

MEDNARODNI SVET MEDICINSKIH SESTER, SVETOVNA ZDRAVSTVENA ORGANIZACIJA IN ZDRUŽENI NARODI

PROTI ZLORABI DROG 1991–2000

MODELI IN PRISTOPI ZA OMEJEVANJE ZLORABE DROG

Sredstva javnega obveščanja se osredičajo predvsem na »vojno proti drogam«, naperjeno proti razpečevalcem, precej manj pa na boj, ki ga predani zdravstveni delavci bijejo proti povpraševanju po drogah. Medicinske sestre skrbijo za prizadete, hkrati pa tudi vzgajajo ter skušajo doseči zmanjšanje povpraševanja in pomagati tistim, ki imajo probleme zaradi odvisnosti.

Na to, ali bo nekdo postal zasvojen z drogami ali ne, vpliva več dejavnikov – psihološki problemi, pritisk s strani vrstnikov, družbeni pritiski, težave v družini, pa tudi eksperimentiranje in dostopnost droge. Zmanjševanje povpraševanja po drogah bomo dosegli le z novimi in prožnimi pristopi.

Za zmanjševanje povpraševanja po drogah obstajajo številni različni modeli. Mednje sodijo:

1. Didaktični *moralistični* pristop, pri katerem gre zlasti za poudarek na škodljivosti in etični spornosti takšnega početja. Ta pristop je najučinkovitejši v obdobjih velikih družbenih sprememb. Zagovarjajo ga predvsem cerkveni krogi in politične skupine.

2. *Zastraševanje* ljudi: marsikdaj menimo, da je to uspešen način prepričevanja ljudi, naj nikar ne poskusijo droge. Pri tem pristopu gre v bistvu za podrobno naštevanje vseh nevarnosti, ki jih zloraba drog prinaša. Učinek tega pristopa je omejen, še zlasti pri tistih starostnih skupinah, ki se spričo svoje mladosti (otroci in mladostniki) še ne zavedajo povsem lastne umrljivosti.

3. Govorjenje o *dejstvih* omogoča posameznikom, da se zavestno odločijo glede zlorabe različnih snovi; dejstva o različnih snoveh in njihovih učinkih morajo biti objektivna in zanesljiva.

4. Prizadevanja za odpravo *posameznikovih problemov* zahtevajo precejšnje klinično znanje. Med te probleme sodijo nizko samospoštovanje, neustrezne obrambe, slabe komunikacijske sposobnosti, težave z anksioznostjo itn. Sama vzgojna intervencija teh problemov ne razreši.

5. *Spodbujanje zdravega načina življenja* je pri preprečevanju telesnih bolezni učinkovito – dosegli smo že upadanje števila bolezni srca in ožilja ter rakavih obolenj, ki so povezana z načinom življenja. Enako učinkovito je lahko spodbujanje različnih dejavnosti – na primer telesnega gibanja, rekreacije, odpravljanja stresa – ki lahko zmanjšujejo željo po omamljanju.

5. *Model spreminjanja družbenih okoliščin*. Socioekonomski dejavniki, kot so recimo revščina, brezposelnost, slabe stanovanjske razmere, kriminal itn. so pogosto neposredno povezane z zlorabo drog. Zatorej zavzemanje za enakopravnost zapostavljenih skupin prebivalstva in dostopnost potrebnih virov hkrati pomeni tudi prizadevanje za zmanjševanje zlorabe drog.

Te pristope lahko uporabljamo v različnih okoljih, zlasti pa v šolah. (Mladi ljudje so glede zlorabe drog najbolj ogrožena skupina.) Poskrbeti pa je treba za ravnovesje med krepitvijo zavedanja in zbujanjem zanimanja na drugi strani. Zloraba drog, tako kot drugi družbeni problemi, mora postati integralni del učnega načrta.

MEDICINSKE SESTRE PROTI

UNITED NATIONS DECADE AGAINST DRUG ABUSE, 1991 - 2000



INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES
WORLD HEALTH ORGANIZATION



ZLORABI DROG



Za zaposlene odrasle je najprimernejši kraj za informiranje delovno okolje. Odnos do pitja alkohola in uživanja drugih snovi je zelo pomemben, še zlasti med delovnim časom. Še zlasti pomembno vlogo lahko imajo personalni oddelki v delovnih organizacijah, ki lahko razširjajo informacije ter poskrbijo za ustrezno pomoč za tiste, ki jo potrebujejo.

Prizadevanja celotne skupnosti so usmerjena k vsem vidikom in skupinam. Programi v skupnosti se za razliko od tistih v šolah in delovnih organizacijah ne morejo obračati na zaključeno občinstvo. Zanj si je treba prizadevati. Usmerjene dejavnosti so v pomoč pri razreševanju problema, ki je morda na prvi pogled videti velikanski. Razpečevanje informativnega materiala o drogah lahko podpremo s posebnimi kampanjami; starše recimo povprašamo o njihovem lastnem odnosu do snovi, ki povzročajo odvisnost, in jim svetujemo, naj otrokom prek lastnega zgleda in prek besed ne pošiljajo dvojnih sporočil.

Podporne skupine – organizirajo jih cerkev, mladinske organizacije, sindikati itn. – so odlična priložnost za razširjanje vzgojnih sporočil o zlorabi drog. Medicinska sestra ima v takšni skupini vlogo svetovalca ter svetuje v zvezi z organizacijo, politiko, poučuje o dejstvih in nakazuje različne rešitve.

Specialisti, ki se ukvarjajo z zlorabo drog, svetujejo rabo različnih modelov, s katerimi skušajo zadostiti potrebam posameznikov in skupin. Drugače rečeno, različni modeli si ne nasprotujejo, ampak se dopolnjujejo. Vsi pristopi, ki jih uporabljamo, pa morajo biti kajpak strokovni, se pravi, da mora biti medicinska sestra ustrezno izobrazena, poleg tega pa si mora poiskati podporo tudi pri drugih zdravstvenih delavcih, v skupnosti in v vladnih organizacijah.

SVETOVANJE STARŠEM GLEDE ZLORABE DROG

Medicinske sestre staršem pogosto svetujejo v zvezi z domnevno ali dejansko zlorabo drog pri njihovih otrocih. Morda si bodo lahko pomagale z naslednjim.

Človek najpogosteje pride v stik z drogo tako, da mu jo nekdo ponudi; to je ponavadi kak prijatelj ali pa nekdo, ki vam je blizu in ga poznate. Večina ljudi ponujeno drogo odkloni. Le nekateri rečejo »ja«, s početjem nadaljujejo in se na drogo navadijo.

Zakaj mladostniki jemljejo droge?

Za to ni enega samega vzroka. Večina mladih drogo prvič poskusi iz radovednosti ali pa zato, ker to počnejo tudi drugi (občutek pripadnosti). Nekaterim je všeč vznemirjenje spričo tveganja, še zlasti zato, ker dobro vedo, da starši in drugi odrasli temu nasprotujejo. Nekateri eksperimentirajo preprosto zato, ker jim je dolgčas, ker so depresivni, zaskrbljeni ali pa imajo težave doma, v šoli ali službi, včasih pa je omamljanje pravzaprav klic na pomoč, s katerim skušajo zbuditi pozornost ali pa opozoriti na svoje nesrečno počutje. Od tega, zakaj je nekdo drogo poskusil in kako se je ob tem prvikrat počutil, je odvisno, ali bo s tem početjem nadaljeval; to je zelo verjetno, če mu je bilo prijetno in če se je tako izognil skrbem in problemom. Ali bo to prešlo v navado ali ne, pa je odvisno tudi od denarja in dostopnosti droge.

Pomembno je, da se zavedamo, da večina mladih drog *ne jemlje*, če pa jih že poskusijo, to ponavadi storijo enkrat ali dvakrat. Še manj jih postane od drog odvisnih.

Znamenja, ki vzbujajo pozornost

Težko je presoditi, ali se nekdo omamlja le občasno, razen če ga zalotimo omamljenega. Znamenja, ki naj vzbudijo pozornost, so:

- nenadne spremembe razpoloženja (dobra volja in živahnost se menjavata s potrnostjo in muhavim razpoloženjem);
- razdražljivost ali agresivnost brez pravega vzroka;
- izguba teka;

- izguba zanimanja za hobije, šport, šolsko delo ali prijatelje;
- neobičajni dremavost ali zaspanost;
- laži in izmikanje;
- izginjanje denarja in lastnine;
- nenavadni vonji, madeži ali znamenja na telesu ali obleki;
- neobičajne tablete, kapsule, osmojena aluminijaska folija ali igle in brizgalke.

V večini primerov prvih šest znamenj spada v normalno odrasčanje, zato je treba starše opozoriti, naj nikar ne sklepajo prehitro, razen če se prvih šest znamenj nenehoma ponavlja, še zlasti v povezavi z zadnjimi tremi.

Kaj naj storimo, če se otrok omamlja?

Svetujte staršem, naj se izogibajo pretiranim reakcijam in naj ne napadejo otroka, dokler si zares niso na jasnem glede vseh dejstev; s takšnim ravnanjem bi probleme še povečali.

Svetujte materi in očetu, naj se najprej pogovorita med seboj in se posvetujeta tudi s svojim družinskim zdravnikom, drugimi starši ali učitelji. Najprej naj ugotovita, ali ima otrok morda kakšne probleme ali skrbi. Predvsem pa naj mu pokažeta, da skrbita zanj, in mu zagotovita, da mu bosta pomagala in ga podprla, tudi če se je morda zapletel z zakonom.

Nevarnosti

Največje nevarnosti so:

- nesreča, ki se lahko pripeti zaradi omamljenosti;
- naključna prekoračitev odmerka, katere posledica je lahko nezavest ali smrt;
- odvisnost ali zasvojenost, še zlasti, če nekdo drogo jemlje redno;
- nevarnost okužbe z virusom HIV ali hepatitisom B zaradi skupne rabe igel.

Poleg tega jemanje drog spremljajo tudi stranski učinki, na primer:

- zmedenost ali grozljive halucinacije;
- neuravnovešeno čustvovanje ali težje duševne motnje;
- tistim, ki prvič vzamejo heroin, je pogosto slabo. Redne uživalce pogosto muči zaprtost, dekleta izgubijo menstruacijo. Kasnejši posledici sta lahko duševno in telesno propadanje;
- zaradi injiciranja lahko pride do brazgotin, abscesov, zlatenice in zastrupitve krvi.

Prva pomoč

Če je vaš otrok prekoračil odmerek in napol spi ali pa je nezavesten, potem:

- poskrbite, da bo imel dovolj svežega zraka;
- obrnite ga na stran in pazite, da ne bo aspiriral, če bi bruhal;
- takoj pokličite zdravnika ali reševalce;
- skušajte najti praške, tablete ali karkoli, za kar mislite, da je v zvezi z drogami. Vse to vzemite s seboj v bolnišnico;
- **POSLUŠAJTE IN SE POGOVARJAJTE** - z otrokovimi sorojenci ali vrstniki.

Kaj naj starši storijo in česa naj ne počnejo

- preprečevanje je boljše kot zdravljenje;
- povprašajte se o tem, kakšen odnos do drog imate sami;
- otroci pogosteje začnejo jemati mamila, kadar so starši odvisni od dovoljenih drog, kot sta alkohol in tobak. Enako velja za zdravila, ki jih dobimo na recept, na primer za pomirjevala ali uspavala. Če jih uporabljate, jih hranite na mestu, kjer do njih ne bodo mogli

otroci. Razložite otrokom, zakaj jih potrebujete, in jim povejte, da so odmerki, ki jih jemljete, natančno določeni.

– Bodite pripravljeni. Pogovarjajte se z možem ali ženo o tem, kako bi reagirali, če bi ugotovili, da otrok jemlje mamila. O tem se pogovarjajte tudi z drugimi starši ali učitelji v šoli, če ugotovite, da so mamila v okolju, kjer se giblje vaš otrok, problem.

