

**POROČILO O ŠTUDIJU IZ PREDHOSPITALNE NUJNE MEDICINSKE POMOČI V ZDA***Nastanek ideje o šolanju v Združenih državah Amerike*

Sama ideja o obisku oziroma šolanju v ZDA se je pred tremi leti porodila v glavi prof. Jožeta Gričarja, ki je gostujoči profesor na University of Denver – Department of Management Information Systems (Univerza v Denverju – Oddelek za informacijske sisteme v managementu) na pobudo njegovega sina dr. Marka Gričarja, ki je bil takrat še študent medicine na Ljubljanski medicinski fakulteti, sedaj pa je zaposlen v Centru za zastrupitve. Prof. Gričar je v Denverju navezal stike z direktorjem Programa za izobraževanje paramedikov (Paramedic Education Program) g. Gregor T. Mullenom, ki je v ZDA uredil vse potrebno za moj prihod in šolanje v Swedish Medical Centru.

Toda od nastanka ideje do realizacije le-te je minilo kar nekaj časa, točneje dve leti in pol. Precej časa nam je vzelo zbiranje potrebnega denarja za potne stroške, šolnino in bivanje v ZDA. Potreben denar je prispevalo več sponzorjev: Ministrstvo za zdravstvo, družino in socialno varstvo, Kemofarmacija PO Ljubljana, Ministrstvo za obrambo ter Zavarovalna skupnost Triglav – Območna skupnost Ljubljana. Največji problem pa je predstavljala pridobitev potrebne vize za šolanje. Zaradi teh težav smo dvakrat preložili odhod v Denver. Zaradi vztrajnosti vseh udeleženih v projektu ob zastavljenem cilju mi je v jeseni 1992 uspelo pridobiti potrebno vizo (M-1) za bivanje in šolanje v ZDA na Konzulatu ZDA na Dunaju. Tako sem 06. 01. 1993 po dveh letih in pol priprav končno le odpotoval v Denver.

V Denverju sem se šolal v Swedish Medical Centru, ki je privatna bolnišnica izrednega slovesa. Sama bolnišnica je Trauma center II. kategorije po kategorizaciji Ameriškega združenja Travmatologov (glej op.). Terensko prakso pa sem opravljal na različnih reševalnih postajah v Denverju. Pripravnništvo sem opravil v Denver General Hospital, ki je Trauma center I. kategorije po kategorizaciji Ameriškega združenja travmatologov. Teoretični in praktični del šolanja ter pripravnništvo sem uspešno opravil tako, da sem 05. 07. 1993 dobil licenco za Emergency Medical Technician – Paramedic (Urgentni medicinski tehnik – paramedik). Dva dni po zaključku pripravnništva sem se vrnil domov, kjer sem pričel z opravljanjem svojega rednega dela na Reševalni postaji Ljubljana.

*Swedish Medical Center*

Ko sem v prvih dneh bivanja v Denverju spraševal, zakaj ima bolnišnica takšen naziv, mi nihče ni znal natančno razložiti vzrokov za takšno ime, ki samo po sebi zavaja, da je bolnišnica pod okriljem švedske vlade. Kasneje so mi razložili, da so bili ustanovitelji bolnišnice, ki je bila na začetku Sanatorij za zdravljenje in okrevanje bolnikov s tuberkulozo, po rodu iz Švedske. Swedish Medical Center (v nadaljevanju SMC) je z leti iz majhnega Sanatorija za zdravljenje tuberkuloze prerasel v sodobno bolnišnico s Trauma centrom II. kategorije po kategorizaciji Združenja ameriških travmatologov. Še posebej znana je njihova ICU – Intensive Care Unit (Enota intenzivne terapije), ki je v letu 1992 dobila zvezno priznanje za najbolje organizirano in opremljeno ICU v ZDA.

SMC je privatna bolnišnica, ki je aktivno začela delovati na področju urgentne medicine v zgodnjih sedemdesetih letih in je kmalu postala vodilna bolnišnica na področju izobraževanja in predhospitalnih uslužbencev. Danes SMC služi kot učna baza in centralna bolnišnica

za številne Reševalne postaje, ki izvajajo osnovno ali definitivno oskrbo in oživiljanje bolnika oziroma poškodovanca v južnem delu Denverja in širšem obmestnem področju.

SMC kot centralna bolnišnica s 318 bolniškimi posteljami pokriva štiri okrožja s skupno 500.000 prebivalci, kjer se je možno srečati z izredno velikim številom urgentnih primerov v urbanih predelih oziroma težavnim reševanjem na redkeje poseljenih in težko dostopnih področjih. SMC omogoča in izvaja strokovni medicinski nadzor in posvetovanje za delovne reševalne postaje, ki izvajajo predhospitalno nujno medicinsko pomoč (v nadaljevanju predhospitalna NMP) na svojem področju s pomočjo sodobnih komunikacijskih sistemov. Nadzor in posvetovanje izvajajo urgentni zdravniki, ki so stalno prisotni v Urgentnem bloku SMC.

