



Glasilo Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveze strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije

UTRIP

Poštnina plačana pri pošti 1102 Ljubljana

UVODNIK

Biti ali nê, (p)ostati ali ne, članica/ član Zbornice - Zveze – to je vprašanje

DELO ZBORNICE - ZVEZE

Zbornica-Zveza opozarja na diskriminacijo stanovske organizacije in stroke zdravstvene in babiške nege ter ponuja nekatere rešitve problematike »doizobraževanja« srednjih medicinskih sester oz. zdravstvenih tehnikov.

EFN

Podpora Evropskega združenja organizacij medicinskih sester (EFN) v zvezi z deregulacijo srednjih medicinskih sester v Sloveniji

razvoju tehnologije nujno razpolagajo tudi z vse večjim deležem družbenega proizvoda. Interesno združevanje in delovanje je legitimno, če mu nasproti stoji ministrstvo kot učinkovit zagovornik občega in javnega in če so v procese oblikovanja najboljše zdravstvene politike enakopravno vključeni vsi udeleženci. V Sloveniji nam spodsrsne tudi pri drugem pogoju, saj prihaja v zadnjem času do sistematičnega izrivanja in izključevanja največje skupine zaposlenih v zdravstvu – zaposlenih v zdravstveni negi. Praksa se nadaljuje in celo zastruje z novo vlado, ki je imenovala novo sestavo Zdravstvenega sveta kot osrednjega telesa za določanje zdravstvenih programov. Med 18 (!) člani ni bilo niti enega, ki bi bil strokovnjak s področja zdravstvene nege. V javnih polemikah se je izoblikoval konflikt med Zbornico zdravstvene in babiške nege ter ministrom za zdravje. Konflikt je v zgodovini naše mlade države presegal vse dosedanje konflikte, ki so se kdajkoli izoblikovali med katerokoli stanovsko zbornico v zdravstvu in ministrstvom za zdravje. Niti v preteklosti, ko je bila Zdravniška zbornica najbolj izpostavljena zaradi vrste domnevnih nehygieničnih postopkov pri obravnavanju svojih članov ter pri porabi svojih sredstev, ni Ministrstvo za zdravje niti enkrat na tak način in tako ostro odreagiralo do dela zaposlenih, ki jih pravzaprav samo zastopa. In ne gre pozabiti, da so bile medicinske sestre, tako s srednjo kot visoko izobrazbo, v preteklosti skoraj edini generatorji razvoja kakovosti v slovenskem zdravstvenem sistemu. Zgolj tako ravnanje in spodbujanje nasprotij daje misliti, da je pravzaprav problem ali interes nekje drugje, ki pa ga bo prihodnost še razkrila.

Določitev nove sestave Zdravstvenega sveta je jasen znak, kaj naj bi bile prioritete in kaj lahko pričakujemo od reform. Telo, ki naj bi odločalo o najbolj bistvenih zadevah, sistemskih rešitvah in novih

programih ter je najpomembnejše svetovalno telo ministra za zdravje, znova povsem obvladujejo skoraj izključno najmočnejše skupine v sistemu zdravstvenega varstva, čeprav obstoječi Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej) dopušča in celo predpisuje sodelovanje pristojnih zbornic in drugih subjektov, med katere nedvomno sodijo tudi zaposleni v zdravstveni negi. Pravilnik o zdravstvenem svetu še natančneje določa sestavo in od strok eksplicitno omenja le medicino, farmacijo in zdravstveno nego. Z imenovanjem predstavnika zasebne zavarovalnice namesto dosedanjega predstavnika ZZS kaže morebitno smer, ki jo je začrtala politika.

Nameravana politika izključevanja in konflikta je lahko za prihodnost napovedanih reform pogubna. Vse države, ki so izvedle učinkovite reforme zdravstvenega varstva, so slej ko prej spoznale, da je vključevanje zdravstvene nege ne samo zaželeno, ampak preprosto nujno, saj nobena reforma brez sodelovanja največjega dela zaposlenih ne more zaživet. Na to v svojih publikacijah vseskozi opozarja tudi Evropski observatorij za zdravstvene sisteme in politike (European Observatory on Health Systems and Policies), ena izmed vodilnih organizacij na področju analiz dinamik zdravstvenih sistemov v Evropi. V delu Human Resources for Health in Europe, ki so ga izdali leta 2003, tako zelo jasno določajo dve ključni skupini zaposlenih v zdravstvenem sistemu, ki sta najbolj (so)odgovorni za uspešno izvedbo reform zdravstvenega varstva: zdravnike in zaposlene v zdravstveni negi. Brez sodelovanja teh dveh skupin reforme sistema zdravstvenega varstva preprosto ni mogoče izvesti. Kot kaže nova sestava Zdravstvenega sveta, se pri nas te lekcije kljub ponavljanju žal še nismo naučili. Obsojeni na ponavljanje (ne)reformnega scenarija z začetka ponavljamo prvi razred vedno znova. ■

PRIDOBIVAMO NOVA ZNANJA

Obisk Centra za cistično fibrozo (CF) na Danskem

Majda Oštir, Katja Korenin

Cistična fibroza je najpogostejša avtosomna recesivna bolezen. Prizadene več organskih sistemov in vodi v napredujočo okvaro pljuč s posledično dihalno nezadostnostjo, moteno je delovanje trebušne slinavke, prizadetost jeter lahko vodi v cirozo.