– Predvsem pa si vzemite čas za pogovor z otrokom, še zlasti, če si sami želijo govoriti o tem. Poskusite ugotoviti, kaj si želijo in česa se bojijo. Vzbujujte njihovo zaupanje, in sicer tako, da jim daste vedeti, da vas zanje skrbi in da jim boste pomagali, kadar bodo v kakršnihkoli težavah. Vse to je zelo pomembno, kajti otroci, ki so s svojimi starši v dobrih odnosih, mamil ponavadi ne poskusijo. Premislite, ali morda ne bi bilo dobro, če bi sami načeli pogovor o drogah. Vse to pa je odvisno od posameznih staršev in posameznega otroka in enega samega preprostega odgovora ni. Starši se nikakor ne smejo prenarajati, kot da problema v zvezi z drogami sploh ni in da se o tem sploh ne govori;

– Nikar *ne* govorite samo o strahotah in grozljivih učinkih mamil. Tudi če ste o tem še tako prepričani, vam o tem ne bo uspelo prepričati nekoga, ki je mamilo že poskusil in ob tem užival. Še več, tako bo vse, kar boste v zvezi s tem še povedali, zvenelo še manj prepričljivo;

– *Ne bodite pretirano sumničavi*. To bi ne bilo pravično. Poleg tega lahko tudi pretirana sumničavost otroka potisne v naročje drog, namesto da bi ga odvracala od njih.

Zdi se, da kar ne moremo dovolj poudariti pomembnosti odkrite komunikacije, medsebojnega zaupanja in občutja sprejetosti znotraj družine. Otrokom je treba pomagati, in sicer na tak način, da se tega tudi zavedajo. Včasih pa tudi starši potrebujejo določeno oporo, da so lahko odkriti in v pomoč svojim otrokom – in tudi tu ima svoje mesto medicinska sestra, bodisi v bolnišnici ali pa na terenu!

Starši ali skrbniki so otrokom najpomembnejši vzori. Zato morajo starši premisliti o svoji rabi različnih snovi, dovoljenih in nedovoljenih. Na primer: sta alkohol in tobak doma vseskozi na voljo? Kako pogosto jih uživata? Kaj s tem sporočate svojim otrokom?

PRIPOROČILA ZA MEDICINSKE SESTRE V ZVEZI Z ZLORABO DROG

a) Osredičite se na povpraševanje, ne na ponudbo. Vloga Medicinska sestra pomaga, vzgaja, preprečuje in izvaja zdravstveno nego. Čeprav se morajo medicinske sestre držati zakonskih okvirov, pa njihova bistvena vloga ni sodelovanje v »vojni proti drogam«.

b) Medicinske sestre naj podpirajo razvoj različnih služb, ki so v zvezi z zlorabo drog, na nacionalni in internacionalni ravni.

c) Medicinske sestre naj pri svojih prizadevanjih za zmanjševanje povpraševanja po drogah prek spodbujanja zdravega načina življenja uporabljajo zdravstvenovzgojne materiale, kakršne recimo izdaja Mednarodni svet medicinskih sester.

č) Medicinske sestre imajo ključno vlogo pri spodbujanju skupnosti proti zlorabi različnih snovi.

d) Medicinske sestre naj o problemih zlorabe različnih snovi ozaveščajo tudi druge zdravstvene delavce.

e) Ključnega pomena za ugotavljanje razširjenosti zlorabe različnih snovi in načinov preprečevanja le-te so raziskovalne študije. Medicinske sestre naj sodelujejo v raziskavah, kjerkoli je mogoče, in naj si prizadevajo za čim širše možnosti intervencij.

f) Medicinske sestre morajo biti izurjene za pomoč posameznikom, ki so zaskrbljeni zaradi svoje odvisnosti.

g) Ker so ljudje, ki so zasvojeni, pri iskanju mamil, načinov rabe in pridobivanju sredstev zanj izredno domiselni, morajo biti tudi medicinske sestre, ki delajo s skupinami takšnih klientov, zelo prožne in ustvarjalne.

- h) Na nacionalni ravni je treba načrtovati izobraževalne tečaje za medicinske sestre.
- i) Vse informacije in načrti morajo upoštevati kulturno in etnično raznolikost. To moramo upoštevati tudi pri snovanju učnih načrtov.
- j) Medicinske sestre naj, prav zaradi pomembnega mesta, ki ga imajo v skupnosti, skrbijo tudi za socialne razmere in se zavzemajo za izboljšanje življenjske ravni v skupnosti, katere del so.
- k) Medicinske sestre se morajo izobraziti na področju zlorabe drog. Za tiste, ki že delajo na tem področju, morajo biti dostopna najnovejša spoznanja. Medicinske sestre s specializacijo ter ustreznim treningom in izkušnjami prevzamejo vlogo svetovalk raziskovalcem, drugim medicinskim sestram in drugim zdravstvenim delavcem.
- l) Medicinske sestre naj organizirajo predavanja o zlorabi drog po šolah in delovnih organizacijah ter spodbujajo šolske delavce in vodilne v podjetjih, naj pomagajo tistim, ki zlorabljajo določene snovi.

Zapomnite si: Znanje je moč, in če ste se uspeli česa naučiti, ste na pol poti k zmagi.

MODELI DOBRE PRAKSE ZA ZDRAVSTVENO NEGO

Svetovna zdravstvena organizacija in agencija HOPE sta na Češkem organizirali srečanje predstavnikov držav osrednje in vzhodne Evrope, ki sodelujejo v razvojnih projektih s področja zdravstvene nege.

Češkoslovaška je tudi dežela, ki je začela spreminjati sistem izobraževanja in prakse medicinskih sester po 1. evropski konferenci zdravstvene nege leta 1988. Ima vso podporo svoje vlade in na ministrstvu za zdravstvo delata dve medicinski sestri, odgovorni za zdravstveno nego – ena izmed njih je odgovorna za dodiplomsko izobraževanje in izobraževanje zdravstvenih delavcev.

Ker vse države vzhodne Evrope predvidevajo, da se bodo prej ali slej vključile tudi v Evropsko gospodarsko skupnost, so se potrudile, da so pravočasno izpolnile minimalne pogoje te skupnosti, ki jih postavlja v zvezi z izobraževanjem medicinskih sester in prenašajo izobrazbo s srednje na višjo stopnjo. Tako je na primer Madžarska ukinila srednje šole, vendar ne zmanjšuje bistveno vpisa, ker vzporedno odpirajo višje šole za medicinske sestre.

Mnoge evropske inštitucije, kot na primer programa Tempus in Phare, podpirajo razvoj dodiplomskih programov; Svetovna zdravstvena organizacija je zanje v preteklem srednje-ročnem obdobju omogočila razvoj filozofskih konceptov in osnov študijskih programov, usmerjenih v primarno zdravstveno varstvo, v naslednjem obdobju (1991–1996) pa usmerja svoje dejavnosti v »modele dobre prakse« in želi s tem kvalitativno izboljšati prakso zdravstvene nege.

Agencija HOPE sodeluje v teh nalogah in razvija modele dobre prakse že na Madžarskem ter na Češkem in Slovaškem, na Poljskem in v Romuniji.

Slovenija je postala polnopravna članica Svetovne zdravstvene organizacije maja 1992 in tako lahko sedaj samostojno sodeluje v teh projektih, zato bo slovenski kolaborativni center SZO v svojih programih sledil le-tej. Projekti »dobre prakse zdravstvene nege«, ki so že v teku ali so zaključeni, so:

- zdravstvena nega na opeklinskih oddelkih (Moskva, Rusija);
- zdravstvena nega starostnikov (Helsingor, Danska);
- zdravstvena nega novorojenčkov (Krakov, Poljska);
- pediatrična zdravstvena nega (Bukarešta, Romunija);
- ginekološka in porodniška zdravstvena nega (Brno, Češkoslovaška in Keckemeth, Madžarska);
- zdravstvena nega odraslih (6 centrov v Egiptu).

Stališče Svetovne zdravstvene organizacije je, da bi morala imeti v bodoče vsaka regija vsaj en tak demonstracijski center, ki bi služil kot baza za strokovno izpopolnjevanje medicinskih sester, pa tudi kot učna baza za študente šol za medicinske sestre, ki ne morejo obstajati brez aktivnega sodelovanja s službami zdravstvene nege v vseh vrstah zdravstvenih ustanov.

Slovenski model dobre prakse nosi ime KONTINUITETA ZDRAVSTVENE NEGE in njegov cilj je, da dobimo na področju zdravstvene nege vedno za vsakega varovanca/bolnika čim popolnejšo informacijo. Zato moramo razviti sistem medsebojnega komuniciranja med patronažno službo, nego bolnih na domu, v regionalnih bolnišnicah in z Univerzitetnih kliničnim centrom, kakor tudi s socialnozdravstvenimi ustanovami.

Morda nam bodo taki projekti tudi pomagali pojasniti, čemu je vrednost zdravstvene nege tako skrita in podcenjena v naši družbi. Možni odgovori so:

1. V zdravstvu dominirajo stališča zdravnikov – še vedno mnogi verjamejo, da je medicinska sestra v zdravstveni ustanovi zato, da služi zdravnikom in ne varovancem.
2. Ljudje ne vedo, da potrebuje medicinska sestra dobro splošno in strokovno izobrazbo.

3. Še vedno vpliva dejstvo, da je zdravstvena nega večinoma poklic žensk.
4. Tudi medicinske sestre same ne cenijo lastnega dela – v njihovih stališčih se zrcali odnos družbe do poklica.
5. Le kratek čas imamo visoko izobražene ljudi, ki za področje zdravstvene nege razvijajo filozofijo poklica in modele zdravstvene nege.
6. Če hoče imeti medicinska sestra boljši dohodek, se mora umakniti neposredni negi bolnikov. (Velja tudi za Slovenijo!)
7. Slabo izobražene medicinske sestre se bojijo lastne strokovne samostojnosti, ker ne vedo, kaj bi z njo. Kafka je zapisal, da je včasih varneje biti v verigah, kot biti svoboden.
8. *Zakaj tako?* sprašujejo mladi ljudje, ki se vključujejo v delo zdravstvenih ustanov na novo, in odgovorimo pogosto lahko le: Zato, ker je pač že od nekdaj tako.

Modeli dobre prakse:

POVSOD naj bodo modeli dobre prakse – v vsaki regiji:

POPOLNOST mora biti njihov cilj;

EKSPERIMENT mora biti njihova dovoljena oblika dela (nove metode, novi pristopi – pristati morajo na **SPREMEMBO**, ki jo pa morajo previdno načrtovati);
Doseči morajo **ENAKOST**: vse optimalne modele zdravstvene nege moramo uvesti v vse zdravstvene ustanove, ker mora stroka zdravstvene nege imeti povsod

ENAKOPRAVNOSTNO RAVEN (Cilj 1.) iz aktivnosti »Zdravje za vse«.

EKSPANZIJA in **PRENOS** dobrih metod in vsebin dela je obveza demonstracijskih centrov, zato postanejo pedagoške enote.

VPLIVNOST lahko naraste le z večjim zanimanjem v stroki sami, s spretnejšim komuniciranjem, z vzgojo osebnosti vodilnih medicinskih sester, da bodo lahko pojasnile delež stroke zdravstvene nege v zdravstvenem timu.

STROKA zdravstvene nege.

Centri dobre prakse nikoli ne smejo biti le teoretično zastavljeni – model dobre prakse lahko razvije le oddelek z aktivno prakso zdravstvene nege.

Vodja Kolaborativnega centra SZC centra
Majda Šlajmer-Japelj

EKOLOŠKE OBREMENTIVTE IN ŠKODLJIVOSTI TER VARSTVO PRI DELU

Služba za varstvo pri delu (v nadaljevanju SVD) opravlja v skladu z zahtevami oziroma željami vseh organizacijskih enot ter v skladu s pozitivno zakonodajo s področja varstva pri delu, požarnega varstva, zdravstvenega varstva ter tehničnimi predpisi, normativi, standardi in pravilniki zlasti naslednje naloge:

1. Izdelava postopkov in določanje rokov za periodične preglede in preskuse delovnih priprav in naprav ter izvajanje oziroma sodelovanje pri izvajanju pregledov in preskusov s pooblaščenimi organizacijami.

S pregledi in preskusi ugotavljamo, ali sredstva za delo ustrezajo predpisanim in splošno priznanim ukrepom varstva pri delu in so še varna za uporabnika. S preventivnim delovanjem preprečujemo nastanek nevarnosti in s tem zmanjšujemo število poškodb.

