomoči v razvojnem oddelku. Tako izvaja specialni pedagog

program po načrtu, ki ga sestavi skupno s timom mentalnohigienskega oddelka. Čas bivanja v rednem oddelku pa variira odvisno od trenutne situacije, otrokovih zmogljivosti ter pripravljenosti na sodelovanje.

Ob prehodu otroka iz vrtca, kjer je bil vključen le v redno skupino, v vrtec z razvojnim oddelkom, se pogosto kažejo še izrazitejši odpori staršev, ki niso sprejeli otrokove prizadetosti. To se še potencira v primerih, ko vzgojiteljica in vzgojni vodja ne povesta staršem, kako otrok funkcionira v skupini. Naš predlog za premagovanje teh ovir je: skupno soočenje staršev, strokovnih delavcev mentalnohigienskega oddelka, vzgojne vodje in vzgojiteljice. Oblika takega pogovora naj omogoči staršem, da izrazijo svoje dvome, dileme in pomisleke v zvezi z otrokovo prizadetostjo in z razvojnim oddelkom. Strokovni in pedagoški delavci pa naj v primerni obliki, a vendar pošteno, predstavijo stopnjo in obseg otrokove prizadetosti ter najustreznejše oblike pomoči in nadaljnjega usposabljanja.

Ob naslednjem koraku – neposredni integraciji v vrtec z razvojnim oddelkom – se lahko pokažejo težave v različnem pojmovanju integracije – tako pri vzgojiteljici, ki otroka sprejme, kot tudi pri vzgojnem vodji. Objektivni problem je dodatna obremenjenost vzgojiteljice redne skupine zaradi prevelikega števila otrok v skupini, kar je določeno z normativom. Pokazala se je izrazita potreba po dodatni edukaciji vzgojiteljic, ki zajema tako znanje specialne pedagogike duševno prizadetih kot tudi poznavanje procesa sprejemanja različnosti v našem življenju – pravice drugačnih do življenja v našem svetu.

Odpore pri vzgojnem osebju je verjetno mogoče premagovati v procesu takega educiranja. V sedanjem trenutku pa je vsekakor pomembnejša vključitev strokovnega delavca, ki je zaposlen v vzgojnovarstveni organizaciji (pedagog, psiholog). Le-ta ima moč neposrednega odločanja o vključitvi otroka v redno skupino, ustrezno njegovi mentalni starosti.

V procesu sprejemanja je pomembna neposredna vključitev strokovnega delavca mentalnohigienskega oddelka – socialnega delavca, psihologa ali tudi drugega člana strokovnega tima. Tak strokovnjak lahko pomaga strokovnemu delavcu v vrtcu in tudi staršem, ko se aktivno vključijo v sprejem svojega prizadetega otroka v vrtec. Dobro se je obnesla tudi praksa obiska in pogovora s starši v vrtcu z razvojnim oddelkom. Imeli so možnost tako ogleda oddelka iz same ustanove kot tudi neposrednega stika z vzgojiteljico in specialno pedagoginjo.

Prikaz poteka izvedbe integracije v vzgojnovarstveni enoti Prule

Diferenciacija pomeni nastajanje razlik, drugačnost, integracija pa združevanje, povezovanje. Med diferenciacijo in integracijo obstoja dialektičen odnos. V našem primeru gre za otroke, ki so drugačni in jih želimo povezati z drugimi otroki v skupnem bivanju, spoznavanju, komuniciranju... Z dodatnim individualnim načinom dela v razvojnem oddelku pomagamo tem otrokom pri kompenzaciji njihovih pomanjkljivosti.

Razvojni oddelek v Enoti Prule smo odprli septembra 1990. Vodstvo vzgojnovarstvene organizacije je zanj namenilo najlepšo in največjo igralnico v enoti. Preuredili so sanitarije, opremo in nabavo igrač so prepustili specialni pedagoginji.

Razvojni oddelek je nekaj novega, neznanega, drugačnega za vrtec. Ravnateljica, pedagoški vodja in pedagoginja poznajo namen razvojnih oddelkov, zato tu ni bilo težav, kar pa je ponekod lahko velik problem. Naš oddelek je bil deležen njihove vsestranske pomoči in pozornosti, za druge delavce žal tega ni mogoče reči. Najprej je bilo veliko radovednosti. Za otroke, ki nimajo zunanjih znakov prizadetosti, menijo, »da jim pač nič ne manjka«. Nato jih neizmerno preseneti, ker je vpisanih samo sedem otrok, pa še vsi niso prisotni vsak dan.

Tako nas vsak dan večkrat štejejo in nas spomnijo, kako nam je dobro. Potem šele pride najpomembnejše: INTEGRACIJA! »Tako malo otrok, pa še enega pošiljamo v redno skupino, kjer je že itak preveč otrok«...

Sedaj integriramo petletno duševno prizadeto deklico, ki je samostojna, spretna, rada se igra, še raje pospravlja. Neizmerno ima rada otroke, ljudi. Nič je ne moti, da je vsak dan v dveh igralnicah in da se vsak dan srečuje s štirimi tovarišicami.

Zjutraj, ob prihodu v vrtec, gre v redno vzgojno skupino, kjer ostane do devetih. Nato pride v razvojni oddelek, kjer poteka individualno delo s specialno pedagooginjo. Ob desetih gre zopet v redno skupino oziroma, glede na dejavnosti na prostem, ostane v razvojnem oddelku. Ob enajstih se vrne v redno skupino, kamor jo kasneje pridejo iskat starši.

Integracija poteka s privoljenjem vzgojiteljice, vendar pa se že kažejo težave. Vzgojiteljica pravi, da se drugi otroci deklici posmehujejo, ker zaostaja v govoru. Vzgojiteljica bi verjetno to lahko opravila z vzgojnim delom v smislu razlage drugačnosti otrokom v skupini, seveda ustrezno njihovi starosti. Sodelovanje specialne pedagoginje z vzgojiteljico je zaenkrat zelo težavno. Gre za nepripravljenost, neznanje in nerazumevanje tega področja. Večje pa je razumevanje pri vzgojiteljicah z višjo izobrazbo. Na tej stopnji šolanja imajo namreč predmet specialna pedagogika, kjer se seznanijo z osnovnimi dejstvi s tega področja.

Starši so bili zelo zainteresirani za integracijo in so jo upravičeno zahtevali. Psihologinja z mentalno higienskega oddelka je pripravljala deklico in starše na integracijo. Starši so imeli sprva še nekaj pomislekov glede razvojnega oddelka, ker deklica izrazito posnema vedenje drugih. Ker pa čas bivanja v razvojnem oddelku porabimo za intenzivno specialnopedagoško delo, je ta bojazen odpadla.

Naloga specialnega pedagoga v razvojnem oddelku je tudi pospeševanje procesa sprejemanja duševno prizadetih otrok s strani celotnega osebja vrtca, in sicer na naslednje načine:

- prikaz praktičnega dela z duševno prizadetimi otroci,
- posredovanje znanja o duševni prizadetosti,
- vsakodnevno strokovno dogovarjanje in načrtovanje dela z integriranim otrokom.

Problematiko integracije duševno prizadetega otroka v vzgojnovarstveni organizaciji smo zastavili problemsko, in sicer s socialnega, psihološkega in specialnopedagoškega vidika.

Prizadetim osebam je zagotovljena določena stopnja pravne varnosti, vendar naletimo v praksi na vrsto ovir in nasprotovanj. Težave so v nerazumevanju, v neznanju, v pomanjkanju fleksibilnosti raznih institucij in pogosto v birokratskem postopku reševanja vključitve duševno prizadetega otroka v širše družbeno okolje.

Proces ozaveščanja o nujnosti vključitve v ustrezno pedagoško obravnavo otežujejo obrambni mehanizmi staršev in neprimerno stališče osebja vrtca do integracije. Menimo, da je obseg integracije odvisen od stopnje umske manjrazvitosti, od značilnosti otrokove osebnosti in od situacijsko pogojenih dejavnikov v vrtcu.

Normativno je treba zmanjšati število otrok v tistih vzgojnih skupinah, ki sprejmejo integriranega otroka. Slabe ekonomske razmere v vrtcih ne bi smele biti vzrok, da ne bi omogočili duševno prizadetim otrokom resnično vsega, kar potrebujejo za svoj razvoj.

Dati jim moramo vse, ker si sami ne morejo ničesar vzeti

Jasna Vodeb, specialist klinične psihologije
Darinka Topolovec, dipl. sociologinja,
obe Zdravstveni dom Ljubljana Center
Dragica Kraljič, specialna pedagoginja,
VVO Ljubljana Center

PRENAŠANJE VIRUSA HIV IN PRVA POMOČ

V zvezi s prenašanjem virusa HIV se pri dajanju prve pomoči srečujemo predvsem z dvema problemoma: oživljanje usta na usta in krvavitev, pri katerih je stik s telesnimi tekočinami drugega človeka malone neizbežen.

Oživljanje usta na usta

Poškodovanca, ki je nezavesten in ne diha spontano (recimo zaradi srčnega napada, električnega udara ali poškodbe glave), je treba pogosto oživljati z metodo usta na usta. Z oživljanjem moramo začeti nemudoma. Z metodo oživljanja usta na usta lahko človeku rešimo življenje in se ji v strahu, da bi se nalezli virusa HIV ali kakega drugega, ne smemo odreči.