### *Izobraževalni program za paramedike (Paramedic Education Program)*

SMC ima poseben program za izobraževanje paramedikov, ki je akreditiran pri Ameriškem združenju za izobraževanje v zdravstvu ter je po kvaliteti v samem vrhu, in to med petimi najboljšimi takšnimi izobraževalnimi programi v ZDA. Še posebno slovi njihov način izobraževanja, ker so inštruktorji urgentni medicinski tehniki – paramediki z dolgoletnimi izkušnjami, ki skrbijo za pravilen izbor in prenos potrebnega znanja. Za primer lahko navedemo predmet Elektrokardiografija, ki je vsebinsko in po načinu izvedbe na izredno visokem strokovnem nivoju in znan v celotnih ZDA na področju prehospitalne NMP. Zaradi tega tja hodijo na šolanje urgentni medicinski tehniki (emergency medical technicians) iz celotnih ZDA in celo iz drugih celin. Na šolanju so med drugimi bili tudi že reševalci iz Izraela in Nemčije. Trenutno pa potekajo dogovori o šolanju reševalcev iz Kitajske.

### *Opis poklica Urgentni medicinski tehnik – paramedik*

Urgentni medicinski tehnik – paramedik (Emergency Medical Technician – Paramedic) je usposobljen po posebnem zelo intenzivnem izobraževalnem programu, ki obsega teoretična predavanja, praktične vaje v kabinetih, klinične vaje ter praktično delo na terenu v sklopu reševalnih postaj, ki izvajajo definitivno oskrbo in oživiljanje bolnikov oziroma poškodovancev. Z izobraževanjem pridobljena pooblastila vključujejo prepoznavanje, oskrbo in zdravljenje urgentnih stanj pod nadzorom urgentnega zdravnika, ki je posreden, prek radijskih zvez ali brezžičnega telefona. Primarno urgentni medicinski tehnik – paramedik izvaja predhospitalno nujno medicinsko pomoč obolelim oziroma poškodovanim v okviru reševalnih postaj z mobilnimi enotami intenzivne terapije (MICU – Mobile Intensive Care Units), ki so pod posrednim strokovnim medicinskim nadzorom in sekundarno v ostalih odgovarjajočih okoljih, na primer urgentni blok) pod direktnim zdravniškim nadzorom. Urgentni medicinski tehnik – paramedik mora imeti prirojene in z izobraževanjem pridobljene naslednje lastnosti: predpisano znanje, samozavest, zavest o svojih sposobnostih in svojih omejitvah, sposobnost navezave stika z bolnikom, sposobnost umirjenega in treznega razmišljanja pod obremenitvijo ter spoštljiv odnos do zasebnosti bolnika in njegovih svojcev.

S ustreznim teoretičnim in praktičnim znanjem ter terenskimi izkušnjami ima urgentni medicinski tehnik – paramedik naslednja pooblastila:

1. prepoznavanje urgentnih stanj, oskrba in zdravljenje bolnika oziroma poškodovanca, po potrebi reševanje iz razbitin, koordinacija reševanja med vsemi udeleženi službami, ki so vključene v reševanje;
2. določanje prioritete v urgentni terapiji in zdravljenju, beleženje in prenos informacij o bolniku do ustrezne ustanove strokovnega medicinskega nadzora;
3. začetek in nadaljevanje urgentne terapije in zdravljenja pod posebnim strokovno medicinskim nadzorom, ki vključuje ustrezne invazivne in neinvazivne postopke nujne medicinske pomoči pri kirurških in internističnih urgentnih stanjih, srčnem zastoj in psihiatričnih stanjih; ocena odziva bolnika oziroma poškodovanca na terapijo in zdravljenje,

modificiranje medikamentozne terapije po potrebi pod posrednim nadzorom zdravnika ali drugega pooblaščenega zdravstvenega delavca;

4. v primeru prekinitve posrednega zdravniškega nadzora zaradi okvare ali težav pri komunikaciji prek radijskih zvez ali telefona oziroma v primerih, ko je bolnikovo oziroma poškodovančevo življenje neposredno ogroženo, lahko oziroma mora urgentni medicinski tehnik – paramedik sam odločiti o terapiji in zdravljenju, medikamentozni terapiji ter intenzivnih postopkih nujne medicinske pomoči v okvirih svojega znanja in usposobljenosti (za takšne primere so že v naprej podeljena pooblastila);

5. napotitev, izbira in koordinacija najboljše metode transporta v povezavi s strokovno medicinskim nadzorom (reševalno vozilo ali helikopter);

6. beleženje ali diktiranje podatkov o bolniku oziroma poškodovancu, terapiji, poteku zdravljenja;

7. odreditev vzdrževanja, čiščenja in dopolnjevanja opreme in potrošnega materiala.

#### *Cilji izobraževalnega programa za paramedike*

1. izšolati paramedika, ki bo razumel sistem predhospitalne nujne medicinske pomoči, svoje dolžnosti in pravice ter pooblastila;

2. izšolati in usposobiti paramedika za uspešno izvajanje kvalitetne predhospitalne nujne medicinske pomoči, za uspešno izvajanje definitivne oskrbe in reanimacije bolnika ali poškodovanca;

3. pripraviti paramedika za opravljanje državnega ali zveznega izpita;

4. pomagati paramediku pri nadaljnjem izobraževanju.

#### *Kriteriji za vpis*

A. Kandidat mora imeti končano gimnazijo ali ustrezno štiriletno šolo.

B. Kandidat mora imeti veljavno licenco za urgentnega medicinskega tehnika.

C. Kandidat mora imeti najmanj eno leto delovnih izkušenj, kot urgentni medicinski tehnik na reševalni postaji.

Č. Kandidat mora biti stalno zaposlen na reševalni postaji.