V Kliničnem centru imamo prek 1000 sredstev za delo, ki jih je potrebno občasno pregledovati v rokih od šest mesecev do treh let. Ta sredstva so: elektromedicinski, biomedicinski, rentgenski aparati, tlačne posode (avtoklavi), dvigala, transportna sredstva, obdelovalni stroji, pralni, sušilni, likalni stroji, centrifuge ter vse elektroinstalacije in instalacije medicinskih plinov.

2. Izdelava postopkov in določanje rokov, izvajanje oziroma sodelovanje pri izvajanju meritev ekoloških razmer, to je kemičnih, fizikalnih in bioloških škodljivosti ter mikroklima periodično na dve do tri leta oziroma ob vsaki spremembi tehnološkega procesa.

Glavni namen meritev škodljivih vplivov v delovnem okolju je, da z merjenjem fizikalnih, kemičnih in bioloških parametrov pravočasno zavarujemo delavca pred škodljivimi posledicami, preden se pokažejo kot poškodbe organizma, ki so lahko prehodne ali trajne. Preventivno delovanje je v interesu delodajalca, saj ohranja zdravje delavcev in njihovo delovno sposobnost.

V Kliničnem centru opravljamo meritve v naslednjih prostorih:

- operacijski prostori (mikroklima, osvetlitev, prisotnost anestezijskih plinov),
- prostori za intenzivno terapijo (mikroklima, osvetlitev, prisotnost anestezijskih plinov),
- sterilizacija (mikroklima, osvetlitev, prisotnost etilen oksida in formalina),
- laboratoriji (mikroklima, osvetlitev, prisotnost kemičnih škodljivosti),
- prostori za rentgen (mikroklima, osvetlitev, sevanje),
- ter po potrebi, na predlog oziroma zahtevo uporabnika, inšpekcije za delo ali po mnenju Službe za varnost pri delu.

3. Izdelava programov teoretičnega in praktičnega usposabljanja za varno delo ter izvajanje poučevanja in preverjanja znanja delavcev za varno delo.

Pri analizi poškodb pri delu se pogosto pokaže, da vzroki zanje niso samo tehnične narave, temveč v veliki meri subjektivne narave (nepoučenost o varnem delu, nepoznavanje nevarnosti . . .). Ni dvoma, da se število poškodb in obolenj v zvezi z delom občutno zmanjša z uporabo ustreznih varnostno vzgojnih metod in periodičnim izobraževanjem za varno delo.

Vzgojo in izobraževanje izvajamo po splošnem programu periodično na pet let za približno 7000 delavcev in po šestih posebnih programih v sodelovanju s pooblaščenimi inštitucijami periodično na dve leti za približno 500 delavcev. Poučujemo o delovnih razmerah in nevarnostih pri delu tudi vse na novo zaposlene delavce Kliničnega centra na uvajalnih seminarjih.

4. Organiziranje varstva pri delu za opravljanje del z drugimi podjetji na skupnem delovišču.

V Kliničnem centru stalno potekajo vzdrževalna dela, adaptacije in rekonstrukcije gradbenih objektov in instalacij. Ta dela večinoma opravljajo zunanji izvajalci, zato je potrebno z ustreznimi ukrepi zagotoviti varnost bolnikov in naših delavcev.

5. Izvajanje redne kontrole glede spoštovanja predpisanih varstvenih ukrepov, normativov, standardov in tehničnih predpisov.

Služba za varnost pri delu ni nadzorni organ v smislu pregona, temveč se z opravljanjem kontrole zavzema za organiziranje oziroma zagotovitev varnega dela in odpravo morebitnih nepravilnosti, še preden pride do nesreče oziroma poškodbe.

6. Določanje delavcev za zdravniške preglede v skladu s posebnimi predpisi in v sodelovanju z medicino dela.

Zaradi preprečevanja nesreč pri delu, poškodb, obolenj v zvezi z delom in poklicnih obolenj ter zaradi preprečevanja invalidnosti z vsemi posledicami za delavca, delodajalca in družbo nasploh, je potrebno opravljati preventivne zdravstvene preglede delavcev. Z njimi ugotavljamo zdravstveno, telesno in duševno stanje ter ocenjujemo njihovo delovno sposobnost z zdravstvenega vidika, odkrivamo zgodnje zdravstvene okvare in preprečujemo invalidnost.

V Kliničnem centru je veliko delavcev izpostavljenih različno škodljivim vplivom (ionizirajoče in neionizirajoče sevanje, anestezijski plini, kemikalije, izotopi, nevarnost električnega toka, neustrezno toplotno okolje, nočno delo itn.). Roki za te periodične preventivne preglede so določeni glede na vrsto nevarnosti pri delu od 12 do 36 mesecev.

7. Seznanjanje vodstvenih struktur o problematiki in razmerah na področju varstva pri delu.

Direktor Zavoda in direktorji klinik so odgovorni za zagotovitev varstva pri delu delavcev, zato jih služba za varstvo pri delu redno oziroma po potrebi seznanja o problematiki s tega področja.

8. Vodenje evidenc s področja varstva pri delu po posebnih predpisih.

Evidence obsegajo:

- rezultate periodičnih preiskav, kemičnih, fizikalnih in bioloških škodljivosti in mikroklimi,
- periodične preskuse delovnih priprav in naprav,
- preglede in preskuse sredstev in opreme za osebno varstvo pri delu,
- preskuse znanja delavcev glede usposobljenosti za varno delo,
- dela oziroma naloge z večjo nevarnostjo poškodb in zdravstvenih okvar in delavce razporejene na taka dela oziroma naloge,
- zdravstvene preglede delavcev,
- poškodbe in obolenja delavcev, ki so posledica poškodb pri delu ali neugotovljenih poklicnih boleznih ter vzroke poškodb pri delu,
- sklenjene pogodbe o izvajanju del in o prijavih teh del,
- nevarne snovi, ki jih uporabljamo,
- rezultate prejetih odmerkov ionizirajočega sevanja.

9. Poročanje pristojnim organom (Inšpektorat za delo, Sanitarni inšpektorat in UJV) o začetku opravljanja posebno nevarnih in škodljivih del, o hujših poškodbah pri delu, kolektivnih nesrečah in smrtnih poškodbah pri delu.

10. Preučevanje vzrokov poškodb, poklicnih obolenj in drugih bolezni v zvezi z delom ter ukrepanje za odpravo vzrokov v sodelovanju z medicino dela.

V celotnem Kliničnem centru se pripeti letno približno 150 nesreč, katerih posledica je poškodba.

11. Priprava navodil za varno delo in sodelovanje s pooblaščenimi institucijami in inšpektorati pri pridobivanju vseh potrebnih listin, pisnih izjav, strokovnih ocen, spričeval

o varnost, elaboratov o varstvu pri delu in uporabnih dovoljenj za vsa sredstva za delo in objekte.

Omenjene listine služijo kot dokazno sredstvo uporabniku posrednega dokazovanja upoštevanja predpisanih varnostnih ukrepov, normativov, standardov in tehničnih predpisov.

12. Urejanje varstva pri delu v splošnih aktih, planskih aktih ter letnih programih.

To je izdelava pravilnikov o varstvu pri delu in pravilnikov o osebnih zaščitnih sredstvih za vse TOZD ter prilaganje ter z novo zakonodajo.

13. Vodenje trajne kontrole nad izvajanjem in izpolnjevanjem ukrepov predpisanih z zakoni o požarnem varstvu, tehničnimi predpisi in navodili s tega področja.

Da se zagotovi potrebna ustrezna opremljenost s požarno tehničnimi sredstvi, skrbimo za ustrezno količino in kvaliteto:

- opreme za gašenje (pregled 1200 gasilnih aparatov na 6 mesecev, 350 notranjih hidrantov, 100 zunanjih hidrantov, pri katerih opravljamo tlačne in funkcionalne preskuse),
- opreme za javljanje požarov (pregledi avtomatskih javljalcev, ročnih javljalcev požarov ter požarnih central),
- strelovodnih instalacij (pregledi in meritve ustreznosti na 3 leta).

14. Organiziranje in izvajanje sistematičnega poučevanja delavcev o požarnih nevarnostih in ukrepih za varstvo pred požarom.

S poučevanjem zaposlenih skrbimo za ustrezno usposobljenost za ravnanje v primeru požara. Zaposlene seznanimo s preventivnimi ukrepi na njihovem delovnem mestu, opozorimo na požarne nevarnosti ter jih seznanimo s praktičnimi ukrepi, ki jih je potrebno izvajati v primeru požara. Izobraževanje izvajamo na uvajalnih seminarjih ter obdobjnih in izrednih poučevanjih.

15. Predlaganje ukrepov za zagotovitev požarnega varstva.

S periodičnimi pregledi posameznih objektov in prostorov ugotavljamo ustrezno opremljenost s požarno tehničnimi napravami, opozarjamo pristojne na nepravilnost, sodelujemo z nadzorom pri požarno nevarnih delih, na osnovi analiz požarnih nevarnosti preventivno ukrepamo, izdelujemo oziroma sodelujemo pri pripravi požarnih ocen, požarnih elaboratov in načrtov ter sodelujemo pri tehničnih prevzemih objektov in prostorov ter sodelujemo pri prodobivanju uporabnih dovoljenj.

16. Poročanje o stanju in problematiki požarnega varstva.

S poročili seznanjamo vodstvene strukture o razmerah na tem področju ter obveščemo nadzorni organ (požarna inšpekcija) o odpravi pomanjkljivosti izdanih odločb in o ostali problematiki s tega področja.

Z doslednim izvajanjem vseh teh aktivnosti so se v Kliničnem centru v zadnjih letih zmanjšale nesreče pri delu, škodljivi vplivi na delovnih mestih in se občutno izboljšali delovni pogoji. V tem času tudi ni prišlo do požarov, ki bi povzročili večjo gospodarsko škodo.

Vodja službe za varstvo pri delu
Rudi Bunc, var. inž,
Klinični center, Ljubljana

MERITVE ANESTEZIJSKIH PLINOV V DELOVNI ATMOSFERI OPERACIJSKIH DVORAN

Veljavna zakonodaja s področja varstva pri delu (Zakon o varstvu pri delu Ur. list SRS št. 47/86 in Pravilnik o preiskavah delovnega okolja in pregledih in preskusih sredstev za delo Ur. list SRS št. 35/88) določata, da mora Zavod opravljati periodične preiskave kemičnih, fizikalnih in bioloških škodljivosti ter mikroklimе. Roki, v katerih se morajo opravljati periodični pregledi in preskusi, so določeni z Zakonom o varstvu pri delu in s predpisi, ki so izdani na njegovi podlagi. S preiskavami delovnega okolja v delovnih in pomožnih prostorih ugotavljamo mikroklimatske razmere, stopnjo hrupa in tresljajev, raven neionizirajočih sevanj, ustreznost naravne in umetne osvetljenosti, koncentracije škodljivih plinov, par, trdnih in tekočih aerosolov, bioloških škodljivosti in druge škodljive vplive na zdravje in življenje delavcev. Na podlagi zapisnika o preiskavah sestavimo poročilo o preiskavi. Če ugotovimo, da delovno okolje ne zagotavlja varnih delovnih razmer in varstva pri delu, je potrebno pripraviti program ukrepov za sanacijo delovnega okolja.

Na osnovi zgoraj navedenih zahtev in odločbe inšpekcije za delo smo v Kliničnem centru opravili meritve mikroklimе in prisotnosti anestezijskih plinov v prostoru (dušikov oksidul N_2O in halotan). Meritve so bile opravljene v vseh operacijskih prostorih oziroma prostorih, kjer se uporabljajo anestezijski plini. Prav tako so bile opravljene meritve v vseh prostorih, ki mejijo na te prostore, da bi ugotovili, ali je koncentracija anestezijskih plinov povišana tudi v teh prostorih. Za meritve in analize je bila uporabljena metoda infrardeče spektrometrije, in sicer instrument MIRAN 1A WILKS-FOXBORO USA. Meritve so opravili strokovnjaki iz Zavoda za ispitivanje kvalitete robe Zagreb v sodelovanju s Službo za varstvo pri delu Kliničnega centra. Ta instrument omogoča kontinuirano merjenje delovne atmosfere skozi ves delovni čas na različnih merilnih mestih. Instrument omogoča kompletno kvantitativno analizo vsakih 3–5 sekund ob kontinuiranem pretoku vzorčne delovne atmosfere skozi merilno celico, katere volumen je 5,64 litra. Dolžina poti izbrane frekvence (valovne dolžine) infrardečega žarka je 20,25 m. Rezultate beležimo na pisalnik visoke občutljivosti. S tem instrumentom je zagotovljena občutljivost metode analize $\pm 0,1 \text{ mg/m}^3$ ali 50,05 ppm. Za analizo vsake posamične spojine oziroma anestetika uporabljamo predhodno izdelane in natančno umerjene diagrame in sprektrograme.

