

Zbornica zdravstvene nege Slovenije - ZDMSZTS



SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER V ONKOLOGIJI



29. STROKOVNI SEMINAR

**RAZVOJ ONKOLOGIJE
IN ONKOLOŠKE ZDRAVSTVENE NEGE
KAKOVOST V ZDRAVSTVENI NEGI**

*Pokrovitelja:
Hoffmann-La Roche Ltd
Jansen-Cilag*

Ljubljana, oktober 2002

*Zbornica zdravstvene nege Slovenije - ZDMSZTS
SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER V ONKOLOGIJI*

29. STROKOVNI SEMINAR

RAZVOJ ONKOLOGIJE IN ONKOLOŠKE ZDRAVSTVENE NEGE KAKOVOST V ZDRAVSTVENI NEGI

*Pokrovitelja prireditve:
Hoffmann-La Roche Ltd
Jansen-Cilag*

Ljubljana, 10. in 11. oktober 2002

Uredila:

Brigita Skela Savič

Recenzenki prispevkov Kakovost v zdravstveni negi:

Marina Velepč, viš.med.ses., Brigita Skela Savič, univ.dipl.org., viš.med.ses.

Izdala:

Sekcija medicinskih sester v onkologiji pri Zbornici zdravstvene nege Slovenije - Zvezi društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije

Založila:

Sekcija medicinskih sester v onkologiji pri Zbornici zdravstvene nege Slovenije - Zvezi društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije

Lektorirala:

Sonja Petranovič

Oblikovanje in računalniška priprava:

Studio N, Ljubljana

Tisk:

Grafiko d.o.o., 300 izvodov

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

616-083(063)
616-006-083(063)

ZBORNICA zdravstvene nege Slovenija - Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Sekcija medicinskih sester v onkologiji. Strokovni seminar (29 ; 2002 ; Ljubljana)
Razvoj onkologije in onkološke zdravstvene nege ; Kakovost v zdravstveni negi / Zbornica zdravstvene nege Slovenije-ZDMSZTS, Sekcija medicinskih sester v onkologiji, 29. strokovni seminar, Ljubljana : Sekcija medicinskih sester v onkologiji pri Zbornici zdravstvene nege Slovenije - Zvezi društev MS in ZT Slovenije, 2002

1. Gl. stv. nast. 2. Skela-Savič, Brigita. - I. Savič, Brigita
Skela- glej Skela-Savič, Brigita. - II. Zbornica zdravstvene nege Slovenije - ZDMSZTS. Sekcija medicinskih sester v onkologiji. Strokovni seminar (29 ; 2002 ; Ljubljana) glej Zbornica zdravstvene nege Slovenije - Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Sekcija medicinskih sester v onkologiji.
Strokovni seminar (29 ; 2002 ; Ljubljana)
120113664

VSEBINA

Stran

Petnajst let Sekcije medicinskih sester v onkologiji	
Brigita Skela Savič	5
Razvoj onkologije v obdobju 1938 do 2002	
Albert Peter Fras	8
Onkološka zdravstvena nega včeraj, danes, jutri	
Marina Velepich	14
Rak danes in rak šest desetletij nazaj	
Maja Primic Žakelj	19
Merjenje kakovosti - pomemben dejavnik procesa izboljšanja kakovosti v zdravstveni negi	
Saša Kadivec	25
Zadovoljstvo bolnikov - kazalec kakovosti v zdravstvu	
Brigita Skela Savič	30
Celosten, bolniku prijazen pristop k zdravljenju raka	
Mojca Goričanec	40
Priprava bolnika na diagnostične postopke nekoč in danes	
Jožica Jošt	42
Celoviti pristopi pri zdravstveni negi bolnika z bolečino	
Mira Logonder, Alenka Ostanek	48
Anemija pri bolnikih z rakom in njen vpliv na kakovost življenja	
Veronika Kodre	57
Spoznanja in dosežki na področju priprave in aplikacije citostatikov	
Darja Musič	58
Varno delo(?) medicinskih sester s citostatiki v Sloveniji	
Albina Bobnar	65
Dokumentiranje v zdravstveni negi	
Katarina Lokar	70
Razvoj kadrov - element vodenja v zdravstveni negi	
Brigita Skela Savič	75

PETNAJST LET SEKCIJE MEDICINSKIH SESTER V ONKOLOGIJI

Brigita Skela Savič

Sekcija medicinskih sester v onkologiji je bila ustanovljena z namenom, da združuje in izobražuje medicinske sestre, ki delujejo na področju onkološke zdravstvene nege, bogati njihovo znanje in tako v osnovi poskrbi za kakovostno zdravstveno nego in holistično obravnavo bolnikov z rakom in s tem vpliva na kakovost življenja bolnikov z rakom. Ustanoviteljice sekcije so zapisale, da razvoj zdravljenja onkoloških bolnikov, stalno uvajanje novih metod zdravljenja ter organizirana borba s to težko boleznijo, pogojujejo razvoj onkološke zdravstvene nege.

Sekcija medicinskih sester v onkologiji je bila ustanovljena spomladi, leta 1987 na pobudo takratne glavne sestre Onkološkega inštituta, Marine Velepič. Ustanoviteljice so si zadale nalogo, da v širšem slovenskem okolju delujejo kot načrtovalke in izvajalke kompleksne zdravstvene nege, kot učiteljice, prosvetljevalke, kot nepogrešljive članice in sodelavke raziskovalnih timov ter kot samostojne raziskovalke na svojem področju. Dolgoletna direktorica Onkološkega inštituta prof. dr. Božena Ravnihar je ob ustanovitvi sekcije dejala: "Z ustanovitvijo sekcije je upati, da bo to prispevalo k izboljšanju onkološkega zdravstvenega varstva."

Dosedanje predsednice sekcije:

1987 - 1991 Olga Koblar

1991 - 1994 Jožica Bostič Pavlovič

1994 - 1998 Olga Koblar

1998 - 2002 Brigita Skela Savič

Za strokovno zdravstveno nego in oskrbo onkoloških bolnikov na kateremkoli področju zdravstvene dejavnosti, potrebujejo medicinske sestre kontinuirana strokovna izobraževanja iz onkologije in onkološke zdravstvene nege. Tako se medicinske sestre razvijajo v samostojne strokovnjake na področju onkološke zdravstvene nege. Poleg strokovnosti je pomembno razvijati human odnos do bolnika z rakom, kot aktivnega udeleženca v procesu zdravljenja in zdravstvene nege. Pomembno je razvijanje pozitivnega pristopa do uvajanja novosti v onkološki zdravstveni negi in spodbujanje timskega dela. Onkološka medicinska sestra ne sme razmišljati kot pomočnik zdravniku, ampak mora delovati v smeri strokovnega razvoja v lastni stroki in s tem vplivati na izide celovite obravnave bolnika z rakom. Vsa ta izhodišča so članice izvršnih odborov upoštevali pri pripravi 29. strokovnih seminarjev iz onkologije in onkološke zdravstvene nege.

Sekcija danes združuje 252 medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov. V petnajstih letih obstoja sekcije je bilo organiziranih 29 strokovnih seminarjev. Izdanih je bilo 18 strokovnih knjižic. Ob 10. obletnici delovanja je bil oblikovan tudi znak Sekcije medicinskih sester v onkologiji.

Teme naših seminarjev smo izbirali glede na aktualne potrebe, prav tako smo upoštevali smernice razvoja onkološke zdravstvene nege v Evropi in svetu. Pomemben mejnik so predstavljali prvi začetki uvajanja sodobnih metod dela v onkološki zdravstveni negi v prakso, ki smo jih predstavili na naših seminarjih. Strokovne seminarje smo obogatili s prikazom standardnih načrtov zdravstvene nege za specifične probleme zdravstvene nege pri onkoloških bolnikih. Tako smo vplivali na strokovnost izvajanja postopkov iz onkološke zdravstvene nege na terciarnem, sekundarnem in primarnem nivoju obravnave bolnikov z rakom.

V prvih letih delovanja sekcije ni bilo strokovne literature v slovenskem jeziku o zdravstveni negi onkološkega bolnika, zato smo se odločili, da bomo kar največ naših strokovnih seminarjev dopolnili z izdajo zbornikov predavanj. Do danes smo izdali naslednje strokovne knjižice:

Akutne levkemije - 1989, Maligni melanom - 1990, Tumorji testisa - 1990, Rak sečnega mehurja - 1992, Diagostika v onkologiji - 1992, Izbrana poglavja iz ginekološke onkologije - 1994, Rak črevesja - 1994, Tumorji v otroški dobi - 1995, Novosti v sistemskem zdravljenju in zdravljenju kronične bolečine - 1996, Standardi onkološke zdravstvene nege - usna votlina - 1996, Zadovoljna, celovito urejena medicinska sestra - kakovostna zdravstvena nega - 1997, Pljučni rak - 1998, Dojke - okras ženske in njena bolečina - 1998, Rak mod - 1999, Pomen prehrane pri nastanku in zdravljenju malignih obolenj - 1999, Napredovali rak - dodajmo življenje dnevom - 2000, Urgentna stanja v onkologiji in Hormonsko zdravljenje raka dojke - 2001, Razvoj onkologije in onkološke zdravstvene nege, Kakovost v zdravstveni negi - 2002.

Strokovne knjižice imajo CIP, tako da so širše dosegljive. Od leta 1998 smo si zadali tudi recenzorsko delo, tako da imajo knjižice tudi veliko strokovno težo.

Izdajo gradiva nam je v začetku omogočila Služba zdravstvene nege na Onkološkem inštitutu Ljubljana, zadnja leta pa Fondacija dr. J. Cholewa in Zveza slovenskih društev za boj proti raku ter drugi sponzorji in donatorji.

Na pobudo koordinatorja za pripravo Nacionalnega programa obvladovanja raka v R Sloveniji smo sodelovali pri pripravi smernic razvoja onkološke zdravstvene nege.

Program izobraževanja želimo razširiti in poglobiti na vse stopnje izobraževanja do in po diplomih. Zlasti smo ponosni na naš prispevek, da so dijaki srednjih zdravstvenih šol v šolskem letu 2001/2002 pridobili v učnem programu tudi onkološko zdravstveno nego. Če vemo, da bo do leta 2010 vsak tretji Evropejec zbolel za rakom, je široko znanje onkologije in posebej onkološke zdravstvene nege po Sloveniji nujno za vse medicinske sestre in zdravstvene tehnike. Prav tako

se skupaj z Onkološkim inštitutom vključujemo v prizadevanja za uvedbo predmeta Onkologija na Visoki šoli za zdravstvo v Ljubljani.

Člani sekcije smo sodelovali pri oblikovanju zaključkov in predstavitvi rezultatov raziskovalne naloge Zaščita medicinske sestre pri varnem rokovanju s citostatiki, ki jo je izvedel Onkološki inštitut Ljubljana. Podprli smo pobudo po funkcionalnem izobraževanju iz zdravstvene nege bolnikov, ki prejemajo citostatike, ki je bilo namenjeno vsem tistim medicinskim sestram v RS, ki pripravljajo in aplicirajo citostatike ter izvajajo zdravstveno nego bolnikov z rakom.

Uspešno smo se preizkusili tudi pri pripravi zdravstveno vzgojnih materialov, saj smo v letu 1999 izdali zloženko z naslovom "Pregledujte si moda". Z njo smo dali svoj prispevek k osveščanju mladih moških pri zgodnjemu odkrivanju raka na modih.

Uspešno smo organizirali učne delavnice: Samopregledovanje dojk, Rokovanje z elastomer črpalko in Rokovanje z zaprtimi venskimi sistemi. Obravnavali smo tudi problematiko informiranja bolnikov v zvezi z onkološko diagnozo in posledicami izbranih načinov zdravljenja ter vlogo medicinske sestre ob tem.

V zadnjih letih smo se lotili tudi obravnavanja problemov prehrane pri onkoloških bolnikih in simptomov pri napredovalem raku. Ugotovili smo, da se medicinske sestre premalo posvečamo bolnikom z terminalno boleznijo, predvsem je vzrok temu neznanje iz paliativne medicine in zdravstvene nege ter posledični strah. Izpostavili smo potrebo, da je potrebno specializirano izobraževanje iz področja paliative tako za zdravnike kot medicinske sestre.

Nova znanja pridobivamo z izobraževanjem članic sekcije v tujini in aktivnimi udeležbami na kongresih in konvencija iz onkologije in onkološke zdravstvene nege v Evropi.

Preko Onkološkega inštituta Ljubljana je sekcija že od leta 1989 vključena v EONS (Evropsko združenje medicinskih sester v onkološki zdravstveni negi), od leta 2001 je samostojna članica tega združenja. Od leta 1998 v okviru EONS in ESMO (Evropsko združenje zdravnikov v onkologiji) tudi aktivno sodeluje pri organiziranju in opravljanju tečajev o varnem ravnanju s citostatiki, preprečevanju stranskih učinkov zdravljenja s citostatiki in ustrezni specifični zdravstveni negi, za države vzhodne Evrope.

Vizija dela sekcije je v širitvi novosti na področju preventive, zgodnjega odkrivanja rakavih obolenj in zdravljenja le teh ter paliativni oskrbi neozdravljivo bolnih, kar vključuje aktivno sodelovanje pri pripravi zdravstveno-vzgojnih in informativnih materialov za laično populacijo ter pripravo strokovnih knjižic, ki predstavljajo strokovno oporo medicinskim sestram pri načrtovanju, izvajanju in vrednotenju onkološke zdravstvene nege. Na ta način bomo pripomogli k doseganju čim bolj kakovostne onkološke zdravstvene nege, ki jo bomo razvijali tudi na osnovi raziskovanja v zdravstveni negi.

RAZVOJ ONKOLOGIJE V OBDOBJU 1938 do 2002

doc. dr. Albert Peter Fras, dr. med.

Onkološki inštitut Ljubljana

Razvojna obdobja onkološkega inštituta

Z odlokom uprave Dravske banovine je bil leta 1937 ustanovljen Banovinski inštitut za raziskovanje in zdravljenje novotvorb. Pobudnik ustanovitve in prvi vodja je bil docent dr. Josip Cholewa, ki se je že kot vodja brežiške bolnišnice vedno zanimal za rakave bolezni. Zavodu so prostore odredili v stari šempetrski kasarni, kjer smo še danes, te prostore pa smo poimenovali kot stavbo A. Poudariti je treba, da je bilo odprtje že v tedanjih razmerah pomembna pridobitev za Slovence, saj so se bolniki z rakom zdravili kot drugi bolniki po različnih bolnišnicah v državi.

1. avgusta 1938 so na Banovinski inštitut sprejeli prve bolnike in jih v tem letu obsevali. Prvotni inštitut je imel oddelka z 28 posteljami. Obsevali so s tremi rentgenskimi obsevalnimi napravami, brahiterapijo pa so izvajali z 226 Ra.

Obsevalne naprave, ki so jih uporabljali, so bile ob ustanovitvi zavoda nove, to so bile rentgenska obsevalna naprava "Stabilivolt", "Schäffer-Wittejeva" kontaktna naprava za obsevanje ter "Chaoulova" kontaktna obsevalna naprava za obsevanje iz neposredne bližine. Zanimivo pa je, da so radij za potrebe brahiterapije kupili od primarija dr. Pogačnika, ki ga je kot otolog uporabljal že od leta 1928. Pozneje so še radij dokupili tako da smo desetletja imeli na razpolago 460 mg radija.

Obdobje med 2. svetovno vojno je dejavnosti inštituta okrnilo in šele po vojni se je inštitut razvijal naprej. V obdobju po vojni je bil inštitut na silo združen s tako imenovanim rentgenskim zavodom v skupen "Rentgenološki in radiološki zavod". Že leta 1947, ko se je ustanovila katedra za onkologijo in radioterapijo, se je zavod preimenoval v Onkološki inštitut, ostal pa je v sklopu združenih ustanov medicinske fakultete.

V tem obdobju so bile zasnovane tudi nove dejavnosti, osnovan je bil centralni Register raka za Slovenijo z obveznim prijavljanjem rakavih bolezni od 1. januarja 1950, leta 1951 citološka diagnostika in zdravljenje z novimi citostatiki.

Obdobje v letih od 1952 - 1960 je pomenilo predvsem intenzivnejši razvoj posameznih strokovnih dejavnosti. S pridobitvijo novih kadrov so se razvijale radioterapija, radiofizika, zasnovane so bile nove dejavnosti, tako fizioterapija leta 1956, radioizotopna diagnostika leta 1957, epidemiologija in medikosocialna služba pa leta 1958. Za to obdobje je pomembno tudi razvijanje timskega dela.

Leta 1955 so začeli prve bolnike obsevat z "Betatronom", ki ga je sicer kupil Inštitut "Jožef Stefan". To je bil prvi akcelerator v Sloveniji. Na inštitutu Jožef Stefan so ga uporabljali za poskuse, vendar je bil tako prirejen, da je bil

uporaben za obsevanje bolnikov z globoko ležečimi tumorji, predvsem s pljučnimi tumorji.

Tudi prostorsko se je inštitut razširil s pridobitvijo prostorov Invalidskega podjetja "Soče" in Zavoda za rehabilitacijo invalidov iz "šempetrske kasarne".

Upravnoadministrativna in hkrati tudi denarna vezanost inštituta na zavod kliničnih bolnic (sedanji Klinični center Ljubljana) sta ovirali razvoj inštituta. Prizadevanja za osamosvojitvev, trajala so več kot dve leti, so končno dosegla uspeh. Z odlokom takratnega Izvršnega sveta (23. junij 1961) je bil 1. avgusta 1961 inštitut zopet ustanovljen kot samostojen zavod. Ocenjujejo, da je po osamosvojitvi inštitut vzcvel.

Za to obdobje je pomembno, da je bilo omogočeno razvijanje raziskovalne dejavnosti. Leta 1964 so inštitut z odločbo Republiškega sekretariata za raziskovalno delo in visoko šolstvo uradno priznali kot znanstveni zavod. Vedno več zdravstvenih delavcev je doseglo stopnjo doktorja in magistra znanosti, sodelavci so bili deležni nagrade Sklada Borisa Kidriča, inštitut se je vključeval v mednarodne kooperativne raziskave.

Leta 1962 je na inštitutu pričela delovati prva telekobaltna obsevalna naprava "Gamatron" v prostorih, zgrajenih na dvorišču stavbe A.

Prostorska stiska bolnikov, hospitaliziranih na inštitutu, se je prehodno nekoliko omilila s pridobitvijo gluhonemnice, pred tem pa je moral inštitut zgraditi še leseno barako za 24 postelj ob Lipičevi cesti. Bivšo gluhonemnico, stavbo ob Zaloški cesti smo adaptirali z lastnimi sredstvi, poimenovali smo jo stavba B. V to stavbo smo poleg bolniških postelj vselili tudi nekatere laboratorije, predvsem pa knjižnico, upravne in gospodarske enote (kuhinjo, pralnico). Šele s pridobitvijo bivše Interne klinike leta 1972, ki smo jo prav tako adaptirali s svojimi sredstvi, se je prostorska stiska omilila. V vseh treh stavbah smo imeli 330 standardnih postelj, pomanjkanje postelj pa smo poskušali omiliti s tako imenovanimi "zasilkami". Tako je znašal dnevni stalež hospitaliziranih bolnikov več kot 360. Šele najnovejše smernice zdravljenja rakavih bolnikov s prehodom na ambulantno zdravljenje so olajšale vsakodnevno iskanje prostih postelj za bolnike.

Drugo telekobaltno obsevalno napravo smo kupili leta 1969 iz sredstev sklada za gradnjo inštituta. Najprej smo jo postavili v prizidek na dvorišču šempetrske kasarne, s prevzemom stavbe C, torej bivše interne klinike, pa v prizidek ob njej. Z vselitvijo v teleterapevtski objekt (TRT) smo jo ponovno preselili leta 1977.

Misli o novem inštitutu so se porodile že v medvojnem obdobju. Celo prvi načrti so še dostopni v našem arhivu. S predvidevanjem razvoja onkologije so bile že leta 1961 izdelane strokovnoprogramske zasnove. Leta 1965 so bili s pomočjo republiških sredstev izdelani projekti za nov inštitut. Zagotovljena so bila sredstva in lokacija. Po tedanjih načrtih naj bi gradili inštitut na desnem bregu Ljubljanice. Toda z zakonom o graditvi Kliničnega centra iz leta 1966 se je graditev inštituta preložila. Ostali smo brez novega inštituta. Šele z novim zakonom iz leta 1971 je

bilo odločeno, da se prvi del inštituta, tako imenovani teleterapevstki objekt (TRT), zgradi na levem bregu Ljubljane. Ta objekt skupaj s stavbo D, kjer so ambulante, laboratoriji in bolniški oddelek, je bil dokončan leta 1982. V TRT smo vselili obsevalne naprave, oba telekobalta ter novi linearni akcelerator.

Toda misli na novi inštitut nismo nikoli opustili. Leta 1994 je bila izdelana programska zasnova za novi inštitut, leta 1997 pa so se začela gradbena dela in do danes ni dokončan.

In še nekateri mejniki v delovanju inštituta:

Leta 1970 smo uvedli kombinirano citostatsko zdravljenje.

Leta 1973 je bil na pobudo akademika prof. dr. Franca Novaka, svetovno znanega ginekologa, ustanovljen Center za bolezni dojk. S pridobitvijo prostorov v stavbi bivše interne klinike, poimenovane stavba C, so se sprostili prostori v šempetrski kasarni, tako da si je center za bolezni dojk, poimenovali smo ga po kirurgu prim. dr. Jožetu Žitniku, našel svoj prostor. Ker je v stavbi A ostal tudi rentgenski oddelek s prvo mamografsko rentgensko napravo (mamograf), je bilo to sicer priročno, vendar so bili in so ti prostori - in takšni so še vedno - neugledni, utesnjeni.

Istega leta smo začeli uporabljati tudi prvi simulator. To je pravzaprav rentgenska naprava, ki omogoča simuliranje obsevalnih polj in pomaga pri načrtovanju obsevanja.

Leta 1975 smo začeli določevati hormonske receptorje ter izvedli prvi kriokirurški poseg. Zanimivo je, da napravo, ki omogoča tak poseg, uporabljamo še danes, seveda če ni v okvari.

Pomemben napredek smo storili v brahiterapiji. Brahiterapija kot del radioterapije je pri zdravljenju uporabljala kar več radionuklidov, najpogosteje pa smo uporabljali radij in iridij. Vse posege smo vršili ročno, kar je pomenilo veliko obremenitev rok in celega telesa operateja zaradi ionizirajočega sevanja. Leta 1979 pa smo pričeli zamenjevati radij s cezijem, uvedli smo tako imenovano "ročno poznejše polnjenje" (after loading). Leta 1983 smo kupili Curietron, prvo mehansko napravo za poznejše polnjenje za ginekološko brahiterapijo. Prednost takih naprav je v tem, da se terapevt in negovalno osebje praktično ne obsevajo, ker naprava z aktiviranjem samodejno vstavi vire sevanja v že vnaprej vstavljeni nosilec vira v bolnici, pri posegih ali negi pacientke pa lahko vire začasno odstranimo. Šele leta 1993 smo kupili Minirač, prav tako napravo za poznejše polnjenje, kot vir sevanja se uporablja iridij. To napravo uporabljamo ali smo uporabljali začasne vsadke pri zdravljenju ginekoloških oblik raka in različnih vrst raka obsečnice.

Leta 1983 je kot samostojni oddelek začel delovati Oddelek za psihoonkologijo.

Prostori sedanjega onkološkega inštituta

Prvi prostori ustanovljenega onkološkega inštituta so bili v "šempetrski kasarni". Iz zgodovine je znano, da je šempetrska kasarna dobila svojo dokončno podobo leta 1780, to je pred več kot 220 leti. Začetek šempetrske kasarne pa sega še dlje, saj so prav na tem prostoru stale zgradbe lazareta že od 13. stoletja naprej. In prav v teh prostorih so še vedno nekateri najpomembnejši oddelki onkološkega inštituta, kirurški, intenzivni, diagnostični, brahiradioterapevtski.

Druga stavba Onkološkega inštituta (O.I.) je stavba B, bivša gluhoemnica. Poleg bolniških oddelkov smo vanjo preselili knjižnico, kuhinjo, del uprave in lekarno, knjižnico. Z zmanjševanjem posteljnih kapacitet smo v stavbo B preselili še Register raka za Slovenijo.