D. Kandidat mora predložiti priporočilno pismo od delodajalca.

E. Kandidat mora imeti nadzornega zdravnika.

F. Kandidat mora predložiti priporočilno pismo od nadzornega zdravnika.

G. Kandidat mora predložiti potrebna spričevala.

H. Kandidat mora predložiti zdravniško spričevalo.

I. Kandidat mora imeti veljavno licenco iz programa osnovno oživljanje pri American Heart Association (Ameriško združenje kardiologov) ali American Red Cross (Ameriški rdeči križ).

#### *Opis izobraževalnega programa za paramedike*

Izobraževalni program je organiziran tako, da študentu daje znanje o akutnih, kritičnih fizioloških in psiholoških spremembah ter kliničnih simptomih, kot se le-ti pojavljajo v predhospitalni NMP pri novorojenčku, otroku, adolescentu, odraslemu in geriatričnemu bolniku. Študent ima možnost, da si pridobi klinične in terenske praktične sposobnosti in veščine, povezane s terapijo in zdravljenjem teh bolnikov. Študent prav tako spozna etične in zakonske predpise, pod katerimi bo deloval po uspešno opravljenem izobraževanju. Sam izobraževalni program je sestavljen iz treh delov: teoretični del s praktičnimi vajami v kabinetih, klinične vaje in terensko samostojno praktično delo.

Sam teoretični del izobraževalnega programa, skupno s praktičnimi vajami v kabinetih, traja 19 tednov v SMC. Za terensko prakso oziroma pripravništvo pa je potrebnih še

dodatnih šest do 10 tednov (okrog 500 delovnih ur). Osem tednov traja pouk od 8.00 ure pa do 17.00 ure vsak dan od ponedeljka do petka. Enajst tednov pa poteka pouk dvakrat na teden. Ostali trije dnevi so rezervirani za klinične vaje. Med celotedenskim poukom smo imeli izpite iz tekoče snovi dvakrat na teden; vsak ponedeljek in četrtek vse do izpitov na polovici šolanja, ko smo pričeli s kliničnimi vajami. Na vseh izpitiht zahtevajo dosežen minimalno 80% uspeh. Ponavljajo se lahko samo trije izpiti, nato je študent avtomatsko izključen iz šole. Na posebnih izpitiht, kot so: elektrokardiografija (4 izpiti), definitivna oskrba in reanimacija kardiološkega bolnika, definitivna oskrba in reanimacija otroka, definitivna oskrba in reanimacija poškodovanca, zahtevajo minimalno doseženi rezultat 84%. Celoten program pa je trajal 1067 ur. Od tega je bilo 423 ur teorije in praktičnih vaj v učilnici ali kabinetih, 138 ur kliničnih vaj ter 506 ur pripravnštva na različnih reševalnih postajah.

Teoretični pouk in praktične vaje v kabinetih potekajo v prostorih predhospitalne NMP SMC. Klinične vaje potekajo v Swedish Medical Centru, Denver General hospital in v The Children's Hospital. Le-te vključujejo delo v urgentnem bloku, porodni sobi, operacijskem bloku, postoperativni enoti intenzivne terapije, enoti intenzivne terapije, pediatričnem oddelku, laboratoriju in laboratoriju za kateterizacijo srca. Pripravnštvo sem opravljal na naslednjih reševalnih postajah in eni letalski reševalni službi: Denver General Hospital Paramedic Division (400 ur), A-1 (12 ur), Ambulance Service Company (12 ur), Gasilska brigada Englewood in Littleton (24 ur) ter Air Life (48 ur, od tega 10 ur letenja).

Predmetnik je sestavljen iz naslednjih predmetov:

#### Predhospitalno okolje.

- Pravila in dolžnosti.
- Sistem predhospitalne nujne medicinske pomoči.
- Medicinsko pravo.
- Komunikacije v nujni medicinski pomoči.
- Reševanje.
- Delovanje v večjih nesrečah.
- Odziv na stres.

#### Anatomija in fiziologija.

#### Medicinska terminologija.

#### Pregled bolnika in prva oskrba.

#### Dihalna pot in dihanje.

#### Patofiziologija šoka.

#### Osnovna farmakologija.

#### Poškodbe in opekline.

#### Urgentna stanja v interni medicini.

- Respiratorna urgentna stanja.
- Kardiovaskularna urgentna stanja.
- Endokrinološka urgentna stanja.
- Nevrološka urgentna stanja.
- Urgentna stanja v gastroenterologiji.
- Anafilaktična reakcija.
- Toksikologija, alkoholizem, zloraba zdravil.
- Nalezljive bolezni.
- Vpliv okolja na človeško telo.
- Geriatrična urgentna stanja.
- Urgentna stanja v pediatriji.

#### Urgentna stanja v ginekologiji in porodništvu.

#### Vednjska urgentna stanja.

*Invazivni in neinvazivni postopki, ki jih mora obvladati paramedik, ki zaključí izobraževanje v SMC:*

Definitivna reanimacija odraslega, otroka in novorojenčka (Advanced Cardiac Life Support, Pediatric Advanced Life Support, Prehospital Advanced Trauma Life Support).

Endotrahealna intubacija (oralna + nazalna).