Pri analizi večkomponentnih zmesi par in plinov v delovni atmosferi pa uporabljamo frekvence, značilne samo za merjeno kemijsko spojino, v našem primerju anestetik.

Z meritvami je bilo ugotovljeno, da so koncentracije N_2O in halotana v primerjavi z MDK v operacijskih prostorih močno prekoračene, in sicer predvsem tam, kjer uporabljajo predvsem odprta sistema anestezije in kjer ne izvajajo direktnega odesavanja izrabljenih plinov. V vseh teh primerih so bile ugotovljene močno povišane koncentracije plinov tudi v sosednjih prostorih, zaradi hitrega širjenja plina in neučinkovitega prezračevanja. V operacijskih prostorih, kjer uporabljajo zaprte sisteme anestezije z direktnim odesavanjem plinov iz prostora prek jektorjev in kjer je klimatizacija prostorov izvedena v skladu s predpisi, pa so bile koncentracije pod MDK, ki jih predpisuje zakonodaja.

MDK (maksimalne dovoljene koncentracije) v delovni atmosferi so: 30 ppm za N_2O (dušikov oksidul) in 40 mg/m^3 za halotan. Za oceno MDK so bili uporabljeni standardi JUS 2. BO. 001 in MDK-WET BRD 1984 in tudi podatki NIOSH in RTECS.

Osebe, ki dela v prostorih, kjer so bile MDK znatno presežene, se pritožuje nad glavoboli, utrujenostjo in razdražljivostjo.

Iz analize rezultatov meritev smo prišli do sklepa, da so vzroki prekomerne koncentracije anestezijskih plinov v delovni atmosferi plini, ki izhajajo v prostor iz anestezijskih aparatov zaradi nepopolnega tesnenja ali uhajajo okoli tubusa in maske. Izhajanje plinov povzročajo tudi dotrajani aparati, pri katerih postanejo plastični in gumijasti deli porozni. Vzrok uhajanja plinov v prostor je ponekod tudi nepravilno delovanje ekshavstorjev.

Dokazano je, da koncentracije plinov v atmosferi operacijske dvorane lahko zmanjšamo na normalno, če uporabljamo brezhibne aparate in naprave za prezračevanje in odsesavanje, tako da so odpadni plini usmerjeni v ventilacijski sistem in ne ostajajo v operacijski dvorani.

Da bi se zmanjšala škodljivost anestezijskih plinov oziroma da bi se zmanjšale koncentracije plinov v delovni atmosferi, je služba za varstvo pri delu izdala naslednja navodila:

- vse aparate za anestezijo je potrebno redno kontrolirati, da ne uhajajo plini v prostor;
- potrebno je opravljati periodične meritve koncentracije plinov v delovni atmosferi vsaki dve leti;
- redno preverjati brezhibnost delovanja ekshavstorjev;
- na ogroženih delovnih mestih mora obstojati možnost menjavanja osebja, da se zmanjša izpostavljenost;
- zaposleni bi morali izrabljati letni dopust v več delih;
- osebje, ki dela v teh prostorih, mora redno opravljati periodične zdravstvene preglede:
 - osebe, ki so prebolele virus hepatitis A ali B, ne smejo delati na delovnih mestih, ki so izpostavljena anestezijskim plinom.

Rudi Bunc, var. inž.,
vodja službe za varstvo pri delu,
Klinični center, Ljubljana

GOVOR GENERALNEGA DIREKTORJA NA 45. SKUPŠČINI SVETOVNE ZDRAVSTVENE ORGANIZACIJE

Ženeva, 5. maj 1992

Gospod predsednik, visoki gostje, spoštovani odposlanci, gospe in gospodje, štejem si v čast, da lahko pozdravim 45. skupščino Svetovne zdravstvene organizacije in predstavim delovanje Svetovne zdravstvene organizacije v letih 1990–1991. Dovolite mi, da najprej nekoliko osvetlim zdajšnji mednarodni položaj, kajti prav v tem okviru bomo presojali in tehtali dosežke Svetovne zdravstvene organizacije in njene načrte za prihodnje dejavnosti.

Pričujoče zasedanje skupščine Svetovne zdravstvene organizacije je prvo po koncu hladne vojne. Zdaj, ko si supersile ne stojijo več nasproti in grožnja morebitne nove svetovne vojne ni več prisotna, je povsem naravno, da se zazremo v novo obdobje zdravljenja in rehabilitacije, v obdobje svetovnega miru in napredka. A vse kaže, da bo dogajanje tudi v tem obdobju po hladni vojni povsem nepredvidljivo. Političnih dogodkov in razvoja družbe ni moč napovedovati in razumeti v luči kakega razumnega reda, ki smo ga sicer navajeni in v okviru katerega na stereotipna vprašanja pričakujemo stereotipne odgovore. Gre za obdobje mutacije, kot pripominjajo nekateri politični opazovalci. Ker pa ima beseda »mutacija« v medicinskem besednjaku povsem svojski pomen, bom rajši uporabljal izraz »transformacija«, prehod ali, preprosteje, »sprememba«. Ta sprememba bo po vsej verjetnosti globoka in večplastna ter dolgotrajna, sledeč ne vselej predvidljivim potem.

Paradoksalno pri tem pa je, da je vsaka in vsakršna sprememba sicer pojavna oblika življenja in pomeni priložnost za razvoj, hkrati pa je tudi dejavnik tveganja in pomeni destabilizacijo. Spremembo imamo lahko za izziv in jo pravzaprav zanj tudi moramo imeti, ne glede na vso nepredvidljivost njene narave in posledic. Konec konfrontacije med supesilami je sprožil iskanje novih zavezništov in odprl nove poti za politično in gospodarsko sodelovanje. Posledica le-te so tudi razpad držav ter nastajanje lokalnih konfliktov in konfliktov med skupnostmi, ki jih spremljajo tragično umiranje, opustošenje in trpljenje ljudi. V času, ko postajajo nacionalna gospodarstva vse bolj odvisna od svetovnih tokov in trgov in se vse bolj vključujejo vanje, smo priče vzporedni težnji regionalizacije gospodarskega razvoja, ki se suče okrog dveh ali treh osnovnih polov. Ti lahko predstavljajo uravnavalne in spodbujevalne mehanizme, vsekakor pa niso brez napak. Gospodarski razvoj zahteva reševanje problema nezaposlenosti, revščine in marginalizacije ljudstev in dežel. Resničen proces demokratizacije ali liberalizacije ni mogoč brez iskrenega in uspešnega boja proti socialni neenakosti.

Obdobje po hladni vojni je prineslo vnovično zaupanje v sistem Združenih narodov in obudilo pričakovanja v zvezi z njim. Združenim narodom je zaupana velika odgovornost glede ohranjanja miru in socialnega in ekonomskega razvoja ter zagotavljanja mreže socialne varnosti; organizacija sprejema te nove izzive. Pod vodstvom gospoda Butrosa Butros-Galija, novega generalnega sekretarja, poteka notranja reorganizacija, katere namen je trdnejša in zanesljivejša struktura. Najbrž ni treba posebej povedati, da mora preoblikovanje Združenih narodov potekati z roko v roki in v sozvočju z napredovanjem v usklajevanju dela specializiranih služb, kot so Svetovna zdravstvena organizacija in druge ustanovne organizacije, ki se ukvarjajo s prehrano, izobraževanjem, delom, industrijo, transportom, denarništvom, bančništvom, trgovino, problemi otrok, prebivalstva, okolja in drugimi vidiki razvoja.

V vsem sistemu Združenih narodov opažamo vse večje zahteve po posredovanju v lokalnih spopadih, pogosto na račun dolgoročnega razvoja. Mirovne misije »modrih čelad« v Evropi, Aziji in Afriki imamo lahko za »kurativne« ukrepe. Enako lahko razmišljamo o misijah »humanitarne pomoči«, ki pomagajo pri odpravljanju neposrednih posledic katastrof v različnih deželah, ki jih je povzročil človek. Te aktivnosti so, tako kot kurativni

ukrepi v zvezi z zdravjem, dramatične in očitne. Pogosto se stanje »pacienta« nemudoma izboljša. Zato so tudi sredstva zanje brž na razpolago. A tako kot v primeru številnih kurativnih medicinskih intervencij je izboljšanje le začasno, saj odpravljajo predvsem simptome in ne vzrokov. Poleg tega tudi precej stanejo. Izogibanje konfliktom z aktivnim preprečevanjem, kar gospod Butros Butros-Gali imenuje »preventivna diplomacija«, je navsezadnje precej učinkovitejši ukrep. V zdravstvu že od nekdaj poudarjamo, da je preprečevanje boljše kot zdravljenje. Storimo še korak naprej in združimo »preventivno diplomacijo« s »prizadevanji za mir in varnost«, tako da bomo poskrbeli za uravnotežen družbeni in gospodarski razvoj. Sem spada tudi skrb za boljše zdravje; in prav to geslo »zdravje za vse« tudi pomeni.

V svetu nenehnih sprememb in negotovosti so prevencija, napredek in razvoj ključ za vzpostavljane trajnega miru in varnosti. Vsa ta prizadevanja so namenjena doseganju dolgoročnejših, trdnejših in učinkovitejših rezultatov; kajpak zahtevajo več časa in so manj očitna kot kratkoročni kurativni ukrepi. Seveda se moramo zavedati, da je treba urejati tudi nujne zadeve in da ljudje v tiski ne morejo čakati. V sodelovanju z državami članicami moramo torej vzpostaviti ustrezno ravnovesje med prizadevanji, prevencijo, napredkom in razvojem, ki bo v skladu s specifičnimi nalogami in strokovno usposobljenostjo vseh vpletenih, izvirajoč iz splošnega soglasja in sporazuma o univerzalnih načelih, ki jih podpirajo Združeni narodi.

Pri usklajevanju dejavnosti znotraj družine Združenih narodov, usmerjenih k skupnim ciljem in izvirajočih iz načel, kot so mir, varnost, človekove pravice, enakost in družbena pravičnost, moramo upoštevati tudi razlike med omikami ter pluralizem prepričanj in sistemov vrednot. Skozi vso zgodovino je predvsem tako imenovani »zahod« opredeljeval značilnosti dandanašnjega gospodarskega in tehnološkega sveta; v tem smislu je postal svet tudi bolj enovit. Nikakor pa ne smemo pozabiti na to, da človekovo življenje, njegove ideje, čustva in hrepenenje, njegov pogled na svet, njegove pripravljenost za delovanje in odzivanje na nove spodbude – recimo na področju zdravja, človekovih pravic in razvoja – oblikuje njegova omika, jezik in sistem vrednot. Če si želimo, da bo po vsem svetu sprejeli naše skupne cilje in univerzalna načela, si moramo prizadevati za to, da jih osmislimo za vsa ljudstva in omike, znotraj njihovih sistemov vrednot. Pri tem pa moramo skrbno razlikovati med univerzalnostjo načel in uniformnostjo akcije. In tako moramo znova in znova »misliti globalno in delovati lokalno«. To pa ne izključuje globalnega delovanja. Nasprotno, globalno delovanje je bistvenega pomena, potekati pa mora tako, da v okviru nacionalnega programa upošteva in spoštuje lokalno. Za nas, ki delamo na področju zdravstva, so lokalne značilnosti izjemno pomembne, če hočemo doseči uspeh pri vzpostavljanju »zdravstvene omike« posameznika, družbenega in osebnega vedenja in vladne politike, ki bo služila in spoštovala integriteto človeka – se pravi integriteto duše in telesa – kot posameznika in kot pripadnika določene družbene skupine, v sozvočju s celotnim okoljem. Z mislijo na vse to lahko naprej razvijamo tisto, čemur pravimo »zdravje kot osnovna človekova pravica«. Vseskozi moramo analizirati spreminjajoče se ravnovesje pravic in obveznosti posameznika, družbene skupnosti in oblasti v različnih družbah. Prizadevati si moramo za nov družbeni dogovor in preučevati nove oblike sodelovanja med partnerji, ki sodelujejo pri izboljševanju zdravja. Navsezadnje vsaka zdravstvena akcija izvira iz splošno sprejetega soglasja, da se vsakršen razvoj suče prav okrog človeka. Naš najdragocenejši vir so prav ljudje. Hkrati pa bo treba tako na globalni ravni kot na ravni vsake posamezne dežele in omike poiskati nujno potrebno ravnovesje med ekonomskim in družbenim razvojem. Če hočemo zagotoviti potrebno družbeno in zdravstveno varno omrežje, moramo predvidevati, kateri zdravstveni problemi se utegnejo pokazati, in upoštevati, na kakšen način utegnejo vplivati na prevencijo in razvoj. Tudi razumevanje problemov upravljanja, programiranja in delovanja moramo postaviti na nove temelje in se jih lotevati z drugačnimi sredstvi. To postaja še zlasti pomembno v zadnjem času, ko so se v naši družbi zgodile precejšnje spremembe. Epidemiološke in demografske spremembe, ki smo jim bili priča, zahtevajo spremembe v organiza-

ciji obstoječih služb. Iz dneva v dan se na trgu pojavljajo tehnološke novosti, katerih učinkovitost je sicer v večini primerov dvomljiva in ponavadi le obremenjujejo že tako in tako visoke stroške zdravstva. Na svetu ni dežele, ki bi si lahko privoščila celotno paleto uslug, ki so dandanes tehnično izvedljive. In čemu naj v takšnih okoliščinah damo prednost?