Okužba z virusom HIV prek oživljanja usta na usta ni bila še nikoli opisana. Virus HIV so sicer odkrili v slini, a v izjemno majhnih količinah in nobenih dokazov ni za to, da bi se virus HIV prenašal s slino. Seveda pa obstaja teoretična možnost takšne okužbe, še zlasti če poškodovanec, ki ga oživljamo s takšno metodo, krvavi iz ust. Tisti, ki daje prvo pomoč, naj zato uporabi čisto krpo ali robec in z njo obriše kri. Različne maske, balone za oživljanje in druge podobne priprave naj uporabljajo le posebej izurjeni ljudje. Zato tudi ni primerno, da bi njihovo uporabo priporočali kar vsevprek, saj lahko nepravilna raba povzroči še dodatne poškodbe in krvavitve. Če takšne priprave nimamo, se zaradi tega ne smemo odpovedati rabi metode usta na usta.

Krvavitev

Poškodovancu, ki krvavi, je treba nemudoma nuditi prvo pomoč. Vsakršno obotavljanje je lahko usodno, še zlasti, če krvavi iz arterije.

Če je le mogoče, poškodovancu pokažite, kako naj si s čisto, debelo tkanino sam ustavi krvavitev. Kadar pa je poškodovanec nezavesten, ne sodeluje ali pa je rana prevelika oziroma je ne morete doseči, potem kri zaustavljajte s čisto tkanino ali čim drugim in se skušajte izogniti neposrednemu stiku s krvjo. Če je le mogoče, uporabljajte rokavice. Če jih nimate, se neposrednemu stiku s krvjo izognite z uporabo kake tkanine ali kosa obleke. Ker pa krvavitev, kot smo že povedali, lahko ogroža življenje, se zgolj zaradi tega, ker nimamo rokavic, ne smemo odpovedati nudenju prve pomoči.

Še posebej pa morate paziti na to, da si krvi ne nanesete na ranjeno kožo ali sluznico. Če si s krvjo umažete roke, pazite, da se ne boste dotikali oči ali ust.

Po nudenju prve pomoči si roke čimprej umijte z milom in vodo.

Čiščenje razlite krvi

Razlito kri pobrišite z vpojno tkanino, papirnato brisačo ali jo posujte z žaganjem, pri tem pa se izogibajte neposrednemu stiku z njo. Okrvavljene cunje ali žaganje odložite v plastično vrečo, zažgite ali zakopljite. Površine, umazane od krvi, razkužite z dezinfekcijskim sredstvom (najprimernejši je natrijev hipoklorid, po domače klorovo apno, ki ga v razmerju 1 : 10 zmešamo z vodo in tako dobimo 0,1 do 0,5% klorovo raztopino. Ko čistite kri, si nadenite gumijaste rokavice. Če jih nimate, si roke ovijte z več plastmi papirnatih brisač, da se ne boste dotikali krvi. Po čiščenju si roke umijte z vodo in milom.

Okrvavljenih tkanin in oblek se čimmanj dotikajte. Če je le mogoče, vseskozi nosite gumijaste rokavice, okrvavljena oblačila pa spravite v plastične vreče. Operite jih s pralnim praškom in vodo (pri najmanj 75°C 25 minut); če ima voda manj kot 70°C, uporabite pralno sredstvo, ki je primerno za hladno vodo.

Dodatni ukrepi

Pri nudenju prve pomoči pazite na črepinje ali kakšne druge ostre predmete, ki morda ležijo okrog kraja nesreče.

POGOVOR OB KAVICI

Miran Možina, dr. med., Psihiatrična bolnica Vojnik, 63212 Vojnik. – Pogovor ob kavici se dopolnjuje s člankom Ob kavici – sistemski in komunikacijski pogled na delo na psihiatričnem oddelku. Skupaj tvorita komplementarno celoto – »pogovor« v svoji »literarni« in bolj neposredni obliki daje sintetski, estetski opis našega psihiatričnega oddelka, medtem ko je članek bolj analitski, »znanstven«. Podobno kot se razlikujeta *poezija* in *znanost* in se hkrati dopolnjujeta. To sta dva različna načina zrtja v svet, ki omogočata dvojni pogled – sintetski in analitični. Zdi se mi, da se le z medigro obeh lahko bolj približam »resnici«, tudi tisti o našem psihiatričnem oddelku.

Kraj dogajanja: sestrski prostor na zaprtem psihiatričnem oddelku Vojnik.
Kavico pijejo: zdravnik Marko, medicinski tehnik Borut, višja medicinska sestra Jana, medicinska sestra Stana, strežnik Zoran.

Borut: Daj, sedi malo, bomo kakšno rekli. Kava bo kmalu.
Marko: A da bi sedel!? Še dvema bolnikoma sem obljubil pogovor, nujno imam za napisat eno mnenje za invalidsko komisijo, spet se mi je nabralo kup popisov za zaključit..
Borut: Preveč si priden, preveč. Miru manjka, miru!
Marko (globoko vzdihne, medtem ko sede za mizo): Oh, ja, vse tole na oddelku je veliko preveč za enega zdravnika. Se kar bojim pospravit svojo mizo, ker se mi stvari kar nalagajo. Predvsem pa ne najdem skoraj nič časa za tale naš projekt za oktober za sekcijo psihiatričnih sester. Pa ti, si že kaj napisal?
Borut (se dvoumno nasmeje): Ni v redu, ni v redu.
Marko: Kaj ni v redu?
Borut: Nisem zadovoljen s tem, kar sem napisal. Treba bi bilo vse raztrgat. Saj ni važno.
Marko: Meni se pa zdi važno.
Borut: Glavno je, da sem zase razčistil. (Medtem pride v sobo Jana in z zanimanjem prisluhne pogovoru. Čez čas prisede.)
Marko: To je vsekakor zelo važno. A hkrati se mi zdi pomembno, da bi ta svoja razmišljanja razdelil tudi z nami. Mene zelo zanima, kaj si napisal. In gotovo zanima še Jano in druge, ki pripravljamo to oktobrsko srečanje. In morda še koga. Lahko razčistiš zase in hkrati med drugimi.
Borut: Pa zakaj se ti zdi to važno?
Marko: Zakaj se mi zdi važno? Za tole naše delo na zaprtem oddelku mislim, da je timski, skupinski način dela bolj učinkovit. To je morda drugače kot pri alpinizmu, kjer je Messner in zdaj Česen sam osvajal najvišje vrhove v Himalaji.
Borut: To gotovo. Se strinjam, da tole pri nas delamo lahko le kot skupina.
Marko: Ja, jaz sam, čeprav kot zdravnik, sigurno ne bi zmogel takega oddelka. Včasih razmišljam, čigav izpad bi bolniki bolj čutili – če ne bi bilo mene ali strežnikov in kuharic?
(Medtem Stana stopi k omari z zdravili in začne »špajzat«, to je pripravljat odmerke zdravil, ki jih delimo bolnikom ob obrokih.) Recimo, da mi zdaj lahko zaplavamo v pogovor ob kavici, je zelo važno, da je Stana šla »špajzat« zdravila. Pritisk dela je na našem oddelku stalno zelo velik, veliko je stvari, ki jih ne moremo odlagati na pozneje. Hkrati se mi zdi tole naše sedenje ob kavici zelo važno. Je del našega dela, čeprav morda večkrat tako ne zgleda. Tu se pogosto zmenimo zelo pomembne reči, načnemo občutljive teme. Če bi zanemarili tisto področje našega dela in bivanja na oddelku, ki nas tudi intimno zadeva in prizadeva, bi se, zdi se mi, to dolgoročno odražalo v raznih motnjah naše učinkovitosti pri delu.
Včeraj sem imel npr. zanimiv uvid v pomen tele naše kavice. Dopoldne mi je šlo delo dobro od rok. Med drugim sem imel dva daljša pogovora z dvema bolnikoma, kjer se mi je zdelo, da se je v pogovoru res nekaj pomembnega premaknilo. Za pogovor so me nato

prosili še trije in nenadoma sem opazil, da se med poslušanjem izgubljam, da mi misli po svoje odplavajo, da težko sledim logični niti bolnikovega pripovedovanja. Njegov glas je vse bolj postajal prijetno božanje za neko utrujenost, ki se je nenadoma prikradla v moje ude in celo veke. Če mi ne bi bilo nerodno pred bolnikom, bi najraje kar malo zatisnil oči. Postal sem len in pred oči mi je prišla slika, kako lepo bi bilo oditi domov in se vleči na kavč in počivati. Hkrati sem se spomnil, da me popoldne čaka še ambulanta in ob tem sem postal kar nekam nejevoljen, po telesu me je oblil val neprijetne vročine in v trebuhu sem nenadoma imel občutek, kot da bi bil lačen, čeprav sem šele pred dvema urama kar obilno pomalical. Nestrpno sem pogledal v bolnika, ki se je pa ravno dobro razgovoril. Nič več se mi ga ni dalo poslušati. Odločil sem se, da bom pogovor prekinil in mu ponudil nadaljevanje, ko malo pridem k sebi. Je kar z razumevanjem sprejel in sem odšel v tale naš sestrski prostor. Sestra Martina je tam nekaj prekladala po omari in z globokim vzdihom sem se sesedel na našo klop in se obregnil ob veliko luknjo v skaju, ki je drugače tam, odkar pomnim, čeprav se vseskozi po malem veča. Začel sem tarnati o tej naši bedni klopi, pa na splošno o slabih prostorih, v katerih delamo, pa o velikih potrebah bolnikov po pogovorih, ki jih lahko zadovoljim le v relativno skromni meri, kako je grozno, da sem za večino dela na oddelku sam, da sicer razumem, da Dine, ki je postal predstojnik, ne more biti več toliko na oddelku kot prej, a vseeno to ne zmanjša dejstva, da ga pogrešam, saj tudi jaz včasih potrebujem pogovor in nasvet. Vzel sem v roke časopis in začel prizadeto vzdihovati ob naslovih, ki so sporočali o samih težkih temah – Kosovo, sprava, stečaji, stavke, Mateja Svet odhaja. O groza! Da bi se kar zjokal. Sprašujem se pravzaprav – *ČEMU* vse skupaj? In tule se iz dneva v dan »martram« in izčrpujem, »šaflam« te bolnike, se borim za prazne postelje, potem letim domov, kjer sem spet stalno na razpolago. Stalno na razpolago, hudiča! In potem sedim tule in še kave ni! In z Martino, ki je ves čas mirno poslušala moj monolog in me le od časa do časa kratko pogledala v oči, medtem ko si je dala opravka po omari, sva se nenadoma začela smejati. (Borut in Jana se nasmejeta.) V tistem pride v sestrski prostor tehnik Tine, ki naju začudeno pogleda, češ kaj se dogaja in sem se ga lotil na temo njegove bližnje upokojitve, tako da je kmalu ugotovil, koliko je ura. In sledilo je še veliko smeha in seveda kmalu tudi kavica. Po okoli pol ure sem se počutil spet prijetno svežega in pripravljenega na nove »obračune« in res mi je popoldan ambulanta dobro stekla.