Ker je bila v 60.letih vedno hujša prostorska stiska, smo v letih 1966-67 postavili provizorij, paviljon s 24 posteljami za ginekološke pacientke. S pridobitvijo stavbe C leta 1973 smo provizorij kot bolniški oddelek opustili, vanj pa naselili upravo. Leta 1982 smo dogradili stavbo D ob objektu TRT, vanj smo poleg bolniškega oddelka D II naselili v prvo nadstropje patocitološki in patohistološki laboratorij ter računalniški center. Z graditvijo novega inštituta, ta bi morala biti končana leta 1999, pričakujemo da bo letos dokončana vsaj stavba H ob stavbi D, kjer bi pridobili dva sodobna bolniška oddelka; v pritličje, namenjeno bodočemu radiološkemu oddelku, pa pa bi vselili ambulante, seveda začasno, dokler ne bi adaptirali stavbe D.

Klinične stroke in opremljenost inštituta

Na onkološkem inštitutu so zastopane tri klinične stroke: kirurške, radioterapija in internistična onkologija.

Kirurške stroke so še vedno locirane v stavbi A, le del ginekološke operative ima del hospitala v stavbi C. Radioterapija z obsevalnimi napravami ima te locirane v objektu TRT, razen brahiterapevtskega oddelka, ki je v stavbi A. Obsevalci so hospitalizirani pretežno v stavbi C ter delno v stavbi D v drugem nadstropju. Bolniki in bolnice, ki prejemajo sistemsko zdravljenje, so hospitalizirani v stavbi B, delno pa na dveh oddelkih v stavbi C in D. Stroge ločenosti pravzaprav ni, k temu je pripomoglo tudi vedno pogostejše kombinirano zdravljenje, saj veliko število bolnikov zdravimo z obsevanjem, obenem pa prejemajo sistemsko zdravljenje.

Inštitut razpolaga s sedmimi obsevalnimi napravami za teleterapijo. Dve rentgenski obsevalni napravi sta namenjeni za površinska in paliativna obsevanja, dve telekobaltni obsevalni napravi in trije akceleratorji pa za obsevanje globlje- in globokoležečih tumorjev. Z najnovejšim linearnim akceleratorjem bomo dosegli poleg natančnega globinskega obsevanja, k temu bo pripomogla priključena

načrtovalna naprava za tridimenzionalno načrtovanje, tudi obsevanje z elektroni, in to predvsem tumorjev, ki ne segajo pregloboko in ni zaželeno, da bi bile strukture pod njimi po nepotrebnem izpostavljene ionizirajočemu sevanju.

Internistična onkologija se nedvomno najhitreje razvija. Na razpolago so vedno bolj aktivne učinkovine za zdravljenje solidnih tumorjev in sistemskih obolenj. Za svetovnim razvojem skorajda ne zaostajamo, poudariti pa je treba, da je sistemsko zdravljenje med najdražjimi. Poleg tega sistemsko zdravljenje spremljajo toksični sopojavi. Zapleti, zlasti po agresivnem sistemskem zdravljenju, so pogosti, zato so nujni posebno opremljeni prostori. Graditev in opremljenost takih prostorov sta predvidena v stavbi D po adaptaciji in nadgradnji.

Zelo je poudarjeno timsko delo. To pomeni, da pri odločitvi o postopku zdravljenja za posameznega pacienta pravzaprav nikoli ne odloča en sam specialist, temveč je v strokovni skupini, ki sprejema odločitev, več strokovnjakov različnih strok. Znano je, da danes 28% rakavih bolnikov pozdravimo s kirurškim posegom, 18% z obsevanjem, 8% s kemoterapijo in 6% s kombinacijo radioterapije in kemoterapije. Zavedati se je treba, da kombinacije vseh načinov zdravljenja raka vedno bolj vstopajo v standardna zdravljenja in le skupina različnih strokovnjakov lahko izbere najbolj ustrezen način zdravljenja.

Za delovanje kliničnih strok in številnih raziskovalnih dejavnosti so potrebni tudi ustrezno opremljeni laboratorijski oddelki, prav tako pa tudi specialna knjižnica. Gotovo so oddelki za patomorfologijo, patocitologijo in tumorsko biologijo vključno z laboratorijem za tumorske označevalce med najbolj pomembnimi za vso dejavnost na inštitutu. Da pa smo lahko povsem samostojni, so prav tako potrebne vse druge gospodarske in administrativne dejavnosti.

Danes je vseh sodelavcev na inštitutu več kot 700, od tega je 109 visokostrokovnih delavcev, med njimi 87 specialistov različnih strok, ki so zastopane na inštitutu. Ker je inštitut učna ustanova, so številni tudi specializanti vseh strok, skupaj z visokostrokovnimi zdravstvenimi sodelavci 28.

Poleg vsakdanjega rutinskega dela poteka na inštitutu 24 znanstvenoraziskovalnih študij, med katerimi so nosilci raziskovalnih tem kar v dvajsetih primerih z inštituta. Hkrati poteka kar 30 kliničnih študij. Tudi publicistična dejavnost je bogata, sodelavci inštituta objavljajo svoja dela v najbolj priznanih znanstvenih in strokovnih revijah po svetu ter samostojnih publikacijah. Inštitut dvakrat na leto izdaja strokovno revijo Onkologija, od prvega izida je minilo že šest let. V reviji s svojimi sestavki sodelujejo visokostrokovni sodelavci inštituta in je namenjena vsem slovenskim zdravnikom.

Zdravstvena nega in oskrba onkološkega bolnika sta danes visokostrokovni dejavnosti. Vseh zaposlenih v tej dejavnosti je na inštitutu več kot 220. Z razvojem stroke lahko pričakujemo, da se bo ta dejavnost še razširila, saj se mora kot vse preostale onkološke stroke nenehno razvijati in dopoljevati. In ne nazadnje, svoje znanje in dognanja je dolžna posredovati tudi drugim

zdravstvenim delavcem. Zavedati se moramo, da inštitut ne more oskrbeti vseh obolelih za rakom, zdravljenje in nega pa se morata nadaljevati tudi tedaj, ko je bolnik že zapustil našo ustanovo.

Izobraževanje iz onkološke zdravstvene nege je kot obvezni del pripravništva na inštitutu prisotno že od leta 1989. Zanimivo pa je, da v rednem učnem programu na Visoki šoli za zdravstvo onkologija ni predmet v ustreznih smereh, razen na oddelku za radiologijo. In to celo, če vemo, da incidenca raka narašča. Skoraj nujno je treba v izobraževalni program za diplomirane medicinske sestre/zdravstvenike uvesti onkologijo in onkološko zdravstveno nego kot samostojna predmeta.

V letu 2003 bo Onkološki inštitut praznoval 65. obletnico začetka delovanja.

Viri:

1. Šavnik L: Zdravljenje raka. DZS Slovenije, Ljubljana, 1949
2. Sovinc A, S Plesničar. Šempetrška vojašnica - poskus vrednotenja kulturnega spomenika. Med razgl 1989: 28: 561-575
3. 35. Obletnica začetka dela onkološkega inštituta v Ljubljani. 1938-1973. Ljubljana 1973
4. Onkološki inštitut v Ljubljani. 1938 - 1978, Onkološki inštitut v Ljubljani, Ljubljana, 1978
5. Onkološki inštitut v Ljubljani 55 let 1938-1993, Ljubljana 1993

ONKOLOŠKA ZDRAVSTVENA NEGA VČERAJ, DANES, JUTRI

*Marina Velepč, viš.med.ses.
Onkološki inštitut Ljubljana*

Uvod

20. stoletje je sestrinstvo pričakalo kot stroka, vstopajoča v svoje drugo stoletje. Osnovne standarde stroke zdravstvene nege je postavila Florence Nightingale že sredi 19. stoletja na bojiščih Krimske vojne. Leto 2000 pa je s pričetkom 21. stoletja obeležilo pričetek drugega stoletja za onkološko zdravstveno nego. Tudi onkološka zdravstvena nega ni nastajala v šolskih klopeh, temveč kot nujna podpora napredku medicine v borbi proti boleznim, imenovanim rak. Krimsko vojno za onkološko zdravstveno nego je povzročila ekspanzija kliničnih raziskav štiri desetletja nazaj. Danes onkološka zdravstvena nega predstavlja specializirano strokovno področje.

Osnovne vsebine so vključene v izobraževanje medicinskih sester, nadgradnja pa je v razvitem svetu v specialističnih in akademskih študijih onkološke zdravstvene nege.

Onkološka zdravstvena nega včeraj

Na razvoj onkološke zdravstvene nege so vplivali štirje dejavniki:

- nacionalno in internacionalno spoznanje, da rakave bolezni predstavljajo enega glavnih zdravstvenih problemov;
- znanstveni razvoj in tehnološki dosežki;
- spremembe v profesionalnem in laičnem odnosu do rakavih bolezni;
- spremembe v sami stroki zdravstvene nege.

Kot specializirano področje zdravstvene nege se je pričela razvijati šele v drugi polovici 20. stoletja. Počasen razvoj zdravstvene nege pred tem časom je bil v tesni povezavi s slabim razumevanjem bolezenskega procesa in celo strahom pred možnostjo okužbe.

Večina takratnih medicinskih sester, ki so izvajale zdravstveno nego največkrat bolnikom v napredovanem stadiju obolenja, je svoje delo opisovala kot depresivno in brezupno.

Fizična oslabeledost bolnikov, smrad in krvavitve razpadajočih tumorjev, neuspešno lajšanje bolečine, inkontinenca, so predstavljali neobvladljive negovalne probleme. Strah pred okužbo z rakom pa tudi veliko pomanjkanje negovalnega osebja.

V 18. stoletju leta 1740 je bila v Reimsu v Franciji ustanovljena prva bolnišnica za rakavo nalezljivo bolezen, leta 1851 v Londonu Royal Marsden Hospital, prva bolnišnica, izključno za zdravljenje bolnikov z rakom. V ZDA je 13 let kasneje odprl vrata bolnikom z rakom The New York Cancer Hospital, ki je danes priznan kot eden najslavnejših onkoloških centrov v svetu, Memorial Sloan-Kettering Cancer Center. Banovinski inštitut za raziskovanje in zdravljenje novotvorb v Ljubljani, danes Onkološki inštitut Ljubljana, deluje od leta 1938.

Po odkritju anestezije leta 1846. leta in antiseptike leta 1867 je bil več desetletij način zdravljenja kirurški poseg. Zdravstvena nega je bila klasična obstojna kirurška nega brez ustreznih pripomočkov. Zaradi preslabega razumevanja obsevalnih časov so se po pričetku zdravljenj z X žarki in radijem pojavile težke postiradiacijske spremembe in nekroze, ki so terjale prilagoditev zdravstvene nege nastalim poškodbam.

Razvoj zdravljenja s citostatiki po II. svetovni vojni je bil vzrok za hitrejši razvoj onkološke zdravstvene nege. Medicinske sestre so potrebovale dodatno znanje o zdravljenih in njihovih stranskih učinkih ter postopno razvijale specifično zdravstveno nego. Vse do leta 1979, ko je bila objavljena prva študija o škodljivih vplivih citostatikov na osebje, ki dela z njimi nezaščiten (Falck s sodelavci), so medicinske sestre pripravljale in aplicirale citostatike brez vsake zaščite in celo noseče.

Onkološka zdravstvena nega danes

Organizacija American Cancer Society je v letu 1979 definirala onkološko zdravstveno nego kot strokovno delovanje medicinskih sester na področju preventive, zgodnjega odkrivanja rakavih bolezni, zdravljenja, zdravstvene nege ter rehabilitacije bolnikov s to boleznijo. Danes je značilnostim onkološke zdravstvene nege dodano izobraževanje bolnika in njegovih najbližjih, svetovanje in čustvena podpora bolniku in svojcem v času diagnostike, zdravljenja in umiranja, sodelovanje pri kliničnih raziskavah ter samostojno raziskovalno delo na področju zdravstvene nege.

Vsebina sodobne onkološke zdravstvene nege izhaja iz filozofije onkološke zdravstvene nege, ki jo je leta 1989 pripravila komisija EONS (European Oncology Nursing Society) in smo jo kot osnovo onkološke zdravstvene nege osvojile številne medicinske sestre. Že iz same filozofije onkološke zdravstvene nege sledi, da je kot metoda dela uporabljen proces zdravstvene nege s holističnim pristopom k bolniku, s čimer se zagotavlja individualnost, sistematičnost in kontinuiteta zdravstvene nege. Kakovostna zdravstvena nega se izvaja po standardih onkološke zdravstvene nege, s težnjo po enotni doktrini.

Onkološka zdravstvena nega sodi med eno izmed najbolj dinamičnih področij zdravstvene nege. Temelji na poznavanju fizioloških, psiholoških, socialnih in

kulturnih konceptov. Rakave bolezni se pojavljajo pri ljudeh vseh starosti in obeh spolov. Izvaja se praktično povsod: v bolnišnicah, domovih za starejše občane, v zdravstvenih domovih, na bolnikovem domu. Pristop k bolniku je težji zaradi še vedno negativnega prizvoka diagnoze, kar pogosto onemogoča sproščeno komunikacijo z bolnikom. Medicinska sestra je enako pozorna do tistih z možno diagnozo kot do tistih, ki z rakom živijo.

Zdravstvena oskrba bolnikov z rakom je vsestranska, kar pomeni, da je zelo malo bolnikov zdravljenih le kirurško, samo z obsevanjem ali takih, ki prejemajo samo sistemsko onkološko terapijo. Princip zdravljenja je multimodalen. Medicinska sestra mora poznati vsako od možnosti zdravljenja ter medsebojne učinke v različnih kombinacijah zdravljenja. Je sodelavec in partner v multidisciplinarnem zdravstvenem timu in igra osrednjo in povezovalno vlogo v raziskovalnem timu. Na področju raziskav zdravstvene nege je primarni raziskovalec.

Onkološka medicinska sestra deluje torej kot neposredna načrtovalka in izvajalka zdravstvene nege, organizatorica, usklajevalka, svetovalka, vzgojiteljica in zagovornica bolnika ter raziskovalka.

Različni načini zdravljenja onkoloških bolnikov so osnova za delitev onkološke zdravstvene nege na:

- kirurško-onkološko zdravstveno nego
- zdravstveno nego obsevanega bolnika
- zdravstveno nego sistemsko zdravljenega bolnika
- zdravstveno nego paliativno zdravljenega bolnika

Vsako od naštetih področij je zelo široko in se zaradi hitrega razvoja medicine nenehno dopolnjuje z novim znanjem. Področja postajajo specializirana tudi v zdravstveni negi, kar se kaže v veliko večjem številu ožjih specializacij tudi v medicinske sestre v onkologiji.

Onkološka zdravstvena nega jutri

Zaradi staranja prebivalstva in s tem v zvezi s porastom rakavih bolnikov, vedno večjimi stroški zdravljenja, večina držav že danes spreminja sisteme zdravstvenega varstva. Nedvomno bo ekonomski vidik zdravljenja bolnikov z rakom postajal vedno bolj pomemben in bo poleg hitrega razvoja medicine in tehnologije vplival tudi na razvoj onkološke zdravstvene nege.

V državah, kjer je onkološka zdravstvena nega vsebinsko premalo prisotna v bazičnih učnih programih, bo potrebna temeljita sprememba. Velik poudarek bo na poznavanju genetike, rizičnih dejavnikov za nastanek raka in preventivi, paliativni zdravstveni oskrbi in spremenjenih oblikah zdravljenja (ambulantna zdravstvena nega, zdravljenje na domu, vključevanje bolnikov in svojcev v samooskrbo bolnika itd).

Vedno več medicinskih sester z magisteriji in doktorati bo z raziskovalnim delom vplivalo na boljšo kakovost zdravstvene nege in njen razvoj.

Nove tehnologije v povezavi z novimi metodami v zdravljenju onkoloških bolnikov, novi pripomočki za izvajanje terapije in zdravstvene nege, informacijska tehnologija, bodo bistveno vplivali tudi na razvoj onkološke zdravstvene nege. Spremenjen bo način informiranja in obveščanja bolnikov in širše populacije. Touch screen računalniški program, internet, elektronska pošta in telekomunikacija bodo dopolnjevali pisna izobraževalna gradiva. Pridobivanje strokovnih informacij bo obogateno z virtualnim treningom, s simulacijskimi sistemi učenja medicinsko-tehničnih posegov in postopkov zdravstvene nege pred delom z bolnikom. Brezžična in radijska frekvenčna tehnologija bo omogočala lažje računalniško planiranje zdravstvene nege, telenursing bo standardno uporabljen.

Zaključek

Onkološke medicinske sestre jutrišnjega dne se bodo morale soočiti z vplivom tehnologije na vlogo sestrinstva v prihodnosti in s spremembami, ki jih bo tehnologija povzročila. Razvoj onkološke zdravstvene nege bo posledica bogatejšega znanja medicinskih sester z licenco za opravljanje onkološke zdravstvene nege, dokumentiranja zdravstvene nege in raziskovalnih izsledkov. Cilj je odlična zdravstvena nega, visoka stopnja zadovoljstva bolnikov, vseh tistih, ki tudi zaradi medicinskih sester ne bodo postali onkološki bolniki in navsezadnje tudi zadovoljstvo medicinskih sester.

Literatura:

1. Velepčič M.: Zdravstvena nega na področju onkologije v R Sloveniji
In : Primic Žakelj M.: Posvetovanje o državnem programu nadzora raka, Zbornik Prispevkov, Ljubljana: Onkološki inštitut, 1996
2. EONS: A core curriculum for a post-basic course in cancer nursing. London: EONS, 1989
3. Velepčič M.: Razvoj in pomen onkološke zdravstvene nege, Priročnik iz onkološke zdravstvene nege in onkologije; Onkološki inštitut Ljubljana, 2000
4. Henke (Yarbro) C: Cancer Nursing: The Second Century, Seminars in Oncology Nursing, Vol.16, No1, 2000,
5. Lois J. Loescher: The Influence of Technology on Cancer Nursing; Seminars in Oncology Nursing, Vol.16, No1, 2000,
6. Spross J. A., Heaney C.A.: Choping Advanced Nursing Practice in the New Millenium Seminars in Oncology Nursing, Vol.16, No 1, 2000,

7. Treacy J.T., Mayer D.K.: Perspectives on Cancer Patient Education, Seminars in Oncology Nursing, Vol.16, No 1,2000,
8. Ruttadge D.N., Bookbinder M: Processes and Outcomes of Evidence-Based Practice, Seminars in Oncology Nursing, Vol. 18, No 1, 2002,

RAK DANES IN RAK ŠEST DESETLETIJ NAZAJ

*Prof. dr. Maja Primic Žakelj, dr. med.,
Oddelek za epidemiologijo, Onkološki inštitut Ljubljana*

Uvod

Zanimanje za maligne bolezni se je povečalo v drugi polovici 20. stoletja, ko nalezljive bolezni zaradi izboljšanja življenjskih pogojev, odkritja antibiotikov in uvedbe cepljenj vsaj v razvitem svetu niso bile več najpomembnejši vzrok smrti.

Rak pa seveda ni nova bolezen. Kostne tumorje in nekatere druge malignome so odkrili že pri pregledovanju egipčanskih mumij. Opise simptomov in znakov, ki jih pripisujemo malignim boleznim, so našli v kitajskih in arabskih rokopisih. Izraz "karcinom" je uvedel Hipokrat v 4. stoletju pred našim štetjem z grško besedo "karkinos", kar označuje morsko žival, raka. Tako ga je poimenoval po videzu nekaterih tumorjev, pa tudi zato, ker se bolezen kot rak s svojimi kleščami širi v oddaljene organe. Čeprav je poudarjal pomen okolja pri nastanku bolezni pri človeku, pa je menil, da raka povzroča presežek "črnega žolča", ki ga izdelujeta vranica in želodec, ne pa jetra. Njegov nauk je prevladoval v medicini skozi ves srednji vek in šele v renesansi so pričeli dvomiti o pravilnosti njegove razlage nastanka bolezni. V znanem delu *De morbis artificium* je Ramazzini leta 1713 zapisal, da redovnice pogosteje kot druge ženske zbolevajo za rakom dojke zato, ker nimajo otrok. To zgodnje klinično odkritje je stoletje kasneje statistično potrdil Rigoni-Stern. Ugotovil je, da je rak dojke petkrat pogostejši med nunami kot med drugimi ženskami.

Leta 1775 je Sir Percival Pott opisal raka mošnje pri dimnikarjih. Ta povezava poklica in raka je mejnik v onkološki epidemiologiji, saj je prvi opis raka kot poklicne bolezni. Pottovo delo je nadaljeval Henry Butlin, kirurg v bolnišnici Svetega Bartolomeja v Londonu. Ugotovil je, da je bilo pri dimnikarjih, ki so nosili zaščitna oblačila, tega raka bistveno manj. S tem je pokazal na pomen okolja pri nastanku raka in na možnosti za njegovo preprečevanje.

Razvoj vitalne statistike, zbiranja podatkov o umrljivosti in vzrokih smrti ob koncu 19. stoletja, je omogočil proučevanje razširjenosti rakavih bolezni v raznih populacijah. William Farr iz Anglije in Marc d'Espin iz Švice sta pripravila poseben sistem poimenovanja in razvrščanja vzrokov smrti, Mednarodno klasifikacijo bolezni. Enotno razvrščanje vzrokov smrti je omogočilo boljše mednarodno primerljivost teh podatkov. Leta 1915 je bila objavljena knjiga z naslovom *Umrljivost za rakom po svetu*, prva obsežnejša primerjava te vrste v zgodovini.

Potreba po natančnejših, zanesljivejših in obsežnejših podatkih o raku na kakem področju, kot jih je mogoče dobiti na osnovi statistike umrljivosti, je privedla do

ustanavljanja populacijskih registrov raka. Prvi populacijski register raka v Evropi je bil ustanovljen leta 1929 v Hamburgu, peti pa je bil slovenski, ustanovljen leta 1950. Danes deluje več kot 300 populacijskih registrov raka, ki pokrivajo okrog 5% svetovnega prebivalstva. Zbirajo in obdelujejo podatke o incidenci, številu novih primerov raka na svojem področju, številu vseh, kdajkoli zdravljenih bolnikov (prevalenca) in o njihovem preživetju. Ustanavljanje registrov je omogočilo pridobiti natančnejše podatke o bremenu raka in usmerjalo nadaljnji razvoj onkološke epidemiologije v drugi polovici 20. stoletja.

Čeprav so bile nekatere raziskave narejene že pred začetkom 20. stoletja, se je onkološka epidemiologija razmahnila predvsem po drugi svetovni vojni. V petdesetih letih prejšnjega stoletja so bili objavljeni izsledki klasičnih raziskav o povezanosti kajenja s pljučnim rakom in nekaterih kemikalij z rakom sečnega mehurja. Proučevanje razlik v incidenci raka po svetu, študije zbolevanja za rakom med priseljenci in izsledki analitičnih epidemioloških raziskav so pripeljali do spoznanja, da je večji delež rakov posledica delovanja kemičnih, fizikalnih in bioloških dejavnikov iz okolja in da je rak končni rezultat medsebojnega učinkovanja dejavnikov iz okolja, dedne zasnove in naključja. Vsa ta spoznanja pa ne bi imela pomena, če ne bi pripomogla k osnovnemu cilju onkološke epidemiologije, spoznanju dejavnikov tveganja in preprečevanju zbolevanja in umiranja za rakom.

Razširjenost raka po svetu

Po ocenah strokovnjakov Mednarodne agencije za raziskovanje raka je bilo leta 2000 po svetu 10,1 milijona novih primerov raka, 5,3 milijona med moškimi in 4,7 milijona med ženskami. Za rakom je umrlo 6,2 milijona ljudi (4,7 milijona moških in 2,7 milijona žensk). Od leta 1990 sta se incidenca in umrljivost povečali za 22%.

Kljub temu, da se je breme raka v celoti povečalo, tudi zaradi staranja prebivalstva, pa je v zadnjih desetletjih prejšnjega stoletja vsaj na nekaterih področjih opazen napredek pri nadzoru raka. Tako se umrljivost za rakom v ZDA in nekaterih zahodnoevropskih državah v starosti 35-64 let zmanjšuje, predvsem na račun rakov, ki so povezani pretežno s kajenjem, pa tudi nekaterih drugih, kot npr. želodčnega raka, raka dojke in materničnega vratu. Izsledki študije *Eurocare* kažejo, da se preživetje bolnikov z rakom v Evropi izboljšuje.

Po incidenci so po svetu najpogostejši raki pljuč, dojke, debelega črevesa in danke, želodca in jeter. Vrsta rakov, ki prevladujejo na kakem svetovnem področju, je odvisna predvsem od dejavnikov, ki so povezani z njenim nastankom.

Veliko število dejavnikov tveganja so ugotovili z bazičnimi in epidemiološkimi raziskavami v zadnjih desetletjih prejšnjega stoletja. Rezultate vseh raziskav zbira in v posebnem programu ocenjuje Mednarodna agencija za raziskovanje raka.