Konikotomija.

Razbremenitev pnevmotoraksa z iglo.

Vzpostavitev periferne proste intravenozne poti (vključno z venepunkcijo jugularis).

Vzpostavitev proste intraos in intravenozne poti pri majhnem otroku.

Defibrilacija.

Kardioverzija.

Medikamentozna terapija z naslednjimi medikamenti:

- adenosine (adenocard)
- albuterol (ventolin)
- atropin
- bretylum
- Ca Clorid
- 50 % dextroza
- dexamethasone
- diazepam (apaurin)
- diphenhydramine (benedryl)
- dopamine (intropin)
- epinephrine (adrenalin)
- furosemide (lasix)
- gucagon
- isoprotenerol (isuprel)
- lidocaine (xylocain)
- morphine
- naloxone (narcan)
- nitroglycerin
- oxytocon (pitocin)
- phenylephrine (neo-synephrine)
- propranolol (nderal)
- Na bikarbonat

Paramedik mora poleg osnovnih neinvazivnih postopkov (na primer oskrba ran, imobilizacija itn.) v predhospitalni nujni medicinski pomoči obvladati še: neinvazivno transkutano spodbujevanje srca, odčitavanje 12 kanalnega elektrokardiograma, uporaba medicinskih antišok hlač (medical anti shock trousers), respiratorno terapijo s kisikom in aerosoli, urgentni porod itn. Vse te invazivne in neinvazivne postopke predhospitalne NMP se intenzivno vadi najprej v kabinetih, nato med kliničnimi vajami pod nadzorom ter po zaključku šole samostojno med opravljanjem pripravništva.

Invazivni in pomembnejši neinvazivni postopki, ki sem jih izvedel pod nadzorom ali samostojno med svojim šolanjem (klinične vaje in pripravništvo):

Opravil sem 138 ur kliničnih vaj, med katerimi sem imel 64 urgentnih primerov (delo pod nadzorom mentorja):

klinični laboratorij	2
postoperativna enota intenzivne terapije	4
enota intenzivne terapije	16

porodna soba	8
operacijska soba	24
pediatrija	8
urgentni blok	64
laboratorij za kateterizacijo srca	8

Med kliničnimi vajami sem opravil naslednje invazivne in neinvazivne postopke NMP:

endotrahealna intubacija (samo oralna)	16
venepunkcija – prosta IV pot	33
kardiopulmonalna reanimacija	8
odčitavanje 12 kanalnega elektrokardiograma	45
neinvazivno transkutano spodbujevanje srca	4
respiratorna terapija s kisikom in aerosoli	20
uporaba medicinskih antišok hlač	2
medikamentozna terapija	5

Skupno sem opravil 506 ur pripravnosti na različnih reševalnih postajah in eni letalski reševalni službi (Air Life), kjer sem imel 270 urgentnih primerov. Med tem časom sem samostojno opravil sledeče invazivne in neinvazivne postopke predhospitalne NMP:

endotrahealna intubacija	
oralna	5
nazalna	4
definitivna kardiopulmonalna reanimacija	
odrasli	4
otroci	1
tekočinska reanimacija	18
venepunkcija – vzpostavitev proste IV poti	
periferna IV pot	135
v. jugularis	4
prosta intraos in IV pot	1
razbremenitev pnevmotoraksa s kanilo IOG	2
defibrilacija	2
kardioverzija	1
neinvazivno transkutano spodbujevanje srca	3
odčitavanje elektrokardiograma	56
respiratorna terapija s kisikom in aerosoli	22
uporaba medicinskih antišok hlač	8
imobilizacija hrbtenice	40
oskrba ran	67

Najpogostejša medikamentozna terapija:

- adrenalin
- adenocard
- atropin
- benedryl
- dexamethason
- 50 % glukoza
- morfij
- marcan
- nitroglicerín
- xylocain

### *Zaključek študija*

Že prej sem omenil način preverjanja znanja, nisem pa omenil doseženih uspehov na številnih teoretičnih in praktičnih izpitih. Na začetku šolanja nas je bilo vsega skupaj 17 nadebudnih študentov. Celoten izobraževalni program je uspešno zaključilo 15 študentov, med njimi tudi jaz. Po devetih tednih šolanja in po opravljenih 10 teoretičnih izpitih smo opravljali preizkuse znanja na polovici šolanja, ki so trajali vse dopoldne. Opravljali smo teoretične in praktične izpite. Vse sem opravil uspešno s povprečnem 92 % uspehom. Po teh izpitih smo nadaljevali s šolanjem in kliničnimi vajami.

Vse do začetka terenske prakse smo morali uspešno opraviti še posebne dodatne tečaje, da so nam dovolili samostojno delo na terenu. Ti tečaji so bili:

Definitivna oskrba in reanimacija kardiološkega bolnika (advanced cardiac life support).

Definitivna oskrba in reanimacija otroka (pediatric advanced life support).

Definitivna oskrba in reanimacija poškodovanca (prehospital advanced trauma life support).