Tudi zdaj ne vem, koliko časa nam bo prijetno in polno še tule sedet in se nam bodo zdeli bolniki kot motnja. (V sestrski prostor vstopi bolnik Jože in Marko ga prosi, da malo počaka, ko ugotovi, da ni nič nujnega.) A vem, da bo v nekem trenutku spet prijetno vstati in odit delati. Tako, vidita, jaz razumem tole našo kavico in pogovore v tem sestrskem prostoru kot en pol našega dela in drugi pol je mnogo tistega, kar imenujemo »rutina« (Marko nariše na papir pred sabo):

KAVICA / RUTINA.

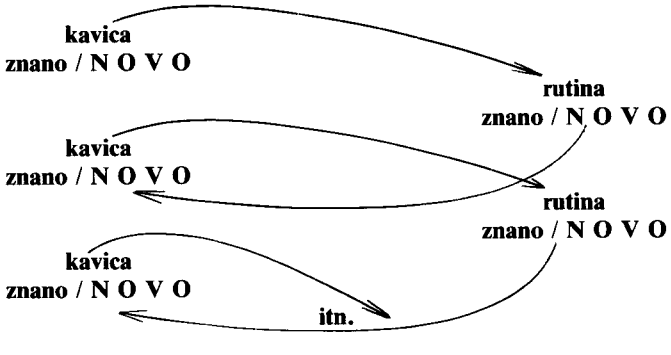
Slabo se je »zaglaviti« v enem ali drugem. Izziv je najti dinamično ravnotežje med poloma, izziv je fleksibilno nihati med obema. Potrebno je oboje. Če bi npr. predolgo sedeli pri kavici in bi zanemarjali na ta način potrebe bolnikov, bi kmalu imeli vraga.

Jana: Res je. Zdi se mi, da sem večkrat doživela, da se začne pri bolnikih stopnjevati agresivnost, če jih začnemo na ta način zanemarjati. Po drugi strani je zanimivo, da nas nekaj časa za našo kavico bolniki pustijo pri miru in si po pravilu zlahka pustijo dopovedati, da naj nekaj časa počakajo, kot je bilo ravnokar s temle bolnikom Jožetom. Ko sem prej delala na drugem oddelku, nas pa zlepa niso pustili pri miru. Ko sem si ravno hotela vzeti par minut zasluženega predaha, so me začeli obletavati kot nadležne ose in se jih ni dalo odgnati. Bolj kot si poslušal, bolj so lezli vate. In zdajle razumem, da je to res lahko znak, da so nekatere njihove pomembne potrebe zanemarjene.

Marko: Še nekaj se mi zdi važno v zvezi s tole našo kavico oz. posedanjem v sestrskem prostoru. Mislim, da smo že kar razvili v našem timu nek stil, nek vzorec medsebojne podpore, da se tisti, ki hoče, lahko tu malo razgali, da pride ven z zase bolj občutljivimi temami, mislimi, občutki. Pomembno se mi zdi, da tega ne planiramo, da se nam vedno zgodi nekako nepričakovano, sprva obotavljaje, samo od sebe, spontano. Drug drugega ne porivamo v to. In morda bi to lahko razumeli tudi v luči modernih znanstvenih odkritij s področja človeških bioritmov. Človekova duševnost in telo nihata tudi v tim. ultradianem ritmu. Približno na dve uri aktivne faze sledi okoli pol ure počitka, ko je v ospredju bolj parasimpatični tonus. In v tej fazi, na kar je med drugimi opozoril že tudi Gustav Jung, so človeku podzavestne in predzavestne vsebine bolj dostopne, tudi tisto, kar je on imenoval »čustveni kompleksi«, to so razne čustvene rane, razpoke, občutljivosti, ki jih imamo v določeni meri vsi. Če pomeni faza aktivnosti neko prevladovanje reda, občutka lastne kontrole, da imamo stvari v svojih rokah, da vemo, zakaj gre, pa pomeni faza počitka povečano možnost vdora nepredvidljivega, kaosa, tudi neprijetnega, občutek lastne kontrole je zmanjšan, več je nepredvidenih reakcij. V tej fazi je lahko človek zelo občutljiv na kretnje drugih, na odtenke besed, na tisto neverbalno v odnosih, v psihiatričnem žargonu bi morda lahko rekli, da je človek takrat bolj »nanašalen«. Tudi spomin začne delovati drugače in v fazi počitka je priklic spominov na travmatične situacije v preteklosti lažji. Tako bi lahko dopolnil prejšnja pola ne v smislu enačaja temveč po analogiji takole (Marko nariše na list pred sabo):

KAVICA / RUTINA
SESTRSKI PROSTOR / ODDELEK
PODZAVEST / ZAVEST
RAZGALJENOST / OBVLADANOST
MEDSEBOJNA BLIŽINA / MEDSEBOJNA DISTANCA
ČUSTVENO POVEZAN / SAMOSTOJEN
ČUSTVA / RAZUM
KAOS / RED
NEZNANO / ZNANO
NEPRIČAKOVANO / PRIČAKOVANO
SPREMEMBA (NOVO) / STABILNOST (STARO)

Pred kratkim sem gledal zelo lep film Društvo umrlih pesnikov. Tam je bila votlina, v katero so študentje odhajali na skrivaj, tisti pol, ki bi bil analogen naši »kavici« oz. »sestrskem prostoru«. Pri tem razumem pole le kot relativno prevladovanje enega nad drugim, ne izključenost drugega pola. Torej jasno je, da se ob kavici oz. v sestrskem prostoru dogaja tudi marsikaj znanega, a večinoma se mi zdi, da se nam tu dogaja veliko nepričakovanega. In obratno – pri »rutinskem« delu s bolniki se nam seveda dogaja tudi marsikaj nenadejanega, novega. To potem prinašamo v naše pogovore ob kavici in mislim, da poteka pri nas rekurzivni ples med poloma (Marko nariše na papir):



Smer te spirale na našem oddelku doživljam kot dobro, kreativno, kot postopno odkrivanje novih in novih področij pri nas samih in pri delu s bolniki. Hkrati je ta proces tako naraven, da se novo lahko integrira s starim, novo in staro se v alkemičnem procesu varita v novo celoto. To ni revolucija ampak evolucija. Mislim, da se tako naše tim. »rutinsko delo« konstantno spreminja na boljše.

Pred kratkim sem bil v Ljubljani na predavanju znanega angleškega psihiatra in psihoterapevta Malcolma Pinesa. Predaval je o možnostih skupinskega dela s psihotičnimi bolniki. Po koncu predavanja je bila precej živa diskusija in med drugimi je eminentnega gosta vprašal prof. Kobal, kaj bi svetoval mlademu kolegu, ki bi želel na psihiatričnem oddelku začeti s skupinskim delom s bolniki. Že v predavanju je gospod Pines poudaril, da pomeni uvajanje skupinskega dela za psihiatrične oddelke velik pretres ustaljenega vzorca. Za osebje je to velika obremenitev in izziv. Potrebno je namreč spremeniti celotno miselno naravnanost. Kjerkoli so s skupinami začeli, se je pri personalu vzbudilo veliko strahu. Ko se je osebje na skupinskih sestankih srečalo s bolniki iz oči v oči, je bilo veliko doživetij izgube notranjega občutka moči, distance do bolnikov, veliko doživetij neznanega in presenečenj. Ko je to govoril, so mi prišle živo pred oči naše izkušnje, potem ko smo začeli s sobnimi sestanki, ki ste jih postopno začeli vodit vi, sestre in tehniki. Spomnil sem se pa tudi komentarja našega tehnika Simona, kako je osebje zelo kritično sprejelo, ko se je pred leti začelo s sestanki velike oddelčne skupnosti in so ogorčeno spraševali – ali smo enaki kot bolniki? –

Jana: Oprosti, da te prekinem, enkrat si že obljubil, da nam boš poročal o tem predavanju v Ljubljani.

Marko: Ja, lahko se zmenimo, da bi vam o tem več povedal na našem rednem timskem sestanku v četrtek?

Jana: V redu, zmenjeno.