Skupine strokovnjakov, ki jih povabijo k sodelovanju, pregledajo vse objavljene izsledke bazičnih in epidemioloških raziskav in po dogovorjenih merilih proučevane dejavnike razvrstijo v eno od štirih skupin. V prvo uvrstijo tiste, ki so za človeka dokazano rakotvorni; v drugi skupini so tisti, za katere vzročna zveza še ni dokazana, je pa verjetna (za skupino "2a" je ta možnost večja, za skupino "2b" pa manjša). V tretji skupini so kemikalije in drugi dejavniki, ki so jih sicer že proučevali, vendar jih trenutno še ni mogoče uvrstiti v nobeno od prej omenjenih skupin in tudi ne v četrto, kamor sodijo kemikalije, ki verjetno za človeka niso karcinogene.

Najpogostejši raki in dejavniki tveganja

Revščina in slabi socialnoekonomski pogoji so najpomembnejši za širjenje **nalezljivih bolezní**, ki so povezane tudi z rakom. Cenijo, da je 18% vseh rakov posledica kroničnih infekcij, 25% v državah v razvoju in manj kot 10% na razvitih svetovnih področjih.

Jetrni rak, najpogostejši v revnih področjih Afrike, je posledica kronične okužbe z virusom **hepatitisa B**, k nastanku pa prispeva tudi hrana, ki je okužena z aflatoksinom. Velika študija v Gambiji v devdesetih letih prejšnjega stoletja je pokazala, kako pomembno je cepljenje proti hepatitisu za preprečevanje tega raka. Žal pa danes področja, kjer je veliko jetrnega raka, nimajo uvedene cepljenja, saj za te programe nimajo dovolj denarja.

Tudi **rak materničnega vratu**, za katerega so študije v osemdesetih in devdesetih letih prejšnjega stoletja pokazale, da je povezan z okužbo z nekaterimi virusi iz družine papiloma, je pogostejši na manj razvitih področjih južne Amerike in Afrike. Presejanje, odkrivanje predrakavih sprememb v celicah materničnega vratu, je organizirano le v nekaterih državah; povsod tam, kjer tečejo dobro organizirani programi, se zbolevanje za tem rakom, ki prizadene predvsem mlajše ženske, zmanjšuje.

Razvitost in blagostanje pa spremljajo druge težave: zgodovinsko zgodnejša izpostavljenost karcinogenom na delovnih mestih, tobačna epidemija in zahodni način življenja, povezan z nepravilno prehrano, s čezmerno telesno težo in premajhno telesno dejavnostjo.

Z javnozdravstvenega vidika ima **kajenje cigaret** za zdravje prebivalstva in zbolevanje za rakom prav gotovo najhujše posledice. Epidemiološke raziskave so do druge polovice petdesetih let 20. stoletja neizpodbitno pokazale, da je kajenje vzročno povezano s pljučnim rakom; leta 1964 je ameriški zdravstveni minister to zapisal v svojem znanem poročilu. Sledile so raziskave, ki so pokazale, da je ogroženost kadilcev cigaret s pljučnim rakom res največja, vendar se je izkazalo, da je kajenje povezano tudi s številnimi drugimi raki. Skupina 29 strokovnjakov iz 12 držav je na letošnjem spomladanskem sestanku v Mednarodni agenciji za

raziskovanje raka ponovno pregledala vse novejšje raziskave o posledicah aktivnega, pa tudi pasivnega kajenja. Že dolgo znanemu seznamu rakov, povezanih s kajenjem, med katerimi so pljučni rak, rak grla, žrela, požiralnika, trebušne slinavke in sečnega mehurja, so dodali še nove, za katere dotlej ni bilo dovolj dokazov, da so res vzročno povezani s kajenjem: želodčni in ledvični rak, rak materničnega vratu in mieloidno levkemijo. Niso pa potrdili povezanosti kajenja z rakom prostate, materničnega telesa in dojka.

Ocenjujejo, da je v dvajsetem stoletju za posledicami kajenja umrlo več kot 100 milijonov ljudi. Če se število kadilcev v prihodnje ne bo zmanjševalo, se bo število smrti zaradi tobaka do leta 2020 povzpelo na 10 milijonov letno. Kajenje pomembno skrajša povprečno pričakovano življenjsko dobo, saj četrtina kadilcev umre že v srednji življenjski dobi (med 35. in 69. letom starosti). Svetovni podatki o incidenci in umrljivosti za pljučnim rakom kažejo, kako se je tobačna epidemija širila iz zahoda proti vzhodu in z razvitih na manj razvita področja. Čeprav je zaskrbljujoč porast kadilcev med mladino, pa bo na trend pljučnega raka v naslednjih dveh desetletjih vplivalo predvsem opuščanje kajenja med odraslimi kadilci.

Ekonomski, socialni in tehnološki razvoj je v drugi polovici 20. stoletja dodobra spremenil življenjski slog velikih skupin prebivalstva v razvitem svetu in na mestnih področjih dežel v razvoju. Posledici spremenjenega načina življenja sta **čezmerna telesna teža in debelost**, v industrijsko razvitih državah predvsem zaradi premajhne telesne dejavnosti, v manj razvitih pa zaradi boljše preskrbe s hrano. Leta 1978 je bila v ZDA, na primer, pretežka četrtina prebivalstva, leta 1990 že tretjina, danes pa skoraj 60%. V Evropi je pretežka približno polovica prebivalstva. Porušenemu energetskemu ravnovesju v nekaj desetletjih sledijo kronične bolezni, med njimi **raki debelega črevesa in danke, dojka, endometrija in rak prostate**. Poleg kajenja je nezdrav življenjski slog drugi najpomembnejši preprečljiv dejavnik tveganja številnih rakov. Izboljšanje življenjskih razmer in več sadja in zelenjave v prehrani pa naj bi bila vzrok za to, da se zbolevanje za želodčnim rakom povsod počasi zmanjšuje.

Raziskave v zadnjih desetletjih prejšnjega stoletja so seveda privedle še do številnih novih spoznanj o povezanosti nekaterih vrst raka s kemičnimi in fizikalnimi dejavniki, od katerih velja omeniti sevanja, tako ionizirajoča kot neionizirajoča (sevanje UV in posledice čezmernega sončenja, še vedno raziskovane morebitne posledice elektromagnetnih polj nizkih in visokih frekvenc). Molekularna epidemiologija in genetika odkrivata dedno spremenjene gene, ki posameznikom večajo ogroženost z nekaterimi raki (npr. BRCA 1 in 2 z rakom dojka). Upamo lahko, da bodo raziskave v prihodnjih desetletjih omogočile ne le ugotavljanje teh sprememb, ampak tudi ustreznije ukrepanje proti njim, njihovo popraviljanje oz. zdravljenje.

Za vse pa ostaja zgodovinskega pomena ocena Dolla in Peta iz leta 1980 o deležu smrti za rakom, ki bi ga v ZDA lahko pripisali dotlej znanim nevarnostnim

dejavnikom, med katerimi so najpomembnejši vsi že omenjeni, kajenje, alkohol in prehrana, reproduktivni dejavniki in način spolnega življenja. Vsi ostali dejavniki, čeprav pomembni za ogroženega posameznika, so s populacijskega vidika manj pomembni, saj jim je izpostavljen majhen delež prebivalstva.

V domeno onkološke epidemiologije pa ne sodi le raziskovanje dejavnikov tveganja, pač pa tudi proučevanje učinkovitosti raznih preiskav in testov za čim prejšnje odkrivanje raka ali predrakavih sprememb pri asimptomatskih primerih, t. i. **presejanje**. To ne zmanjšuje incidence raka, pač pa omogoča uspešnejše zdravljenje in s tem zmanjšuje umrljivost za rakom. Tako se je na osnovi izsledkov številnih raziskav od leta 1960 naprej, kljub nedavno objavljenim dvomom, le izoblikoval zaključek, da redno pregledovanje dojk z mamografijo pri ženskah po 50. letu starosti približno za četrtno zmanjša umrljivost za rakom dojk. Kot kaže zaenkrat, pa rednega določevanja za prostato specifičnega antigena (PSA) ne kaže priporočati vsem moškim po 50. letu starosti.

Na osnovi vseh epidemioloških raziskav temeljijo tudi nasveti Evropskega kodeksa proti raku, ki je nastal v devetdesetih letih in je povzetek vedenja o tem, kaj človek lahko naredi sam, da si čim bolj zmanjša verjetnost, da bo za rakom zbolel ali za njim celo umrl.

Rak v Sloveniji

Naša država sodi med dežele s srednje visokima zbolevnostjo in umrljivostjo za rakom. Leta 1999 je zbolelo 8643 ljudi, 4403 moških in 4240 žensk. Po teh podatkih je mogoče napovedati, da bosta do svojega 75. leta zbolela za rakom eden od treh moških in ena od štirih žensk. Od leta 1950 se je incidenca povečala za približno 200%. Med najpogostejšimi raki pri moških so si sledili raki pljuč, debelega črevesa in danke, kože in prostate, pri ženskah pa raki dojk, kože, debelega črevesa in danke. Pri obeh spolih narašča incidenca kožnega malignega melanoma in drugih kožnih rakov in raka debelega črevesa in danke, pri ženskah incidenca raka dojk, pljučnega raka, raka materničnega vratu, pri moških pa raka prostate in mod. Pri večini drugih rakov je porast zmeren.

Zaključek

Pretekla desetletja je zaznamoval velik napredek v spoznavanju bremena raka in dejavnikov, ki so povezani z njegovim nastankom. Napoved, kako bo z zbolevnostjo in umrljivostjo za rakom v prihodnjih desetletjih, je na osnovi preteklih trendov tvegana, saj ne vemo, kako se bo spreminjala razširjenost dejavnikov tveganja in kako bodo na umrljivost vplivale nove metode odkrivanja in zdravljenja rakavih bolezni. Zagotovo pa je mogoče napovedati velike demografske spremembe, ki so posledice neenakomernega večanja števila

prebivalstva na razvitih in manj razvitih področjih in njegovega staranja. Značilnost 20. stoletja je bilo hitro večanje absolutnega in relativnega števila starejših ljudi, ker se je življenjska doba podaljševala. V manj razvitih državah je bila npr. pričakovana življenjska doba v petdesetih letih 41 let, leta 2000 64 let, do leta 2020 naj bi bila okrog 71 let. Delež ljudi, starejših od 65 let, se bo zato na teh področjih povečal s 5% leta 2000 na 15% leta 2050, v razvitih področjih pa s 14% leta 2000 na 25% leta 2050. Če ocenjeno incidenco leta 2000 preračunamo na ocenjeno svetovno prebivalstvo leta 2050, se bo incidenca raka v celoti podvojila, porast bo predvsem v manj razvitem svetu, povsod pa med starejšimi.

Ne glede na to, da se bo pomen posameznih vrst raka lahko na svetovnih področjih spreminjal, pa demografske spremembe opozarjajo na vse večje breme te bolezni med starajočim se prebivalstvom, kar dodatno poudarja pomen preventive in iskanja učinkovitejših načinov zdravljenja.

Uporabljena literatura

Doll R. Nature and nurture: possibilities for cancer control. *Carcinogenesis* 1996; 17: 177-84.

dos Santos Silva I. *Cancer epidemiology: principles and methods*. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 1999.

Greenwald P, Kramer SB, Weed DL eds. *Cancer prevention and control*. New York: Marcel Dekker, Inc.: 1995.

Incidenca raka v Sloveniji 1999. Onkološki inštitut - Register raka za Slovenijo 2002

Linnet MS. Evolution of cancer epidemiology. *Epidemiologic Reviews* 2000; 22: 35-56.

Parkin M. Global cancer statistics in the year 2000. *The Lancet Oncology* 2001; 2: 533-43.

MERJENJE KAKOVOSTI - POMEMBEN DEJAVNIK PROCESA IZBOLJŠANJA KAKOVOSTI V ZDRAVSTVENI NEGI

*mag. Saša Kadivec, prof. zdr. vzg.
Bolnišnica Golnik - KOPA*

Splošne gonilne sile sprememb v svetu so znane. Te so globalizacija, informacijska revolucija in konkurenca. Vsak dejavnik ne deluje sam zase, ampak se dejavniki združujejo in seštevajo, zato je njihov vpliv še večji. Že sama informacijska revolucija je in bo spremenila vsebino in način organizacije dela.

Tudi v zdravstvu se tem spremembam ne moremo izogniti.

Pozornost naj bo usmerjena v (Brook, 1998):

- organizacijo zdravstvenega sistema,
- ekonomičnost sistema,
- zagotavljanje kakovosti, enakosti in varnosti obravnave,
- merjenje zadovoljstva uporabnikov,
- oceno izkoristka ponujenih priložnosti.

Kakovost je pomembna kot središče za izboljševanje izdelkov ali storitev, kot strategija marketinga in metoda nadzora stroškov. Kakovost se nanaša na izdelke, na ljudi ali na značilnosti. To so večkrat pojmi, ki so nevtralni, toda v splošnem gre vedno za neko sodbo vrednotenja v povezavi s kakovostjo. Ko slišimo, da nekaj ali nekdo ima "kakovost", je to vedno mišljeno v pozitivnem smislu. Vendar Philip B. Crosby (Crosby, 1980, cit. Marr, Giebing, 1994) meni: "Prva napačna postavka je, da kakovost pomeni odličnost, luksus, sijaj ali težo...".

Tradicionalni sistem kakovosti ima za cilj minimiziranje negativne kakovosti (slabe storitve, izdelki). Za takšen sistem je najboljšo, kar lahko dobimo, da ni nič narobe "nothing wrong", kar pa ni isto, kot da je vse dobro "anything right" (Mazur, 1995).

Stamatis (Stamatis, 1996) našteva štiri glavne razloge za uvajanje sistema kakovosti:

- neustrezno upravljanje in vodenje (pomanjkanje kompetenc, vizije, načrtovanja, izobrazbe),
- nezmožnost vnosa koncepta kakovosti (pomanjkanje informacij, idej),
- konkurenca,
- človeški dejavniki (navade, usmerjenost).

Sistem kakovosti upošteva štiri temeljna načela sprememb v zdravstvenem sistemu:

- merjenje kakovosti,
- usmeritev na uporabnika (bolnika, varovanca),
- usmeritev na intelektualno moč posameznika v organizaciji,
- strateško načrtovanje.

Tudi v zdravstveni negi je koncept izboljšanja kakovosti prisoten že dalj časa. Tradicionalna miselnost zagovarja, da je kakovost dela v zdravstveni negi povezana z osebnostnimi lastnostmi medicinske sestre. Tako je bila dobra tista medicinska sestra, ki je bila pokorna, ubogljiva, potrpežljiva in ustrežljiva.

Vendar obstajajo informacije, ki so pogosto spregledane v razpravah o kakovosti v zdravstveni negi. To so zahteve o izvedbi zdravstvene nege, predhodno postavljenih merilih in merjenju kakovosti. Florence Nightingale v knjigi: *What it is and What it is not* (Nightingale, 1859, cit. Kitson, Giebing, 1990) opredeljuje področja v zdravstveni negi, ki so morala biti izvajana na sistematičen način:

- omejitev hrupa okrog ranjencev,
- sestava, kakovost in serviranje hrane,
- kakovost in položaj postelje, žimnice,
- zračnost in čistoča sobe ranjenca,
- osebna čistoča.

Florence Nightingale je v času krimske vojne uvedla kontrolo okužb in na ta način zmanjšala umrljivost vojakov od 32% na 2%.

Bila je strog zagovornik sistematičnega zbiranja podatkov v zdravstveni negi, s katerimi se lahko oceni uspešnost negovalnih aktivnosti. Uporabljala je različna področja vrednotenja, tudi analizo stroškov in koristi.

V Sloveniji se v zadnjih letih povečuje zanimanje za kakovost v zdravstvu in zdravstveni negi. Pojavljajo se posamezni članki o aktivnostih, ki vodijo do boljše kakovosti. Postalo je znano, da se kakovost ne bo razvila brez zagotavljanja osnovnih elementov, ki so:

- oblikovanje in izpolnjevanje dokumentacije zdravstvene nege,
- ustrezna in učinkovita organizacija dela,
- lastno strokovno izobraževanje,
- raziskovanje v zdravstveni negi,
- skrb za delovno okolje,
- razvoj informacijske podpore,
- komunikacija in sodelovanje z ostalimi zdravstvenimi delavci.

Današnja vizija kakovosti zdravstvene nege temelji na teoriji zdravstvene nege in je usmerjena k doseganju najboljših izidov pri varovancu in jih tudi meri.

Ključ kakovosti je v razumevanju zahtev za vsak element procesa. Razlog za nastanek nezadovoljstva uporabnika v odnosu je v stopnji, do katere lahko vplivamo ali zadovoljujemo uporabnikove zahteve. Kakovost mora biti definirana v besednem izrazu pričakovanja ali doseganja nekega izida, ki ga določi uporabnik.

Razumevanje kakovosti z vidika bolnika, se je s časom spreminjalo. Še nedavno je bil standard: postelja na oddelku s skupno kopalnico in WC - jem, za bolnika povsem sprejemljiv. Danes vedno več bolnikov zahteva enoposteljne sobe, telefon, TV. Mera kakovosti je odvisna od zahtev uporabnika. Upoštevajoč široko raznolikost uporabnikov, pričakovanja in preprostost v določanju, kaj kakovost je, lahko rečemo:

Kakovost = izpolnjevanje zahtev in pričakovanj uporabnika

Gaucher in Coffey (Gaucher, Coffey, 1990) priporočata, da morajo biti uporabniki vedno neposredno vključeni v definiranje obojega: zahtev in pričakovanj ter merjenja kakovosti.

V sistemu vodenja kakovosti razlikujemo med pojmi:

- ocenjevanje kakovosti (quality assessment),
- zagotavljanje kakovosti (quality assurance),
- stalno izboljševanje kakovosti (continious quality improvement).

Ocenjevanje kakovosti je postopek, pri katerem z uporabo primernih metod in izbranih meril, primerjamo med seboj opravljeno in dogovorjeno zdravstveno oskrbo. V zdravstveni negi pomeni primerjavo med nudeno zdravstveno nego in izbranimi, postavljenimi merili in standardi. Šele ko ocenimo kakovost, lahko oblikujemo sistem zagotavljanja kakovosti, ki pripomore k izboljšanju in doseganju zelenih ciljev.

Zagotavljanje kakovosti je proces, ki zajema sistematično opisovanje, merjenje, vrednotenje in izvajanje ukrepov za izboljšanje kakovosti. Zagotavljanje kakovosti ni enkratno, dokončno dejanje, temveč stalen proces, ki zahteva stalno izboljševanje lastnosti izdelkov ali storitev (Kitson, Giebing, 1990).

Stalno izboljševanje kakovosti je proces, ki sledi stopnji ocenjevanja in zagotavljanja kakovosti ter odpravlja ugotovljene ovire oziroma težave in dviguje kakovost na višjo raven. Zagotoviti moramo vse pogoje, da proces zagotavljanja kakovosti preide v proces stalnega izboljševanja kakovosti.

V želji za izboljšanjem kakovosti moramo uvesti sistem, ki bo učinkovit in bo daljal ustrezne rezultate.

Nekateri avtorji (Gaucher in Coffey, 1990, Ovretveit, 1999, Stamatis, 1996) govorijo o modelu izboljšanja kakovosti. Strategija modela se imenuje **FOCUS PDSA**.

Model ni namenjen menjavi obstoječega modela kakovosti v ustanovi, pač pa pospeševanju izboljšanja kakovosti.

Organizacije morajo pri uvajanju sprememb ugotoviti, katere spremembe pripomorejo k izboljšanju kakovosti. Ideje za spremembe lahko dobimo na več načinov: kritično razmišljanje, timsko ustvarjanje idej, opazovanje procesa, pomoč strokovne literature.

Glavna načela modela:

- najti proces, ki ga je potrebno izboljšati,
- oblikovati tim, ki proces dobro pozna,
- analizirati potek procesa,
- najti vzroke za variacijo procesa,
- zbrati del procesa za izboljšanje.

V Bolnišnici Golnik - KOPA v zdravstveni negi uporabljamo model PDSA že od leta 1997. V modelu izvajamo strokovni nadzor negovalnih aktivnosti, kjer ugotavljamo probleme, ki se pojavljajo v zdravstveni negi in skladnost izvedene zdravstvene nege s postavljenimi standardi in z uvedenimi spremembami. Na podlagi rezultatov izvedemo ukrepe za izboljšanje rezultatov ocenjenih aktivnosti: oblikovanje novih standardov zdravstvene nege, organiziranje malih delavnic, dopolnjevanje negovalne dokumentacije, izobraževanja ipd.

Oceno kakovosti naredimo z opazovanjem določenega kazalca kakovosti ali s pregledom dokumentacije. Rezultati so predstavljeni v grafični in pisni obliki na straneh bolnišničnega intraneta.

Trend rezultatov spremljanja standardov v letih uvajanja sistema kakovosti narašča (leta 1998 - 23%, leta 2001 - 88%).

Tudi primerjava bolnikovih odgovorov v anketi pokaže na večanje zadovoljstva z bivanjem v bolnišnici. Statistično pomembno se je povečalo zadovoljstvo bolnika z nekaterimi dejavniki, kot so: sprejem na oddelek, dajanje pojasnil in informacij, čistoča oddelka.

Vse našete ugotovitve lahko potrdijo vpliv sistema izboljšanja kakovosti na zdravstveno nego in na zadovoljstvo bolnika.

Literatura:

1. Brook C. Motivation for improvement in quality: personal and international perspectives. *Int J Qual Health Care* 1998;10:469-72.
2. Marr H, Giebing H. Quality Assurance in Nursing. British library Cataloguing in Publication Data. Edinburg: Campion Press, 1994.
3. Stamatis DH. Total quality management in healthcare. Chicago: Irwin professional publishing, 1996.

4. Mazur G. Elicit service customer needs - Using software engineering tools. The seventh symposium on quality function deployment. Novi Michingan, june 11-13,1995.
5. Kitson A, Giebing H. Nursing quality assurance in practice: Utrecht: RCN / CBO publication. Nr.264,1990.
6. Gaucher EM, Coffey R. Transforming healthcare organizations - how to achieve and sustain organizational excellence. San Francisco: Jossey Bass Publishers, 1990.
7. Ovretveit J. Integrated quality development in public healthcare. Oslo: The norwegian medical association, 1999.
8. Langley G, Nolan KM, Nolan TW, Norman CL, Provost LP. The improvement guide. San Francisco: Jossey Bass Publishers, 1996.

ZADOVOLJSTVO BOLNIKOV - KAZALEC KAKOVOSTI V ZDRAVSTVU

Brigita Skela Savič, univ.dipl.org., viš.med.ses.

Onkološki inštitut Ljubljana

UVOD

Kakovost se v zdravstvu širi s počasnimi koraki, če pomislimo, da so prve nagrade s področja kakovosti v industriji podelili že leta 1951 - Demingova nagrada. Politika uvajanja kakovosti se v zdravstvu intenzivno razvija šele v zadnjih desetih letih. Večina evropskih držav že namenja posebno skrb in pozornost krepitevi izboljšanja kakovosti zdravstvenih storitev. To dokazujejo s podeljevanjem uglednih mednarodnih in nacionalnih priznanj za kakovost v zdravstvu. Temeljni namen ustanavljanja in podeljevanja teh priznanj je v spodbujanje prizadevanj bolnišnic in drugih zdravstvenih organizacij za ugotavljanje, spremljanje in izboljšanje kakovosti zdravstvene oskrbe bolnikov in zmanjšanje stroškov slabe kakovosti zdravstvenega varstva. V slovenskem zdravstvu se politika celovitega uvajanja kakovosti intenzivno razvija šele v zadnjih petih letih.

DEFINICIJA KAKOVOSTI V ZDRAVSTVU

Definicije in razlage kakovosti so številne. Donebedian (1980) pravi, da je kakovost v zdravstvu ravnotežje med koristmi za zdravje posameznika in škodo, ki lahko nastane pri posamezniku. Omachom (1990) pravi, da je kakovost v zdravstvu sestavljena iz dveh medsebojno odvisnih delov, to sta dejanska kakovost, definirana s standardi in z našimi pričakovanji, ter kakovost, ki jo dojemajo uporabniki naših storitev. Ritonja (1998) povzema definicijo kakovosti Ovreteita, ki vsebuje naslednje temeljne dimenzije kakovosti:

- kakovost za uporabnike (Client Quality),
- kakovost za stroko (Professional Quality) in
- kakovost za menedžment (Management Quality).