Copenhagen april 2012

Preživetje bolnikov s CF se je v zadnjem času z novjšimi načini zdravljenja podaljšalo daleč v odraslo dobo, zaradi česar pride do dodatnih zapletov, kot sta sladkorna bolezen in osteoporozo. Napoved izida bolezn določa okvara pljuč, ki so prizadeta zaradi kroničnega vnetja in kronične okužbe, zato sta izrednega pomena zgodnja prepoznavna in zdravljenje

prizadetosti pljuč. Z vodenjem bolnikov v CF centru, ki omogoča multidisciplinarni način obravnave, je zagotovljen najbolj optimalen način zdravljenja, ki pomembno vpliva na izid bolezn. V Sloveniji je trenutno okoli 100 bolnikov, od tega 64 otrok in mladostnikov.

V aprilu smo s kolegico **Katjo Korenin** in zdravnico **Marino Praprotnik** obiskali bolnišnico **Righospitalitet v Köbenhavnu na Danskem**. Namen je bil obisk CF centra, saj imajo zelo dobre rezultate pri obravnavi bolnikov s cistično fibrozo.

Righospitalitet je sicer univerzitetni klinični center z več kot 8000 zaposlenimi in je ena večjih danskih bolnišnic.

Na Danskem imajo dva CF centra, in sicer v Arhasu ter v Köbenhavnu, skupaj pa obravnavajo približno 300 bolnikov s CF, od tega 100 otrok (Danska ima 5 milijonov prebivalcev).

Tako kot pri nas tudi na Danskem poteka multidisciplinarna obravnava. Velika razlika je v času, ki ga namenijo bolnikom, saj povprečen čas ambulantne obravnave znaša 30–60 minut. Večino časa porabijo za pogovor z bolnikom in njegovimi sorodniki. Pacienti prihajajo na ambulantni pregled enkrat mesečno, pri nas enkrat na tri mesece. Zanimivo je, kako hitro začnejo s pripravo na samostojno življenje, saj so otroci po dvanajstem letu že sami v ambulanti, starše pokličejo ob koncu pregleda. Mladostnike

spodbujajo k pogovoru s pomočjo preprostih letakov, na katerih so asociacije na bolezen in življenje mladih na splošno: na primer šola, ljubezen, zdravila, bolečine, spolnost, kajenje ...

Medicinska sestra opravlja delo koordinatorja v timu, sodeluje pri pregledih (prisotna je ves čas pogovora), izvaja elektronsko in telefonsko komunikacijo z bolniki in starši otrok. Dvakrat letno jih naroči k sebi v ambulanto, kjer se pogovarjajo o obvladovanju bolezni in zdravem načinu življenja, opravijo reedukacijo vsebin, kot so inhaliranje, dajanje zdravil, preprečevanje okužb, spolnost, načrtovanje družine in podobno.

Bolniki s CF imajo v sputum izolirane bakterije, kot so *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter*, *Burkholderia cepacia*, *Srafilokok aureus* ipd. Veliko truda vložimo v preprečevanje prenosa teh bakterij. V CF centru na Danskem imajo pri tem zelo dobre rezultate. Bolniki so naročeni na preglede v različnih dneh – glede na vrsto bakterije, s katero so okuženi. Če potrebujejo hospitalizacijo, so tisti z najbolj trdovratnimi bakterijami sprejeti na epidemiološki oddelek.

V tednu dni sva imeli priložnost spoznati ambulantno in hospitalno obravnavo bolnikov s cistično fibrozo ter opraviti pogovor s člani CF tima. Zelo zanimiv je bil pogovor s socialno delavko, ki nama je predstavila delovanje zdravstvenega sistema na Danskem. Zdravljenje otrok s CF prevzame komuna (nekaj podobnega kot pri nas občina), ki prispeva tudi plačilo za odsotnost staršev od dela, kar pomeni, da so starši lahko v službi od 10 do 20 ur na teden, lahko tudi manj, če je otrok zelo bolan. Delodajalec tako nima izgube, zato tudi starši nimajo težav zaradi svoje odsotnosti. Socialni delavec (za področje pediatrije jih je bilo v bolnici kar sedem) ima veliko vlogo pri povezovanju s komuno in starši oz. bolniki ter kasneje z vključitvijo na trg dela. Zanimivo je, da je 40 % bolnikov s CF zaposlenih, od tega 25 % za poln delovni čas, 15 % ima fleksibilen delovni urnik, 28 % jih ima trenutno status študenta, 30 % pa jih prejema pokojnino in niso bili nikoli zaposleni. Bolniki s CF na Danskem lažje dobijo službo, saj njihove bolniške odsotnosti pokriva komuna, kjer živijo.