Marko: No, na Kobalovo vprašanje je pa gospod Pines odgovoril takole. Mlademu kolegu bi svetoval, je rekel, da naj govori s timom, s sodelavci. Da naj ničesar ne naredi, ampak naj se uglasi s skupino sodelavcev, naj odpre oči, ušesa, vse čute in tako pride v stik s potrebami osebja. Ničesar naj ne naredi pred tem. In spet mislim, da je psihiater iz oddaljene dežele povedal točno to, kar je tudi naša izkušnja. Uvajanje novosti pri nas poteka nekako naravno, tudi iz naših potreb. In tu vidim, da je tudi močna plat Dinetovega načina vodenja tega oddelka. On je pravi maestro tega uglaševanja. Toliko smo se presmejali ob njem v tejle naši sestrski sobi, da nismo niti opazili, da je pa ves čas šlo v bistvu za zelo resne stvari in da smo šli skozi pravi kopernikovski obrat, da tipamo v popolnoma nova področja. In res sem našel obilo podobnosti in povezav med tistim, kar je gospod Pines predstavil kot svojo izkušnjo pod skupnim imenom »psihodinamski pristop« v psihiatriji in med tistim, kar sem doživel na našem oddelku. Anglež je poudaril, da ta pristop odpira tudi dodatne možnosti pri negi in v obravnavi organskih psihiatričnih motenj, npr. dementnih bolnikov. Mi smo ta »psihodinamski pristop« imenovali upoštevanje *ODNOSNE* ravni dogajanja. Tale naš oddelek lahko v bistvu vidimo tudi kot preplet odnosov.

En primer te odnosne občutljivosti oz. kulture, ki vlada na našem oddelku je končno tudi tisto, kar sem prej opisal, da se mi je včeraj zgodilo. Martina mi je omogočila, da sem se tule v sestrskem prostoru nekaj minut obnašal otroško, nezrelo, da sem težil, »jamral«, obupaval. Hkrati je ostala do vsega malo na distanci, ni je potegnilo notri tako, da bi si še ona začela dajati duška in da bi začela tarnati z mano. Čutil sem, da je po eni strani z mano, da me razume in mi daje dovoljenje za mojo »neumnost«, a da po drugi strani hkrati tudi ve, kje je njeno mesto, njena vloga, kar se je tako lepo odražalo v njenem umirjenem pospravljanju omare z zdravili. Tako se je v meni preobrnilo samo od sebe – iz občutkov neke prikrajšanosti se je premaknilo v občutke nekega preprostega zadovoljstva nad tem, da sem tu. Prišel sem celo do nekega občutka notranjega uživanja ob hecanju z njo in kasneje še z ostalimi, vključno z bolniki. Bilo je to prijetno doživetje varne bližine z njo in drugimi člani

tima. In zanimivo je tudi, kako so vse to, zame prijetno, sprejemali bolniki, ki so takrat slučajno pokukali v sestrski prostor. Kot da bi začutili, da se nekaj neobičajnega dogaja. Zdravnik naenkrat ni bil tista omnipotentna figura, ki vse ve, vse zna, o vsem odloča, ni bil več tista neuničljiva skala, ki vedno drži in ki jo lahko naskakuješ z vseh strani, si privoščiš na njej praktično vse, kar ti pade v glavo, lahko celo kot pes dvigneš taco in opraviš tisto svoje na to pripravno skalo. (Vsi se nasmejejo.) Ne, molče so gledali, malo prisluhnili, se malce nasmihali in se spet umaknili na hodnik.

Joj, spet sem se tako razgovoril. Začela sva okoli tega tvojega pisanja in razčiščevanja zase, pa poglej, kam smo prišli. Ti si strašen (Marko pogleda v Boruta in ta se malce samozadovoljno nasmeje), vedno se nama začne klopčič takole odpletati. A veš, Jana, da sem zadnjič v dežurstvu prišel semle ob devetih zvečer in sem mislil, da čisto na kratko, ker sem se počutil že precej utrujenega, pa sem se z Borutom, še tehnik Sašo se je pridružil, zaklepetal do enih ponoči. Utrujenost je izpuhtela, da kar nisem mogel verjeti, da mi po tako napornem dnevu še tako nese. No, potem sem rabil še kar precej časa, da sem se pomiril, preden sem lahko zaspal. Če bi me zdaj vprašala, kaj smo se pogovarjali, sem večino pozabil, a se zato ne sekiram. Bilo je živo, bile so vmes tudi dokaj »vroče« in intimne zadeve in zato se mi zdi dobro, da se je večina tega spet skrila v malce težje dostopne dele spomina. Vem pa, da se vse to lahko znova in na novo vzbudi,če bo trenutek pravi, če bo dovolj varno.

Borut: Zadnjič je prišel v času moje nočne izmene na oddelek zdravnik Peter in sva se pogovarjala. Mi je očital, da imam oseben odnos do bolnikov. Sem mu rekel, da ideal Florence Nightingale, ki so nam ga v šoli ubijali v glavo, pomeni, da bi morali vse svoje probleme, ko pridemo na oddelek v službo, pustiti pred vrati. To pomeni, da nas učijo, da se moramo v svoji notranjosti razcepiti, da moramo odcepiti in potisniti velik del svojega doživljanja. Tisti del, ki ni v redu, seveda. Tisti del, ki ga pogosto v sebi čutimo kot strah, negotovost, naveličanost, zmedenost, izgubo avtoritete, agresivnost, nepotrpežljivost, osornost. Jezi me, ko berem v raznih člankih v našem Zdravstvenem obzorniku, kjer je opisano, kakšna naj bi bila idealna sestra – vsemogočna, vse obvlada, vse sprejema, je zrela, uravnovešena osebnost, vedno tolerantna, vedno na uslugo, z večnim nasmeškom na ustnicah, vedno prav distancirana do bolnikov, tako da nobene žalitve ne vzame osebno – skratka sestra *MORA BITI* to, *MORA BITI* ono, *NAJ BO* taka, *NAJ BO* drugačna, uh! Iritira me ta kalup. Razbijal bi rad ta kalup. Rad bi nekako premostil ta razcep med tem, kar res smo in idealno podobo, ki jo stalno slikajo. Če ti oddelek ne omogoči odpiranja tistega, kar zares smo, potem ne moreš zadihati. Na nas stalno pritiska to, kar res je in lahko začnemo izkrivljat to realnost, jo potisnemo, se naredimo, kot da vsega tega ni. Lahko si pa oči ne zatiskamo – se začnemo spraševati, razmišljati. Ko smo prestrašeni, zbegani, nastaneta prostor in čas, kjer se lahko začne dogajati nekaj novega. Tu vidim pomembno razliko na našem oddelku – zdravniki tu nas ne silite v neki idealni kalup. Florence na značkah drži svetilko, luč (Borut se malo pomenljivo nasmehne), a ne? Kot orientacija, kot neki oddaljeni svetilnik je dobra, ne sme pa te vkalupljati. Vsak naj bi – sicer v svetilnikovi smeri – našel po večkrat zelo razburkanem morju svoj stil, svoj enkratni način plavanja. Če bi res pozorno gledal plavalce, ki plavajo kravl, bi ugotovil, da niti dva ne plavata istega načina kravla. Slabo je, če te Florenčin ideal sili v nekaj, da bi se začel bati, se sramovati in skrivati veliko tega, kar res smo, kar res doživljamo. Zakaj molčimo o tistem, kar res smo, kar se nam zares dogaja? Je molk res edini možen odgovor na mnogo tega, kar se nam dogaja pri našem vsakdanjem delu? Nas je sram?

Marko: Ja, ideali so nevarna reč. Samo naštevanje idealnih lastnosti, ki naj bi jih imel bodisi kot sestra oz. tehnik ali zdravnik, lahko človeka ohromi, paralizira tisto neidealno, vendar je cena za to velika. Tisto neidealno je namreč hkrati tisti neusahljivi vir novega, enkratnega, individualnega, tisto neidealno je nered, neznano, kjer se skriva tudi posameznikova enkratna kreativnost. In če pogledate, kako se v zadnjem času rušijo ideali v našem širšem družbenem prostoru in v vzhodnih deželah! Mislim, da smo načeli temo, ki sega dosti

preko meja našega oddelka in naših cehovskih združenj. Tu je bilo in je verjetno še nekaj globoko narobe. Vendar rad se vrnem v tale naš okvir – zanima me to, ko si omenil razliko našega oddelka do nekaterih drugih, ki si jih spoznal. Kje vidiš oziroma čutiš to razliko?

Borut: Kaže se na primer v medsebojnih *pogovorih*: tehnik – strežniki, zdravnik – tehniki, skratka med vsemi člani tima in tudi v pogovorih med osebjem in bolniki. Pogosto pride v najrazličnejših situacijah na oddelku, ne samo tule ob kavi, do *ODPRTOSTI*. In ko se to zgodi, nismo vsevedno osebje, ki deluje po planu, po svetem vzoru Florence, ampak pogosto deluje iz prestrašenosti, zbeganosti, tudi iz jeze, nestrpnosti, naveličanosti, pa tudi iz *resnične* radosti, iz *resničnega* zanimanja, iz *resnične* skrbi in *resnične* želje pomagati.

Jana: Nisem ti še povedala o Pavlu (se obrne proti Marku). Predvčerajšnjim sva spet šla, bila sem dežurna, popoldne na sprehod v park. Dopoldne je hodil kot običajno po sobah, legal v tuje postelje, jih razmetaval, se slačil, se plazil po trebuhu po tleh in govoril, da je hudič, da mora plačati za svoje grehe, ker je občeval z živalmi. Pri kosilu je spet poskušal aspirirati hrano, hotel si je tlačiti piščančje kosti v grlo. Običajna groza skratka. No, popoldne sem si pa že vnaprej vzela čas zanj. Pa sem mu pomagala, da se je umil, preoblekel, se počesal in sva šla ven. In je bilo neverjetno. Sva šla na kavo in se je pogovarjala, je šel igrat odbojko z drugimi bolniki, čisto v redu se je slekel do pasu, ker je bilo vroče sonce, sem ga spodbujala pri igri. Potem sva nabrala še šopek cvetja. In se je čisto urejeno pogovarjal. Povedal je, da bi rad šel pogledat domov, ko je že šest mesecev v bolnici. Prosil me je, naj ga ne vikam. In za par trenutkov me je pogledal v oči in imel je tako svetel obraz, zazdel se mi je tako lep, čist. – Nato sva se vrnila na oddelek. Odšel je v svojo sobo in se vlegel pod posteljo. Spet je potonil v tisti drugi, nori svet.