Vse navedene dimenzije kakovosti ustrezajo trem velikim interesnim skupinam (uporabniki, stroka, menedžment), ki so udeležene v procesu preskrbe prebivalstva z zdravstvenimi storitvami. Optimalno sodelovanje je nujen pogoj za uspešno izboljševanje kakovosti zdravstvene dejavnosti. Pri uvajanju kakovosti v zdravstvu imajo medicinske sestre pomembno vlogo, saj so največkrat pobudniki

Opomba: Prispevek je bil objavljen in predstavljen na 21. znanstveni konferenci o razvoju organizacijskih ved, Portorož, 2002.

spremljanja kakovosti, definirajo postopke merjenja in uvajanje izboljšav na področju kakovosti (Huber, 2000).

Ritonja (1998) pravi, da je potrebno pristope do kakovosti v zdravstvu spremeniti, saj le-ta ne sme predstavljati samo medicinske stroke, kajti za celovito obvladovanje kakovosti so pomembne vse zdravstvene stroke. Nadzor kakovosti mora upoštevati soodvisnost vseh dimenzij kakovosti in mora iz retrogradnega načina preiti na preventivno zasnovan način spremljanja kakovosti. Ukrepe izboljšav ne smemo razumeti kot kaznovanje za napake pri delu, saj bi sicer povzročili demotiviranost in ne spodbude prizadevanj za izboljšanje kakovosti.

Pomembna so mnenja, izkušnje, pripombe in pritožbe bolnikov glede vseh vidikov zdravstvene oskrbe in so dragocen vir podatkov za sistematično uvajanje izboljšav. Stalno spremljanje in izboljševanje kakovosti mora predstavljati sestavni del vsakodnevnega dela vseh zaposlenih. Bistvenega pomena je zato poleg posodabljanja neustreznih pristopov pri spremljanju kakovosti v zdravstvu tudi izobraževanje zaposlenih s tega področja. Na osnovi znanja bomo jasno prepoznali priložnosti za izboljšave, oblikovali cilje izboljšav, strategijo uvajanja izboljšav, postavljali standarde dela in nenehno zviševali kulturo kakovosti.

Če povzamemo, je na kakovost storitev v zdravstvu potrebno gledati z naslednjih vidikov:

- vidik kakovosti za uporabnike zdravstvenih storitev, ki ga ocenjujejo uporabniki naših storitev,
- vidik kakovosti za zdravstveno osebje, ki ga ocenjuje in presoja osebje zdravstvenih strok, ki so v zdravstvu,
- vidik kakovosti za zdravstveni menedžment, ki je najvplivnejši dejavnik kakovosti zdravstvene dejavnosti.

Spremljanje in izboljševanje kakovosti mora biti sestavni del politike vodenja zdravstvenega zavoda. Odgovornost vodstva na vseh ravneh je, da z oblikovanjem ustreznih organizacijskih struktur zagotovi spremljanje kakovosti v vsakdanjem delu in spodbuja osebje z lastnim vzgledom k sodelovanju. Prav tako mora vodstvo zavoda poskrbeti, da izboljševanje kakovosti poteka na osnovi zbiranja in analize podatkov ter na znanstvenih metodah in načelih.

Vključevanje bolnika in upoštevanje njegovih mnenj, izkušenj in stališč o naših storitvah je ključnega pomena. Bolnikom moramo nuditi dovolj informacij in jim omogočiti, da sodelujejo pri odločanju o načinu zdravljenja. Vendar je zadovoljstvo uporabnikov storitev le eden od kazalcev kakovosti, saj bolniki ali drugi uporabniki ne vedo vedno, kaj resnično potrebujejo za izboljšanje zdravstvenega stanja. To lahko presodi profesionalno osebje zdravstvenih strok. Celovito obvladovanje kakovosti v zdravstvu zato poudarja poleg kakovosti stroke, izvajalcev in menedžmenta tudi pomen merjenja zadovoljstva bolnikov.

Spremljanje zadovoljstva bolnikov

Stopnja zadovoljstva bolnikov je poleg želenega merjenega izida tudi legitimen način merjenja kakovosti. Naraščajoča stopnja zadovoljstva bolnikov pomeni tudi boljšo pripravljenost in sodelovanje bolnikov v postopkih zdravljenja in nege ter povečuje občutek izvajalcev storitev, da so delo dobro opravili. Organizacija mora sistematično zbirati informacije o bolnikovem zadovoljstvu. Preoblikovanje bolnikovega zaznavanja kakovosti v strategije izboljšanja kakovosti je velikokrat težavno za večino organizacij. Organizacija, ki razume samo sebe - ima organizirane procese, bo sposobna razumeti potrebe svojih odjemalcev (Levine, 1997).

Levine (1997) pravi, da nam bolniki lahko zagotavljajo naslednje informacije:

- njihovo pričakovanje o izidih zdravljenja,
- njihova ocenitev o odličnosti zdravljenja in nege glede na njihove potrebe,
- njihova percepcija izboljšanj v zdravju, ki so posledica zdravljenja in nege.

Fitzpatrickova (1991) pravi, da je ocena zadovoljstva bolnikov zelo pomembna za merjenje uspešnosti in učinkovitosti dela v zdravstvu. Pri spremljanju zadovoljstva je pomembno, da lahko bolniki v obliki odprtih ali zaprtih vprašanj odgovorijo o svojih:

- pozitivnih izkušnjah,
- negativnih izkušnjah, razočaranjih,
- predlogih izboljšav za kritična področja.

Donabedian (1992) poudarja pomembnost spremljanja zadovoljstva bolnika z zdravstveno nego, saj osebje zdravstvene nege predstavlja večino med zaposlenimi v zdravstvu. Bohinc (1999) pravi, da v literaturi zasledimo skladnost v zadovoljstvu z zdravstveno nego in s splošnim zadovoljstvom z oskrbo v bolnišnici, zato je spremljanje zadovoljstva bolnikov z zdravstveno nego bistvenega pomena.

PREDSTAVITEV RAZISKOVALNEGA PROBLEMA

Onkološki inštitut Ljubljana je terciarni zavod za zdravljenje rakavih obolenj v R Sloveniji in je tako osrednja ustanova, ki delno sama izvaja specifična onkološka zdravljenja ter za državo usmerja programe celostne obravnave rakavih bolezni, tako na področju preventive, zgodnjega odkrivanja, diagnostike, zdravljenja in rehabilitacije rakavih bolnikov.

Na Onkološkem inštitutu Ljubljana spremljamo zadovoljstvo bolnikov načrtovano od leta 1998. Vsak bolnik, ki je sprejet na bolnišnični oddelek, dobi v obliki sprejemne brošure Sprejem in bivanje na Onkološkem inštitutu Ljubljana prve

informacije o bivanju v bolnišnici in vprašalnik o zadovoljstvu bivanja v njej. Odzivnost bolnikov, ki izpolnijo vprašalnik, je relativno majhna. V času od 1998 do 2000 smo prejeli približno 300 vprašalnikov, kar pomeni, da je približno 2% bolnikov izpolnilo vprašalnik pri 9000 povprečno hospitaliziranih bolnikih v enem letu, kar je premalo, da bi lahko iz teh vprašalnikov sklepali o večinskem mnenju bolnikov.

Linder - Pelz (1982) pravi, da je zadovoljstvo različno in odvisno od stanja zdravja oziroma vrste bolezni bolnika. Ravno v onkologiji lahko neugoden potek bolezni in slaba odzivnost tumorja na zdravljenje vplivata na stopnjo zadovoljstva bolnikov. V praksi moramo biti zato previdni, zlasti pri onkoloških bolnikih in njihovi percepciji izboljšanj v zdravju, ki so posledica zdravljenja in nege, saj vsa rakava obolenja zaradi narave bolezni kljub naši strokovnosti, prijaznosti in humanosti ne odreagirajo vedno na specifično onkološko zdravljenje. Pomembno vlogo ima torej vrsta rakavega obolenja in stadij razširjenosti le-tega.

Za reprezentativnost vzorca, ki omogoča sklepanje za večino populacije bolnikov v opazovanem obdobju smo izbrali vzorec 50-ih bolnikov in izvedli enodnevno presečno študijo. Pri tem smo upoštevali, da je povprečna dnevna zasedenost bolniških postelj 290 od skupno 336. Za raziskavo mnenja smo uporabili že obstoječi vprašalnik. Vprašalnike smo razdelili po ključu: 15% bolnikov na posameznem oddelku je dobilo vprašalnik 10.4.2001. Vprašalnik so vrnili 11.4.2001. Izbor bolnikov je bil naključen, vsakemu bolniku smo razložili namen izpolnitve vprašalnika.

Namen raziskave je:

- ugotoviti stopnjo zadovoljstva bolnikov z našimi storitvami in
- preveriti, ali obstoječi vprašalnik zadošča za ugotavljanje stopnje zadovoljstva in ali ima elemente, s katerimi lahko ugotavljamo tudi kakovost naših storitev.

Oddanih je bilo 50 vprašalnikov, nazaj smo jih prejeli 49, kar pomeni 98-odstotno odzivnost bolnikov.

Bolniki so odgovarjali na naslednje tematske sklope vprašanj:

- sprejem v bolnišnico,
- odnos zdravnik-bolnik,
- odnos medicinska sestra-zdravnik,
- odnos drugega osebja do bolnika,
- varovanje zasebnosti,
- hotelske usluge,
- posebne pohvale,
- predlogi in pritožbe.

Rezultati analize anketnega vprašalnika in razprava

Kar 88% bolnikov je bilo v opazovanem obdobju sprejetih na Onkološki inštitut načrtovano. Načrtovani sprejemi so priložnost za racionalno in učinkovito organizacijo dela v zdravstvenem timu ter v vseh drugih enotah, kot so diagnostične enote, administracija, kuhinja, lekarna itd. Organiziran način dela pri načrtovanih sprejemih prinese prihranke (časovne, kadrovske, finančne), saj omogoča načrtovanje predvidenih diagnostičnih preiskav in načina zdravljenja za posameznega bolnika ter planiranje ustreznega števila usposobljenih kadrov. V praksi žal to premalo izkoriščamo oziroma velikokrat ne znamo triažirati naših aktivnosti. Tako se velikokrat znajdemo v časovni stiski pri obravnavi bolnika, kar neugodno vpliva na kakovost naših storitev, zlasti ostane premalo časa za pogovor z bolnikom in za njegovo psihofizično pripravo na zdravljenje. Časovna stiska kot posledica neorganiziranosti lahko vodi v rutinirano izvajanje postopkov dela za vse profile v zdravstvenem timu, kar je nedopustno, bolnik mora biti namreč subjekt v procesu zdravljenja.

Tabela 1: Odnos osebja ob sprejemu v bolnišnico v %

	sprejemna pisarna	sprejemna ambulanta	bolnišnični oddelek	povprečno
prijazen	76%	84%	88%	83%
uraden	18%	0%	2%	7%
neprijazen	0%	0%	0%	0%
ni odgovora	6%	16%	10%	10%

V okviru uvajanja politike spremljanja kakovosti na celotnem Onkološkem inštitutu Ljubljana smo si zadali cilj, da je potrebno za vse zdravstvene delavce, ki pridejo pri svojem delu v pogovor z bolnikom organizirati izobraževanje s področja komuniciranja z bolnikom v različnih situacijah. Na ta način lahko pri naslednjem preverjanju zadovoljstva pričakujemo znižanje odstotkov mnenj, da so bili zdravstveni delavci ob prvem kontaktu z bolnikom uradni. Poleg vzpostavitve ustreznega odnosa ob sprejemu bolnika bo to izobraževanje vplivalo tudi na kakovost podanih informacij (tabela 2). Bolnik mora ob sprejemu na osnovi podanih informacij začutiti, da je v tistem trenutku popolno informiran in da so mu informacije podali usposobljeni in prijazni zdravstveni delavci v sprejemni pisarni, v ambulanti in na bolnišničnem oddelku.

Bolniki so v 98% odgovorili, da je bil zdravnik do njih pozoren in v 2%, da je bil vzvišen, v nobenem primeru pa ni bil površen. Na vprašanje, ali ste bili zadovoljni z zdravniško oskrbo, je 98% bolnikov odgovorilo z DA, 2% bolnikov pri tem ni želelo dati odgovora.

Tabela 2: Informacije ob sprejemu v %

	sprejemna pisarna	bolnišnični oddelek	povprečno v %
popolne	53%	47%	50%
zadovoljive	39%	43%	41%
nezadovoljive	2%	0%	1%
ni bilo informacije	0%	2%	1%
ni odgovora	6%	8%	7%

94% bolnikov ocenjuje, da so od zdravnika dobili ustrezne informacije glede bolezni in predvidenega zdravljenja. 2% bolnikov meni, da so dobili pomanjkljive informacije, 4% bolnikov ni odgovorilo na to vprašanje.

96% bolnikov meni, da so bile medicinske sestre do njih pozorne, v 2% so jih ocenili kot površne in v 2% kot vzvišene. Pri izvajanju zdravstvene nege so bolniki medicinske sestre ocenili v 60% kot odlične, v 33% kot zanesljive, v 4% kot spretno, v 3% pa niso dali odgovora na to vprašanje.

Analiza ankete je pokazala, da so bolniki v času svojega bivanja na Onkološkem inštitutu Ljubljana poleg hospitalnega oddelka imeli največ stikov z osebjem na Rentgenu in ultrazvoku, sledijo Specialistične ambulate, Klinični laboratorij, Obsevalne aparature, Ambulantna kemoterapija, Fizioterapija, Izotopi in Zdravstveno-socialna služba. Osebe na vseh enotah so bolniki ocenili kot prijazno in ustrežljivo.

V okviru hotelskih uslug so bolniki ocenjevali kakovost, izgled in temperaturo hrane ter čistočo v bolnišnici.

Zaradi neurejenih transportnih poti v zavodu (ni ustrezne podzemne povezave med stavbami) imamo pri transportu hrane velike težave, zato so mnenja bolnikov s tega področja zelo pomembna. Z različnimi ukrepi in izobraževanji želimo vzpostaviti hiter transport, ustrezno temperaturo hrane in kulturo strežbe le-te. Prehrana je za onkološkega bolnika namreč del zdravljenja, saj lahko le ustrezno prehranjen bolnik prejema specifično onkološko zdravljenje.

Bolniki so kakovost hrane ocenili kot odlično v 33%, dobro v 38%, zadovoljivo v 15% ter v 2% kot nezadovoljivo. V prihodnje bi bilo dobro vprašalnik oblikovati tako, da bi bolniki lahko predlagali hrano, ki jo pogrešajo in navedli hrano, ki jim ni všeč. Tako bi lahko jedilnike v določeni meri prilagajali tudi predlogom bolnikov. Ponovno moramo analizirati področje transporta in serviranja hrane, saj samo 65% bolnikov meni, da je hrana topla.

Pri analizi podatkov v zvezi s čistočo v bolnišnici nismo odkrili večjih odstopanj v čistoči med oddelki, ki jih čistita čistilna servisa, in oddelki, ki jih čistijo čistilke Onkološkega inštituta. Bolniki so v 41% čistočo ocenili kot brezhibno, v 43% kot

ustrezno in v 11% kot dobro. Odnos čistilk je bil po mnenju bolnikov v 96% prijazen, 4% bolnikov niso odgovorili na to vprašanje.

Bolniki so v 90% bivanje na oddelku v okviru hotelskih uslug ocenili kot prijetno, 10% bolnikov ni odgovorilo na to vprašanje.

Bolniki so napisali 30 pohval, kjer so poimensko pohvalili zdravnika ali medicinsko sestro. Napisali so tudi predloge in pritožbe v zvezi z opremljenostjo in s komfortom na bolnišničnih oddelkih.

NAJPOMEMBNEJŠE UGOTOVITVE RAZISKAVE IN UKREPI IZBOLJŠAV

Zadovoljstvo bolnikov je rezultat organizacijske kulture, ki se kaže tudi s stalnimi izboljšavami v organizaciji. Analize zadovoljstva bolnikov vplivajo v prihodnosti na primerno vedenje tako bolnikov kot izvajalcev storitev v zdravstvu (Zastowny, 1995).

Rezultati analize vprašalnikov v našem primeru so nas opozorili na naslednja pomembna področja našega dela:

- Skoraj 90% hospitalizacij je načrtovanih, kar predstavlja idealno izhodišče, da je možno naše delo bolj učinkovito organizirati in racionalizirati, s čimer bi ublažili zdajšnje pogoste preobremenitve z delom v zdravstvenem timu.
- Izobraževanje s področja komuniciranja z bolnikom in podajanja informacij na vseh nivojih mora potekati kontinuirano. Pri izobraževanju moramo uporabljati različne metode in pristope, tako da dobijo zaposleni vedno občutek, da so se naučili nekaj novega.
- Iz vprašalnika ni razvidno, kateri so tisti kazalci kakovosti, na katere dajo bolniki velik poudarek. Ali so to: prijazno osebje, podajanje informacij, strokovnost, hotelske usluge itd. Pri oblikovanju naslednjega vprašalnika je potrebno ugotoviti za bolnika najbolj pomembna področja kakovosti in jih integrirati v naš načrt spremljanja kakovosti in uvajanja izboljšav. Pri oblikovanju vprašanj je smiselno uporabiti Likertovo petstopenjsko lestvico, kar nam bo omogočilo kvantitativno spremljanje posameznih kazalcev kakovosti.
- Vprašanj s področja zadovoljstva bolnikov z odnosom zdravnika in medicinske sestre do bolnika je potrebno dopolniti z merljivimi kazalci kakovosti, ker na tako zastavljeno vprašanje bolniki odgovorijo na splošno. Če bi imeli zastavljena bolj specifična vprašanja, bi rezultati dali realnejšo sliko stanja kakovosti (tabela 3).

Izvedli smo prvo reprezentativno oceno zadovoljstva bolnikov s storitvami na Onkološkem inštitutu Ljubljana. Sedaj moramo izpeljati zgoraj navedene ukrepe v praksi, dopolniti vprašalnik in pristopiti k ponovnemu preverjanju zadovoljstva

bolnikov. Jasno moramo izdelati tudi pravilnik pritožbenih poti za bolnika. Bolnikom moramo dati vedeti, da njihove ocene in mnenja upoštevamo, kar jim lahko sporočimo s pomočjo obvestil na oglasnih deskah na oddelkih in z objavljanjem uvedenih sprememb s tega področja v reviji za bolnike Okno, ki izide 2x letno. Prav tako je potrebno z rezultati spremljanja zadovoljstva bolnikov seznanjati vodje na vseh nivojih vodenja.

Spremljanje zadovoljstva bolnikov je tudi eno izmed meril modela **Poslovna odličnost v zdravstvu**. Model predstavlja eno izmed orodij za uvajanje TQM-a v slovenskih zdravstvenih ustanovah. Onkološki inštitut Ljubljana je v okviru spremljanja in izboljševanja kakovosti septembra 2001 pristopil k uvajanju modela v praksi.

Tabela 3: Kazalci kakovosti za oceno stopnje zadovoljstva bolnikov v bolnišnici

Kazalci kakovosti za oceno kakovosti dela	
Zdravnik	<ul style="list-style-type: none"> • prisotnost dnevne vizite • dosegljivost dnevnih ustnih informacij o zdravljenju • bolnikova ocena stopnje seznanjenosti o bolezni • seznanjenost s stranskimi učinki, kot so kemoterapija, radioterapija • zdravnik si vzame čas za pogovor • zdravnik ima do vseh bolnikov enak odnos • prisotnost privolitve bolnika na posege • dospelost odpustnega pisma po odpustu
Medicinska sestra	<ul style="list-style-type: none"> • dosegljivost medicinske sestre ob klicu na zvonec • dosegljivost dnevnih ustnih informacij o zdravstveni negi • medicinska sestra si vzame čas za pogovor • vse medicinske sestre mi dajo enaka navodila pri določenem problemu • medicinska sestra je razložila preventivne ukrepe za obvladovanje stranskih učinkov zdravljenja (kemoterapija, radioterapija) • medicinska sestra ima do vseh bolnikov enak odnos • specifični poseg: pogostost oskrbe IV kanile/ CVK • prisotnost navodil za domačo oskrbo
Skupna področja dela	<ul style="list-style-type: none"> • dosegljivost pisnih informacij o zdravljenju • čas čakanja za sprejem (oddelek, ambulanta) • informacije o naslednji kontroli • bolnikova ocena pripravljenosti na odhod v domačo oskrbo • odnos med medicinskimi sestrami in zdravniki • odnos med medicinskimi sestrami • odnos med zdravniki • obremenitev medicinske sestre/zdravnika • ali ste imeli stol, ko ste čakali na obravnavo (ambulanta, oddelek) • zasebnost pri uporabi sanitarnih prostorov

ZAKLJUČEK

Spremljanje zadovoljstva bolnikov je zdravstvenemu menedžmentu v pomoč pri ugotavljanju izobraževalnih potreb zaposlenih, odkrivanju področij, na katerih se pojavljajo organizacijski problemi, odkrivanju nepravilnosti pri zdravstveni oskrbi bolnika, nagrajevanju in kreptivi delovne morale osebja.

Povratne informacije s strani bolnikov je potrebno pretvoriti v strateški plan izboljšav. Izvajalce storitev mora zanimati, kaj je tisto, kar uporabnika storitev razveseljuje, in kaj ga razočara. Z razvojem zdravstvene dejavnosti bo merilo zadovoljstva pomembno vplivalo na odločitve pri izbiri zdravstvenega zavoda. Zaposleni na Onkološkem inštitutu Ljubljana ne smemo izrabiti dejstva, da smo edini terciarni zavod za zdravljenje rakavih obolenj in da bolniki na področju izbire zdravstvenega zavoda nimajo alternative. Vouri (1987) ocenjuje, da je merjenje zadovoljstva pomembno tudi iz moralno-etičnih razlogov. Etično načelo koristi bolniku izhaja že iz Hipokratove prisege.

Pri uvajanju TQM-a, kjer ima kakovost za uporabnike pomembno vlogo, bodo morale slovenske bolnišnice iz klasične vertikalne hierarhične strukture vodenja preiti v horizontalno organizacijsko strukturo in uporabljati timski pristop pri reševanju nalog. To pomeni, da bo poleg spremembe organizacijske strukture potrebno vse vodilne kadre izobraziti s področja sodobnega vodenja, ki vključuje: izobraževanje za kakovost, motiviranje, komuniciranje, razvoj kadrov, oblikovanje vrednot, timsko delo itd. Na ta način bo postala zdravstvena organizacija trdna na marketinškem trgu, ki se nam z vstopom v Evropsko unijo bliža s hitrimi koraki.

Literatura:

Bohinc, M., (1999): Zadovoljstvo bolnikov kot element menedžmenta v zdravstveni negi, Obzornik zdravstvene nege, letnik 33, številka 3-4, str. 159-163.

Donabedian, A.,(1980): Explorations in quality assessment and monitoring, The definition of quality and approaches to its assessment, Vol.1, Ann Arbor, MI: Health Administration Press.

Donabedian, A., (1992): Explorations in quality assesment and monitoring: The criteria and standards of quality, Health Administration Press, Ann Arbor.

Fitzpatrick, R., (1991): Surveys on patient satisfaction standards into quality of care measures, Journal of Nursing Administration, 18: 5-6.

Levine, A., (1997): Transforming Patient Feedback into Strategic Action Plans, Quality Management in Health Care, letnik 5, številka 3: 28-38.

Linder-Pelz, S., (1982): Toward a theory of patient satisfaction, Social Science and Medicine, 16: 577-82.

Omachonu, V.,(1990): Quality of care and patient: New criteria for evalution, Health Care Management Review, 15(4), 43-50.

Ritonja, S., (1998): Management kakovosti v zdravstvu, ISIS, glasilo Zdravniške zbornice Slovenije, februar 1998, Ljubljana.

Ritonja, S.,(1998): Trajno izboljšanje kakovosti - temeljni principi celovitega managementa kakovosti v zdravstvu, Organizacija, letnik 31, št. 4; 214-219.

Vouri, H., (1982): Quality assurance of health services, WHO, Regional Office for Europe, Geneva

Zastowny, T., (1995): Patient satisfaction and Experience with Health Services and Quality of Care, Quality Management in Health Care, letnik 3, številka 3: 50-61.

CELOSTEN, BOLNIKU PRIJAZEN PRISTOP K ZDRAVLJENJU RAKA

*Mojca Goričanec, mag. farm.
Hoffmann-La Roche Ltd*

V onkološkem zdravljenju se je v zadnjih letih pojavilo precej novosti, tako v razvoju zdravil kot aplikacijskih sistemov. Višja učinkovitost zdravljenja ob manj izraženih neželenih učinkih je glavni cilj raziskav. Kljub temu, da lahko govorimo o napredku v zdravljenju raka, je še vedno veliko neznank in področij za nova odkritja, pa tudi situacij, ko je pomembno lajšanje neželenih stranskih učinkov intenzivnega zdravljenja ali ohranjanje kvalitete življenja bolnikov pri napredovali bolezni.