V 19. tednu šolanja, po uspešno opravljenih vseh teoretičnih in praktičnih izpitih ter predpisanih tečajih, uspešno opravljenih kliničnih vajah, smo imeli zaključne izpite, ki so trajali kar dva dni. Prvi dan smo imeli dopolndne ustni izpit pred tričlansko komisijo, popoldne pa so bili na vrsti trije teoretični izpiti: farmakologija, elektrokardiografija in splošno medicinsko znanje (dosegel sem povprečen 94 % uspeh). Naslednji dan pa smo imeli praktične izpite na petih delovnih postajah:

- A) endotrahealna intubacija odraslega in otroka;
- B) vzpostavljanje proste IV poti;
- C) uporaba medicinskih antišok hlač in trakcijske opornice;
- D) politravma;
- E) kardiološki bolnik.

Zaključne izpite sem uspešno opravil in dobil dovoljenje za opravljanje samostojnega dela kot pripravnik. Celoten izobraževalni program sem zaključil s povprečnim 92 % uspehom. Zadnja dva meseca sem nato intenzivno opravljal terensko praktično delo v Denver General Hospital Paramedic Division skoraj vsak dan po 10 ur, kar je bilo zelo naporno, toda izredno poučno. Opraviti sem imel s celotnim spektrom urgentnih primerov, tako da sem imel možnost dodobra preizkusiti svoje znanje in veščine. Ves prosti čas, ki ga ni bilo veliko, sem porabil za oddih in ogled bližnje okolice. Dva dni po zaključku pripravništva sem poln znanja in vtisov odpotoval domov, kjer sem poizkusil vse svoje znanje in izkušnje prenesti na svoje kolege v službi in tudi širše, s ciljem, da se sistem reševanja v Sloveniji izboljša in organizira po sodobnih strokovnih in ekonomskih načelih.

### *Opombe*

Kategorizacija travma centrov ameriškega združenja travmatologov:

Travma center I. kategorije je bolnišnica z urgentnim blokom, ki ima na razpolago večje število reanimacijskih sob, operacijski blok, večjo enoto intenzivne terapije, vse potrebne diagnostične naprave (RTG., CT itn.) ter stalno prisotne kirurge vseh specialnosti in ostalo zdravstveno osebje.

Travma center II. kategorije je bolnišnica z urgentnim blokom, ki ima na razpolago večje število reanimacijskih sob, operacijski blok, večjo enoto intenzivne terapije, vse

potrebne diagnostične naprave (rtg., CT itn.). V urgentnem bloku so stalno prisotni le urgentni zdravniki in kirurgi travmatologi z ostalim zdravstvenim osebjem, kirurgi ostalih specialnosti so v stalni pripravljenosti a domu in dosegljivi v največ 10 minutah.

Travma center III. kategorije je bolnišnica z urgentnim blokom, reanimacijsko sobo, manjšo operacijsko sobo, osnovnimi diagnostičnimi napravami in stalno prisotnim urgentnim zdravnikom ter ostalim zdravstvenim osebjem. Kirurgi specialisti so dosegljivi na domu brez pripravljenosti, in to več kot v 30 minutah.

**Andrej Fink**

Zdravstveni tehnik – reševalec. EMT – paramedik.  
Reševalna postaja Ljubljana

## **ZDRAVSTVENI DOM DR. ADOLFA DROLCA MARIBOR**

**Kolaborativni center Svetovne zdravstvene organizacije za primarno zdravstveno nego**

### **Poročilo o poteku učne delavnice**

V mesecu juliju 1993 je v organizaciji Kolaborativnega centra Svetovne zdravstvene organizacije potekala v zdravilišču Moravci učna delavnica na temo gerontološka zdravstvena nega. Učno delavnico je vodila gospa Ann C. Beckingham, profesorica na Fakulteti za zdravstvene vede, McMaster univerze iz Ontaria, Kanada. Gospa Beckingham poučuje gerontološko zdravstveno nego in je pred kratkim izdala tudi knjigo z naslovom *Healthy Aging*, ki si jo bomo prizadevali v Kolaborativnem centru prevesti, saj bi bila knjiga koristen učni pripomoček.

Učne delavnice se je udeležilo 33 medicinskih sester iz vse Slovenije, in sicer tiste, ki se v svoji poklicni praksi srečujejo s starostniki in z gerontološko zdravstveno nego, in seveda tudi medicinske sestre-predavateljice iz srednjih šol in iz Višje šole za zdravstvene delavce v Ljubljani. Gerontološka zdravstvena nega postaja glede na demografske trende tudi v Sloveniji vse pomembnejša.

Gospa Beckingham je v uvodu predstavila sistem izobraževanja medicinskih sester v Kanadi, kjer je 27 univerz in na vseh univerzah so visoke šole za medicinske sestre. Na univerzi McMaster, kjer gospa Beckingham vodi oddelek Staranje in zdravje, je mogoč doktorski študij iz petih različnih programov, med katerimi je tudi program iz gerontološke zdravstvene nege. V svojem predavanju je nekajkrat poudarila, kako zelo je pomembna integracija prakse in študijskih programov, kajti le na ta način bo medicinska sestra, ki konča izobraževanje, sposobna suvereno izvajati zdravstveno nego in bo v veliko pomoč varovancu.

Za gerontološko zdravstveno nego je pomembno upoštevanje povezanosti naslednjih dejavnikov: osebnost, zdravje, okolje, zdravstvena nega. Starostnika je potrebno prav tako kot druge varovance obravnavati kot posameznika z določenimi vrednotami in prepričanjem, s sposobnostmi in omejitvami, s pravicami in odgovornostmi. Starejši ljudje tudi še v tem obdobju vplivajo na okolje, kakor tudi okolje na njihovo življenje. Ta vpliv se kaže v kulturi družbe, v odnosu in vedenju do starejših in tudi v socioekonomskih možnostih, ki jim zagotavljajo kvaliteto življenja v starosti.