Marko: Uh, je to težek kaliber! Sem pa zelo vesel tega, kar si opisala na sprehodu. Morda bi res kazalo, da organiziramo enkrat obisk doma, kot smo se že pogovarjali. Bi šel še jaz zraven, pa še socialna delavka bi bilo dobro, da gre. Vse mogoče doze in kombinacije zdravil, niti elektrošoki zgleda sami ne bodo prinesli ključnega izboljšanja, če lahko na to sploh še upamo. Zdi se mi zelo važno, da nadaljujemo s temi dodatnimi intervencijami, s tem posebnim ukvarjanjem in individualnim delom. Še naprej individualno delo z njim v delovni terapiji, kolikor bo pač zmogel in to ukvarjanje z njim v prostočasovnih aktivnostih. Važno je, da ohranimo kontinuiteto tega, kar smo začeli. Naša močna plat je, da se nam spontano zgodijo terapevtsko uspešne intervencije. Naša šibka stran pa je, da večkrat ne planiramo dovolj. Važno je na primer, da se ve, da se ti in Irma še posebej ukvarjata z njim. In stalno moramo delati – vsaj enkrat na teden – na evalvaciji tega, kar se dogaja z njim in kar se dogaja nam ob njem. Sproti moramo ocenjevati, kaj so prinesle naše planirane intervencije. Pavel je za nas na nek način res zelo dragocen in pomemben – pri večini ljudi v našem timu se nam ob njem vzbuja veliko misli, občutkov, idej. Trdovratnost in vpadljivost njegove psihoze nas vedno znova spravlja do meje obupa. In na tej meji se začnemo spraševati o njem in o sebi – sem naredila dovolj? Kaj naj naredim? Naj napravim kaj drugače kot doslej? Kaj bi lahko napravila še boljše kot doslej? Ni eden tistih, ki ždi zasanjan v svojem svetu in se da iti mimo njega kot mimo kosa pohištva, ga nekako prezreti. Ne, on nas draži, izziva, je trn v naše samozadovoljstvo. Stalno nas sooča z mejami tistega, kar znamo in zmoremo. Spodbuja nas v več, v boljše.

Jana: Ja, v redu, bom govorila z Ivico, socialno delavko.

Marko: Jaz bi lahko prihodnji teden v sredo.

Jana: Dobro.

Marko: Kaj pa tvoje pisanje o Pavlu? In kje je Irma? Že cel teden je nisem videl. A je nočna? Sta kaj skupaj napisali?

Jana: Otrok je zbolel, je cel teden na bolniški.

Marko: A res? Je kaj hudega?

Jana: Baje ima mumps.

Marko: Joj, kako je težko s temi menjavami turnusov, pa bolniške, pa prosti dnevi, pa dopusti. Težko je ob tem držati *kontinuiteto* takega dela, kot ga poskušamo s Pavlom. Zadnjič se mi je zdelo grozno, ko je poskušal samomor, pa se nismo imeli nič časa pogovorit.

Jana: Ja, jaz sem bila čisto preč. Toliko dela je bilo tisto dopoldne, res prava norišnica. Pet novo sprejetih, štirje odpusti, ena nujna premestitev na intenzivo v Celje. Bila sem kot mašina.

Marko: Jaz sem bil pa zmenjen z družino Žigon za pogovor glede Radovana. Fanta so s štrika rešili kot po čudežu v res najbolj zadnjih sekundah. Bil je potem še cel dan v komi, a zdaj razen odtisa zanke na vratu ni praktično nobenih posledic, včeraj sem dobil tudi psihološki izvid. Možgani so v redu in fant je poleg vsega še zelo bister. In bili smo ravno sredi najbolj občutljivega družinskega odnosnega nitja v zvezi s fantovim poskusom samomora, ko je v sobo vstopil Dine in mi povedal, da je Pavle ravnokar poskušal samomor in da ga je poslal na šivanje v Celje. Nisem mogel prekiniti pogovora in po pogovoru sem imel še dva odpusta, nekaj informacij za svojce in nato nujno domov. Vsa stvar s Pavlom je morala počakati.

Jana: Popolnoma nepričakovano in na skrivaj je razbil šipo in se šel rezat. Sploh ni zaropotalo kot običajno. Še dobro, da je slučajno ravno takrat Miha bil tam okoli, da ga je ustavil, če ne bi bila lahko tragedija.

Marko: O, bože! To s Pavlom je res stalna hoja po robu.

Borut: Jaz pa se pogosto spomnim na Krevlja, čeprav je verjetno preteklo že kakšno leto dni, odkar je bil odpuščen iz bolnice. Kdo je kriv za njegovo oko? Je bila to napaka zdravnika? Tisto popoldne je bil res neverjetno vznemirjen, obilno je haluciniral, bil je prepričan, da so pod oknom bolnišnice sovražniki, ki ga bodo kaznovali, mučili in ubili. Tako jih je prehitel in se kaznoval sam. Preden si je iztaknil oko na kljuki, sem prosil dežurnega zdravnika, da ga pogleda, ker je postal zelo vznemirjen, prestrašen in nemiren. Dal mu je dodatno dozo zdravil in ovirnico. Mislil sem, da bo naročil tudi zamreženo posteljo. Imel sem res slab občutek.

Marko: Si mu rekel, da misliš, da bi bilo morda dobro ga dati še v mrežo?

Borut: Ne, izrecno mu nisem rekel. Je pa jasno, da Krevlju cel popoldan z Janezom nisva mogla biti za petami, čeprav sva se trudila, da nama je stalno na očeh. Vse se je zgodilo v pol minute. Zazvonilo je pri vratih, šel sem odpret in ko sem se vrnil, je imel očko na jopiču. Kasneje je povedal, da je pokleknil in butal z zrklom v kljuko. Zadelo me je kot strela. Tega ne bom nikoli pozabil. In to je bilo edino oko, na katerega je videl. Na drugo je bil zaradi mrene slep.

Marko: Ja, Krevelj (za par trenutkov nastane težka tišina, a že vstopi bolnik, ki prosi, če bi lahko dobil superge in še nekaj denarja). Bi moral res nekdo biti kriv za to? Nas lahko tako vprašanje – kdo je kriv – pripelje kam drugam kot v neko obliko tihega ali odkritega medsebojnega obtoževanja? Iz tega, kar si povedal, se mi zdi, da je bilo narejenega z naše strani veliko. Morda bi jaz postavil tako vprašanje – kaj smo tu naredili dobrega in kaj bi lahko naredili še boljše? – Mislim, da ni nepomembno to, da je na naših vratih velik promet.

Stana (se oglasi od omare): Ja, včeraj sem cel popoldan samo letala k vratom in nazaj. Kar naprej je zvonilo. Niti zdravil nisem uspela v miru »našpajzat«.

Marko: Prostorsko so stvari na našem oddelku slabo rešene. Zaprti oddelek bi moral biti dosti manjši. Večina naših bolnikov zaprtih vrat ne rabi. To seveda tudi pomeni velik promet na vratih, saj poskušamo ob lepem vremenu omogočiti bolnikom, da so čim več zunaj, če le želijo. To vratarjenje pomeni iz dneva v dan veliko izgubo našega časa. Še bolj kot nas, zdravnike, to prizadeva vas, sestre, tehnike in strežnike. Upam, da bomo ta prostorski problem kmalu rešili in se bolj učinkovito organizirali. Če se smem vrniti na temo, ki se ji zgleda radi izognemo in s katero se je tale pogovor pravzaprav tudi začel – kako je potem s tvojim prikazom Pavlovega primera?

Jana (se zadregljivo nasmehne): Stoji! Hotela sem kar direktno pisati čistopis, pa ni šlo. Morda sem naredila napako.

Marko: Kar čistopis? To si pa zelo zahtevna do sebe. Doslej še nisem srečal koga, ki bi mu to uspevalo.

Jana: Čez vikend sem pisanje odlagala. Vseh drugih opravil po hiši sem se prej lotila, sem vse pospravila (se smeje). Zagrabil me je obup, da ne znam povedat tistega pomembnega. Če bi kar pisala, bi bilo tega zelo veliko.

Marko: Zakaj pa ne bi bilo veliko? Mnogi so obupani, ker imajo premalo napisanega ali sploh nič. Ti, srečnica, se pa otepaš, da bi bilo tega veliko. Mislim, da bi si lahko dovolila, da je tega najprej veliko. V naslednjem koraku pa bi lahko naredila selekcijo ali pa tudi ne. Tisto, kar si doslej napisala, je meni všeč in predlagal sem ti le, da še dopolniš, razširiš. Po mojih izkušnjah nastanejo stvari vedno drugače, kot človek načrtuje. A če bo tudi veliko, glavno je, da bo dobro in prepričan sem, da se bo že našla kakšna možnost, da se to objavi. Zadnjič so tvoj opis Pavlove problematike že uporabili na vajah za medicinske sestre. Ali pa bi lahko prikazala Pavlovo zgodbo na sekciji oktobra. Lahko bi ga morda predstavili tudi skupaj, kot tim. Že pred nekaj leti sem na enem psihiatričnem kongresu v Nemčiji doživel, da so trije – psihiater, psihologinja in medicinska sestra – skupaj prikazali en primer prosto, v pogovoru. Kmalu se je sprožila zelo živa triurna diskusija oziroma delavnica, kjer smo izvedeli zelo veliko ne samo o primeru, ki so ga prikazali na začetku. To je bila le iztočnica. Veliko smo zvedeli o celem oddelku oziroma kliniki, kjer delajo, o njihovih medsebojnih odnosih, o drugih bolnikih, o preteklosti, o željah in načrtih za prihodnost. Dali so tudi veliko svojega pristnega, človeškega. Prav tako mnogi izmed »občinstva«, ki so prispevali veliko svojih izkušenj. Spomnim se, da je meni takrat kar vrelo po glavi od raznih asociacij, misli, vprašanj, spominov in sem imel marsikaj na koncu jezika in sem navsezadnje kljub veliki tremi tudi nekaj povedal. Minevajo časi, ko so prikazi kazuistike služili terapevtom zato, da so se za njimi skrivali.