Švicarska farmacevtska družba Hoffmann-La Roche Ltd je s številnimi novimi zdravili usmerjena v onkologijo in je pomembno prispevala k razvoju novih načinov zdravljenja.

Monoklonska protitelesa predstavljajo nov način zdravljenja raka. Usmerjeno delujejo na antigen na površini tumorskih celic, ki ga le-te izražajo v večji meri kot zdrave celice. Leta 1997 je Roche v ZDA registriral prvo monoklonsko protitelo; rituximab (Mabthera[®]) je usmerjen proti CD20 antigenu, ki ga prekomerno izražajo B limfociti pri Ne Hodgkinovem limfomu in drugih hematoloških obolenjih. Tako zdravljenje ubije samo maligne celice, ostalih telesnih celic pa ne prizadene in s tem prizanese organizmu s hudimi neželenimi učinki, ki jih povzroča kemoterapija. Kasneje je bilo registrirano še eno monoklonsko protitelo. Trastuzumab (Herceptin[®]) deluje na antigen HER2, ki je prekomerno izražen na površini tumorskih celic pri eni četrtini bolnic z rakom dojke. HER2 pozitivne bolnice z rakom dojke imajo pogosto slabo prognozo in Herceptin pomeni zanje novo upanje v boju z boleznijo.

Usmerjanje delovanja citotoksičnega zdravila na tumorsko celico s pomočjo encimov je drug način ciljanega zdravljenja. Kapecitabin (Xeloda[®]) se po peroralnem zaužitju absorbira in encim timidin fosforilaza, ki ga tumorske celice izločajo več kot zdrave, ga presnovi v 5-FU, citostatik, ki potem deluje v tumorski celici. Ostale hitro deleče-se celice niso tako hudo prizadete kot pri intravenskem dajanju 5-FU-ja. Zaenkrat se Xeloda[®] uporablja za zdravljenje raka debelega črevesa in danke, kmalu tudi pri raku dojke, raziskovanje uporabe zdravila pa je usmerjeno v vsa področja, kjer se trenutno uporablja 5-FU.

Spodbujanje imunskega sistema je še eden od načinov zdravljenja raka. Interferon alfa 2a (Roferon-A[®]) je zdravilo, ki ima pomembno vlogo pri boju proti

rakavim celicam. Uporablja se pri zdravljenju različnih onkoloških, pa tudi infekcijskih obolenj (maligni melanom, karcinom ledvic, dlakastocelična levkemija, kronična mieloična levkemija, hepatitis B in C...).

Klasično citotoksično zdravljenje ima običajno hude neželene učinke. **Obvladovanje neželenih učinkov** je zelo pomembno; če se bolnik ob zdravljenju dobro počuti, bo pri zdravljenju bolje sodeloval in rezultati zdravljenja bodo boljši. Nevtropenije, anemije, slabost... kot posledica intenzivnega zdravljenja so stanja, ki jih lahko zdravimo. Roche ima v svojem programu zdravil rekombinantni humani eritropoetin- epoetin beta, (NeoRecormon[®]) za zdravljenje anemij, filgrastim (Neupogen[®]) za zdravljenje nevtropenij in granisetron (Kytril[®]) za zdravljenje slabosti.

Sočasno z razvojem zdravilnih učinkovin je prišlo do napredka tudi pri načinu dajanja zdravil. Novi pripomočki za aplikacijo zdravil omogočajo bolniku zdravljenje v domačem okolju, ki čim manj vpliva na potek običajnega vsakdana. Napolnjene injekcijske brizge so bile prva enostavna oblika za dajanje zdravila doma, korak naprej pa so peresa, ki predstavljajo še bolj praktičen način zdravljenja. RecoPen[®] je pero, namenjeno aplikaciji raztopine eritropoetina (NeoRecormon[®]), Roferon-Pen[®] pa pero za dajanje raztopine interferona alfa 2a (Roferon-A[®]). Obe peresi pomenita manj boleče dajanje, natančnejše odmerjanje in enostavnejše shranjevanje ter prenašanje zdravila. Ta način zdravljenja pa zahteva izobraževanje bolnika in svetovanje pri zdravljenju. Medicinska sestra v bolnišnici ali zdravstvenem domu ima tu pomembno vlogo, saj je ona tista, ki bolnika nauči pravilnega rokovanja s peresom in mu pomaga pri težavah, ki se pojavijo ob zdravljenju.

Za kvalitetno obravnavo onkološkega bolnika so pomembni vsi členi v postopku zdravljenja- razvoj novih, bolj učinkovitih zdravil z manj stranskimi učinki, izpopolnjevanje aplikacijskih sistemov, napredek v diagnostiki s strani farmacevtske industrije ter zgodnje odkrivanje bolezni, optimalna prilagoditev zdravljenja posamezniku, svetovanje, izobraževanje in nega s strani zdravstvenega osebja.

PRIPRAVA BOLNIKA NA DIAGNOSTIČNE POSTOPKE NEKOČ IN DANES

*Jožica Jošt, viš. med. ses.
Bolnišnica Golnik, KOPA*

UVOD

Zadovoljstvo bolnika je med drugim ocena kakovosti sporazumevanja, medsebojnih odnosov in organizacije dela.

Naloga medicinske sestre in zdravstvenega tehnika je seznanjenje in edukacija o posegu in priprava na poseg.

Obveščенost je temeljna človekova pravica, ki je bolnikom zagotovljena že z ustavo (39.člen). V deklaraciji Svetovne zdravstvene organizacije leta 1994 o pravicah bolnikov je zapisano (Grbec, 1999):

Bolnik ima pravico, da je popolnoma informiran o svojem zdravstvenem stanju, o predlaganih zdravstvenih ukrepih, o mogočih rizikih in prednostih posameznega posega, o alternativnih možnostih, o učinku opustitve postopka, o diagnozi, prognozi. Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov je usklajen s temeljnimi načeli mednarodnega kodeksa. V praksi se pogosto pojavi dilema o prepletanju pristojnosti posameznih članov v zdravstvenem timu o informiranju bolnika o določeni preiskavi.

Namen priprave bolnika na diagnostične postopke je:

- informiran bolnik
- boljše sodelovanje bolnika v procesu preiskave
- celostna obravnava bolnika (pomirjen bolnik, preprečitev možnih zapletov...)

V študiji Obveščен bolnik, ki je potekala na endoskopskem oddelku bolnišnice Golnik v času od 21.2. do 23.4.2000, so bolniki na vprašanje glede strahu pred bronhoskopijo odgovarjali naslednje: 19 preiskovancev (18,1%) je odgovorilo, da jih je bilo zelo strah; 20 preiskovancev (19,1%) je bilo strah; 16 preiskovancev (15,2%) je odgovorilo z nekaj srednjega; 28 preiskovancev (26,6%) je bilo zaskrbljenih in 22 preiskovancev (20,1%) je bilo brez skrbi. (Duh, 2001).

ZDRAVSTVENA NEGA IN DIAGNOSTIČNI POSTOPKI

Ugotavljanje potreb po zdravstveni negi (ZN) za pripravo bolnika na diagnostične postopke:

Tabela 1: Tradicionalni in sodobni pristop ZN pri bolniku, ki ima diagnostični postopek

Nekoč tradicionalna ZN

Slučajno odkrivanje problemov bolnika, na podlagi izkušenj, izhajajoč iz bolezni, standardnih pričakovanj, podatki niso bili zabeleženi in so služili le posamezni MS, podatki so se lahko pozabili, posledica pomanjkljive, netočne informacije.

Danes sodobna ZN

Sistematično zbiranje podatkov o bolniku, pri čemer uporabljamo različne tehnike; podatki so napisani, dokumentirani in dostopni ostalim izvajalcem zdravstvene nege in ostalim članom zdravstvenega tima v dokumentaciji ZN.

PRIMER IZ PRAKSE

Pri zbiranju podatkov o bolniku, ki ima naročeno bronhoskopijo, so pomembni dejavniki:

- *Pretekle izkušnje z bronhoskopijo, s hospitalizacijo in podobnimi posegi*
- *Življenjske navade in razvade (kajenje, alkoholizem, droge)*
- *Bolnikova razgledanost*
- *Bolnikovo poznavanje sedanje bolezni (strah pred diagnozo)*
- *Sposobnost komunikacije (slabo vidi, ne zna brati ali pisati, mi pa mu damo list s soglasjem bolnika za bronhoskopijo)*
- *Ostale bolezni*
- *Invalidnost bolnika*
- *Sodelovanje družine (bolniku so lahko v močno duševno oporo in obratno)*

Obravnava bolnika pred preiskavo

Tabela 2: Prikaz obravnave bolnika pred preiskavo nekoč in danes

Nekoč

Nenapisan ali napisan postopek priprave bolnika na preiskavo, ki ni bil usmerjen k posameznemu bolniku. Ni bilo uvajanja navodil v prakso. Ni bilo sistematičnega preverjanja izvajanja standarda, navodil, smernic v praksi.

Danes

Poimenujemo probleme (aktualne in potencialne)

Poudarek na individualni in celostni obravnavi bolnika. Pri delu upoštevamo standard priprave bolnika na določeno preiskavo. Sistematično preverjamo izvajanje standarda. Pridobimo pisno soglasje bolnika na preiskavo. Timska obravnava bolnika: zdravnik, MS na bolnišničnem oddelku in MS iz endoskopskega oddelka.

PRIMER IZ PRAKSE

Najbolj pogosti problemi, ki jih rešujemo z zdravstveno nego pri bolniku, ki ima naročeno bronhoskopijo:

- *Strah pred izvidom preiskave*
- *Neupoštevanje navodil zaradi nesodelovanja, nerazumevanja, slabe komunikacije, življenjskega stila*

Cilj:

- *Bolnik bo zaupal in dobro sodeloval z MS*
- *Bolnik bo razumel Pisno soglasje bolnika z razlago zdravnika za bronhoskopijo*

Aktivnosti MS:

- *Oceni sposobnost komuniciranja, govorjenja, razumevanja, odgovarjanja, pismenost (ali razume pismeno informacijo) in prilagodi pogovor bolniku.*
- *Bolniku dopusti, da izraža svoj strah, ga posluša in skuša razumeti.*
- *MS odgovarja na vprašanja, razlaga, pojasnjuje.*
- *Omogoči pogovor s svojci, prijatelji, ki so bolniku v psihično oporo.*

Motnje v ritmu spanja zaradi strahu pred bronhoskopijo

Cilj:

- *Skrajšati oziroma olajšati bolniku noč pred bronhoskopijo*

Aktivnosti MS:

- *Bolnik bo imel možnost pogovora z MS ponoči (bolniku pove, da v stiski lahko pokliče MS ali se oglasi v sestrski sobi, če ne bo mogel spati, kajti vemo, da so ponoči misli bolj črne).*
- *V dokumentacijo zdravstvene nege zabeleži problem spanja in na viziti skupaj z bolnikom in zdravnikom rešuje problem spanja.*
- *Seznani zdravnika o problemu že ponoči in po njegovem naročilu da pomirjevala, uspavala.*

Možna krvavitev zaradi antikoagulantne terapije med ali po bronhoskopiji

Cilj:

- *Bolnik bo imel urejeno antikoagulantno terapijo po naročilu zdravnika*

Aktivnosti MS:

- *Kontrolira faktorje koagulacije zjutraj na dan bronhoskopije.*
- *Dopolnjuje dokumentacijo.*
- *Po naročilu zdravnika pri bolniku, ki je na infuzijah Heparina ali drugi paranteralni antikoagulantni terapiji, 6 ur pred posegom prekine terapijo in jo nadaljuje po posegu po naročilu zdravnika.*

Možna hipoglikemija pri sladkornem bolniku na terapiji z inzulinom in bo imel bronhoskopijo

Cilj:

- *Bolnik ne bo imel hipoglikemije, kljub temu, da je tešč.*

Aktivnosti MS:

- *Zdravstveno osebje, ki bo prisotno pri posegu, seznanj, da je sladkorni bolnik na inzulinu.*
- *Kontrolira KS ob znakih hipoglikemije.*
- *Bolniku da inzulin šele uro po posegu glede na izvid KS po naročilu zdravnika.*
- *Organizira pravočasen in pravilen obrok.*
- *Poznati mora znake hipoglikemije, vrste inzulina in pravičnega dajanja inzulina ter vrste sladkornih diet.*

Poučevanje bolnika o preiskavi

Tabela 3: Poučevanje bolnika o preiskavi nekoč in danes

Nekoč

Nenačrtno seznanjen bolnik o preiskavi, odvisno od interesa bolnika in MS, ki je razlagala postopek preiskave, ni bilo pismenega soglasja o preiskavi.

Danes

Načrtno seznanjen bolnik o preiskavi glede na ugotovljene probleme.
Poučevanje po standardu za vse bolnike.
Ocena priprave bolnika na preiskave.
Pisno soglasje za izvedbo preiskave.
Predstavitve preiskave na videokaseti.

PRIMER IZ PRAKSE ZA BOLNIKA, KI BO IMEL BRONHOSKOPIJO

- *Nepoučen bolnik o preiskavi*
- *Strah pred bronhoskopijo zaradi nepoznavanja preiskave*
- *Hud dražeč kašelj med bronhoskopijo zaradi neupoštevanja prekinitve kajenja pred preiskavo*

Cilj:

- *Bolnik bo o preiskavi poučen in bo med posegom sodeloval in tako bodo preprečeni možni zapleti (kašelj med bronhoskopijo zaradi kajenja, aspiracija hrane)*
- *Zmanjšanje strahu pred bronhoskopijo zaradi nepoznavanja preiskave*

Aktivnosti MS:

- *Upošteva Standard Priprava bolnika in dokumentacije na bolnišničnem oddelku za bronhoskopijo. Vsebuje možne izvajalce, opisan je namen. Pri izvedbi in obrazložitvi je natančno opisana napotnica, postopek o informiranju bolnika o preiskavi, priprava dokumentacije za preiskavo, priprava bolnika na preiskavo in postopek po preiskavi.*
- *Bolniku odgovarja na vprašanja in mu pomaga izpolniti list Pisno soglasje bolnika z razlago zdravnika za bronhoskopijo, kjer je opisano: Zakaj vam svetujemo preiskavo, Potek preiskave, Možni zapleti, Vprašalnik o zdravlilih, operacijah, kroničnih obolenjih..., Postopek po preiskavi, Shematična skica posega in Izjava bolnika.*
- *Informacijo posreduje v bolniku razumljivem jeziku.*
- *Preveri, ali je bolnik razumel napisano besedilo.*
- *Obvesti zdravnika, če želi bolnik dodatni razgovor z njim pred odločitvijo na pristanek.*
- *Bolniku omogoči ogled 10- minutnega filma o bronhoskopiji z natančnim prikazom postopka pred preiskavo, med njo in po njej. Bolnik se seznaní dan pred preiskavo z MS in zdravnikom v endoskopskem oddelku, tako ima možnost dodatnega pogovora.*

ZAKLJUČEK

Priprava bolnika na diagnostične postopke je ena izmed pomembnih nalog medicinskih sester. Osnovna pravica bolnika je, da je seznanjen, poučen o preiskavah, postopkih zdravstvene nege, zdravljenju in prognozi.

Zmanjšanje strahu, boljše sodelovanje bolnika, preprečitev možnih zapletov dosežemo s pravilno, pravočasno, razumljivo in temeljito informacijo ter edukacijo.

Pri tradicionalni zdravstveni negi je bila priprava bolnika odvisna od pripravljenosti MS za razlago, njene poučenosti in izkušenosti ter trenutnega razpoloženja MS. Slučajno odkriti problemi niso bili zabeleženi, informacije so se izgubile.

Pri sodobni zdravstveni negi zbiramo podatke sistematično in ugotovimo potrebe po zdravstveni negi pri bolniku, ki ga pripravljamo na preiskavo. Izpostavimo trenutne

in možne probleme, bolnika obravnavamo celostno in izvajamo standardizirano pripravo na poseg. Standard je v krogu izvajalcev dogovorjena raven ZN (Kadivec, 1998). Z napisanimi standardi priprave bolnika na preiskave dosežemo večjo strokovnost, enotno doktrino izvedbe priprave in popolnost v zdravstveni negi. Podajati moramo enotne informacije. Pisno gradivo je izhodišče zanje.

Literatura

1. Grbec V. Deklaracija o pravicah pacientov v Evropi. Utrip, 1999.
2. Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Zbornica zdravstvene nege Slovenije, Ljubljana, 1994.
3. Kadivec S. Zagotavljanje kakovosti v zdravstveni negi. Zdrav Obzor1998.
4. Sekavčnik T. Razvijanje standardov in kriterijev kakovosti zdravstvene nege. Ljubljana; Zbornica zdravstvene nege Slovenije, 1997.
5. Duh Š. Obveščen bolnik- element kakovosti zdravstvene nege. Dipl. naloga VŠZ, Ljubljana, 2001.
6. Standard priprave bolnika na bronhoskopijo, Bolnišnica Golnik, 2000.
7. Pisno soglasje bolnika z razlago zdravnika za bronhoskopijo, Bolnišnica Golnik, 1996.

CELOVITI PRISTOPI PRI ZDRAVSTVENI NEGI BOLNIKA Z BOLEČINO

Marija - Mira Logonder, viš.med.ses.

Onkološki Inštitut Ljubljana

Alenka Ostanek, dipl.m.s.

Klinični center, SPS Pediatrična klinika

UVOD

Bolečina je vedno predstavljala velik problem in negativno izkušnjo tako za bolnike kot tudi za zdravstvene delavce. Bolečini se ni posvečalo zadosti pozornosti. Med bolniki in zdravstvenimi delavci je namreč veljalo prepričanje, da je bolečina pač del bolezni in zdravljenja. Na lajšanje bolečine nismo bili pozorni predvsem pred številnimi, za bolnike zelo neprijetnimi diagnostičnimi posegi. Prav tako ni bila ustrezno zdravljena bolečina pri bolnikih po operacijah, ker so se zdravniki bali, da bi z analgetiki zakrili znake morebitnih zapletov po operaciji, kot sta krvavitev in vnetje. Pri ostalih bolnikih so se bali tega, da bi se preveč navadili na zdravila, in številnih stranskih učinkov le-teh.

Jemanje zdravil je bilo omejeno na jemanje po potrebi, ampulirana zdravila pa so bila dana predvsem i.m. Pri bolnikih z napredovalo boleznijo so se pri hospitaliziranih bolnikih uporabljali predvsem različni koktajli v i.v. infuzijah, po karerih so bolniki spali. Bolniki so bili vezani na bolniško posteljo in niso mogli sodelovati pri zdravljenju. Kakovost njihovega življenja je bila tako po zdajšnjih merilih zelo slaba.

Vzroki neustreznega obvladovanja bolečine

Resnici na ljubo je treba povedati, da je bila izbira zdravil za obvladovanje bolečin neprimerno manjša kot danes, predvsem pa je šlo za pomanjkanje znanj o bolečini, njenih mehanizmih, o načelih farmakološkega zdravljenja bolečine (o vrsti in načinu delovanja zdravil, pomembnosti rednega jemanja...), metod zdravljenja, za strah pred odvisnostjo, za nepoznavanje koncepta totalne bolečine, vpliva bolečine na posameznika in družino, psihosocialnih postopkov in nepoznavanje različnih tehnik fizikalne terapije in terapij sproščanja. Poleg tega so bili materiali za oskrbo bolnikov slabše kakovosti in pogosto težko dostopni.

Zadnja leta je bil tako v svetu kot tudi pri nas dan velik poudarek proučevanju in učinkovitemu obvladovanju bolečine ter celostni oskrbi bolnika z bolečino. Študije v svetu so pokazale, da onkološki bolniki v času diagnosticiranja in zdravljenja doživljajo akutno ali kronično bolečino v 30-50%, v času napredovale

bolezni pa se s srednjo in močno bolečino sreča kar 75-90% bolnikov (Bonica,1990).

Vzroki za bolečino

- diagnostični posegi,
- primarna bolezen,
- zdravljenje bolezni,
- druga obolenja in /ali
- napredovala bolezen

Danes vemo, da bolniku, pri katerem se pojavi bolečina v zvezi z diagnostičnimi posegi, zdravljenjem ali s samo boleznijo, bolečino lahko zmanjšamo ali celo preprečimo. To lahko dosežemo z ustrežno psihično in fizično pripravo bolnika ter s pravilno uporabo zdravil, z uporabo znanih metod in načinov zdravljenja.

Možnosti zdravljenja

- Preventivno jemanje analgetikov ali uporaba regionalne ali splošne anestezije med posegom zmanjša oz. prepreči bolečine pri diagnostičnih posegih.
- Z urejeno analgezijo po operacijah, in sicer s pravilno uporabo zdravil v obliki i.v. infuzij ali per os ali pa z dajanjem terapije preko epiduralnega katetra (EDK), lahko uspešno lajšamo postoperativno bolečino. Predvsem z vstavitvijo EDK in rednimi aplikacijami vanj se izognemo številnim zapletom v postoperativnem poteku in dosežemo večje sodelovanje bolnikov, saj po tovrstni terapiji niso zaspani in psihično prizadeti.
- Prav tako lahko ustrezno pomagamo bolnikom z bolečinami zaradi primarne bolezni ali pri napredovali bolezni in sicer s pravilno uporabo znanih zdravil, z izvajanjem nefarmakoloških dejavnosti, medicinsko-tehničnih posegov, kot so: blokade, vstavitve različnih katetrov (EDK, subarohoidalni-SAK ali intraplevralni-IPK, kontinuirane intravenozne ali podkožne infuzije z uporabo različnih črpalk, ter s pravilno zdravstveno nego (v nadaljevanju ZN) bolnikov po teh posegih.

S tem pri bolnikih in tudi njihovih svojcih preprečimo ali zmanjšamo negativne izkušnje v zvezi z bolečino, strah, negotovost, nezaupanje in jezo, ki so posledica nerazumljene in neobvladovane bolečine. S tem dosežemo bolnikovo večje zaupanje, sodelovanje in zadovoljstvo ter s tem tudi boljše zdravljenje.

Vsi ti sodobni načini lajšanja bolečine omogočajo bolnikom bolj kakovostno življenje. Predvsem velja to za bolnike z napredovalo boleznijo, saj jim ti načini omogočajo možnost učinkovitega obvladovanja bolečine in drugih simptomov tudi doma.

VLOGA IN PRISPEVEK ZDRAVSTVENE NEGE PRI CELOVITEM OBVLADOVANJU BOLEČINE

Medicinske sestre (v nadaljevanju MS) izvajamo velik del medicinskotehničnih posegov, ki so povezani z bolečino. Poleg tega smo bolniku svetovalci, učitelji in informatorji, saj njega in svojce skušamo pridobiti za sodelovanje. Seznanimo jih s pomembnostjo rednega jemanja zdravil in njihovo redno preskrbo in s potrebo po dokumentiranju. Naučimo jih bolj zapletenih načinov dajanja zdravil. Seznanimo jih s pripomočki in s samo izvedbo ter jih opozorimo na možne zaplete. Opozorimo jih, kako pomembno je, da se znajo opazovati in reagirati ob zapletih. Napredek v obvladovanju bolečin je zahteval tudi naše prilagajanje, večje strokovno znanje in posluš za bolnika. S kakovostno ZN (ugotavljanjem bolnikovih potreb, izdelavo in izvedbo ustreznega negovalnega načrta in negovalnih postopkov ter oceno dela) smo dosegli boljšo kakovost bolnikovega življenja.

Za boljše in bolj kakovostno delo so potrebni

- individualni pristop do bolnika,
- ocenjevanje jakosti bolečine,
- znanje,
- dobra povezanost vseh, ki sodelujejo pri oskrbi bolnika z natančnimi navodili o predpisani terapiji,
- dokumentiranje vseh aktivnosti in izvedenih postopkov
- možnost uporabe sodobnejših in boljših materialov in
- enotni standardi in urejeno financiranje

Poleg prej opisanih možnosti preprečevanja in lajšanja bolečin je pomemben pravilen pristop do bolnika. Upoštevati moramo njegove individualne lastnosti in potrebe, njegove fizične in psihične lastnosti, navade, možnosti, prepričanja, kulturno in socialno okolje. S tem močno vplivamo na bolnikovo počutje in kakovost življenja, obenem pa dosežemo večji uspeh in zadovoljstvo zdravstvenih delavcev samih.

Ugotovljeno je bilo, da je za kakovostno obravnavo bolečine potrebno čim natančnejše ocenjevanje le-te. Tega skušamo naučiti tako bolnike kot MS.