Pravica do zdravstvenega varstva in socialnih servisov je njihova osnovna pravica, doseganje najvišjega možnega nivoja zdravja in dobrega počutja pa pomemben cilj. Da bi bilo to doseženo, je potrebno sodelovanje mnogih strokovnjakov, ki so vključeni v izvajanje

varstva. Definicija zdravja je bila razširjena s pogoji življenja in zmožnostmi funkcioniranja v družbi. Sedaj je znano, da je koncept zdravja integrali del političnega in socio- ekonomskega konteksta, v katerem so službe zdravstvenega varstva načrtovane in organizirane.

Okolje zajema fizično, psihološko in socialno okolje starejšega posameznika in družine, pa tudi izvajalce varstva. Obstaja vzajemna interakcija med starostnikom in okoljem – kvaliteta, ki vpliva na zdravje in dobro počutje tudi v kasnejšem življenju. V primeru odvisnosti pa lahko okolje postane glavni element, na katerega se mora osredičiti zdravstvena nega.

Cilji gerontološke zdravstvene nege so okrepiti in podpirati zdravje in neodvisnost starostnika, z ugotavljanjem zmožnosti za zdravje, z uporabo lastne aktivnosti in moči ter omejitvami kot osnovami za načrtovanje intervencij zdravstvene nege. Gerontološka zdravstvena nega temelji na kvaliteti življenja, ker upošteva perspektive zdravja starostnika, način življenja in samoodločanja. Ti parametri vplivajo na življenje v komuni in se tudi odražajo v institucionalnih okoljih. Prizadevajoč si za kvaliteto življenja in v dodajanju »življenja letom«, ima lahko medicinska sestra vlogo advokata, bolnika in varovanca ter prepoznava osrednjo vlogo družine in prijateljev v življenju starostnikov.

Gerontološka medicinska sestra opogumlja in podpira starejše ljudi v njihovih pravicah in odgovornostih v odnosu do zdravja in kvalitete življenja, v svoje delo vključuje koncept promocije zdravja, preprečevanja bolezni, preprečevanja invalidnosti, okrevanja po bolezni, rehabilitacije in mirne smrti. V izvajanju takšne zdravstvene nege medicinske sestre vedo, da so starostniki odgovorni za svoje lastno zdravje in zdravstveno varstvo. Medicinske sestre pri obravnavi starostnika upoštevajo etična in pravna načela, ki ščitijo in varujejo zaupnost.

Pri izvajanju gerontološke zdravstvene nege in v učnih programih mora medicinska sestra obravnavati starost kot normalni in ne kot bolezenski proces. Zdravje in bolezen moramo ocenjevati na individualni osnovi, ki bo odražala želje, potrebe in izkušnje starostnika.

Po plenarnem delu je potekala razprava v treh skupinah in je obravnavala naslednja vprašanja:

- Kakšnih aktivnosti ste se lotili, da bi gerontološko zdravstveno nego vključili v prakso ali v izobraževanje?
- Kako doživljate integracijo in izvajanje gerontološke zdravstvene nege v prakso in v študijske programe?
- Kako vrednotite znanje in spretnosti v gerontološki zdravstveni negi?

Iz razprave vseh treh skupin je bilo možno oblikovati naslednje sklepe:

1. skupina:

- Medicinske sestre nimamo dovolj znanj iz gerontološke zdravstvene nege.
- Splošna gerontološka doktrina naj bi temeljila na integrirani zdravstveni obravnavi starostnika v sistemu zdravstvenega varstva (starostnikov naj ne bi združevali v skupine!).

2. skupina:

- V času študija bi morali upoštevati problemsko orientiran pristop k obravnavi starostnika.
- Nujno je organizirati specializacijo iz gerontološke zdravstvene nege.

3. skupina:

- Potrebno je spremeniti sistem izobraževanja medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.
- Zagotoviti je treba možnost podiplomskega izobraževanja.
- Dane morajo biti možnosti funkcionalnega izobraževanja.
- Nujno je pospešeno uvajanje metode procesa zdravstvene nege, zato pa je potrebno dovoljšnje število usposobljenega osebja.

- Iz sklepov razprave v skupinah smo medicinske sestre oblikovale naslednja priporočila:
- ponoviti je treba študijo o potrebah ljudi po zdravstveni negi;
  - reorientirati moramo izobraževalne programe na vseh ravneh;
  - v študijskih programih moramo uveljaviti metode problemskega pristopa;
  - državna politika zdravstvenega varstva mora govoriti o celotnem zdravstvenem varstvu;
  - vključitev predstavnice zdravstvene nege v zdravstveni svet Republike Slovenije je nujna;
  - ni še filozofije zdravstvene nege za Slovenijo – to naj bo skupna naloga šol na obeh univerzah;
  - strokovni nadzor v zdravstveni negi mora prevzeti stroka sama;
  - področje medicine dela moramo vključiti v pripravo za zdravo staranje ljudi.