Jana: Enkrat pred leti se mi je zgodilo, da mi je pisanje pomagalo iz čustvene stiske. Bila sem obupana, žalostna, zdelo se mi je, da nič ne znam. Po nekajletni pavzi, ko se nisem nič učila, sem se vpisala v tečaj za psihiatrično nego in z grozo ugotovila, da ničesar ne znam. Ustrašila sem se, kako bo šlo naprej. Šla sem pisat in napisala pet strani v uri ali dveh. Sem se ozdravila. Vrnila se je volja, vera in samozaupanje.

Marko: No, to se mi zdi krasen primer tega, kar pri pisanju iščem. Pisanje o tem našem delu naj bi po mojem izhajalo iz stika z resničnim doživetjem. Tu se vračam na tisto, o čemer si prej govoril ti, Borut, kako spregovoriti in pisati o tistem, kar se res dogaja, kako premostiti razcep med tem, kar res je in idealom? In tu verjetno počiva tudi vsa težava. Ko bi človek hotel z voljo pogledati v tisto občutljivo plat, se ti kot po pravilu izmakne. Muke, ki sta jih opisala pri poskusih svojega pisanja, poznam dobro tudi sam, seveda v svoji različici, in zdijo se mi neizogibne, so del tega posla, kakor ga želim seveda gojiti jaz. Vidita, če že pišem, potem nočem ponavljati tistega, kar je že napisano. Ne vidim smisla v tem, da zberem skupaj deset ali dvajset člankov in da iz njih prepišem nov članek. Želim napisati nekaj, kjer bo notri tudi del mene, nekaj moje krvi, mojega potu, napora, obupa in strahu, zanesenosti in vere. Želim napisati nekaj, kjer se bo odražala celota tega kar sem. In tisto, kar sem, je neskončni spekter odnosov do vseh in vsega, kar me obdaja. Torej naj bi napisano odražalo tudi širšo celoto. Težka naloga, a z manj ne bi bil zadovoljen. In mislim, da mi tile naši pogovori veliko pomagajo. V tem živem stiku z vami, ob tejle kavici, nekako zaplavam v bližino tistega, kar bi rad opisal. V stiku z vami mi je lažje. Čeprav me seveda čaka tudi tisti del, ki ga moram opraviti sam, v samoti, v miru, v zbranosti. A morda se mi bo takrat obudilo mnogo tega, kar se zdaj pogovarjamo. In ne le besede, ampak tudi način pogovora, ta duh, ta atmosfera med nami. In bom spet z vami in med vami in morda bom nekje v samoti svoje delovne sobe čutil tole zaupanje in toplino tele naše »kavice«, kot jo čutim zdaj. Navsezadnje vse, kar bom napisal, želim, da se vrne sem, med vas, kot skromno darilo za vse trenutke tega živega življenja, ki sem ga lahko delil z vami.

Res lahko rečem nekaj, zelo odkrito in pošteno – nabralo se je veliko trenutkov, ko sem na temle našem zaprtem moškem oddelku dihal življenje s polnimi pljuči. Čutil sem, da res

SEM in da sem, tak kot sem, od vas sprejet. Nisem bil stalno le funkcija, vloga zdravnika, bil sem lahko tudi človek. Človek, ki nosi v sebi tudi kar precej razklanosti in bolečine. Moje razcepljenosti se med vami niso poglobile, temveč so se celile z mnogimi doživetji smisla, zaupanja, upanja. In veseli me, ko gledam podobno rast mnogih med vami in veseli me, da vse to odmeva v našem vsakdanjem delu s bolniki. In včasih – in se tega kar malo ustrašim in najraje kar previdno molčim, da ne bi tega pokvaril – se mi zdi, da nam uspe, da v naših dejanjih, odločitvah in besedah za par trenutkov zaživijo ideali, o katerih pišejo v mnogih člankih in knjigah. Zaživijo tako naravno in preprosto, kot se rodi v jutru dan, sami od sebe, ne da bi si jih prizadevali v tistem trenutku doseči z voljo, saj nanje takrat niti ne mislimo. So trenutki, ko se mi zdi, da res delujemo kot dobra švicarska ura. In se čudim, kako je to mogoče sredi sveta in družbe, kjer se v mučnih krčih sesuvajo sistemi, za katere spoznavamo, da so imeli v svojih mrežah ogromne vrzeli korupcije, manipuliranja, izigravanja, nepoštenosti, lagodnega pridobitništva, zanemarjanja kvalitete dela in življenja. V našem malem sistemu z imenom »spodnji zaprti moški oddelek« pa se mi iz dneva v dan potrjuje vera, da je mogoče tudi drugače, čeprav to ni lahka pot. In ta vera je sok za moje preživetje v teh težkih časih, ko se iz časopisov, radia in televizije na nas vsak dan zgrinjajo množice mučnih novic. In – ali ni cilj ta težka pot sama?

Zoran (pride v sobo): Gospod doktor, pred vrati vas čakajo svojci od Prunka. Bi radi z vami govorili, baje so naročeni.

Marko: Ja, hvala, bom takoj (pogleda na uro). Kaj, toliko je že ura, zdajle pa res moram začeti!

Jana: Mene tudi že čakajo v ambulanti.

Borut: Ja, jaz moram pa zdaj malico za bolnike pripeljati.

Marko: Stana, malo imam slab občutek, da si ti stalno delala, ko smo se mi pogovarjali.

Stana (presenečena): Oh, saj je v redu, saj sem zraven poslušala. Včasih pa jaz posedim, pa drugi delajo.

Marko: Ja, važno je, da se v tem menjujemo, da niso vedno isti, ki se pogovarjajo in vedno isti, ki »špajzajo«.

Bolnik Jože (vstopi v sestrski prostor): Kaj bi lahko dobil malo čaja?

Borut: Že gremo, že gremo (se nasmeje).

Marko: Tu smo, vaši smo. (še malo smeha in Marko, Borut in Jana odidejo. Stana sede za mizo in si prižge cigareto. V loncu je še ostalo nekaj kavice. Pridruži se ji Zoran.)

OPOMBA: prav takega pogovora v resnici nikoli ni bilo. Gre za povsem mojo rekonstrukcijo *vzorca* pogovora, v katerega sem pa vpletel mnoge dele pogovorov, ki smo jih v resnici imeli. Vsakršna podobnost z resničnimi osebami in resničnimi dogodki je naključna. Tega pogovora nisem pisal s ciljem, da bi prišel čim bližje resnici, bolj sem želel morda priti na sled *duhu* našega oddelka. Resnične osebe, ki so sicer podlaga nastopajočih likov, so bile le, seveda zelo pomemben, navdih za kreacijo mojega notranjega pogovora.

POMEN KOMUNIKACIJE V PROCESU PSIHIATRIČNE ZDRAVSTVENE NEGE

Psihiatrična nega se je v zgodovinskem obdobju spreminjala, odvisno od odnosa do duševnega bolnika, razvoja socioloških ved in farmakoterapije.

Tudi sedaj doživljamo prelomnico v negi duševnega bolnika. Da bi zmogli bolniku in svojcem pomagati živeti z njegovimi težavami, bomo morali osvojiti znanstveno metodo nege s štirimi osnovnimi komponentami: ugotavljanje potreb, načrtovanje, izvajanje in vrednotenje, ki kažejo na nenehno dinamično dogajanje, lastno vsakemu bolniku posebej glede na njegove navade, mišljenja in potrebe.

To pomeni za vsakega bolnika posebej izdelan program nege in nakazane poti za uresničevanje programa. Pri tem ne more priti do tipa komunikacije, kjer ni upoštevana individualnost in specifična situacija.

Zaradi zmanjšanja sposobnosti prilagajanja duševni bolniki težje prenašajo pritiske in frustracije, pogosto so deležni odpora, namesto sočutja in razumevanja v svojem okolju. Čustvene vezi med bolnikom in domačimi so zrahljane. V proces psihiatrične nege so vključeni bolniki in družine oziroma ljudje, s katerimi živijo, v terapevtskem postopku pa sodelujejo različni profili. Uspeh je odvisen od povezovanja dela vseh, ki v procesu sodelujejo. Strokovni delež medicinske sestre v procesu zdravstvene nege je osnovnega pomena, njena prednost pa je v tem, da so ji ob kontinuirani skrbi za bolnikove fizične potrebe dane veliko večje možnosti v vzpostavljanju odnosov in komuniciranje z bolnikom, od sprejema do odpusta.

Proces psihiatrične nege teoretično medicinske sestre že poznamo, praktično pa ga izvajajo samo višje šole v času vaj za študente ali pa poskusno posamezni oddelki.