Za objektiviziranje občutene bolečine uporabljamo različne lestvice:

- 4 ali 5-stopenjsko besedno
nič - malo - močno - neznosno ali
nič - malo - srednje - močno - neznosno
- številčno od 0 - 10 ali
- VAS - vizualno analogno skalo.

Različna farmacevtska podjetja so izdelala različne lestvice, ki so prilagojene bolnikom različnih starosti in sposobnosti. Tako je izdelana posebna lestvica "sončki" za otroke.



Od bolnikovega razumevanja in sodelovanja je odvisno za uporabo katere se bomo odločili.

Bolnike poučimo in spodbujamo k temu, da svojo bolečino čim bolje opišejo.

Ugotavljamo, da je na tem področju še vedno premalo narejenega, in sicer tako pri zdravstvenih delavcih kot pri bolnikih.

Da bi zadostili potrebi po znanju, smo v zadnjih 10-ih letih priredili številna izobraževanja s področja obvladovanja bolečine v okviru izobraževanj na Onkološkem Inštitutu Ljubljana (v nadaljevanju OI) in Sekcije MS v onkologiji. Sodelovali smo tudi na izobraževanjih, ki so jih pripravile druge sekcije in združenja tako Sekcija MS v anesteziologiji in int. terapiji, Sekcija MS v kirurgiji, Pulmološka sekcija, Sekcija patronažnih MS, Sekcija MS v splošni medicini, Društvo za boj proti raku Zasavje, Slovensko združenje za zdravljenje bolečine in Katedra za družinsko medicino za zdravnike in MS v osnovnem zdravstvu. Izobraževanja so bila namenjena tako MS kot tudi zdravnikom. Potekala so v obliki predavanj, učnih delavnic in individualnega izobraževanja MS, predvsem MS v patronažnem varstvu in MS pripravnikov v protibolečinski ambulanti na OI, kjer smo in še izobražujemo tudi študente medicine in specializante s področja anesteziologije. Obenem pa obstaja tudi možnost telefonskega svetovanja tako MS, zdravnikom kot tudi bolnikom in njihovim svojcem.

Zdravnika in medicinska sestra iz protibolečinske ambulante na OI smo sodelovali tudi v skupini za pripravo smernic za zdravljenje bolečine pri odraslem bolniku z rakom. Le-te so bile izdelane lani, junija letos pa so bile predstavljene na strokovnem izobraževanju za zdravnike in MS v splošnem zdravstvu.

Pri uvedbi novih načinov zdravljenja se je pokazala potreba po pisnih navodilih. V ta namen smo v protibolečinski ambulanti in službi za ZN na OI izdelali pisna navodila za MS o:

- zdravstveni negi bolnika z EDK
- zdravstveni negi bolnika s SAK
- zdravstveni negi bolnika s podkožno infuzijo preko črpalk - predvsem elastomerskih,

ki smo jih v skladu s potrebami spreminjali, dopolnjevali in izboljševali. Ta obvestila dobe bolniki ob odpustu, da jih preberejo sami in jih potem izročijo MS, ki jih oskrbuje. Poleg tega dobe tudi obvestilo namenjeno zdravnikom, ki bolnika obiskujejo na domu.

S pisnimi in tudi z ustnimi obvestili ter z možnostjo telefonskih konzultacij s protibolečinsko ambulanto ali anesteziologom, ki je v pripravljenosti, smo dosegli:

- večje sodelovanje vseh, ki sodelujejo v procesu oskrbe tega bolnika,
- izognili smo se odvisnosti in vezanosti bolnika samo na protibolečinsko ambulanto,
- izognili smo se nepotrebnim, za bolnika pogosto zelo utrujajočim in bolečim prevozom v ambulanto.

Bolnikom pred odpustom svetujemo, kam naj se obrnejo, če pride do zapletov.

Pripravili smo tudi različne obrazce za beleženje dane terapije (list za beleženje terapije po EDK, list za podkožne infuzije in bolečinski karton).

Obrazce spreminjamo in dopolnjujemo ter jih prilagajamo novim potrebam. Dokumentacija mora biti enostavna in pregledna za vse člane zdravstvenega tima. To je pomembno predvsem takrat, ko je za učinkovito lajšanje bolečin, potrebnih več načinov aplikacij zdravil istočasno (terapija per os in EDK, per os in podkožna infuzija ali celo vse tri metode hkrati).

Bolj kakovostno delo na področju obvladovanja bolečine nam omogočajo tudi vedno novi materiali in pripomočki na tržišču. Predvsem gre tu za kakovostne materiale za fiksiranje kanil in katetrov, možnost nabave posameznih pripomočkov kot so različne črpalke in materiali, ki jih potrebujemo pri ZN (bakterialnih filtrov, konektov ipd.). Ti materiali omogočajo bolniku z EDK, SAK ali podkožno infuzijo večjo zanesljivost delovanja in daljšo uporabnost posameznega načina zdravljenja. Bolniku pa omogoča večjo udobnost, možnost zdravljenja doma in lažjo in enostavnejšo osebno higieno. Za zdravstvene delavce pa pomeni večjo uspešnost obvladovanja bolečine in tudi drugih simptomov, manj možnosti infektov in drugih zapletov, manj intervencij in s tem tudi manj stroškov.

Pomemben dejavnik pri učinkovitem in uspešnem obvladovanju bolečin so tudi enotni strokovni standardi in urejeno financiranje s strani Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS).

Posamezne standarde (preve EDK, aplikacije zdravil v EDK, ZN bolnika s trajno podkožno infuzijo) smo izdelalali v posameznih ustanovah in sekcijah. Vendar niso enotni, ker jih še nismo uskladili na nivoju države.

V zadnjem času je bilo s strani stroke in tudi države veliko narejenega za bolnike, ki potrebujejo kontinuirano dovajanje zdravil preko črpalk (podkožne infuzije ali kontinuirane aplikacije preko katetrov - SAK, EDK). S tem je bilo olajšano naše delo, stroške za to vrsto zdravljenja, ki so doslej bremenili OI, je prevzel Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije iz naslova obveznega zavarovanja. S tem je omogočil dostopnost tega tako uspešnega in za bolnike udobnega načina obvladovanja bolečine in drugih simptomov vsem, ki to potrebujejo.

Pristopi pri zmanjšanju bolečine pri otrocih

Pri preprečevanju bolečine je bilo v zadnjem desetletju veliko narejenega tako pri odraslih kot tudi pri otrocih.

Otrok z rakom je manj kot 1% vseh bolnikov z rakom.

Otroci in mladostniki, oboleli za rakom se zdravijo v Službi za hematologijo in onkologijo na Pediatrični kliniki. Tako kot na vseh področjih onkologije je tudi v otroški onkologiji pomembno zavedanje, da za otroka in mladostnika ni dovolj le zdravljenje, ampak tudi kakovostno življenje med zdravljenjem in po njem.

Pred pričetkom zdravljenja in tudi med zdravljenjem je za preverjanje uspešnosti zdravljenja potrebno izvesti razne preiskave. Nekatere med njimi so neprijetne in boleče (aspiracijska punkcija kostnega mozga (KM), biopsijska punkcija KM, citološka punkcija tumorja). Bolečini pri otrocih včasih niso posvečali veliko pozornosti, saj je veljalo prepričanje, da so manj občutljivi za bolečino kot odrasli. Danes je poznavanje bolečine boljše in zavedamo se pomembnosti njenega obvladovanja in preprečevanja.

Občutek bolečine je vedno subjektiven. Ni rečeno, da bo isti poseg za vsakega otroka enako neprijeten. Majhen otrok, včasih pa tudi starejši, ne zna opisati bolečine in izraziti njene jakosti. Pomoč otroku ob bolečini je zelo odvisna od njegove starosti. Posebno težko je pri majhnih otrocih, ki se besedno še ne izražajo. Na bolečino lahko sklepamo le preko otrokovega obnašanja.

Posebej je pri otrocih izpostavljen **problem bolečine, nastale zaradi diagnostično- terapevtskih posegov**. Bolečino, povzročeno zaradi diagnostično-terapevtskih posegov, prepoznamo po subjektivnih in objektivnih kazalcih.

Načini za zmanjšanje ali odpravo bolečine pri posegih

- preokupacija,
- uporaba dermalne anestezije pri manjših bolečih posegih
- uvedba globokega opoja za večje boleče posege

Preokupacija - preusmeritev misli

Velikokrat pomaga že pogovor in pripravljenost na bolečino. Bolečino kot kompleksen pojav zahteva timsko obravnavo. V Službi za hematologijo in onkologijo smo pred petimi leti zaposlili psihologinjo. V načrt za preprečevanje bolečine je uvedla različne sprostivne tehnike in oblikovala skupino za mladostnike, kjer imajo možnost aktivnega sodelovanja, izražanja misli in čustev. Z raznimi tehnikami izražanja je prišel na dan strah pred bolečino, boleznijo, nadaljnjo življenjsko potjo. V skupini vedno sodeluje tudi MS.

Rezultat dela v skupini za mladostnike je, da smo se mladostniki in osebje bolje spoznali, mladostniki nam bolj zaupajo, postavljajo več vprašanj, počutijo se bolj varne.

Obravnava otroka in njegovih staršev je individualna. Ko otroku razlagamo potek posega, so starši lahko prisotni. Če jih ni, jim poseg razložimo naknadno. Pomembno je, da že prvič povemo, da bo bolelo. Povemo mu toliko, kolikor želi vedeti, najbolje s kakšno primerjavo, ki naj bo primerna njegovi starosti. Spodbujamo ga, da nas sam kaj vpraša. Dajmo mu občutek, da je jok sprejemljiv, kajti pravico ima izraziti svoja čustva in imeti možnost kontrole.

Načinov priprave je več. Za mlajše otroke je verjetno najbolj primerna igra. Večjim pokažemo film ali jim poseg opišejo vrstniki, ki so ga že prestali. Tu moramo paziti, da izberemo otroke s pozitivnim mnenjem in da s pogumom pokažejo, kako so stvar zmogli. Najbolj sugestibilni so otroci med osmim in dvanajstim letom. Med posegom jim dajemo navodila (sprosti se, dobro ti gre, minil je najhujši del, smo že pri koncu). Izrazimo zaupanje v njegov uspeh in v njegove sposobnosti. Pomembna so stališča in pričakovanja staršev in osebja.

Po posegu tako kot odrasli tudi otroci ocenjujejo stopnjo bolečine. Večji otroci ocenjujejo bolečino s številkami od 1 do 5, pri predšolskih otrocih pa se uporablja skala "sončkov". Otrok pokaže tisti "sonček", ki je tak, kot je bil on med posegom.

Uporaba dermalne anestezije pri manjših bolečih posegih

Pri manjših bolečih posegih (lumbalna punkcija) je največja nevarnost, ki se je otrok zaveda, bolečina. Da preprečimo bolečino, ki nastane ob penetraciji igle skozi kožo, na kožo eno do dve uri pred posegom nanesimo anestetično kremo, če pri otroku ni bilo zaznati preobčutljivosti na lokalne anestetike. Te metode ne uporabljamo pri novorojenčkih in dojenčkih do 6. meseca starosti.

Uvedba globokega opoja za večje boleče posege (punkcija KM, vstavitev CVK)

To metodo uporabljamo tudi pri "nebolečih oz. manj bolečih posegih", če jih otrok zaradi strahu odklanja. Izvedena je ob pisni privolitvi staršev po tem, ko smo otroku in staršem razložili poseg. Danes so starši, če želijo, lahko prisotni pri posegu.

Prednosti uporabe globokega opoja so: odsotnost bolečine zaradi posega, otrok nima negativne izkušnje, naslednjič ima manj strahu pred posegom in zaupanje v zdravstveno osebje.

Za zdravstveno osebje pa izvedba posega v globokem opoju pomeni večjo stopnjo organiziranosti, sodelovanja, potreben je večji nadzor nad bolnikom pred posegom in po njem.

ZAKLJUČEK

Delo na področju obvladovanja bolečin se je v zadnjih 15-ih letih močno izboljšalo. Spoznali smo, da je bolečina kompleksen problem, ki ga je treba celovito reševati. V obvladovanju bolečine smo dosegli kakovosten premik. Spoznali smo, kakšne so posledice nezdravljene bolečine na samo zdravljenje, predvsem pa na kakovost bolnikovega življenja. Močno se je izboljšalo poznavanje bolečine, mehanizmov njenega delovanja, njenih vzrokov in vrst. Vedno večji poudarek je dan tudi na ocenjevanje bolečine ter ocenjevanje uspešnosti dane terapije. Merjenje bolečine še ni povsod zaživel. V svetovnem in tudi Slovenskem združenju za zdravljenje bolečine si prizadevajo, da bi bilo merjenje bolečine pri bolniku obvezno tako kot: krvni tlak, srčni utrip, telesna temperatura in dihanje. Z izobraževanjem na vseh področjih smo med MS dosegli tudi večje poznavanje same terapije bolečine in načinov aplikacij, razvili smo bolj kakovostno ZN bolnikov z zapletenejšimi ali s sodobnejšimi načini zdravljenja. Zmanjšal se je tudi strah MS in drugih zdravstvenih delavcev pred opiodi. Prav strah in nedosegljivost morfinskih preparatov v preteklosti je bil vzrok, da smo bili v 90-ih letih po porabi morfina uvrščeni na rep med evropskimi državami. Sedaj nam boljše obravnavo bolnikov z bolečino nam poleg poznavanja sodobnih principov zdravljenja omogoča tudi boljši dostop do potrebnih zdravil in dostopnost do bolj kakovostnih materialov na tržišču.

Na žalost se nam kljub temu dogaja, da nekateri bolniki niso pravilno in zadostno oskrbovani. Pri delu z bolniki ugotavljamo, da nekateri kljub našemu trudu in prizadevanju še vedno jemljejo zdravila po potrebi in ne redno kot je predpisano. Vzrok temu je strah pred odvisnostjo in pred tem, da zdravilo ob napredovanju bolezni in stopnjevanju bolečini ne bi več pomagalo. Nekateri bolniki še vedno ne ločijo med hitro delujočimi zdravili in zdravili s podaljšanim delovanjem (retardne obliki), problem tako bolnikom kot tudi zdravstvenim delavcem predstavlja jemanje zdravil, predvsem opiodov po potrebi oz. jemanje rešilnih odmerkov. Prisoten je namreč strah pred stranskimi učinki. Pri nekaterih je prisoten strah pred kombinacijo več zdravil, ki je pogosto posledica t.i. "dobronamernih" informacij različnih zdravstvenih delavcev s katerimi pridejo v stik v času bolezni. Pri nekaterih bolnikih in svojcih je prisoten tudi strah, da bodo naredili kaj napačnega ali pa gre za pretirano samozavest, da vse znajo (problem sterilnosti posega).

Celovit pristop pri ZN in obravnavi bolnika z bolečino zahteva veliko individualnega dela z bolniki in svojci, njihovega teoretičnega in praktičnega usposabljanja, strokovnega nadzora ob njihovem lastnem izvajanju ter pisnih navodil in možnosti konzultacij ob morebitnih problemih.

Ugotavljamo, da delo MS, pa naj bo to še tako strokovno izvedeno, ni zadostno za dosego celovite obravnave bolnika z bolečino in dvig kakovosti, če v procesu ne sodelujemo vsi, tako bolnik in svojci kot zdravstveni delavci. Poleg tega za

kakovostno delo potrebujemo tudi enotne strokovne standarde in dostopnost do najustrežnejših materialov za vse bolnike.

Človek ni nikdar bolj človek kot takrat, kadar se bojuje za nekaj težko dosegljivega. Zato ni pomemben le vrh, ki ga doseže, ampak napori, ki vodijo do njega.

Uporabljena literatura:

1. Benedik-Dolničar M, Brecej-Kobe M. Otrok-onkološki bolnik. Ljubljana: Slov Pediatr 1998; 5: 33-6.
2. Bürger-Lazar M. psihološka pomoč otroku, ko zboli za rakom in njegovi družini. Ljubljana: Med Razgl 2000; 39: 29-29.
3. Klevišar M. Bolnik in njegovo upanje. Ljubljana: Obzor Zdr N 1994; 28: 175-8
4. Onkološki inštitut. Tumorji v otroški dobi. Izobraževalni dnevi iz onkologije za medicinske sestre, 1994.
5. Lahajnar čavlovič S., Švab I., Čufer T. et al. Priporočila za zdravljenje bolečine pri odraslem bolniku z rakom. Ljubljana: Glaxo Wellcome, 2001
6. Lahajnar S. Zdravljenje kronične bolečine pri bolniku z rakom. In: Velepč M, Skela-Savič B. Priročnik iz onkološke zdravstvene nege in onkologije. Ljubljana: Onkološki inštitut, 2000:182-93.
7. Librach SL. The pain manual:principles and issues in cancer pain management. 2nd ed. Montreal: Pegasus Healthcare, 1998.
8. Logonder M. Zdravstvena nega onkološkega bolnika, ki ima bolečino. In: Velepč M, Skela-Savič B. Priročnik iz onkološke zdravstvene nege in onkologije. Ljubljana: Onkološki inštitut, 2000:194-206
9. Miaskowski C. Pain management: somatic, visceral, and neuropathic. In: Chernecky CC, Berger BJ, eds. Advances and critical care oncology nursing managin476-89.
10. Pravica do elastomerne črpalke, analgetične raztopine in katetra oz. kanile pri zdravljenju na domu. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2002

ANEMIJA PRI BOLNIKI Z RAKOM IN NJEN VPLIV NA KAKOVOST ŽIVLJENJA

Veronika Kodre, dr.vet.med

Janssen-Cilag

Anemija je pogost pojav pri bolnikih z rakom in je posledica bolezni same ali pa zdravljenja (kemo- ali radioterapija). Gre za anemijo kronične bolezni, kjer je zmanjšano izločanje endogenega eritropoetina (hormona, ki nastaja v ledvicah in ki vpliva na nastajanje eritrocitov v kostnem mozgu) ali pa gre za zmanjšano odzivnost kostnega mozga na ta hormon. Številne študije so dokazale, da simptomi anemije, predvsem izčrpanost vplivajo na kakovost življenja in navsezadnje zmanjšujejo preživetje bolnikov z rakom.

Ko govorimo o anemiji, mislimo na nivo hemoglobina pod 120 g /L oz. na nivo hematokrita pod 36% pri ženskah in hemoglobina pod 140 g /L oz. hematokrita pod 42% pri moških. Vedno bolj pomembno je zavedanje, da anemija pomeni slabšo oksigenacijo tumorja in s tem slabšo odzivnost tumorja na obsevanje in kemoterapijo, vse to pa pomeni slabše preživetje bolnika. Anemija pa ima velik negativni vpiv tudi na kakovost življenja. Bolniki jo občutijo kot izčrpanost, utrujenost, nezmožnost opravljanja osnovnih fizičnih del (doma, v službi), psihično obremenjenost z boleznijo in motnje spanja. Simptome anemije lahko odpravimo s transfuzijo krvi ali pa z eritropoetinom, pridobljenim z rekombinantno DNA tehnologijo (Eprex-epoetin alfa). Transfuzija sicer hitro in učinkovito dvigne nivo hemoglobina, vendar pa ni brez nevarnosti (prenos bolezni, alergijske reakcije, presežek železa, imunosupresivni učinek). Temu se lahko izognemo z uporabo epoetina alfa, ki učinkovito dvigne in vzdržuje nivo hemoglobina med samim zdravljenjem. Dvig kakovosti življenja v povezavi z uporabo epoetina alfa je bil ocenjen v številnih študijah (uporaba vprašalnika Fact-An, merjenje s pomočjo linearne skale Lasa), kjer je bilo dokazano, da se z dvigom hemoglobina za 20-40 g/L poveča energija, aktivnost in splošna kakovost življenja.

Na žalost se anemija, kot pomemben prognostični faktor, še vedno premalo obravnava. Bolniki o svoji izčrpanosti premalokrat potožijo svojim zdravnikom, ker pač mislijo, da morajo to stanje sprejeti kot del svoje bolezni. Vendar pa je pomembno, da se zavedamo, da z zdravljenjem anemije z epoetinom alfa pri bolnikih z rakom izboljšamo počutje bolniku in mu olajšamo življenje. Življenje pa je neprecenljivo...

Viri:

Cancer-related Anemia, Fatigue and Quality of Life, R.Waltzman,MD; Oncology special edition, Volume 5, 2002

SPOZNAVANJA IN DOSEŽKI NA PODROČJU PRIPRAVE IN APLIKACIJE CITOSTATIKOV

*Darija Musič, viš.med.ses.
Onkološki inštitut Ljubljana*

UVOD

Citostatiki so zdravila, ki se uporabljajo v procesu zdravljenja malignih bolezni kot osnovno ali dopolnilno zdravilo. Danes v terapevtske namene uporabljamo preko petdeset citotoksičnih substanc, od katerih je bila večina odkritih šele v zadnjih dveh desetletjih.

Poleg terapevtskih lastnosti imajo citostatiki tudi mnoge zdravju škodljive in nevarne lastnosti kot so citotoksičnost, kancerogenost, mutagenost in teratogenost (2, 3). Zaradi dokazane nevarnosti vpliva citostatikov na zdravje oseb, ki prihajajo z njimi v stik, so bile ustanovljene nacionalne komisije in organizirana evropska srečanja, da bi oblikovala skupna izhodišča na področju varnega dela s citostatiki. Države Evropske skupnosti so se tudi zakonsko obvezale uporabljati zaščitne ukrepe na vseh področjih uporabe in dela s citostatiki, zaradi zaščite zdravja ljudi in varovanja okolja.

Uporaba citostatikov zahteva za vsakega bolnika individualen terapevtski pristop in prinaša bolnikom poleg željenih in pričakovanih učinkov tudi mnoge stranske učinke. Protitumorske učinkovine se ne sproščajo selektivno samo na tumorske celice, temveč delujejo na ciljni organ sistemsko in povzročajo programirano celično smrt. Učinkovitost in uspešnost citostatskega zdravljenja je vezana predvsem na uporabo različnih kombinacij citotoksičnih zdravil v obliki priporočenih terapevtskih shem in sočasnega izvajanja drugih možnih načinov zdravljenja malignomov, kot so radioterapija, imunoterapija, kirurgija in drugi (4).

Z naraščanjem števila bolnikov z malignimi obolenji se širi tudi uporaba citostatikov. Povečana koncentracija onkoloških bolnikov v večjih zdravstvenih centrih na enem mestu, zgodnejše odkrivanje malignih bolezni, kombinirani načini citostatskega zdravljenja, učinkovita podporna terapija, ki dovoljuje višje doze citostatikov in dolgotrajnost citostatskega zdravljenja, so dejavniki, ki povečujejo priložnost stika zdravstvenega osebja s citostatiki in podaljšujejo čas njihove izpostavljenosti na delovnem mestu (1).

Pomembne dejavnike poklicnega tveganja predstavljajo trije načini nenamernega, nenadzorovanega stika zdravstvenega osebja s citostatiki in možnega vnosa v njihovo telo:

- absorpcija citostatika preko kože ali sluznic,
- inhalacija prašnih delcev ali aerosolov citostatika in
- vnos v telo preko kontaminiranih rok (3).

Izpostavljeno je predvsem zdravstveno osebje, ki aktivno sodeluje pri pripravi in raztapljanju citostatikov, njihovi aplikaciji ter zdravstveni negi bolnikov, ki so v zadnjih 48 -ih urah prejeli citostatike (2).

Zaradi dokazane nevarnosti citostatikov za zdravje oseb je tudi v Sloveniji posameznikom in zdravstvenim ustanovam naložena skrb za zmanjšanje in preprečevanje tveganja zaposlenih in izvajanje odgovarjajočih zaščitnih ukrepov za varno delo s citostatiki, čeprav se naša država še ni zakonsko opredelila do načinov varovanja oseb in okolja, ki je izpostavljeno njihovim nevarnim vplivom.

Zaradi obsežnosti področja varnega dela s citostatiki je prispevek omejen le na vsebine najnovejših spoznanj in priporočil na področju varnega dela, priprave in aplikacije citostatikov.

PRIPRAVLJENOST, OPREMLJENOST IN USPOSOBLJENOST OSEBJA ZA VARNO DELO S CITOSTATIKI

Osebe, ki bodo prihajale v stik s citostatiki, morajo biti pred pričetkom dela poučene o posebnostih in nevarnostih zdravil, njihovih učinkih, previdnostnih ukrepih za varno delo z njimi ter varnostnih ukrepih v primeru nezgod.

Izbor osebja za delo s citostatiki mora biti načrten. Upošteva se njihova telesna in psihična pripravljenost za delo in aktualni zdravstveni status. Iz postopkov neposrednega dela s citostatiki je potrebno izključiti mlajše osebe, ki v kratkem načrtujejo potomce, nosečnice in doječe matere (3).