Naj se na tem mestu nekoliko ustavim in izkažem spoštovanje svojemu predhodniku, dr. Halfdanu Mahlerju, ter vsem državam članicam Svetovne zdravstvene organizacije za predvidevnost, s katero so si za cilj naše skupne akcije izbrale tedaj še oddaljeno točko v prihodnosti, leto 2000. V svojem nagovoru štirideseti skupščini Svetovne zdravstvene organizacije je leta 1987 dr. Mahler govoril o »... novi paradigmi zdravja, nove zdravstvene omike, ki je ne bo lahko udejaniti...« in pri tem navedel znamenite besede Shakespearovga Hamleta: »Biti ali ne biti: to je zdaj vprašanje«. Zdaj pa je vprašanje: »Storiti ali ne storiti«. »Zdravje za vse do leta 2000« je visoko zastavljen in ambiciozen cilj; izražen je v stališču Svetovne zdravstvene organizacije, da je skrb za zdravje hkrati tudi dolgoročna strategija družbenega in gospodarskega razvoja. Na temelju te strategije in vaše skupne politične volje bomo lahko dosegli številne cilje. Podrobnosti o tem, kaj je bilo storjeno med letoma 1985 in 1990, so v poročilu o drugi evalvaciji izvrševanja globalne strategije programa Zdravje za vse do leta 2000; o njih bomo razpravljali v okviru skupščine. Kljub temu bi rad osvetlil nekaj podrobnosti.

Na splošno rečeno smo dosegli določeno razširitev primarnega zdravstva in določeno izboljšanje zdravstvene nege. V polovici dežel v razvoju se je pričakovana življenjska doba dvignila na 60 let in več, v 21 pa na 70 in več.

Globalno gledano se je smrtnost novorojencev znižala od 76 na 1000 živorojenih otrok med letoma 1983 do 1985 na 68 med letoma 1988 in 1990. Dežele v razvoju so enakomerne razdeljene v dve skupini: v eni je smrtnost novorojenčkov 50 in več na tisoč živorojenih otrok, v drugi pa jih med tisočimi umre manj kot 50. V enajstih deželah v razvoju se je smrtnost novorojencev znižala pod 20 na 1000 živorojenih otrok.

Globalno gledano se je stopnja rasti prebivalstva znižala na 1,7% v primerjavi z 2,1% v drugi polovici šestdesetih let. Enainosemdeset odstotkov mestnih prebivalcev in 58 odstotkov prebivalcev na deželi ima zdravo pitno vodo ter 71 odstotkov oziroma 48 odstotkov tudi ustrezne sanitarije. Tudi število zbolelih za drakunkuliozo upada – od več kot 10 milijonov v letu 1985 na manj kot 3 milijone v letu 1990. V letu 1990 so v deželah v razvoju s tretjim odmerkom cepiva proti otroški paralizici cepili že 85 odstotkov otrok do enega leta starosti, 83 odstotkov so jih cepili proti difteriji, tetanusu in oslovskemu kašlju, 90 odstotkov proti tuberkulozi (TBC) in 79 odstotkov proti ošpicam. Malone vse dežele so sprejele nove cilje za znižanje števila bolezni v okviru Razširjenega programa cepljenja. Vanj spada tudi preprečevanje tetanusa pri novorojenčkih do leta 1995 in iztrebljenje otroške paralize do leta 2000.

V številnih deželah v razvoju beležijo precejšen upad umrljivosti zaradi srčno-žilnih bolezni. Globalno vzeto pa srčno-žilne bolezni in rak zavzemajo prvo mesto med vzroki smrti tudi v deželah v razvoju. Teh zbolelji ne moremo več imeti le za bolezni preobilja v industrializiranih deželah.

Poleg tega pa je pandemija aidsa, poleg vseh človeških in socialno-ekonomskih posledic, ki jih prinaša, povzročila novično pojavljanje tuberkuloze v še posebej težki obliki, ki je pogosto ne moremo zdraviti z obstoječimi zdravili. Tudi malarija v številnih deželah spet postaja resen problem, celo tam, kjer so še pred leti optimistično menili, da jo bodo morda lahko povsem iztrebili. Novi in stari problemi najtežje prizadevajo prav dežele v razvoju.

Povzemimo: na splošno gledano se približujemo cilju »Zdravje za vse«, kar se kaže v izboljševanju zdravstvenega stanja in drugih kazalcev zdravstvene oskrbe. Razkorak med deželami v razvoju in razvitimi deželami je vse manjši. Prizadet pa sem, in menim, da tudi vi vsi čutite enako, spričo položaja v najmanj razvitih deželah, kjer je napredek precej počasnejši. Zaradi tega se razkorak med njimi in ostalimi deželami v razvoju veča. Čimprej

moramo poskrbeti za potrebe prebivalcev v najmanj razvitih deželah, da se bodo lahko izvili iz najhujšega pomanjkanja in zares vzeli svojo usodo v svoje roke.

Najprej in predvsem se Svetovna zdravstvena organizacija zavzema za izboljševanje zdravja vseh ljudi na svetu. Zavedati se moramo, da je leto 2000 tako rekoč pred našim nosom in da morajo biti dolgoročne akcije usmerjene daleč v enaindvajseto stoletje. Naš cilj – zdravje za vse – ostaja enak. A zavedati se moramo, da se svet v zadnjih letih korenito spreminja. Obdobje hitrih sprememb se bo najbrž še nekaj let nadaljevalo in možna prihodnja podoba našega sveta bo še nekaj časa nejasna.

Zatorej moramo v naših načrtih za prihodnji razvoj zdravstvenega področja upoštevati tudi globalne transformacije in negotovost, prav zaradi tesne interakcije med različnimi področji. Ni je dežele na svetu, ki bi si lahko privoščila prav vso tehnologijo, ki je na voljo na zdravstvenem področju, naraščajoči stroški zdravstva varstva pa narekujejo racionalizacijo služb, ki so na voljo prebivalcem. Spričo sprememb v smrtnosti in obolevnosti moramo več pozornosti nameniti življenjskemu slogu in pomembnosti osebne odločitve zanj. Vse bolj očitne potrebe starejših in drugih skupin prebivalstva zahtevajo spremembe v načinu posredovanja zdravstvenih dejavnosti.

Prav v luči teh vprašanj, ki posredno ali neposredno prizadevajo področje zdravstva in s tem tudi naše delo, sem prejšnje leto predlagal spremembo paradigme zdravstvene akcije. S tem mislim na referenčni okvir, s pomočjo katerega bi spričo sprememb lahko ohranjali kontinuiteto.

Naša paradigma zdravja ni kak utrjen in tog model. V dandanašnjih okoliščinah bi rigiden model kaj hitro postal zastarel. Naša paradigma je v osnovi dinamična, se pravi multidimenzionalna, in vključuje številne parametre. Trdno ohranja smer, a je hkrati prožna. Omogoča povezave in prehode med starim in novim, upošteva dejavnik »časa« in večidel nepredvidljiv proces spreminjanja. Veseli me, da je na zadnji seji lani januarja tudi izvršilni odbor menil, da gre za uporaben okvir, v mejah katerega je mogoče razmišljati o naših prihodnjih delovnih programih.

V preteklih štirih letih smo, ko smo ugotovili, da so prav omejena sredstva tisti zaviralni dejavnik, s katerim se najpogosteje soočajo številne dežele in njihove zdravstvene službe, nekoliko okrepili tisti del službe Svetovne zdravstvene organizacije, ki se ukvarja z vprašanji zdravstva in ekonomije. Žal pa se je v številnih primerih izkazalo, da niti tista omejena sredstva, ki so na voljo, niso vselej najustreznejše uporabljena. V obdobju po hladni vojni se bomo morali dogovoriti, in to povsem realistično, o možnostih »mirovne dividende« za zdravje in družbeni razvoj. Če mirovna dividenda dejansko obstaja, se moramo vprašati, koliko se je zares nameni zdravstvenemu in družbenemu sektorju? Pri vsakem takšnem ovrednotenju je treba premisliti tudi o tem, v kolikšni meri se drugi politični problemi – v kmetijstvu, industriji in drugih sektorjih – prepletajo z zdravjem naroda, in o tem, ali ogrožajo ali podpirajo nemoten potek zdravstvene akcije. Tako kot Svetovna zdravstvena organizacija ne more ločeno od vsega drugega zasledovati tradicionalno ozke definicije zdravja, tako se morajo zdravstvena ministrstva vsepovsod navaditi na interdisciplinarno razmišljanje ter medsektorsko načrtovanje, delovanje in sodelovanje. Poleg tega morajo razvijati svoje lastno ekspertno znanje in sposobnosti za zavzeto udeležbo v takšnem medsektorskem sodelovanju. Ker so denarna sredstva za mednarodno pomoč omejena in že tako in tako do konca izrabljena, bi bilo modro, če bi jih vsaj del namenili za pomoč deželam v razvoju, da bi le-te lahko same razvijale svoje lastne zmožnosti za finančno in ekonomsko načrtovanje in vrednotenje na področju zdravstva.

Nenehno poudarjam pomembnost enakopravnosti in družbene pravičnosti, z drugimi besedami »zdravja za vse«, kot temeljnih pogojev za svetovni mir in varnost. Ta načela so sestavni del akcij na področju primarnega zdravstva, še zlasti skupnih dejavnosti v deželah, najbolj potrebnih pomoči. Ta načela so bila tudi temeljnega pomena pri določanju kazalcev za merjenje napredka v okviru programa »Zdravje vseh ljudstev in za vsa ljudstva«. Okrepljeno sodelovanje Svetovne zdravstvene organizacije z deželami, ki so najbolj

potrebne pomoči, znova vzpostavlja tako imenovano »socialno etiko«, se pravi namenjanje posebne pozornosti še zlasti obrobnim in najbolj izpostavljenim skupinam prebivalstva. Še več, prav najbolj izpostavljene skupine prebivalstva moramo spodbujati, da bodo sodelovale pri odločanju o svoji lastni usodi. Lanskega decembra so v Akri v Gani na Mednarodnem forumu še posebej poudarili pomembno vlogo žensk, ki jo imajo v okviru zdravja in družbenoekonomskega napredka, se pravi vlogo hranilk družine in odločilnih dejavnikov, ne le pasivnih sprejemnikov. O tem vprašanju bomo razpravljali v okviru strokovnih diskusij na pričujoči skupščini.