Menim, da za to ni vzrok strokovna neusposobljenost medicinskih sester, prav tako ne naša pogosta obramba, češ da nas je premalo. Da bi metoda zares zaživela na psihiatričnih enotah, morajo biti ustvarjeni *ugodni pogoji*, ki so odvisni od delovanja skupine, odnosov in komunikacij med člani.

Osnovni motiv je delo, ki pomeni človeku samopotrjevanje, vpliva na njegovo psihično strukturo, zlasti če ga uvrščamo med našimi vrednotami na visoko mesto in ne samo za pridobivanje materialnih dobrin. Zadovoljstvo ob delu v dobro uglašeni delovni skupini se gotovo odraža v našem zasebnem življenju.

Kadar so strokovne smernice enote in oddelka jasne, ljudje prispevajo vedno več idej, drug drugega spodbujajo, posameznik pa – ne glede na profil – lahko veliko prispeva v pomoči bolniku. Pomembno je, če spodbude prihajajo tudi od vodje skupine, ki zna uspehe posameznika nagraditi. Pri tem mislim, da je pomembna nagrada to, da je opažena kvaliteta njegovega dela, njegova opažanja ob bolniku in problemi, ki mu jih je bolnik zaupal, se tudi rešujejo. S tem so dane možnosti za strokovno rast posameznih članov in skupine. Potreba po samopotrjevanju in čustvena potreba, se pravi občutek pripadnosti skupini, sta s tem zagotovljeni.

Za dobro delo je torej potreben ugoden čustveni odnos do tistih, s katerimi delamo.

Te odnose moramo stalno negovati, saj obstajajo čustvena nihanja. Ni človeka, ki bi bil zmeraj in do vseh pravičen, ki bi imel različne ljudi enako rad, težave so le, kadar so ti občutki preintenzivni. Najprej se moramo naučiti spoznavati samega sebe. Učinkovit nadzor nad našim vedenjem je mogoč samo takrat, kadar si napake tudi priznamo.

V skupini, kjer delamo, je prav, da imamo možnost izražanja negativnih čustev. Upamo si izraziti svoje želje, ki so vezane na sodelovanje in pomoč drugih. Pomembno je upoštevanje in spoštovanje drugega, ne da bi pri tem zanemarjali osnovni red in disciplino.

Večja strokovna usposobljenost posameznih članov naj bi ljudi zbliževala, ne pa razmejevala in s tem večala občutek negotovosti. V skupini si zaupamo, besede naj se ne

razlikujejo od dejanj. Potrebna je enakomerna obremenitev vseh članov, med seboj si pomagajmo in bodimo pripravljeni odstopiti od utečenega dnevnega reda in delokroga.

Vsak naj se čuti odgovornega za svoje lastno kakovostno delo, ima pa naj možnost pregleda nad delom drugih enot, celotnega oddelka in na koncu tudi organizacije – bolnišnice, kateri pripada. Naša sedanja organizacijska mreža je hierarhično strukturirana in videti neodvisna od skupine, tako da je kot celota za posameznika nepregledna.

Terezija Plahutnik
višja medicinska sestra
Univerzitetna psihiatrična klinika, Ljubljana

Na svetu vsaj 40 milijonov ljudi trpi zaradi težkih oblik duševnih motenj; ne dosti manj kot 20 milijonov ljudi ima epilepsijo; nič manj kot 200 milijonov ljudi pa je prizadetih zaradi lažjih duševnih ali nevroloških motenj. Če vsemu temu prištejemo še vse tiste, ki imajo duševne težave zaradi telesnih bolezni, pretiranega uživanja alkohola ali narkomanije, je povsem jasno, da se zdravstvena služba sooča s problemi orjaških razsežnosti.

Svetovna zdravstvena organizacija

OPRAVILA, KI NE SODIJO V DELOKROG ZDRAVSTVENE NEGE

Uvod

Združenje društev nemških mediicnskih sester in Nemško društvo za zdravstveno nego sta opredelila stališče do opravil, ki ne sodijo v delokrog zdravstvene nege. Razbremenitev medicinskih sester v tem pogledu bi privedla do večjega zadovoljstva bolnikov in do boljše kakovosti zdravstvene nege.

Pri določanju nalog, ki ne sodijo v zdravstveno nego, je prišlo s predstavniki drugih poklicev pogosto do nasprotujočih si razprav.

Izhajajoč iz definicije o zdravstveni negi (Zakon o zdravstveni negi) je delovna skupina Združenja društev nemških medicinskih sester in Nemškega društva za zdravstveno nego izoblikovala seznam opravil, ki ne zahtevajo poklicnih znanj s področja nege.

Naloga zdravstvene nege

Zaradi vedno večjih potreb po negovalnem osebju se razmere na področju zdravstvene nege vedno bolj zaostrujejo. Treba je pregledati dejavnosti, s katerimi moramo razbremeniti medicinske sestre, da se bodo s svojim poklicnim znanjem lahko bolj posvetile bolnikom in ostarelim.

Zakon o zdravstveni negi (4. julij 1985) navaja cilje izobraževanja, opis poklica, naloge in odgovornosti na področju zdravstvene nege in nege otrok:

»Člen 4 (1): Izobrazba medicinske sestre in negovalke ter otroške medicinske sestre in otroške negovalke zagotavlja znanje in sposobnosti za delo na področju preprečevanja, prepoznavanja in zdravljenja bolezni. Izobraževanje je usmerjeno predvsem na:

1. strokovno, obsežno in načrtovano nego bolnika;
2. pripravo, asistenco in kasnejšo pomoč pri postopkih diagnostike in terapije;
3. spodbujanje k zdravemu načinu življenja;
4. spremljanje telesnega in duševnega stanja bolnika, okolja, ki vpliva na bolnika ter opazovanje bolnika ob nadaljnjih diagnostičnih in terapevtskih posegih;
5. izvajanje življenjsko nujnih urgentnih ukrepov do prihoda zdravnika;
6. opravljanje administrativnih nalog, ki so v neposredni zvezi z nego.«

Nedvomno je z zakonom določeno, da je naloga medicinske sestre zdravstvena nega; s tem so iz njenega delokroga izločene druge zdravstvene dejavnosti.

Nujne spremembe

Zaradi hierarhičnih struktur so negi dodeljevali vedno več opravil iz drugih poklicnih skupin. Poskusi, da bi ta opravila vrnili nazaj k prvotnim izvrševalcem, niso uspeli, še več, prišlo je do pogostih konfrontacij.

Spremembo lahko izvedejo le medicinske sestre ob sodelovanju svoje organizacije. Zato Nemško združenje medicinskih sester in Nemško društvo za zdravstveno nego priporočata, da bi delovne skupine pregledale stanje po klinikah in napravile skupen koncept o prenovitvi stanovskih nalog.

Navedeni seznam nesestrskih opravil je namenjen preoblikovanju nalog na področju zdravstvene nege; zato se mora vsaka medicinska sestra glede na svojo izobrazbo odločiti, katere naloge oziroma opravila spadajo v okvir sistematične in načrtovane nege in katere se dodelijo pomožnemu osebju.

Dejavnosti izven delokroga zdravstvene nege

Te dejavnosti, ki jih še vedno opravljajo medicinske sestre, vključujejo:
- administrativne naloge,
- kurirska in transportna opravila,
- gospodinjska opravila,
- dejavnosti zdravnika,
- opravila z drugih področij.

Administrativne naloge

Naslednja opravila prav gotovo ne sodijo v zdravstveno nego:
- sprejemanje telefonskih pogovorov,
- recepcijska služba,
- sprejemanje in oddajanje osnovnih bolnikovih podatkov in potrdil,
- poštna služba,
- statistične obdelave,
- arhiviranje,
- pošiljanje materiala za preiskave in izvide,
- zaračunavanje storitev (participacija in druge pristojbine).

Iz tega je razvidno, da je treba potek in organizacijo dela spremeniti in z ustrezno informacijsko in komunikacijsko tehniko racionalizirati.

Kurirska in transportna opravila

Prenašanje raznih materialov ne sodi v zdravstveno nego, kot na primer:
- sterilni material,
- perilo,
- izvidi,
- rentgenske slike,
- dokumentacija,
- material za preiskave,
- lekarniški material,
- arhivsko gradivo,
- vozički s hrano,
- postelje,
- pošta.

Za te vrste opravil bi bilo treba organizirati in usposobiti posebno transportno službo, ki bi delovala pod nadzorom medicinske sestre.

Gospodinjska opravila

Naslednja opravila sodijo v okvir gospodinjskih nalog in ne negovalnih:
- razporejanje in vodenje čistilk,
- prilagajanje gospodinjskih del glede na časovne in lokacijske potrebe medicinsko negovalnega dela,
- nadzorovanje gospodinskih opravil glede na higienske zahteve in predpise o varstvu pri delu,
- čiščenje v bolnišnici,
- nabava in odvoz vseh potrebnih stvari v zvezi z gospodinjskimi opravili.

Iz tega je razvidno, da je potrebna reorganizacija celotne službe za čiščenje.

Zdravnikova opravila

Navedene dejavnosti ne spadajo v delovno področje zdravstvene nege:
- odvzem krvi,
- intravenozne injekcije in transfuzije,
- nastavljanje infuzij,
- injekcije v implantirane in druge katetrske sisteme,
- uvajanje sodelavcev na zdravnikovem področju,
- držanje kljuk pri operacijah,
- spremljanje terminov za oddajo zdravnikovih poročil,
- dokumentacijsko delo zdravnika,
- sodelovanje pri raziskavah za farmacevtsko industrijo,
- zapisi pri raziskavah,
- sodelovanje pri zdravniških raziskavah.