Citostatike smejo pripravljati za to posebej usposobljeni farmacevti, farmacevtski tehniki, medicinske sestre in zdravniki. Aplicirati jih smejo le medicinske sestre in zdravniki, ki izkazujejo specifična teoretična in praktična znanja s tega področja.

Ostalo pomožno osebje (skladiščniki, osebje zadolženo za čiščenje in transport), ki dela s citostatiki in je med delom lahko posredno izpostavljeno njihovim škodljivim vplivom, mora biti primerno poučeno, opremljeno in usposobljeno za varno delo z njimi in ukrepanje v primeru nezgod.

Najučinkovitejše sredstvo za ciljno zmanjševanje tveganj pred izpostavljenostjo škodljivim vplivom citostatikov je izobraževanje osebja z vsebinami novih strokovnih dognanj na področju varnega dela s citostatiki in nenehno usposabljanje za varno delo v praksi (3). Pred pričetkom dela s citostatiki se priporoča simulacija opravil, ki ponazarjajo dejansko delo v praksi.

Nadalje zmanjšuje možnost izpostavljenosti discipliniranost posameznikov, upoštevanje priporočil in dosledna uporaba osebnih zaščitnih sredstev. Z uporabo osebnih zaščitnih sredstev delujemo preventivno in preprečujemo nekontrolirane stike osebja s citostatiki. Osebna zaščitna sredstva ne preprečujejo nastanka nezdod, morajo pa nuditi uporabniku popolno zaščito v primeru nezgode. Delodajalec jih je dolžan zagotavljati na vseh delovnih mestih, kjer je možen stik s citostatiki. Osebjem jih je dolžno dosledno uporabljati.

Osebjem naj bo motivirano za stalno ocenjevanje in presojanje učinkovitosti zaščitnih ukrepov v svojem delovnem okolju in dajanje koristnih predlogov za spreminjanje vsakokratne prakse.

Danes še zdaleč ni v celoti znano, kakšno je dejansko poklicno tveganje osebja, ki je skozi daljši čas izpostavljeno nizkim koncentracijam citostatikov. Priporoča se zmanjšanje števila izpostavljenega osebja na minimum, kroženje kadra na tri mesece in epidemiološko spremljanje njihovega zdravstvenega stanja s specifično usmerjenimi preiskavami. Pogostnost zdravstvenih pregledov prilagodimo trajanju in intenziteti izpostavljenosti osebja. Intervali pregledov zdravstvenega stanja osebja naj si zato sledijo na eno do tri let, in sicer glede na to, ali je osebjem izpostavljeno 1/3 delovnega časa, 2/3 ali poln delovni čas. Zdravstvena dokumentacija osebja se mora hraniti še 30 let, ker ne izključujejo možnih posledic na zdravju potomcev (5).

Pri osebju, ki pripravlja, aplicira ali neguje bolnike na citostatski terapiji brez odgovarjajočih zaščitnih ukrepov, se opaža povečana koncentracija citostatikov v urinu, poškodba kromosomov, zvišanje jetrnih encimov v serumu, vrtoglavica, slabost, glavobol, pojav alergičnih reakcij in drugo (5).

Vsaka nepredvidena izpostavljenost osebja in nezgoda pri delu mora biti zato prijavljena, razjasnjene morajo biti okoliščine, ki so privedle do nje, in biti ponovno pretehtani varnostni ukrepi. Glede na to, ali gre za tehnični ali človeški vzrok, ki je povzročil nezgodo, je potrebno ukrepati. Pogostnost nezgod je opozorilo za napake v vzpostavljenem sistemu dela in zahteva takojšnje ukrepanje s strani odgovornih oseb v ustanovi.

PRIPRAVA IN RAZTAPLJANJE CITOSTATIKOV

V Sloveniji se v vseh večjih zdravstvenih centrih, kjer se zdravijo onkološki bolniki, priprava citostatikov še ne odvija centralno in v sklopu osrednje bolnišnične lekarne. V večini bolnišnic poteka priprava in aplikacija citostatikov razpršeno na posameznih bolnišničnih oddelkih, kjer se tudi zdravijo onkološki bolniki. Zaradi pomanjkljivih tehničnih in kadrovskih zmogljivosti bolnišničnih oddelkov, se pri tem pogosto ne upoštevajo niti minimalne zahteve za zaščito osebja, okolja in varnosti samega citostatskega pripravka, kar je pokazala aplikativna raziskava Onkološkega inštituta Ljubljana izvedena leta 1998 (6).

Centralizirana priprava individualnih odmerkov za hospitalizirane ali ambulantne bolnike ima prednost pred drugimi oblikami, saj zagotavlja.:

- Kakovost in sledljivost postopkom dela na vseh stopnjah tj: pred pripravo in med njo ter po izdaji citostatskega pripravka.
- Definiran postopek priprave odmerkov, preverjanje vhodnih in izhodnih sestavin.
- Višjo raven specializiranosti za posamezne postopke in zmanjševanje možnih napak, kar povečuje terapevtsko varnost zdravila.
- Dvojno preverjanje podatkov o bolniku, pravilnosti individualnega odmerka citostatikov in preverjanje režima priporočenih terapevtskih shem zdravljenja v partnerskem sodelovanju zdravnik in farmacevt.
- Centralno zbiranje, spremljanje in prijavljanje neželenih stranskih učinkov citostatikov njihovim proizvajalcem in SZO (WHO).
- Ekonomično izrabo kadrovskih in materialnih virov (prostorov, opreme, naprav, osebnih zaščitnih sredstev, pribora za pripravo zdravil).
- Optimalno načrtovanje količin, naročanje, spremljanje porabe, skladiščenje in racionalno izrabo citostatskih zdravil.
- Možnost vpliva na ceno nabave zdravil in strukturo stroškov bolnišnice.
- Optimalne delovne pogoje za varno delo, izobraževanje, usposabljanje, zdravstveni nadzor in epidemiološko sledenje zaposlenih.
- Biomonitoring delovnih prostorov za zagotavljanje aseptičnih pogojev za pripravo citostatskih zdravil.
- Redno opravljanje tehničnega nadzora nad delovanjem naprav in opreme, predvsem zaščitnih komor.
- Možnost upoštevanja aktualnih strokovnih priporočil in izvajanja dobre farmacevtske prakse.
- Doseganje večje varnosti farmacevtskih pripravkov; biomonitoring pripravkov na sterilnost in apirogenost, preverjanje farmakoloških parametrov stabilnosti, kompatibilnosti, interakcij, pogojev shranjevanja.
- Nadzorovano odlaganje ostankov citostatikov in zdravil s pretečenim rokom uporabe, zmanjšano verjetnost napačnega razvrščanja citostatskih odpadkov
- Konzistentnost pri pripravi in varni izdaji zdravil in ustrezno distribucijo na bolnišnične oddelke, v ambulate in izvenbolnišnične enote.
- Koncentracijo citostatikov in citostatskih odpadkov na enem mestu, zmanjševanje možnosti kontaminacije bolnišnice in večji pregled nad neizgodami pri delu ter pravočasno ukrepanje.

SPOZNANJA IN DOSEŽKI NA PODROČJU APLIKACIJE CITOSTATIKOV

Večinoma apliciramo citostatike paranteralno, saj se le redki v zadostnem obsegu resorbirajo iz prebavnega trakta. Lahko jih apliciramo v arterijo, ki prekrvavljuje določen tumor in s tem dosežemo večjo koncentracijo citostatskih zdravil neposredno v samem tumorju. Nekatere citostatike lahko apliciramo tudi v telesne votline (intraplevralno, intratekalno, intrakavitarno).

Iskanje novih načinov aplikacij postaja čedalje bolj ciljano in usmerjeno v žarišče tumorskega dogajanja, z željo po ohranitvi zdravih celic in zmanjšanju škodljivih stranskih učinkov zdravljenja. Prihajajo nove oblike citostatikov, vezanih v liposome, ki se presnovijo v aktivno obliko šele v tumorju in tako delujejo visoko selektivno (4).

Ko smo se odločili za centralizirano pripravo citostatikov, je prešla odgovornost za pravilno pripravo in izdajo citostatikov na farmacevta in farmacevtske tehnike osrednje bolnišnične lekarne.

V nekaterih centralnoevropskih bolnišnicah (Nemčija, Švica) ostajajo, načrtovanje in vodenje citostatskega zdravljenja ter aplikacija citostatikov v domeni zdravnika onkologa in priprava citostatikov v domeni kliničnega farmacevta. Prvotna vloga medicinske sestre se s centralno pripravo citostatikov umika s področja priprave in aplikacije citostatikov. Tako se je oblikoval nov prostor za delo medicinske sestre, ki širi perspektive na področju onkološke zdravstvene nege. Prednost dobiva specialna onkološka zdravstvena nega, ki jo je deležen bolnik med zdravljenjem in se nanaša na razvijanje, načrtovanje, uresničevanje ter vrednotenje negovalnih postopkov in zagotavljanje kakovostnih storitev, ki jih prejme bolnik med zdravljenjem s citostatiki.

Zdravstvena nega bolnika, ki prejema citostatike, je osredotočena predvsem na:

- Informiranje in edukacijo bolnika o poteku citostatskega zdravljenja.
- Skrb za njegovo varnost v času prejemanja citostatske terapije.
- Standardizirani postopki na področju različnih žilnih dostopov in dovajanja citostatikov po terapevtskih shemah.
- Sledenje bolnikovega odziva na citostatsko zdravljenje in spremljanje njegovega aktualnega telesnega in psihičnega zdravstvenega stanja.
- Pomoč in motiviranje za samopomoč pri opravljanju vseh življenjskih aktivnosti glede na bolnikovo trenutno psihofizično pripravljenost.
- Pravočasno zaznavanje življenjsko ogrožujočih stranskih učinkov citostatikov (preobčutljivostnih, alergičnih in anafilaktičnih reakcij, lokalnih in sistemskih

sprememb na koži, sluznicah, nevropatije) in indikacij za odložitev ali prekinitev citostatskega zdravljenja.

- Preprečevanje dodatnih zapletov med citostatskim zdravljenjem (paravazacija, nekompatibilnost zdravil, nezadostna hidracija, aplikacija podporne terapije, antiemetikov).
- Preprečevanje in obvladovanje neželenih stranskih pojavov zdravljenja, prepoznavanje negovalnih problemov, načrtovanje in izvedbo negovalnih intervencij, njihovo spremljanje in dokumentiranje (nadzor bolečine, alopecija, spremenjena bolnikova samopodoba).
- Zdravstveno nego bolnikov z napredovalo boleznijo, vključevanje svojcev v skrb za nego bolnika na domu.
- Izvajanje vseh ukrepov za varno distribucijo, shranjevanje in delo s citostatskimi pripravki ter pravilno odstranjevanje odpadkov in bolnikovih telesnih izločkov, v smislu preprečevanja kontaminacije osebja in okolja.
- Sodelovanje z zdravstvenimi in drugimi službami pred odpustitvijo bolnika v domačo oskrbo.

ZAKLJUČEK

Vsako leto narašča število novoodkritih citostatikov in preizkušajo najnovejše terapevtske sheme citostatikov. Nove kombinacije zdravil postajajo kompleksnejše, zahtevnejše in terapevtsko učinkovitejše od prejšnjih. Novo odkrita zdravila z novimi mehanizmi delovanja, v drugačnih kombinacijah in različnih odmerkih, povzročajo pri velikem deležu bolnikov poleg željenih tudi neželjene in nepričakovane učinke.

Zaradi zahtevnih in visoko specializiranih zdravstvenih postopkov, s katerimi se srečujemo pri pripravi in aplikaciji citostatikov ter zdravljenju in zdravstveni negi onkoloških bolnikov, se zahteva tudi visok nivo specializacije na posameznih področjih dela.

LITERATURA:

1. Maryanne Fishman: Cancer Chemotherapy Guidelines and Recommendations for Practice, second Edition, Oncology Nursing Society, USA, 1999
2. Ingrid Goodman: Clinical practice Guidelines, The administration of cytotoxic chemotherapy, Royal College of Nursing, England, 1998
3. International Society of Oncology Pharmacy Practitioners: Quality Standards for the Oncology Pharmacy Service with Commentary, German, 2000
4. Priročnik iz onkološke zdravstvene nege in onkologije, Onkološki inštitut Ljubljana, 2000
5. ASHP technical assistance bulletin on handling cytotoxic and hazardous drugs Am J Hosp Pharm, USA, 1990
6. Zaščita medicinskih sester pri rokovanju s citostatiki, Onkološki inštitut Ljubljana, 1998

VARNO DELO (?) MEDICINSKIH SESTER S CITOSTATIKI V SLOVENIJI

Albina Bobnar, prof.defekt., viš.med.ses.

Slovensko društvo hospic

UVOD

Za zasnovo in uresničitev raziskave "Zaščita medicinskih sester pri rokovanju s citostatiki", katere nosilec je bil Onkološki inštitut Ljubljana, so bila potrebna štiri leta. Podatke, s katerimi smo prikazali: koliko oseb in kako pogosto rokuje s citostatiki, kakšna je njihova poučenost o varnem rokovanju ter uporabi zaščitnih sredstev in pogojih dela, smo zbirali leta 1996. Priporočila za varno rokovanje s citostatiki na področju zdravstvene nege (ZN), ki vsebujejo predloge za uvedbo: standardov za varno rokovanje s citostatiki, državnih zakonov o zagotavljanju varnega okolja pred zdravju nevarnimi snovmi, obveznega podiplomskega izobraževanja za medicinske sestre (MS) in usposabljanja pomožnega osebja, so nastajala leta 1997/98. V nadaljevanju prispevka so predstavljeni samo rezultati izvedene ankete v času raziskave, ki so zanimivi še danes, standardi pa se neprestano spreminjajo in jim je treba slediti po literaturi in sodobnim spoznanjem na tem področju.

NAMEN IN CILJ RAZISKAVE

Osnovni namen naloge je bil, ugotoviti teoretično znanje in praktično uporabo zaščitnih ukrepov medicinskih sester v Sloveniji pri pripravi in aplikaciji citostatikov ter zdravstveni negi bolnika, ki prejema citostatike ter pripraviti priporočila za varno delo s citostatiki.

METODOLOGIJA

Anketo je prostovoljno izpolnilo 188 oseb iz 13-ih zdravstvenih zavodov in 3-h kliničnih služb v okviru KC.

Večina raziskovalnega dela je potekala od marca do novembra, leta 1996, prek individualnih anket z 21 vprašanji, v dveh delih. Prvi del so izpolnili vsi, ki kakorkoli prihajajo v stik s citostatiki ali samo negujejo bolnike, ki so zdravljeni s citostatiki, drugi del pa so izpolnili samo anketiranci, ki pripravljajo in aplicirajo citostatike ter morda tudi negujejo bolnike. Pred pričetkom smo vse zdravstvene

Opomba: Avtorica prispevka je bila v času priprave in izvajanja raziskave zaposlena na Onkološkem inštitutu Ljubljana.

zavode po Sloveniji pisno obvestili in povabili k sodelovanju, za obisk pa smo se dogovorili po telefonu. Razgovori z ogledom razmer po zavodih, so v povprečju trajali 2 - 3 ure.

Ker je bil namen raziskave prikazati dejansko stanje rokovanja s citostatiki in pripraviti priporočila za potrebe R Slovenije, so rezultati prikazani le opisno.

REZULTATI

Anketo je izpolnilo 188 oseb, ki so bile v rednem polnem delovnem razmerju, in sicer: 94 zdravstvenih tehnikov (ZT), 90 višjih medicinskih sester (VMS), 2 medicinski sestri z visoko izobrazbo in 2 farmacevta. V nadaljevanju ves čas obravnavamo samo dve skupini, ker smo osebe z višjo in visoko izobrazbo združili.

Vsi anketirani v povprečju rokujejo s citostatiki 10 let. Skupna delovna doba je v povprečju dolga 15 let.

110 medicinskih sester je izpolnilo drugi del vprašalnika, kar pomeni, da jih toliko pripravlja in aplicira citostatike. VMS skoraj v celoti (88%) pripravljajo, aplicirajo in obenem tudi negujejo bolnike. Le trije z višjo in visoko izobrazbo, citostatike samo pripravljajo, 7 jih pripravlja in aplicira, 2 pa samo negujeta bolnike. Skoraj polovico ZT samo neguje bolnike, kar tretjina pa opravlja vsa dela.

Na vprašanje, koliko citostatskih terapij (en bolnik - ena citostatska terapija) pripravite in/ali aplicirate na teden, jih je 68 odgovorilo, da do 5. 24 anketirancev pripravi in aplicira od 6 do 20 citostatskih terapij na teden, 18 zdravstvenih delavcev pa nad 21.

Največ znanja o citostatikih, so anketiranci dobili od sodelavcev in v strokovni literaturi. Samo četrtnina je odgovorila, da je znanje pridobila tudi na Onkološkem inštitutu, od zdravnika in v šoli. Zelo malo pa v javnih medijih in drugje, nekaj pa ni dobilo znanja nikjer.

62% anketirancev je strah rokovanja s citostatiki. Samo 72% jih pozna stranske učinke pri bolnikih, 26% samo delno in 2% anketirancev ne pozna stranskih učinkov pri bolnikih. Slabše poznajo (61%) anketiranci stranske učinke pri osebah, ki rokujejo z njimi. Ostali (33%) poznajo stranske učinke pri osebah, ki rokujejo s citostatiki, le delno. 6% jih ne pozna zdravju škodljivih učinkov citostatikovna osebe, ki z njimi rokujejo.

Spremembe, ki so jih opazile medicinske sestre pri sebi ob delu s citostatiki, so v večini subjektivne (utrujenost, glavobol, izpadanje las, pekoče oči). Objektivne težave v zvezi s citostatiki pa se pojavljajo bolj poredko.

Medicinske sestre pripravo in aplikacijo v veliki večini zabeležijo v poseben zvezek, raportni zvezek ali kam drugam, in samo 16% jih tega ne opravlja. Drugače je z beleženjem razlitja ali kontaminacij. Kar 61% jih kontaminacij ne zabeleži in le 4% MS to zabeleži v zdravstveno dokumentacijo kontaminirane

osebe. Nekateri (25%) se poslužujejo raportnega zvezka, drugi (10%) pa naredijo zabeleške drugim.

Zdravstvene osebe, ki rokujejo s citostatiki v Sloveniji, imajo od leta 1993 po različnih kolektivnih pogodbah za področje zdravstva več dopusta in denarni dodatek. Malo manj kot polovica jih je deležna več dopusta in denarnega dodatka, tretjina pa samo več dopusta.

Rezultati o uporabi zaščitnih sredstev in opreme so zelo različni. Vse medicinske sestre uporabljajo rokavice pri pripravi, aplikaciji in zdravstveni negi bolnikov. Nesprejemljivo je samo to, da jih kar nekaj (22%) od njih uporablja navadne PVC-rokavice. Anketiranci, ki samo negujejo bolnike, niso odgovarjali na vprašanja v zvezi z drugimi zaščitnimi sredstvi. Glede zaščitne obleke pri pripravi in aplikaciji je zaskrbljujoče, da jih celo 48% ne uporablja ničesar. Enako se dogaja z zaščito obraza; pri tem je treba dodati, da 39% anketirancev pripravlja citostatike v biološko varni komori z vertikalnim odvodom zraka, pri čemer ni potrebna zaščita obraza. Na vprašanje, ali pripravljajo citostatike v posebnem prostoru, jih je samo 12% odgovorilo pritrdilno. Pomemben podatek je tudi ta, da jih 55% odvrže citostatske odpadke v zabojnike s pokrovom .

V Sloveniji je bilo pred pričetkom dela s citostatiki zdravniško pregledanih 5% zdravstvenih delavcev, ob nastopu prve službe 55%, v rednih razmakih 11%, občasno 12% in nikoli 22%.

Od 13-ih zdravstvenih zavodov in 3 klinik v okviru KC, ki smo jih obiskali, jih ima samo 5 poseben prostor za pripravo citostatikov in samo 3 digestorij z vertikalnim odvodom zraka. Posebne rokavice za KT so na voljo v 11-ih zdravstvenih zavodih, zaščitne nepropustne obleke in zaščitna očala v 10-ih, maska s filtrom v dveh, igle s hidrofobnim filtrom v 7-ih zavodih. Nikjer nimajo zabojnikov za transport ter pravilno urejenega odstranjevanja in uničevanja citostatskih odpadkov.

Povsod odsvetujejo nosečnicam in doječim materam delo s citostatiki. Pravila rokovanja s citostatiki je za interno uporabo pripravilo 8 zdravstvenih zavodov in kar 15 jih je omogočilo, da se v prostoru, kjer pripravljajo citostatike, ne hrani, kadi ali uporablja kozmetika. Pripravo in aplikacijo citostatikov beležijo v mg določenega zdravila v 8-ih zdravstvenih zavodih, medtem ko kontaminacij centralno ne beležijo nikjer.

RAZPRAVA

Z anketnim vprašalnikom in obiski po slovenskih zdravstvenih zavodih smo zabeležili, da po večini zdravstvenih zavodov zdravijo ali so zdravili s citostatiki manjše število bolnikov. Izjema so zdravstveni zavodi, za katere lahko rečemo, da so specializirani za zdravljenje bolnikov z rakom (Onkološki inštitut Ljubljana, Klinični center Ljubljana - Hematološka in Pediatrična klinika.). Iz teh treh zavodov je tudi največ anketirancev in največ citostatikov pripravijo in aplicirajo na teden.

Pri nas se zelo poredko menjata okolje bivanja in služba, čemur sledi, da se pri anketirancih v specializiranih zavodih, povprečna delovna doba in povprečna doba dela s citostatiki, skoraj ujemata.

Iz predstavljene naloge lahko ugotovimo, da nikjer v Sloveniji ne rokujejo s citostatiki pravilno, kot naj bi bilo to po priporočilih OSHA in ASHP. Še več: medicinske sestre ne uporabljajo zaščitnih sredstev in ne upoštevajo internih navodil.

V Sloveniji se je pri medicinskih sestrah, ki rokujejo s citostatiki, pojavil patološki obrambni mehanizem - strah, ki se izraža z opisovanjem velikega števila subjektivnih stranskih učinkov pri njih. Zaradi pomanjkanja znanja, slabe usposobljenosti, slabe dokumentacije, slabe povezave s celotnim zdravstvenim timom in odobrenih "posebnih ugodnosti" po kolektivni pogodbi, pa rokujejo tako, kot mislijo da je prav.

Večina medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov pripravlja, aplicira in neguje bolnike, ki prejemajo citostatike. To nikakor ni pravilno, saj je potrebno ločiti pripravo od aplikacije in zdravstvene nege. Že kar nekaj časa je minilo, ko je bilo predlagano, da se citostatiki pripravljajo v bolnišničnih lekarnah, to je v posebnih prostorih, v biološko varnih komorah z vertikalnim odvodom zraka, pod nadzorstvom za to usposobljenega farmacevta. Razdelitev del med posameznimi izobrazbenimi profili še vedno ni jasno določena in zato pogosto rokujejo s citostatiki neustrezno izobražene in usposobljene osebe.

Upoštevati je potrebno tudi primerno odstranjevanje vseh, s citostatiki kontaminiranih odpadkov. Posnetek stanja priprave citostatikov v Sloveniji je pokazal, da tako zdravstveni zavodi, kjer se zdravi bolnike s citostatiki, kot država še niso naredili bistvenega koraka v tej smeri, saj manjka primerjava z dejansko naročenimi in porabljenimi citostatiki po celi Sloveniji. Nimamo tudi podatka o količini zdravil, ki jih posameznik pripravi in aplicira, ter podatka o času, ki ga porabi za to. Poleg tega pa je povsod rokovanje s citostatiki slabo dokumentirano. Zato bi veljalo posvetiti veliko pozornost pravilni uporabi zaščitnih sredstev pri rokovanju in brezhibni izvedbi citostatske terapije ter vse zabeležiti v posebno negovalno dokumentacijo. Uvesti bi veljalo seznam vseh oseb, ki imajo opravke s citostatiki; seznam bi morda v bodoče služil kot dokazno gradivo za izpostavljenost citostatikom.

ZAKLJUČEK

Za konec velja poudariti, da je bistvo varnega rokovanja s citostatiki, da se vsi tisti, ki prihajajo v stik z njimi zavedajo, da je mogoče z uporabo zaščitnih sredstev in pravilnim rokovanjem preprečiti tveganje pred izpostavljenostjo. Predno, pa se bodo razmere v zvezi z zaščito oseb pri rokovanju s citostatiki spremenile, pa bo potrebno narediti še kakšno raziskavo na tem področju, ki bo zajela tudi biološke in epidemiološke podatke.