Treba je izostriti zavest in spisati nov »nov sporazum« (»new deal«, Roosveltov poskus reorganizacije upravnega in gospodarskega sistema, op. prev.), v katerem bomo opredelili razdelitev nalog med razvitimi deželami in tistimi v razvoju ter tako skušali ohraniti naravne vire ter obvladovati onesnaževanje zraka, vode in zemlje za dobro prihodnjih rodov. Kdo bo sprožil akcijo, kdo jo bo plačal in kako? To so najtežji izzivi za naslednjo Konferenco Združenih narodov o okolju in razvoju. Tudi poročilo Komisije Svetovne zdravstvene organizacije za zdravje in okolje bo poseben prispevek k tej konferenci. Problemi ohranjanja raznoličnosti živega ter ohranjanje razvoja v znosnih mejah veljajo tako za okolje kot za zdravje.

Osnovni pogoj za zdravje in človekov razvoj v spreminjajočem se svetu je nenehno in učinkovito sodelovanje med ljudmi ter širjenje praktičnih opcij. To se odraža tako pri delu v posameznih deželah kot v delovanju Svetovne zdravstvene organizacije. Podpiramo vlade in jim pomagamo pri izdelavi nacionalnih in globalnih ciljev, se pravi pri vzpostavljanju samozadostne zdravstvene službe v vsaki vasi ali mestnem okolju vsake dežele na svetu. Če hočemo spolniti zaželeno cilje glede zdravja, moramo seči prek meja samega zdravstva. V doseganje cilja »zdravje za vse« je vključena cela vrsta aktivnosti. Te aktivnosti lahko združimo v štiri osnovne skupine ali tako imenovane »ključne orientacijske točke za novo občo zdravstveno akcijo«. Te so:

1. varovanje in krepitev zdravja;
2. zagotavljanje dostopnosti učinkovite zdravstvene službe;
3. mobilizacija sredstev za zdravstvo in zagotavljanje njihove najustreznejše izrabe;
4. spremljanje in evalvacija državne zdravstvene akcije, ne le v epidemiološkem pogledu, ampak tudi glede vpliva na socioekonomski razvoj. Te smernice vplivajo na vlogo, funkcijo, strukturo in vodenje naše Organizacije. Vaše razpravljanje v okviru pričujočega zasedanja 45. skupščine Svetovne zdravstvene organizacije bo ključnega pomena za analizo izzivov in sestavljanje celotne politike prihodnjega mednarodnega delovanja na področju zdravja. Vsi ste prejeli moje poročilo o delu Svetovne zdravstvene organizacije v obdobju med letoma 1990 in 1991. Razpravljanje o tem poročilu bo na vrsti ob drugi evalvaciji uvajanja globalne strategije programa Zdravje za vse do leta 2000. Na vašem programu za to leto so številne, med seboj povezane točke iz tehničnega programa, pa tudi revizija vse težjega finančnega položaja naše Organizacije. Prepričan sem, da nam bodo večja odzivnost za izzive našega časa, večja razvidnost naše akcije in okrepljeno sodelovanje, katerega cilj je boljša usposobljenost zdravstvenih delavcev za opravljanje ekonomskih analiz v zvezi z zdravstvom, spodbudile nadaljnja vlaganja v zdravje. Spričo vsega tega sem prepričan, da bomo lahko poiskali tudi dodatne vire, vsaj za tiste dežele ali ogrožene skupine prebivalstva, ki takšno pomoč najbolj potrebujejo.

V prihodnjih mesecih in letih nas čakajo velikanske naloge. Kot sem že večkrat omenil, nas ne smejo preplašiti številni problemi, ki jih imam osebno rajši za izzive – priložnosti za akcijo in sodelovanje. Vse to bo zahtevalo od Organizacije poseben in precejšen napor, in prav Organizacija mora dokazati, da se zmore prilagajati spremembam in sprejemati izzive časa. Pripravljeni moramo biti na drastične spremembe v delovnih postopkih, če so seveda potrebne in funkcionalne. Pri tem pričakujemo podporo in sodelovanje držav članic, od Organizacije združenih narodov pa, da bo v akciji prevzela povezovalno vlogo.

Rad bi izrazil svoje spoštovanje, upanje in zaupanje v posvetovanja, ki jih boste udeleževali v naslednjih dveh tednih, in prepričan sem, da bodo le-ta pomenila korak naprej pri vzpostavljanju zdravja, miru in varnosti na svetu. Skupaj si moramo prizadevati za skupni cilj, se pravi za doseganje čim boljšega zdravja za vse narode na svetu do leta 2000. Hvala lepa.

Prevedla D. K.

*Spoštovane in drage kolegice
in kolegi,
bralci Zdravstvenega obzornika*

*Polni pričakovanja
in želja vstopamo v leto 1993.*

*Želim Vam obilo osebne sreče
in poklicnega zadovoljstva.*

*Predsednica Zveze društev medicinskih sester
in zdravstvenih tehnikov Slovenije*

Nana Domajnko

BOLEZNI SRCA IN OŽILJA:

največji svetovni sovražnik

Bolezni srca in ožilja so dandanes največji svetovni sovražnik. Zakaj? Zaradi njih vsako leto umre 12 milijonov ljudi – več kot zaradi infekcijskih bolezni – še več pa jih ostane za vselej prizadetih. Približno polovica (kakih 6 milijonov) jih zaradi bolezni srca in ožilja umre v deželah v razvoju. Četrtno smrti po vsem svetu lahko pripišemo boleznim srca in ožilja, kar pomeni, da se bližamo svetovni koronarni katastrofi. V industrializiranih deželah so bolezni srca in ožilja na prvem mestu in so v 50 % primerov vzrok smrti; v deželah v razvoju so na tretjem mestu in so vzrok smrti v 15 do 16%.

Predvidevajo tudi, da bo zaradi bolezni srca in ožilja v tretjem svetu v naslednjem desetletju umrlo več ljudi kot zaradi vseh infekcijskih bolezni skupaj – se pravi zaradi diareje, shistosomioze, tuberkuloze, ošpic in oslovskega kašlja. Bolezni srca in ožilja in možganska kap bodo postale glavni vzrok smrti v deželah v razvoju; žrtve le-teh bodo predvsem pripadniki upravnega in profesionalnega družbenega razreda, katerih znanje in spretnosti so za gospodarski razvoj in napredek ključnega pomena. Napovedi kažejo, da bo v Latinski Ameriki kmalu umrlo dvakrat do trikrat več ljudi zaradi bolezni srca in ožilja kot pa zaradi infekcijskih bolezni, v Aziji pa eninpolkrat več; le v Afriki in na Srednjem Vzhodu bodo še vedno več ljudi pobile starodavne ubijalke – infekcijske bolezni.

V Vzhodni Evropi v zadnjih dveh desetletjih vse več ljudi umira zaradi bolezni srca in ožilja.

V Severni Ameriki, Zahodni Evropi, na Japonskem, V Avstraliji in na Novi Zelandiji število smrti zaradi bolezni srca in ožilja sicer upada, a le-te med vzroki smrti še vedno ostajajo na prvem mestu.

Strokovnjaki Svetovne zdravstvene organizacije menijo, da bi bilo mogoče polovico vseh smrti na svetu preprečiti – na leto bi lahko rešili kakih šest milijonov življenj.

Zdrav način življenja je najcenejši način preprečevanja

Bolezni srca in ožilja ni mogoče preprečiti s cepljenjem. Tako za dežele v razvoju kot za razvite dežele velja, da je najcenejši način boja proti tem boleznim zdrav način življenja.

V preteklih treh desetletjih se je v Združenih državah Amerike smrtnost zaradi bolezni srca in ožilja zmanjšala za 40 %. Tretjino tega upada lahko pripišemo tehnološkemu napredku, kamor sodijo zdravila, ki raztapljajo krvne strdke in sredstva proti previsokemu krvnemu tlaku, enote za intenzivno terapijo, koronarna angioplastika in vsajanje by-passov. Dve tretjini upada pa lahko pripišemo ukrepom, kot so prehrana z manj kalorijami, maščobami in soli, nadzor previsokega krvnega tlaka, vse večja popularnost telesnega razgibavanja, opuščanje kajenja – vse to pa nima prav nič opraviti z zdravili. Ta dejstva dodatno krepijo pomen nefarmakološkega načina preprečevanja; vodilni zdravstveni delavci morajo dati še večji poudarek pomembnosti preprečevanja – s preprečevanjem je treba začeti v mladosti – kajti le tako bomo lahko prihranili tako življenja kot denar.

Eden izmed vzrokov zviševanja števila bolezni srca in ožilja je tudi staranje prebivalstva. Po napovedih Združenih narodov bo pričakovana življenjska doba v večini dežel v razvoju do leta 2000 dosegla vsaj 60 let. Raziskave so pokazale, da se življenjska doba viša hkrati z upadanjem števila smrti zaradi infekcijskih bolezni, ko pa se smrtnost zniža pod 15 na 1000 prebivalcev, postanejo glavni problem bolezni srca in ožilja. To se je že zgodilo v številnih deželah v razvoju.

Zviševanje števila obolelih zaradi bolezni srca in ožilja je povezano tudi z načinom življenja. po podatkih Svetovne banke pa le »maloštevilne dežele spodbujajo uživanje hrane z malo maščobami, holesterola in soli; pravzaprav ima le malo dežel sploh kakršnokoli prehransko politiko.« Pa tudi telesnega razgibavanja in telesne čilosti v šolah in na delovnih mestih ne spodbujajo sistematično. Še huje, osnovni interes zdravnikov v deželah v razvoju je še vedno namenjen akutnemu zdravljenju in ne skrbi za preprečevanje bolezni, pravi poročilo.

MONICA – desetletni program Svetove zdravstvene organizacije

Leta 1985 je Svetovna zdravstvena organizacija začela z desetletnim programom MONICA – kratica je nastala iz dveh angleških besed, in sicer »monitoring« (spremljanje) in pa »cardiovascular« (kardiovaskularno) – s pomočjo katerega naj bi vodilni v javnem zdravstvu lažje presojali uspešnost oziroma neuspešnost preventivnih akcij. MONICA je eden najboljšejših raziskovalnih projektov, kar so se jih kdajkoli lotili; z njim spremljajo trende v populacijskih skupinah od 25 do 64 let v 26 deželah s pomočjo omrežja 39 centrov. Vsak center spremlja kakih 1200 ljudi, ki predstavljajo reprezentančni vzorec kakih 15 milijonov prebivalcev. Dozdajšnji rezultati razkrivajo razlike s smrtnosti glede na spol in raso ter geografsko med Vzhodom in Zahodom ter Severom in Jugom, pa tudi znotraj posameznih dežel. V Franciji na primer obstajajo določene razlike med skupinami prebivalstva, ki so jih preučevali v Lilleu, Strassbourgu in Toulousu. Smrtnost je najnižja v Toulousu, kar strokovnjaki razlagajo s tamkajšnjo prehrano, v kateri uporabljajo olje, polinenasičene maščobe, zelenjavo in sadje ter le malo lipidov živalskega izvora in nasičenih maščob.

Več telesnega gibanja in uravnotežena prehrana

Rezultati preučevanja skupin prebivalstva kažejo, da je najmanj debelih ljudi v Beijingu nas Kitajskem (3 %), v Goteborgu na Švedskem (7 %) in v Aucklandu na Novi Zelandiji (8 %). Moški so najdebelejši na Malti (25 % debelih), Spodnjem Porenju ter Vzhodni Franciji ter v Kaunasu v Litvi (po 22 %). Najdebelejše ženske živijo v Kaunasu (45 % debelih), v Novosibirsku v Sibiriji, v Ruski federaciji (43 %) in na Malti (41 %). Prevelika telesna teža pa je bila značilna poteza vseh preučevanih skupin prebivalstva, kar kaže na to, da bo treba spremeniti nezdrav način življenja, in sicer s pomočjo intenzivnejšega telesnega razgibavanja in zdrave prehrane.

Med projekti Svetovne zdravstvene organizacije za preprečevanje in nadzorovanje bolezni srca in ožilja so tudi naslednji:

CARDIAC (Cardiovascular Diseases and Alimentary Comparisons – Primerjalna študija kardiovaskularnih bolezni in prehrane), raziskava, ki poteka v 22 razvitih deželah in deželah v razvoju. Cilj raziskave je razkriti povezave med načinom prehrane in visokim krvnim tlakom. Vodi jo center Svetovne zdravstvene organizacije pri Univerzi Shimane, Izumo, Japonska.