Priporočila učne delavnice na temo gerontološka zdravstvena nega smo posredovali na naslednje naslove:

- Ministrstvo za zdravstvo,
- Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije,
- Visoka šola za zdravstvo v Ljubljani,
- Višja zdravstvena šola v Mariboru,
- Ministrstvo za šolstvo in šport Republike Slovenije,
- Zavod za šolstvo Republike Slovenije,
- Zbornica zdravstvene nege Slovenije,
- Zbornica zdravstvene nege Slovenije,
- Razširjeni strokovni kolegij za zdravstveno nego,
- Inštitut za gerontologijo, doc. dr. Keber.

Bojana Filej, viš. med. sr., dipl. org. dela  
sodelavka Kolaborativnega centra Svetovne zdravstvene organizacije  
za primarno zdravstveno nego

## **POROČILO Z XI. POSVETOVANJA ORGANIZATORJEV DELA V PORTOROŽU APRILA 1992**

Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede v Kranju je na tem posvetovanju z različnimi referati in interdisciplinarnimi pristopi predstavila perspektive razvoja organizacije, kadrov in informatike. Znani strokovnjaki, univerzitetni profesorji in eksperti iz prakse so predstavili nova znanja, veščine, izkušnje iz tuje in domače literature in prakse, ki jih bomo morale medicinske sestre na vodilnih in vodstvenih mestih v primarni, sekundarni in terciarni dejavnosti vključevati v prakso. Vsa ta nova znanja so sestavni del permanentnega izobraževanja medicinskih sester in del programa podiplomskega študija in menedžmenta.

Spremembe na vseh področjih človekovega delovanja in v okolju bodo zahtevale spreminjanje organizacije, strukture, funkcije, kulture. Elementi spreminjanja so: verovanje, stališča, vrednote in strukture. Osvojiti bomo morali poti in načine, da bomo pri uveljavljanju sprememb čim učinkovitejši, uspešnejši zlasti na področju organizacije dela, izobraževanja medicinskih sester in prenosa znanja v neposredno prakso v okviru srednjega in vrhunškega menedžmenta v zdravstveni negi.

Janez Gabrijelčič (str. 84 do 87, 1992) v referatu »Rastoča knjiga, rastoča hiša«, obravnava problematiko spreminjanja organizacij, organizacijski razvoj kot teoretični temelj

za uveljavljanje učeče organizacije, rastoča knjiga je kot simbol učeče organizacije, ker je učenje sistematično in dolgoročno.

Pomembna poglavja vsebine rastoče knjige so:

- kako se lotiti uspešnega in učinkovitega dela,
- moj osebni razvoj,
- vrednostni vzorec oziroma zakonik obnašanja,
- kako ravnati s časom, prostorom,
- kako uspešno sodelovati,
- kako učinkovito razmišljati,
- kaj je analiza ABC,
- učinkovito vodenje s cilji in samovodenje.

Znanja, ki jih potrebuje sodobni delavec, strokovnjak in menedžer so interdisciplinarna in vključujejo predvsem človeške potenciale.

Ključne vrednote in procesi v sodobnih organizacijah so:

- ustvarjalnost,
- ustvarjalna fleksibilnost,
- divergentno in konvergentno mišljenje,
- pozitivno mišljenje,
- moč besed in človeške misli,
- kako ravnati z ubijalci idej,
- makro razmišljanje – helikopterski pogled,
- intelektualni pogum,
- ustvarjalni pogum,
- ustvarjalnost in samozaupanje,
- ustvarjalnost v skupini – »team building«,
- vodenje kreativnega dela,
- kako naučiti ljudi, da so kreativni.

SedANJI čas poudarja bolj zadovoljevanje višjih človekovih potreb. Energija pri skupinskem delu se na poseben način množi in ne samo sešteva. V skupini, ki je izdelala projekt, vlada medsebojno zaupanje in sodelovanje. V takih skupinah *koncept – vizija postane akcija* s programi, cilji in akcijami – aktivnostmi.

Sodobna organizacijska znanost obravnava teme, ki jih *fizično ne vidimo* in spadajo v *nevidni kapital*. Nevidni kapital so: *znanja, strategija, organizacija, organizacijske kulture*. Izobraževanje in vzgoja kadrov sta obrnjena v razvoj za jutri.

Bogdan Kavčič (str. 77 do 81, 1992) v prispevku »Organizacijska kultura in uspešnost podjetja – zavoda« predstavi nove zakonitosti definicije in študije o organizacijski kulturi. V vse bolj turbulentnem okolju je organizacija kot odprt sistem vse bolj izpostavljena nujnosti sprememb. Organizacijska kultura ima izreden pomen pri uveljavljanju teh sprememb. Definicija po Scheinovi organizacijski kulturi je: »Organizacija kulture je globlja raven temeljnih predpostavk in prepričanj, ki so skupne članom organizacije, ki delujejo na nezavedni ravni ter so temeljni samoumevni način participacije samega sebe in svojega okolja (Schein, 1987, 6)«.

Mesner, Andolšek, (1988, str. 20 do 64).

Sestavine organizacijske kulture so:

1. *Vrednote*: vodenje članov do drugih, kakovost, storitve, denar.
2. *Tipični obrzci vedenja*: na primer, ali se zaposleni med seboj tikajo, vikajo, kličejo po imenih ali po položajih ipd.