Opravila drugih služb in poklicev

- Preskrbovanje s perilom,
- priprava in razdeljevanje hrane,
- medicinsko-tehnična asistenca (določanje glukoze, EKG itn.),
- fizioterapija,
- ergoterapija,
- delovna terapija,
- delo v lekarni,
- socialna služba,
- dezinfekcija.

Iz tega sledi, da se mora delovni čas drugih zdravstvenih delavcev prilagoditi potrebam bolnikov na oddelkih.

Sklepna priporočila

Pri pripravi in izvedbi organizacijskih sprememb je treba upoštevati naslednje:
- vpliv zdravstvene nege mora biti prisoten pri vseh odločitvah v bolnišnicah, zlasti pri novitetah,
- prilagojen delovni čas vseh poklicev v bolnišnici,
- komunikacijski sistem,
- uvedba funkcionalnih služb (na primer za postelje),
- uvedba negovalnih enot s potrebnimi negovalnimi pripomočki (na primer dvigala).

Vse organizacijske izboljšave služijo bolniku. Razbremenitev medicinske sestre vseh opravil, ki ne sodijo v zdravstveno nego, bo omogočila, da bodo odnosi in okolje v bolnišnici za bolnika prijetnejši in bolj človeški.

Bonn, Frankfurt, maj 1990

Nemško združenje medicinskih sester

Nemško društvo za zdravstveno nego

Prevedla M. Savnik

KONCEPT IZOBRAŽEVANJA NA PODROČJU ZDRAVSTVENE NEGE (Nemško združenje za zdravstveno nego)

V javnih razpravah se vedno pogosteje pojavljajo zahteve po izboljšanju položaja na področju zdravstvene nege in možnosti, ki bi napravile negovalni poklic privlačnejši, da bi vanj privabili več kandidatov.

Nemško združenje za zdravstveno nego vidi perspektivo v novem konceptu izobraževanja za poklice zdravstvene nege, zdravstvene nege otrok in zdravstvene nege ostarelih, ki bi v polni meri zadovoljili potrebe ljudi in zahteve medicinskih sester.

Zdravstvena nega kot družbena dejavnost

Naglo napredovanje medicine in tehnike, velike spremembe v zdravstvu, visoke zahteve prebivalcev in novi demografski pogoji so samo nekateri dejavniki, katerim se mora prilagajati zdravstvena nega kot sestavni del zdravstvenega sistema.

Osnovna izobrazba na področju zdravstvene nege zaradi hitrih sprememb v stroki ne zadostuje več, potrebno je izobraževanje na specifičnih delovnih področjih in vedno novo izpopolnjevanje in pridobivanje izkušenj o novih orientacijah.

Da bi dosegli količinske in kakovostne negovalne storitve v prihodnosti, je treba visoko kvalificirano profesionalno nego podpreti s sistematičnim nadzorom kakovosti in gospodarnosti. Nadzor, ocenjevanje in razvoj negovalnih dejavnosti lahko izvajajo le izkušene, visoko kvalificirane medicinske sestre. Le na tak način se lahko zagotovi ustrezna in ekonomična kakovost nege za bolne, ostarele in pomoči potrebne ljudi.

»Image« in privlačnost poklica medicinske sestre

Nekateri poklici v našem sistemu nimajo možnosti nadgradnje na univerzi, zato so uvrščeni na nižjo stopnjo prestiža.

Človekoljubno negovanje bolnih, umirajočih, ostarelih in nege potrebnih se pogosto označuje kot idealistična in specialno ženska dejavnost, ne pa kot visoko kvalificirana stroka.

V poklicu je 85% žensk. Status medicinske sestre se ponavadi opisuje kot manjvreden poklic, z nizkimi dohodki, brez sogovornika v zdravstvenem sistemu in brez možnosti za vstop na univerzo. Zato si Nemško združenje za zdravstveno nego prizadeva, da bi odprlo možnost za univerzitetni študij. Možnosti za izenačenje z drugimi poklici vidijo v pripravi širokega v prakso usmerjenega izobraževalnega programa. Zato je združenje pripravilo izobraževalni koncept za zdravstveno nego, ki bi zadostil sodobnim potrebam stroke. Konstruktivne pripombe naj bi pripomogle k izboljšanju, premagovanju težav ter končno k realizaciji.

Pojasnila h grafičnemu prikazu izobraževalnega koncepta

Osnovno izobraževanje

Osnovno izobraževanje na področju zdravstvene nege predstavlja osnovo poklicnega izobraževanja. V ta sistem so vključene splošna zdravstvena nega, otroška zdravstvena nega in zdravstvena nega za ostarele. To izobraževanje se lahko zaključi ali nadaljuje.

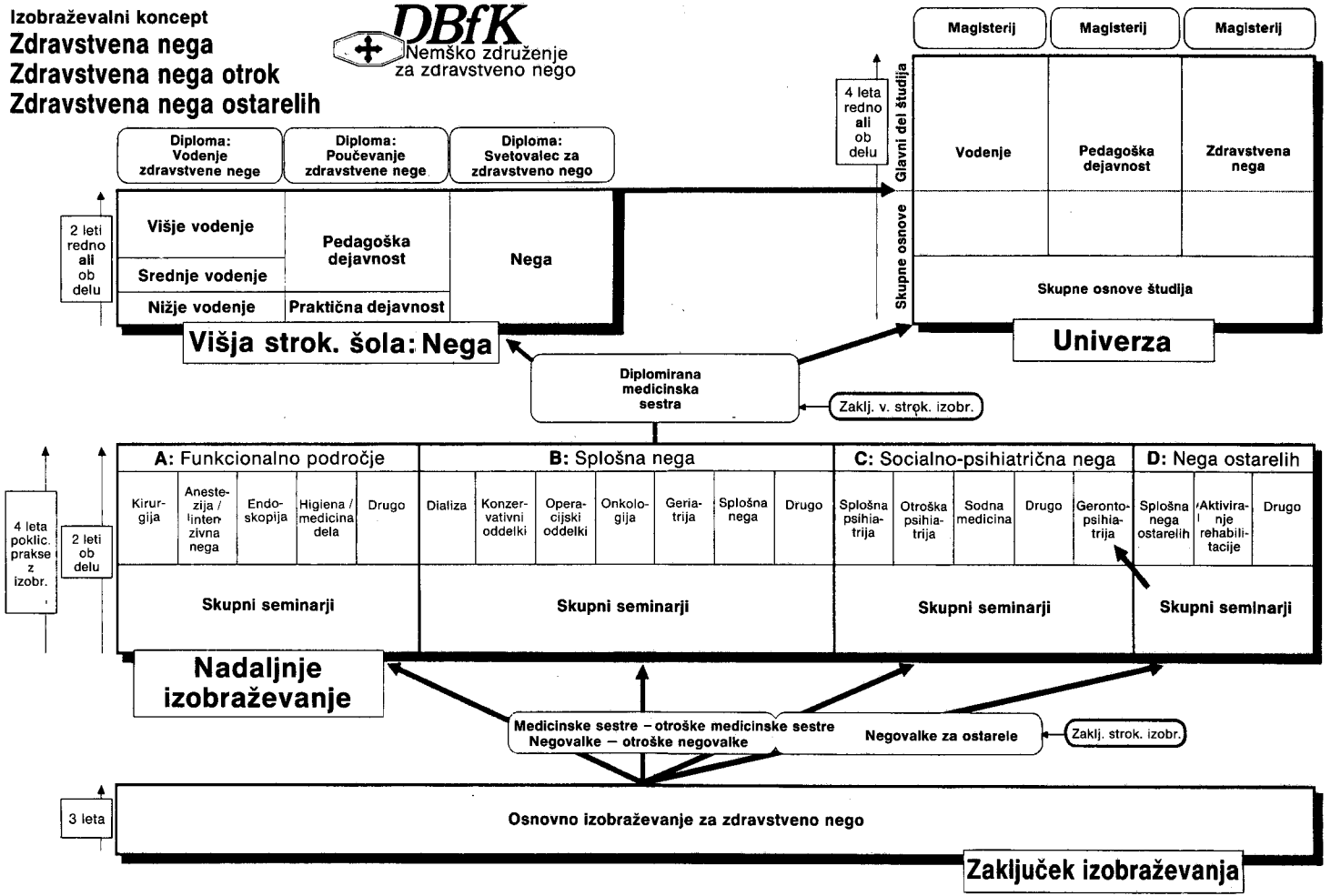
Nadaljnje izobraževanje

Po zaključenem osnovnem izobraževanju in državnem izpitu ima pripravnik odprto široko možnost za dveletni izobraževalni program na različnih področjih. Skupno osnovo tvorijo seminarji, ki poglabljajo in razširjajo znanje, ki so si ga slušatelji pridobili v osnovnem

Izobraževalni koncept

Zdravstvena nega
Zdravstvena nega otrok
Zdravstvena nega ostarelih

DBfK
Nemško združenje za zdravstveno nego



izobraževanju. Po zaključku teh seminarjev sledi specializacija (splošna zdravstvena nega, funkcionalna področja, socialno-psihiatrična nega, nega ostarelih).

Po opravljenem izpitu dobi absolvent naziv diplomirana medicinska sestra ali diplomirana otroška medicinska sestra ali diplomirana medicinska sestra za ostarele.

Višja strokovna šola

Na tej šoli lahko diplomirajo iz vodenja, pedagogike in svetovanja zdravstvene nege. Pridobljena diploma omogoča direkten vpis v glavni del študija zdravstvene nege na univerzi.

Univerza

Na fakultetah za zdravstveno negovalne vede je možno v rednem študiju ali študiju ob delu opravljati magisterij iz vodenja, pedagogike ali zdravstvene nege kot znanosti. Nadgradnja magisterija je doktorska disertacija.

Prevedla M. Savnik