PEP (Patient Education Project – Program za vzgojo pacientov) vključuje osem dežel; cilj programa je priprava družinskih zdravnikov in medicinskih sester za poučevanje pacientov z visokim krvnim tlakom o tem, kako naj skrbijo zase. Partner v tem programu je tudi Svetovna liga za visok krvni tlak.

PBDAY (Patho-Biological Determinations of Atherosclerosis in Youth – Patobiološke determinante ateroskleroze pri mladih), petletna raziskava, ki poteka v 20 centrih na 16 področjih po vsem svetu; osnovni cilj raziskave je preučevanje mašenja žil pri mladih. s čimer skušajo ugotoviti, kako se ateroskleroza razvija.

The Global Cardiovascular Diseases Monitoring and Prevention Project – Svetovni program za spremljanje in preprečevanje bolezni srca in ožilja so ustanovili pred nedavnim. Deluje v deželah v razvoju in pomaga tamkajšnji zdravstveni službi pri sestavljanju preventivnih programov.

Programme on Prevention of Rheumatic Fever and Rheumatic Heart Disease – Program za preprečevanje revmatične mrzlice in revmatičnih bolezni srca, program v deželah v razvoju, katerega cilj je znižanje števila smrti zaradi teh dveh bolezni, ki prizadevata predvsem mlade. Partner v tem projektu je Mednarodna zveza in federacija za kardiologijo.

Jasno je, da je mogoče grozečo svetovno epidemijo bolezni srca in ožilja zavreti le s pripravljenostjo vseh dežel, da prispevajo sredstva, opremo in strokovnjake.

Dr. Ivan Gyarfás, predstojnik
Oddelka za bolezni srca in ožilja
pri Svetovni zdravstveni organizaciji
World Health, januar–februar, 1992

GROŽNJA VISOKEGA KRVNEGA TLAKA

Zapletov zaradi visokega krvnega tlaka, se pravi možganske kapi, srčnega infarkta ter odpovedi srca in ledvic, je vse manj. Današnje sporočilo pravi: izmerite si krvni tlak in če je previsok, ga uravnajte.

Februarja 1944 so se na Jalti sestali trije možje in se pogovarjali o razdelitvi sveta po drugi svetovni vojni. Roosevelt je imel visok krvni tlak in srce mu je odpovedovalo; umrl je za kapjo le nekaj tednov po konferenci. Stalin je bil očitno pri dobrem zdravju, a je osem let pozneje tudi umrl za kapjo. Churchill je umrl leta 1965, star 91 let, in to kljub vsem cigaram, ki jih je bil pokadil. O tem, kako bi se razvijala zgodovina, če bi Roosevelt in Stalin živela dlje, lahko samo ugibamo.

Tragični učinki visokega krvnega tlaka za stotine milijonov »običajnih« ljudi so dejstvo, o katerem se ni treba prepirati. Ljudje s previsokim krvnim tlakom tvegajo odpoved srca in ledvic, srčni infarkt in, še zlasti pogosto, možgansko kap zaradi počene ali zamašene žile v možganih.

V večini predelov sveta ima 10 do 20 % odraslih previsok krvni tlak. Seveda vsi, ki ga imajo, ne zbolijo resno, a čim višji je tlak in čim dlje je že visok, tem verjetneje se pokaže tudi kak zaplet. Zato je še zlasti pomembno zdravljenje, katerega cilj je nižanje krvnega tlaka.

Merite večkrat

Posredno merjenje arterialnega krvnega tlaka je preprosto in neboleče. Potreben je instrument, ki se imenuje sfigmomanometer: pri merjenju okrog nadlahti ovijemo manšeto in s stetoskopom poslušamo bitje arterije. Izmerimo dve vrednosti: prva predstavlja sistolični tlak, spodnja pa diastoličnega in obe sta pomembni. Tu in tam naletimo tudi na primer, ko je zvišana le ena od obeh vrednosti, in takšna motnja zahteva posebno zdravljenje.

Vrednosti do 140 milimetrov živega srebra (mmHg) za sistolični tlak in 90 milimetrov za diastoličnega so normalne; vrednosti nad 160 oziroma nad 95 mmHg so zvišane. Diagnoze visokega krvnega pritiska pa ne postavimo po enem samem merjenju. Poprečje najmanj dveh merjenj, opravljenih ob dveh ali treh priložnostih, ko je preiskovanec povsem sproščen, nam šele pove, ali ima previsok krvni tlak (hipertenzija) ali ne. To je zelo pomembno, saj se krvni tlak pogosto zvišuje le za kratek čas.

Zapleti prežijo

Tveganje za zaplete je tem večje, čim višji je krvni tlak. Tako kot je verjetneje, da bo imel prometno nesrečo tisti, ki vozi hitro in neprevidno kot pa previden voznik, tako je verjetneje, da bo tistega, ki ima visok krvni tlak, prizadel srčni infarkt ali možganska kap. Na srečo pa vsi, ki imajo visok krvni tlak, niso žrtve takšnih zapletov.

Nekatere raziskave kažejo, da bo od petdesetletnih moških s tlakom nad 180 mmHg ali več enega od 100 v osmih letih zadela kap. Na prvi pogled se to ne zdi kaj posebnega, a med moškimi enake starosti z normalnim krvnim tlakom kap zadene le enega od 1000. Drugače rečeno, tveganje za kap je pri ljudeh s previsokim krvnim tlakom desetkrat večje kot pri ljudeh z normalnim krvnim tlakom. Približno sedem od 100 moških pri petdesetih z enako zvišanim krvnim tlakom bo v naslednjih sedmih letih doživel srčni infarkt, med stotimi z normalnim krvnim tlakom pa le trije.

Drugi dejavniki tveganja

Zavedati se moramo, da je visok krvni tlak le eden od dejavnikov tveganja za srčni infarkt. Kadilec z visoko ravnijo maščob v krvi in z visokim krvnim tlakom je glede srčnega infarkta sedemkrat bolj ogrožen kot nekdo, pri katerem teh dejavnikov tveganja ni. Tveganje za možgansko kap je pri kadilcu z zvišano ravnijo maščob v krvi in zvišanim krvnim tlakom 15 večje kot pri nekom, ki teh dejavnikov tveganja nima.

Povsem jasno je, da naj bi nekdo, pri katerem so prisotni vsi ti dejavniki tveganja, moral nehati kaditi, omejiti količino maščob, ki jo zaužije, in skušal znižati svoj krvni tlak. Slednje je mogoče doseči z nadzorovanjem telesne teže, zmernostjo pri uživanju alkohola in soli in s telesno vadbo. Če vsi ti ukrepi ne zaležejo, krvni tlak nižamo z zdravili; učinkovitih je prek 100 različnih kemičnih snovi, od katerih so nekatere prav poceni.

Na srečo se število zapletov zaradi visokega krvnega tlaka, kot so možganska kap, srčni infarkt, odpoved srca in ledvic, v zadnjih desetletjih v številnih deželah znižuje. Pred kakimi dvajsetimi leti je bilo geslo, povezano z visokim krvnim tlakom: »Pazite se tihega morilca!« (»tihega« zato, ker je visok krvni tlak sam po sebi brez simptomov). Dandanes pa pravimo: »Izmerite si krvni tlak – in če je previsok, ga uravnajte.«

Zmanjševanje tveganja za srčni infarkt

Srčno mišico v krvjo oskrbujeta dve koronarni arteriji, ki vodita iz glavne žile telesa, aorte.

Če je ena od njiju neprehodna, je del srca slabo oskrbljen s krvjo. Zato ne more delovati normalno, pojavi pa se tudi bolečina (angina). Arterije so lahko neprehodne zaradi enega ali več procesov. Nalagajo se obloge in več let se razvija aterom, dokler ni žila povsem neprehodna, posledica tega pa je angina pectoris ali srčni infarkt. Druga možnost je, da se v eni izmed arterij razvije krvni strdek ali trombus in žilo na lepem zapre, ponavadi na mestu, kjer je tudi aterom. Do obstrukcije lahko pride tudi zaradi tega, ker počí žilna stena.

Ali lahko srčni infarkt preprečimo

Naše poznavanje vzrokov za srčni infarkt je še nepopolno. Zato tudi popolnega preprečevanja ni. Vemo pa vsekakor dovolj, da lahko nasvetujemo nekaj praktičnih reči, ki zmanjšujejo tveganje za srčni infarkt.

- Ne kadite.
- Zmanjšajte količino maščob, ki jih zaužijete, še zlasti maščob živalskega izvora.
- Merite si krvni tlak; če je previsok, ga skušajte znižati. Omejite količino soli, če imate visok krvni tlak.
- Shujšajte, če ste debeli, še zlasti, če ste še mladi ali v zrelih letih.
- Priporočljiva je redna telesna vadba, kakršna ustreza vašim zmožnostim. Dve izmed zelo priporočljivih dejavnosti sta plavanje in hoja.
- Ženske, ki uporabljajo kontracepcijske tablete, naj si dajo od časa do časa izmeriti krvni tlak. Jemanje kontracepcijskih tablet za mlade ženske praktično ni tvegano. Po petintridesetem letu pa naj bi ženske, ki kadijo, premislile o kakem drugem načinu kontracepcije. Drugi načini kontracepcije so priporočljivi tudi za ženske z različnimi zdravstvenimi motnjami, še zlasti za tiste, ki imajo sladkorno bolezen in visok krvni tlak, ter za tiste, pri katerih je srčni infarkt pogost v družini.

Prirejeno po brošuri *Preprečevanje tveganja za srčni infarkt*, ki jo je objavila Britanska fondacija za srce, London, Velika Britanija.

Dr. Thomas Strasser,
generalni sekretar Svetovne lige za hipertenzijo,
Ženeva, Švica
World Health, januar–februar, 1992

PROCES ZDRAVSTVENE NEGE DUŠEVNO PRIZADETEGA OTROKA S CEREBRALNO PARALIZO

Nihče ne more živeti sam, čerav veliko ljudi živi osamljeno. Življenje je izkušnja, ki je skupna.

Družina našega oddelka je sestavljena iz 37 otrok in 20 delavk: ene višje medicinske sestre, štirih srednjih medicinskih sester in 15 negovalk.

Otroci, ki domujejo pri nas, so zmerno, težje in težko prizadeti. Poleg takih z genetskimi okvarami, je med njimi veliko takšnih z okvaro, ki je posledica cerebralne paralize.

Delo z našimi otroki temelji na negi in medicinski rehabilitaciji. Obravnava našega otroka je kompleksna, torej zanj deluje več strokovnih dejavnosti. Osnovna dejavnost pri našem otroku je zdravstvena nega. Nemogoče je, da bi proces nege našega varovanca potekal ločeno od drugih dejavnosti na oddelku.

Edina alternativa za uspešno rehabilitacijo in srečno življenje pri nas je oblika timskega dela. Že dalj časa obstaja pri nas zelo tesno sodelovanje med posameznimi strokami, tako da imamo za vsakega otroka posebej izdelan načrt nege in drugega dela z njim. Na oddelku vsakih 14 dni nevrofizioterapevtka pripravi skupaj s sodelavci (zdravnico, fizioterapevti in delovno terapevtko) strokovni timski sestanek, kjer se vse delavke na oddelku seznanimo z obravnavo posameznega varovanca in se je naučimo. Edukacija temelji na previjanju, hranjenju, prenašanju in polaganju otrok v najprimernejšo lego. Metoda, po kateri opravljamo nego in vse ostale dejavnosti v zvezi z našim varovancem, je Bobathova metoda. Zakonca dr. Besta Bobath in njen mož sta na osnovi večletnega dela v Londonu prišla do pomembnih in uspešnih rezultatov pri svojem delu.

Zaradi poškodbe možganov v najzgodnejšem otroštvu otrok zaostaja v razvoju ali pa se razvoj ustavi, se spremeni in je nepravilen. Najpogosteje opažamo, da otrok ne obvladuje držanja glave, ne zna prijemat in ne more držati ravnotežja. Zelo pomembno je, da se zavedamo, da noben otrok, ki ima poškodbo možganov, ni istoveten z drugim. Zato splošnih nasvetov za vse prizadete otroke ne moremo sprejeti.