3. *Vzorniki*: ideali, modeli voditeljev in delavcev, heroji organizacije, ki so zelo uspešni tudi pri povezavi organizacije navzven.

4. *Običaji in obredi*: proslave, obletnice, način proslavljanja uspehov, dogodkov, odnos do pomembnih uspehov, nagrade, priznanja.

Ponekod sta določena način oblačenja, frizure kot norma in pravilo.

5. *Komunikacije*: gre za načine neformalnega v odnosu do formalnega komuniciranja (obstoj in vrsta govoric, čenč itn.) je značilna sestavina organizacijske kulture.

6. *Storitve*: prehod na nov program zahteva bistvene spremembe v vedenju in vrednotah kadra.

Handy (1976, 187–183) razlikuje štiri tipe organizacijskih kultur.

1. *kultura moči*: pajkova mreža, kjer vse niti izhajajo iz centra – avtokratska organizacijska struktura in centralizirana oblast;

2. *kultura vlog*: simbol grškega temelja (vrh) je na močnih stebrih (birokratski tip organizacije);

3. *kultura nalog*: ponazarja jo mreža, njen sinonim je matrična in projektna organizacija (poudarek je na opravljenih nalogah);

4. *kultura osebnosti*: kot galaktična meglica z nekaterimi svetlimi zvezdami. Gre za kulturo, kjer je posameznik najpomembnejši.

Organizacijska kultura in uspešnost organizacije sta odvisni druga od druge. V organizaciji ni mogoče izvesti večjih sprememb, ne ga bi prišlo do spremembe organizacijske kulture.

Ko organizacija doseže svoj vrh, se začno procesi propadanja, zato mora začeti nov cikel razvoja na novi kakovostni ravni, zato mora vodstvo oblikovati novo kulturo.

Peter Mikeln (str. 200, 203 v »Nova proizvodna filozofija, njeni temelji in gradniki«), navaja mega trende – deset novih usmeritev, ki spreminjajo naše življenje (industrijska družba se spreminja v informacijsko, centralizacija se umika decentralizaciji v upravi in družbi,

*institucionalno moč nadomešča individualno samopomoč, hierarhična oblastna struktura se pretvarja v mrežo vedenjskih vzorcev, spreminja se v svobodno družbe alternativnih opcij.*

Nova filozofija je usmerjena v brez zapravljanje (wasteless production in nesmislov tako človeških, snovnih, informacijskih itn.).

O zapravljanju človeških virov govorimo, če ljudje opravljajo dela, ki ne zahtevajo izrabe vseh (telesnih in zlasti umskih) sposobnosti, ne neustvarjalnih in nezahtevnih delih. Zapravljamo jih, če zaradi organizacijskih pomanjkljivosti opravljamo nepotrebna in nekoristna dela nasploh.

Sodobni menedžment temelji na dobri informacijski podpori.

Antun Vila (str. 532 do 535) govori o primeru japonskega stila organizacije – principi vodenja in poslovanja, ki sta prenosljiva tudi v zapadne sisteme – ljudje so največja vrednost, obravnava jih s spoštovanjem, tako

- da vsak čuti, da je njegovo delo pomembno pri
- doseganju ciljev;
- za to prejme ustrezno *nagrado*.

Opisuje teorije A, J, Z ter reševanje problemov po korakih glede na znanje.

Marijan Cingula (str. 488 do 503) »Organizacijska kultura v implementaciji poslovne strategije« opisuje, kako organizacijska kultura nastane kot posledica:

### 1. notranjih dejavnikov

- osebnosti,
- tradicije,
- ritualov simbolov,
- načine in intenzitete poslovanja in komuniciranja,
- obstoječe organizacijske sestave,
- koncepcije (cilji, strategija).

### 2. zunanjih dejavnikov

- tržišče – gospodarski, pravni, politični in kulturni pogoji.

Organizacijska kultura je korak v implementaciji strategije razvoja.

Miro Jeraj, Marko Rant, Tone Ljubič (str. 317 do 321) »Strateško planiranje kot osnova strokovnega vodenja sistema« navajajo:

»Strateško planiranje je miselni proces, ki ima za cilj izdelavo plana z alokacijo resursov. Strateško planiranje zahteva veliko osebnega, kreativnega angažiranja, sproži izredno komunikacijo, izmenjavo mnenj, nudi izredno priložnost za pridobivanje znanja in izkušenj.«

Vloga v preobrazbi kadrov za nove razmere (dr. Ivan Kejžar).

Nove razmere so že vzpodbudile posameznike, da se samoiniciativno z lastnim plačilom stroškov udeležijo raznih vrst strokovnega usposabljanja in izobraževanja. S tem se pripravljajo za odpiranje nove lastne dejavnosti in za izkazovanje večje konkurenčne sposobnosti nezaposlenih.

Nove družbene razmere prinašajo nove koncepcije in spremembo organizacijske kadrovske funkcije, ki imajo za cilj znanje, inovativnost, sposobnost in uspešnost.

Na področju sistema zdravstvene nege v praksi in teoriji bomo vsa ta nova znanja integrirali v različnih oblikah izobraževanja že zaposlenih vodilnih medicinskih sester (osvežitveni tečaj za vodilne medicinske sestre v Kliničnem centru in v rednih oblikah izobraževanja/specializacije menedžment in na VII. stopnji).

Marija Bohinc, dipl. org. dela