Najboljše izkušnje pa so prinesli pogovori z odraslimi bolniki ter starši otrok, ki so bili pripravljeni svoja razmišljanja in izkušnje z boleznijo deliti z nama. Zaznali sva optimizem, predvsem pa aktivno življenje bolnikov, ki nadzirajo svojo bolezen in ne obratno. Zagotovo je to posledica dobrih rezultatov pri zdravljenju, pa tudi samega pogleda na življenje, ki se v nekaterih pogledih precej razlikuje od tistega, kar povedo naši pacienti.

Zdravljenje z antibiotiki je pri bolnikih s CF zelo pogosto. Na Danskem je to zdravljenje bistveno pogostejše kot pri nas, saj vsi bolniki, ki imajo okužbo s *Pseudomonas Aeruginosa*, prejema terapijo 4-krat na leto. Pomembna razlika v zdravljenju je tudi v tem, da obstaja možnost intravenozne terapije na domu, ki jo izvajajo bolniki sami ter starši otrok. To seveda ne velja za zdravljenje v primeru hudih akutnih poslabšanj, ki potrebujejo hospitalno obravnavo in nadzor. Paciente in starše otrok naučijo, kako dajati venozno terapijo. To pomeni, da jih poučijo o načinu redčenja antibiotikov, o odmerjanju antibiotikov, o načinih aplikacije (prek centralnega venskega dovoda – porta, i.v. kanala ali direktno prek metaljčka v veno) ter o potrebnem materialu za venozno aplikacijo. Prav tako jih poučijo o prepoznavanju stranskih učinkov antibiotika in pravilnem ukrepanju ob teh pojavih. Vsakič dobijo pisna navodila ter zdravila, ki jih uporabijo v primeru anafilaktične reakcije. Tak način zdravljenja imajo že 20 let in po pogovoru z bolniki in zdravstvenimi delavci so vsi zelo zadovoljni.

Ko se bolniku bolezen poslabša, pride na prvo aplikacijo antibiotika v ambulanto. Medicinska sestra pripravi ves potreben material in antibiotike za 14 dni. Otroci in njihovi starši praktično živijo "običajno življenje". To pomeni, da lahko otroci nemoteno hodijo v šolo oz. vrtec, odrasli pa v službo.

Bolniki s CF na Danskem se zelo dobro zavedajo svoje bolezni,



Dnevni prostor CF centra



Čakalnica CF center

vendar jo s pomočjo zdravljenja obvladujejo, kar jim omogoča kakovostno in aktivno življenje. Zavedajo se omejitev, vendar hkrati v največji možni meri izkoriščajo svoje potenciale, kar jih zadovoljuje v življenju. Zagotovo k temu pripomore urejenost finančnega dela zdravljenja, pa tudi strokovnjaki na področju vseh multidisciplinarnih vej, ki sodelujejo pri obravnavi bolnikov s CF in jim nudijo kar največjo podporo ter si zanje lahko vzamejo dovolj časa za pogovor.

Z obiskom sva bili zelo zadovoljni, saj sva pridobili nove izkušnje in znanja, ki nama bodo omogočila izboljšave pri delu v CF centru na Pediatrični kliniki v Ljubljani. Polni idej sva tako že začeli z uvajanjem določenih novosti, svoje izkušnje pa sva prenesli tako sodelavcem kot članom CF tima, pa tudi bolnikom ter njihovim sorodnikom na srečanju, ki je potekalo na Debelem rtiču. Obisk CF centra na Danskem so omogočila sredstva iz raziskovalnega fonda Službe za pljučne bolezni Pediatrične klinike in UKC Ljubljana, za kar se lepo zahvaljujemo. ■

Čestitka

19. julija 2012 je je naša kolegica

mag. ALEKSANDRA STJEPANOVIČ VRAČAR,

na Ekonomski fakulteti Univerze v Ljubljani zagovarjala doktorsko disertacijo, z naslovom "Razvoj ustvarjalnosti in inovativnosti v velikih podjetjih s poudarkom na slovenskih podjetjih".

Ob pridobitvi akademskega naziva doktor znanosti ji iskreno čestitamo ter želimo veliko uspehov pri nadaljnjem delu.

Aleksandra ponosni smo nate in tvoj izjemni dosežek.

*Sodelavke in sodelavci kolektiva zdravstvene nege
Kliničnega oddelka za anesteziologijo UKC Ljub*