Mnogo naših otrok ima probleme s hranjenjem in pitjem. Nepravilni položaj in kontrola glave skupaj z nepravilnim in omejenim gibanjem jezika, ustnic in čeljusti so vzrok za zaostanek v razvoju pravilnega hranjenja. Od 37 otrok le trije jedo samostojno. Vse druge hranimo bodisi v sedečem položaju ali rahlo nagnjene v nagibni sedež. Če otrok leži, podložimo in obložimo glavo s primernimi blazinami. Vedno ga hranimo od spredaj, tako da otrok vidi nas in hrano pred seboj.

Kakšen je torej najustreznejši položaj pri hranjenju, na kaj moramo biti pozorni:

1. Udoben in sproščen položaj za tistega, ki otroka hrani.
 2. Otroku moramo omogočiti, da kontrolira (če lahko) gibanje jezika, ustnic in čeljusti za sesanje, žvečenje in požiranje hrane.
 3. Položaj naj omogoča, da pomagamo otroku osvojiti takšno kontrolo.
- Žlica mora biti primerna, ne prevelika, ne premajhna, zaobljena, precej plitka. Žlica mora biti takšna, da jo je mogoče pravilno prinesti do ust, položiti vodoravno na jezik, nato nekoliko pritisniti nanj in ko narahlo potegnemo žlico iz ust, otrok

s svojo zgornjo ustnico refleksno pobere hrano iz žlice. Prav tako istočasno potegne spodnjo ustnico navzgor, tako da mu hrana ne pade iz ust.

Pri pitju je prav tako pomemben položaj glave. Glava mora biti v srednjem položaju. Nagibati moramo kozarec in ne glave. Rob kozarca mora segati prek spodnje ustnice. Kozarec nagnemo tako, da pride v usta malo tekočine. Nato kozarec odmaknemo in potisnemo spodnjo ustnico navzgor in zgornjo navzdol, da otrok vsebino popije.

Naš delovni dan je neprekinjeno izpolnjen vseh 24 ur. Po temeljiti jutranji negi in zajtrku sledi ustna nega, ki jo opravljamo delno z zobno ščetko, delno z manjšimi tamponi in suspenzijo hexoral.

Prenašanje otrok iz postelj in polaganje otrok v invalidske vozičke in fizioforme je prav tako ena izmed pomembnih nalog v procesu naše nege. Prva in najpomembnejša stvar, na katero moramo misliti, je, da se otrok glede na okvaro dvigne in pravilno prenese iz postelje.

Otroka simetrično posadimo, pripognemo ga v kolkih nekoliko naprej, še preden ga dvignemo, istočasno dvignemo glavo in ramena, ga narahlo obrnemo na bok in ga tako v sedečem položaju prenesemo. Tudi ko ga spuščamo na voziček ali fizioform, pazimo, da ga ne iztegnemo (pri težjih otrocih sta pri prenašanju potrebni dve osebi).

S takšnim načinom prenašanja pri otroku preprečimo patološke gibe in lege. S pravilnim prenašanjem in pravilno namestitvijo otroka v fizioform preprečujemo kontrakturo končin, predvsem pa obdržimo kontrolo glave. Položaje v fizioformu spreminjamo na vsaki dve uri.

Odkar bivamo v teh novih prostorih našega zavoda, redno izvajamo tudi hidroterapijo. Bazen, ki je velika pridobitev na naš dom, je izredno pomemben. Dnevno v njem razgibavamo otroke zaradi postoperativnih ortopedskih posegov, pa tudi drugi otroci so deležni razgibavanja v vodi. Otroka v bazenu razgibavamo po navodilih fizioterapije. S primerno držo najprej pridobimo sprostitvev mišic, šele nato izvajamo vaje, ki pa so za posamezne otroke specifične.

Otroci, ki pa zaradi objektivnih razlogov ne smejo v bazen, se razgibavajo v kopelih Habard. Vaje so podobne kot v bazenu, prednost Habarda pa je vodna masaža. Tudi ta proces hidroterapije opravljamo skupaj s fizioterapevtko.

Hranjenje, kopanje otrok, previjanje, razdeljevanje zdravil, spreminjanje položajev otrok, igra z njimi, razgibavanje v bazenu in Habardu, to je naš delovni program, proces nege, ki mora teči po ustreznih tirih. Vse delavke oddelka moramo imeti dovolj strokovnega znanja, da se lahko čimbolj približamo cilju našega dela, da uspešno izvajamo rehabilitacijo duševno manj razvitega, telesno invalidnega in kombinirano motenega otroka. Veliko zaslug za ponazoritev pravnega dela po metodi Bobath ima naša nevrofizioterapevтка, pa tudi drugi fizioterapevti, s katerimi tesno sodelujemo.

Naše življenje na oddelku B 2 je bogato. Izpolnjeno je z delom za otroke, ki so drugačni, živijo v svojem svetu. Vsi se trudimo, da bi jih tudi drugi sprejeli takšne, kot so – nebojlene, odvisne od nas in družbe.

Le ljubezen, toplina in materinski odnos jih naredijo srečne in zadovoljne. Pa tudi vse nas.

Vodja oddelka B-2
Marija Šoba, višja medicinska sestra

ZAVOD ZA VARSTVO IN DELOVNO USPOSABLJANJE MLADINE DR. MARIJANA BORŠTNARJA V DORNAVI

Naš zavod obstaja od jeseni leta 1953, od skromnih začetkov v prostorih dornavskega gradu. To je bil prvi zavod v Sloveniji za varstvo in usposabljanje duševno prizadetih otrok, saj so bili do takrat razkropljeni po različnih socialnih zavodih. Takrat je bilo sprejetih v varstvo 67 gojencev, večidel premeščenih iz Hrastovca, in z njimi 11 delavcev. Iz leta v leto se je prostorsko širil, sprejemal vse več gojencev, osebje pa se je strokovno vedno bolj usposabljalo v različne smeri.

Oktober 1990 smo del zavoda – 180 gojencev – preselili v nove prostore, saj je bilo v takratnih prostorih pretesno in so bili nefunkcionalni. V prostorih starega zavoda je ostalo 146 gojencev, v glavnem starejših od 18 oziroma 20 let. Obravnava gojencev v obeh prostorih zavoda (omejujem se predvsem na zdravstveno) je enaka.

V zavodu je skupno 321 gojencev (novi 175, stari 146), gostimo pa tudi 12 beguncev iz Vrlike. Gojenci so težko, težje in zmerno dušeno prizadeti; od teh jih je veliko s posledicami cerebralne paralize, dobra tretjina je epileptikov, približno enako število eretikov. Neposredno z gojenci in posredno za njih dela 255 uslužbencev različnih profilov: zdravstveni delavci, pedagoški delavci – defektologi, logoped, negovalno osebje, skupne skužbe, tehnične službe. Gojenci, ki so pokretni, so na oddelkih za pokretne – teh oddelkov imamo skupaj šest, nepokretni gojenci pa so na oddelkih za nepokretne – ti oddelki so trije (od tega dva oddelka za tako imenovano intenzivno nego s težko duševno prizadetimi nepokretnimi gojenci, ki pa ni intenzivna v smislu hospitalne intenzivne nege, in en oddelek gojencev s posledicami cerebralne paralize).

Neposredno z gojenci na vseh oddelkih dela 21 srednjih in tri višje medicinske sestre, ki so vodje oddelkov. Medicinske sestre opravljajo osnovno in precejšen del specialne zdravstvene nege, ki jo zahteva delo na oddelku. K temu spada tudi delna fizioterapevtska obravnava. Ob medicinskih sestrah dela na oddelkih 115 negovalk, devet oddelčnih gospodinj in devet strežnic. Poleg tega za potrebe zdravstva za gojence v obeh zavodih skrbijo štiri srednje medicinske sestre v ambulantah starega in novega zavoda in ena višja medicinska sestra – vodilna medicinska sestra. Medicinske sestre v ambulanti prav tako delajo dopoldan in popoldan, ponoči pa to funkcijo prevzame medicinska sestra v stalni pripravljenosti. Redno imamo zaposleno zdravnico – pediatra, ki dela v ambulanti obeh zavodov. Opravlja redne sistematske preglede gojencev in vse potrebne kurativne preglede, pošilja gojence po potrebi k specialistom ali v hospitalno oskrbo; naroča vse potrebne preiskave in kontrole ter predpisuje vso potrebno terapijo, sodeluje na timskih sestankih na oddelkih in vodi delo fizioterapevtov. Dosegljiva nam je tudi v popoldanskem času, ponoči in ob koncu tedna, ker takrat v zavodu ostaja samo dežurna medicinska sestra.

Specialist nevropsihiater prihaja enkrat na teden. Predpisuje vso nevropsihiatrično terapijo, spremlja stanje bolnikov z epileptičnimi napadi in eretikov; odreja občasne potrebne preiskave in kontrole. Med drugim sodeluje tudi pri sprejemanju gojencev v naš zavod.

Zobozdravnik prihaja dvakrat na teden. V zobni ambulanti opravlja redne sistematske preglede zobovja in izvaja vse kurativne ukrepe pri gojencih, opravlja preglede zobovja nekaj dni po sprejemu gojenca v zavod. Izvaja vse vrste zdravljenja, ekstrakcije in pri starejših tudi protetiko.

Fiziater nas obiskuje po potrebi in gojencem po predhodnem pregledu predpisuje med drugim tudi recepte za vse vrste ortopedskih pripomočkov in specialnih čevljev.

Občasno prihaja tudi ortoped, ki prav tako predpisuje in svetuje ortopedske pripomočke ter po posvetu z zdravnico in fizioterapevti odreja potrebno fizioterapijo, občasno opravlja operacijske posege in spremlja postoperativno stanje gojencev.

Fizioterapevtov in nefrofizioterapevtov je šest; v zavodu sta zaposlena tudi dva delovna terapevta. Delajo neposredno z gojenci na oddelku. Njihovo delo se tesno povezuje z delom medicinskih sester in negovalk na oddelku, saj delajo timsko in samo za gojenca. Določen del fizioterapije se preko fizioterapevtov prenaša na drugo osebje na oddelku, kar omogoča ustrezno obravnavo gojencev takrat, ko na oddelku ni fizioterapevtov. Delo je individualno s posameznimi gojenci, izvaja pa se redno hidroterapija v bazenu in Hubardovih kopelih. V bazenu je tudi rekreacijsko plavanje.

Gojenci so tudi redno v defektološki obravnavi v obliki skupinskega razrednega dela, v manjšem obsegu v trojkah in v individualni obravnavi. So v stopnjah osnovnega usposabljanja, delovnega usposabljanja in v delavnicah pod posebnimi pogoji. Gojenci so deležni tudi logopedске obravnave. Poudarek fizioterapevtske in defektološke obravnave je pri gojencih, starih do 18 oziroma 20 let.

Za jasnejšo predstavo o našem zavodu naj nanizam nekaj orientacijskih podatkov o novem delu zavoda:

Sestavljen je iz treh kompleksnih enot:

I. Centralna stavba: socialni delavec, ambulante, laboratorij, logoped, pedagoški vodja, telovadnica, pet učilnic, likovni kabinet, glasbeni kabinet, bazen, Hubardova kopel. Del I. nadstropja zasedajo skupne službe.

II. Oddelka za nepokretne gojence: oddelek gojencev s posledicami cerebralne paralize, v 1. nadstropju je oddelek za intenzivno nego. Oba oddelka imata Hubardovo kopel, oddelčno kuhinjo, prostore za garderobo, sanitarije za uslužbence ter dve veliki in štiri majhne spalnice, dve kopalnici, dnevna prostora in prostore za FTH in sestrsko sobo ter razrede na defektološko obravnavo.

Pod tem oddelkom so kuhinja, pralnica, kurilnica in skladišče ter zaklonišče.

III. Kompleks za pokretne: trije oddelki ali domovi s 36 gojenci – dnevni prostor, jedilnica, sanitarije, eno do tri posteljne spalnice in kabinet. V pritličju so težko duševno prizadeti gojenci, v sredini težko in težje prizadeti in v tretjem nadstropju težje in zmerno prizadeti.

Vodilna medicinska sestra
Justina Vujnović, višja medicinska sestra