LITERATURA

Bobnar A, Velepčič M, Bostič Pavlovič J, Urbančič J, Čufer T, Cerar O, Bilban M: Zaščita medicinskih sester pri rokovanju s citostatiki. Ljubljana, Onkološki inštitut - Služba za zdravstveno nego 1998. 112 str. (Poročilo aplikativne raziskave o zagotavljanju kakovosti v zdravstveni negi).

DOKUMENTIRANJE V ZDRAVSTVENI NEGI

Katarina Lokar, viš. med. ses., prof. zdr vzg.

Onkološki inštitut Ljubljana

UVOD

Potreba po jasni in natančni dokumentaciji je očitna. Medicinske sestre živimo z dokumentacijo v službi ves čas. O dokumentaciji smo se učili v šoli, o njej beremo, o njej slišimo, o njej razmišljamo in velikokrat se je ustrašimo.

Ob neprestanem poudarjanju o upravljanju razpoložljivih virov, kontroli stroškov, učinkovitosti pri oskrbi bolnikov in izboljšanju kakovosti zdravstvene nege se od nas zahteva, da zagotavljamo kakovostno oskrbo bolnikov in da hkrati vodimo učinkovito dokumentacijo. Od nas se tudi pričakuje, da obe veliki in včasih nasprotujoči si zadolžitvi opravljamo ob nezadostnem številu osebja. Kadar ne zmoremo opraviti obeh zadolžitev, se odločimo in opravimo tisto, ki ima prednost - dobra oskrba bolnika. Ampak, ali smo s tem lahko zadovoljni? Ne bi smeli biti, kajti naša dokumentacija daje sliko o naših sposobnostih, o naši profesionalnosti, o našem spoštovanju bolnikov in njihovih svojcev, o naših odnosih s sodelavci in o našem upoštevanju filozofije in vizije organizacije, v kateri smo zaposleni. Torej, ne podcenjujmo pomembnosti dobre dokumentacije.

Poleg vsega zgoraj naštetega nas k vodenju negovalne dokumentacije zavezuje tudi Zakon o zdravstveni dejavnosti in Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva, v Slovenski klasifikaciji zdravstvenih storitev 1998 pa je dokumentiranje v zdravstveni negi sestavni del zdravstvene nege na domu in zdravstvene nege hospitaliziranih bolnikov.

NAMEN, NAČELA IN POMEN DOBRE DOKUMENTACIJE V ZDRAVSTVENI NEGI

Dokumentacija v zdravstveni negi je vsaka zapisana ali računalniško podana informacija:

- interakcij med zdravstvenimi delavci, bolniki, varovanci, njihovimi družinami in zdravstvenimi organizacijami;
- o opravljenih preiskavah, o bolnikovih odzivih na predpisano zdravljenje in o zdravstvenovzgojnem delu z bolniki/varovanci;
- o rezultatih oz. odzivih bolnika/varovanca na diagnostične preiskave in aktivnosti zdravstvene nege.

Dokumentiranje je komunikacijska metoda, ki neprestano informira vse zdravstvene delavce o tem, kakšno zdravstveno oskrbo je bolnik/varovanec prejel, in jasno opredeli vse pomembne informacije o bolniku/varovancu.

Bolnikova dokumentacija se lahko uporablja tudi kot učno orodje za študente in je glavni vir podatkov pri raziskavah v zdravstveni negi.

Namen dokumentacije je tudi doseganje zakonskih in profesionalnih standardov. Dokumentacija je pomembna metoda za prikazovanje, da v odnosu medicinska sestra - bolnik/varovanec medicinska sestra uporablja znanje in spretnosti ter presoja v skladu s profesionalnimi standardi.

Dokumentacija zdravstvene nege mora jasno opisati:

- oceno bolnikovega zdravstvenega stanja in situacije glede na aktivnosti zdravstvene nege in v okviru kompetenc medicinske sestre;
- načrt zdravstvene nege z bolnikovimi potrebami in cilji;
- aktivnosti zdravstvene nege in bolnikove odzive nanje;
- potrebne spremembe v načrtu;
- informacije, posredovane zdravnikom ali drugim zdravstvenim delavcem in njihove odgovore;
- zagovarjanje bolnika s strani medicinske sestre.

Da bo dokumentacija učinkovita, moramo uporabljati skupni besednjak, pisati čitljivo s kemičnim svinčnikom, uporabljati le dogovorjene okrajšave in simbole, organizirati podatke v pravilnem časovnem zaporedju ter dokumentirati natančno in popolno, vključno z napakami.

Zavedati se moramo, da zdravstvena nega ni popolna, dokler ni dokumentirana. Preko dokumentacije medicinske sestre sporočajo svoje ocene, odločitve, intervencije in izide. To postaja vedno bolj pomembno, saj prihaja čas, ko bosta obračun stroškov zdravstvene nege in dokazovanje v sodnih razpravah možna le na podlagi dobre dokumentacije. "Ni bilo dokumentirano" bo pomenilo, da "ni bilo narejeno".

Dokumentacija igra v zdravstveni negi ključno vlogo pri zagotavljanju kakovostne oskrbe bolnikov, pri obračunu storitev in pri prikazovanju potreb po kadrih. Neučinkovit in nenatančen sistem dokumentiranja v zdravstveni negi ima lahko velik vpliv na kakovost oskrbe, na kadrovanje in na opravičevanje stroškov v zdravstvenih organizacijah. Številne različice raznih obrazcev in podvojevanje podatkov kradejo dragocen čas medicinskim sestram in zdravnikom ter povzročajo zmedo, nedoslednost in neučinkovito komunikacijo v zdravstvenem in negovalnem timu. Sistem dokumentiranja mora biti zato v zdravstveni negi natančen, učinkovit in uporaben ter prilagojen realnostim organizacije. Pri tem pa se je potrebno zavedati, da prihaja pri dokumentiranju v zdravstveni negi do premika od procesno orientiranega sistema k podatkovno orientiranemu sistemu.

Pri slednjem so odločitve o zdravstveni oskrbi bolnikov sprejete na podlagi zbranih podatkov. Zbiranje podatkov pa je standardizirano, in sicer z uporabo podatkovnega minimuma v zdravstveni negi (NMDS), negovalnih diagnoz, standardizirane terminologije in klasifikacijskih sistemov. Tako zbrane podatke se lahko obdelata in uporabi tudi v korist bolnika, zdravstvenih ustanov, razvoja stroke, raziskovalnega dela, skupnosti, naroda in zdravstvene oskrbe sveta v celoti.

METODE DOKUMENTIRANJA V ZDRAVSTVENI NEGI

Vsak zdravstveni zavod lahko razvije svoj način dokumentiranja, ki je uporaben za njihovo populacijo bolnikov/varovancev in za njihovo okolje. Pomembno pa je, da se z dokumentiranjem pridobijo iskani podatki in da so ti podatki primerljivi s podatki drugih zdravstvenih zavodov.

Za dokumentiranje v zdravstveni negi se lahko uporablja naslednje metode:

- **Pripovedno dokumentiranje** je tradicionalna metoda dokumentiranja v zdravstveni negi, ki ima obliko pisane zgodbe. Pred uporabo obrazcev je bila to edina metoda za dokumentiranje zdravstvene nege.
- **Iz virov izhajajoče dokumentiranje** je poročanje vsakega od članov (virov) zdravstvenega tima na ločenih listih.
- **Iz problema izhajajoče dokumentiranje (SOAPIE)** je osredotočeno na bolnikove probleme in vsebuje subjektivne podatke, objektivne podatke, ocenjevanje, načrt, intervencije in evalvacijo.
- **PIE dokumentiranje** (problem, intervencija, evalvacija).
- **Žariščno (fokalno) dokumentiranje** je metoda, pri kateri se v stolpce beleži podatke, akcije in reakcije.
- **Dokumentiranje izjem** je metoda, pri kateri medicinska sestra zabeleži le odklone od vnaprej postavljenih pravil.
- **Računalniško dokumentiranje** ima mnoge prednosti, kot so: krajši čas dokumentiranja, večja zanesljivost in točnost podatkov, jasne, odločne in jedrnate besede, možnost statističnih analiz, izboljšana implementacija procesa zdravstvene nege, boljše odločanje in multidisciplinarno povezovanje.
- **Kritične poti** so obširni, standardni načrti zdravstvene nege za specifične situacije. Vsaka kritična pot je nadzirana zato, da se zagotovi, da so intervencije izvedene pravočasno in da so bolnikovi odgovori pravočasni.

V zdravstveni negi dokumentiramo tudi izvajanje diagnostično-terapevtskih programov, telefonske pogovore in naročila ter incidente.

ZAKLJUČEK

Vrednost zdravstvene nege ni več samoumevna, ampak jo je potrebno demonstrirati tistim, ki nimajo razumevanja, ker ne izhajajo iz prakse zdravstvene nege, imajo pa moč, da vplivajo na, oz. določajo naravo zdravstvene nege s političnimi odločitvami in z dodeljevanjem potrebnih sredstev. Zato potrebujemo veliko informacij o zdravstveni negi, ki bodo smiselno prikazane, moramo pa jih tudi uporabljati pri svojem delu. To je edini način s katerim bomo naredili zdravstveno nego bolj vidno.

Če razmišljam o situaciji v Sloveniji, bi si upala trditi, da je pred nami še dolga in naporna pot do takrat, ko bomo imeli zadovoljivo dokumentacijo v zdravstveni negi. Ne morem reči, da stroka in država do danes nista naredili nič na tem področju. Imamo zakonsko osnovo. Na prvem in drugem Kongresu zdravstvene nege je bila jasno izražena potreba po poenotenju oz. po skupnih navodilih za dokumentiranje v zdravstveni negi. S to nalogo se je začela ukvarjati delovna skupina pri Zbornici zdravstvene nege Slovenije, ki je zaključke svojega dela predstavila na tretjem Kongresu zdravstvene nege. Iz lastnih izkušenj in iz pogovorov s kolegicami iz drugih zdravstvenih zavodov vem, da se veliko časa in energije namenja uvajanju negovalne dokumentacije v vsakdanje delo, pa vendar stvar nikakor ne zaživi.

Kaj bi torej lahko bil vzrok, da nimamo kakovostne dokumentacije v zdravstveni negi oz. dokumentacije, ki bi izpolnjevala svoj namen? Po mojem mnenju sta vzroka predvsem dva: pomanjkanje znanja in pomanjkanje kadra. Prvi vzrok lahko stroka odpravi sama, za odpravo drugega vzroka pa potrebujemo posluh in pomoč Ministrstva za zdravje.

LITERATURA

Clarc J. The international classification for nursing practice project. Online Journal of Issues in Nursing, Sept. 1998;

http://www.nursingworld.org/ojin/tpc7/tpc7_3.htm, 13. 8. 2002.

Gašparovič M, Pavčič Trškan B, Čarni-Dobovišek D, Geč T. Dokumentiranje v Zdravstveni negi. V: Zbornik predavanj in posterjev 3. kongresa zdravstvene nege "Zdravstvena nega - okolje in viri"; 2001 Sept 12-14; Portorož. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije - Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2001: 37-45.

Gordon M. Use of nursing diagnosis in direct care activities. V: Gordon M. Nursing diagnosis: process and application. St. Louis: Mosby, 1994: 215-253.

Goossen WTF. The international nursing minimum data set: why do we need it? V: Oud N, ed. Acendio 2002. Bern: Verlag Hans Huber, 2002: 201-240.

Health Systems Management Network. Physician/Nursing documentation. <http://www.Hsmn.com/hsmntxt/detail3.htm>, 14. 8. 2002.

Keber D, Ritonja SA, Čabrian I, Frans Z, Hočevar Z, Kveder R. Slovenska klasifikacija zdravstvenih storitev 1998. Ljubljana, marec 1998.

Navuluri RB. Documentation: what, why, when, where, who, and how? Research for nursing practice, May 2001;

<http://www.graduateresearch.com/Navu-Docu.htm>, 13. 8. 2002.

Peric HK. Dokumentiranje zdravstvene nege. Obzor Zdr N 1997; 31: 115-126.

Peric HK. Dokumentiranje v zdravstveni negi - ali je res potrebno? Obzor Zdr N 1995; 29: 167-170.

Registered nurses association of British Columbia. Nurse to nurse: documentation. <http://www.Rnabc.bc.ca>, 13. 8. 2002.

Saba VK. Overview of home health care classification system (HHCC). V: Oud N, ed. Acendio 2002. Bern: Verlag Hans Huber, 2002: 65-90.

Sklepi 1. Kongresa zdravstvene nege Slovenije. Utrip 1998; VI (2): 5

Sklepi 2. Kongresa zdravstvene nege Slovenije. Utrip 1999; VII (12): 15

Tracker in nursing. http://www.Fitne.net/tracker/nursing/02_nursing.html, 13. 8. 2002.

White L. Basic nursing, foundations of skills and concepts. New York: Delmar Publishers, 2002.

Zakon o zdravstveni dejavnosti. Uradni list Republike Slovenije št. 9/92.

Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva. Uradni list Republike Slovenije št. 65/00.

RAZVOJ KADROV - ELEMENT VODENJA V ZDRAVSTVENI NEGI

Brigita Skela Savič, univ.dipl.org., viš.med.ses.

Onkološki inštitut Ljubljana

UVOD

Poslovna uspešnost in učinkovitost vsake organizacije je v tesni povezavi z učinkovitostjo njenih vodstvenih kadrov oziroma menedžmenta.

Na področju zdravstvene nege je v zadnjih desetih letih prišlo do korenitih sprememb v smislu uvajanja novih metod dela, ki bodo naredile zdravstveno nego bolj vidno, bolj kakovostno in primerljivo z zahodnim svetom. V praksi se je uveljavil izraz Sodobna zdravstvena nega, ki je opredeljen z aktivnostmi, ki jih mora udejaniti menedžment zdravstvene nege v praksi.

Nosilec teh sprememb je menedžment zdravstvene nege, ki mora glavno pot za doseg te visokih ciljev videti v permanentnem izobraževanju in usposabljanju vodilnih medicinskih sester in vseh zaposlenih v zdravstveni negi. **Strategija razvoja stroke obstaja samo na osnovi znanja.** Spremembe v načinu in strukturi dela v zdravstveni negi zahtevajo ustrezno prilagajanje znanj, sposobnosti, veščin in stališč zaposlenih novim zahtevam.

RAZVOJ VODSTVENIH KADROV V ZDRAVSTVENI NEGI

Za doseg ciljev s področja Sodobne zdravstvene nege je ena izmed ključnih aktivnosti razvoj vodstvenih kadrov. Razvoj vodstvenih kadrov v zdravstveni negi mora biti močno povezan s pozitivno kadrovsko selekcijo, ki zagotavlja ustrezno menedžersko kariero predvsem sposobnim, inovativnim in motiviranim kadrom. **Selekcijski mehanizem ne sme prepuščati nesposobnih, nekompetentnih, nemotiviranih in premalo izobraženih kadrov, kajti naj bodo cilji in naloge organizacije še tako dobro zastavljene, s takšnimi kadri ne bomo uspešni in učinkoviti.** Predvsem moramo dati poudarek ocenjevanju ključnih kadrov in mladih perspektivnih kadrov (naslednikov). Ti ključni kadri ponavadi predstavljajo okoli 10% zaposlenih. Ocenjujemo jih glede na njihove zmožnosti, da prevzamejo večje odgovornosti in razvojni potencial posameznikov (Možina, 1997).

Opomba: Prispevek je bil predstavljen in objavljen na 3. kongresu zdravstvene nege, Portorož, 2001

V menedžmentu zdravstvene nege morajo biti kadri s pozitivnimi stališči, večči timskega dela s prisotno inovacijsko motivacijo. To je pogoj, da bo uvajanje sodobnih pristopov v prakso potekalo s čim manjšimi odpori in problemi.

Vloga individualnih razvojnih načrtov

Za strateški razvoj vodstvenih kadrov potrebujemo individualni razvojni načrt posameznika, v katerem opredelimo tiste srednjeročne in dolgoročne potrebne sposobnosti, znanja, veščine in izkušnje, ki so nujen pogoj za doseganje strateških ciljev organizacije (Jereb, 1994).

Na področju zdravstvene nege si moramo zastaviti naslednja vprašanja:

- Kakšne vodstvene kadre bomo potrebovali, da bomo učinkovito odgovorili na vse izzive sodobnega razvoja zdravstvene nege?
- Kateri od najbolj kritičnih aktualnih problemov naše dejavnosti so povezani z vodenjem ?
- Ali razpolagamo z vodstvenimi kadri, ki so sposobni oblikovati in voditi razvojno strategijo v zdravstveni negi?
- Koliko vodstvo zdravstvene nege s svojimi pogledi, usmeritvami in s strategijo prispeva k oblikovanju take organizacijske strukture, ki spodbuja sodelovanje, inovativnost in identificiranje zaposlenih z organizacijo?
- Kakšna je naša temeljna filozofija na področju izobraževanja, usposabljanja in izpopolnjevanja vodstvenih kadrov?

Razvijanje perspektivnih kadrov poteka v dveh smereh, in sicer kot strokovna ali vodstvena kariera. V naprednih organizacijah je zato omogočeno horizontalno in vertikalno napredovanje.

Horizontalno promoviranje je uveljavljanje na istem delu, vendar z večjim obsegom odgovornosti, obvladovanjem zahtevnejših, bolj specializiranih ali raznovrstnih nalog ter boljšim delovnim statusom (Merkačeva, 1998).

Vertikalno promoviranje je uveljavljanje na zahtevnejše delovno mesto, za katero se zahteva dodatno znanje, spretnosti in sposobnosti. Poteka lahko na zahtevnejše položaje po menedžerski ali po strokovni lestvici (Merkačeva, 1998).

Pri vodenju službe zdravstvene nege zato ne smemo razmišljati samo o razvoju vodstvenih kadrov (vertikalno napredovanje), ampak je potrebno dati ustrezno težo tudi strokovnemu (horizontalnemu) napredovanju. Strokovna znanja iz zdravstvene nege so nosilec razvoja stroke in raziskovalnega dela. Brez ustreznega horizontalnega in vertikalnega napredovanja ni mogoče govoriti o uspešnem vodenju in razvoju službe zdravstvene nege.

SPREMLJANJE VODSTVENIH KADROV SKOZI VSO DELOVNO DOBO

Temeljna naloga kadrovskega menedžmenta v zdravstveni negi je čimbolj izkoristiti vse talente, sposobnosti in razvojne potenciale zaposlenih skozi vso njihovo delovno dobo.

Menedžerska kariera posameznika je odvisna predvsem od njegovih potencialov, sposobnosti, motivacije in ambicij. Vendar pa tudi kadrovski menedžment na različne načine vpliva na menedžersko kariero posameznika. Po Sattelbergerju, prirejeno po Jerebu (1994), smo povzeli razvoj vodstvenih kadrov po posameznih stopnjah in ga prilagodili na področje zdravstvene nege. Stopnje razvoja menedžerja v zdravstveni negi:

Izobraževanje in usposabljanje za pridobivanje temeljnih menedžerskih znanj

Kandidata, ki ga vključimo v ta proces, smo predhodno ocenili in ugotovili, da njegovo strokovno znanje iz zdravstvene nege ustreza za vodstveno mesto, prav tako ima nakazane sposobnosti za vodenje in usmerjanje ljudi ter pozitivne človeške lastnosti. V tem obdobju kandidat razvije tudi lastne interese in potrebe. Obdobje pridobivanja menedžerskih znanj, sposobnosti in veščin naj traja dve do tri leta.

Pridobivanje izkušenj, začetek menedžerske kariere

Gre za pridobivanje prvih vodstvenih izkušenj, pomembnih za nadaljnjo kariero. V tem obdobju, ki traja tri do pet let, sprejmemo tudi odločitev o tem, ali izbrano delovno področje in uspehi kandidata zadovoljujejo potrebe in zahteve organizacije in kandidata samega.

Srednja stopnja menedžerske kariere

Kandidat prevzame večje vodstvene funkcije, potrebno je nadaljnje izobraževanje, usposabljanje in izpopolnjevanje s ciljem, postati učinkovit pri uresničitvi ciljev organizacije. Menedžer načrtuje svoj nadaljnji razvoj in kariero. Obdobje traja 3 do 5 let.

Zrelo obdobje menedžerske kariere

Menedžer je izkušen, ima osvojena menedžerska znanja, sposoben je prevzeti najvišje vodstvene odgovornosti. Lastnosti: učinkovitost pri uresničitvi ciljev organizacije in usmerjenost na strateške cilje. Obdobje traja 10 do 15 let.

Zadnje obdobje menedžerske kariere z vodstvenimi odgovornostmi

Menedžer prevzame vlogo mentorja in prispeva svoje sposobnosti ter izkušnje razvoju organizacije. Izvede izbor mlajših kandidatov za "naslednike" in jim omogoča razvoj. Uresničuje svojo integracijsko funkcijo. Obdobje traja 3 do 5 let.

Popuščanje in postopen umik

Postopno zmanjševanje vpliva, moči in odgovornosti. Opravljanje različnih svetovalnih vlog v organizaciji. Potrebno je akceptiranje mnenj in predlogov mlajših sodelavcev, iskanje nove vloge v organizaciji, v skladu z zmanjšanjem kompetenc in motivacije. Obdobje se prične dve do tri leta pred upokojitvijo.

Upokojitev

Akceptiranje sprememb v načinu življenja, ostati fizično in psihično aktiven.

KAKO IZBRATI PRAVO VODSTVO V ZDRAVSTVENI NEGI

Možni kandidati za menedžerje so na vseh ravneh organizacije. Treba jih je pravočasno prepoznati in ustrezno pripraviti na vlogo, ki jo bodo v prihodnje imeli v menedžmentu (Merkač, 1998).

Oblikovanje lastnih vodstvenih kadrov ima nekatere prednosti pred prihodom zunanjih, tujih kadrov, saj domači kadri temeljito poznajo stroko, organizacijo dela, komunikacijske poti ter poslovanje. Ves čas imamo možnost presoje in ocenjevanja njihovih sposobnosti, motivacije in uspehov pri delu.

Za razpravo o tem, kako v prihodnosti izbrati pravo vodstvo v zdravstveni negi, ki bo kos vsem novim izzivom, je zelo pomembno vedeti, kaj meni trenutna vodilna struktura medicinskih sester o tem, kakšen mora biti menedžer v zdravstveni negi in kakšna je njegova razvojna pot. V ta namen smo na Onkološkem inštitutu Ljubljana v septembru leta 2000 izvedli raziskavo med vodilnimi medicinskimi sestrami in njihovimi namestnicami. Vprašanja za anketo smo delno povzeli iz mednarodne raziskave, v kateri so slovenski menedžerji odgovarjali na vprašanja o svoji karieri (Merkač, 1998). Postavili smo vprašanja z naslednjih področij:

- vertikalno in horizontalno napredovanje,
- merila za izbor vodilnih kadrov,
- stopnje razvoja vodilnih kadrov
- strategija razvoja in vodenja službe zdravstvene nege,
- zadovoljstvo s kariero.

V nadaljevanju povzemamo nekatere rezultate raziskave.

Rezultati raziskave

Rezultati kažejo, da več kot polovica anketiranih ne razume pomena in vloge horizontalnega in vertikalnega napredovanja, zlasti je ta odstotek večji pri timskih medicinskih sestrah, saj znaša kar 63%. Potrebno bo uporabiti vse razpoložljive resurse in medicinskim sestram prikazati pomen horizontalnega napredovanja, prav tako ga je potrebno spodbujati in mu dati ustrezno strokovno in organizacijsko težo. Vzpostavljeno horizontalno napredovanje bo motivator za tiste zaposlene, ki niso na vodstvenih položajih in bo pripomoglo k hitrejšemu razvoju stroke. Če ne vzpostavimo sistema vertikalnega in horizontalnega napredovanja, se nam lahko zgodi, da bodo perspektivni strokovnjaki v organizaciji zaradi želje po napredovanju zasedli pomembne menedžerske položaje (status, plača, boniteta), kjer pa ne bodo uspešni, ker nimajo ustreznih znanj in sposobnosti za vodenje. **Tako si naredimo dvojno škodo, saj izgubimo dobrega strokovnjaka in dobimo slabega menedžerja.** Iz zgoraj naštetih razlogov je nujno, da sta konici obeh napredovalnih lestvic čim bolj izenačeni (Merkač, 1998). Podsystem horizontalnega napredovanja lahko oblikujemo glede na naravo dela ali v okviru posameznih delovnih področij (Florjančič, 1998). Primer horizontalnih napredovanj v zdravstveni negi: mentorstvo pripravnikom in študentom, pedagoško delo (strokovna predavanja, učne delavnice itd.), specializacija z določenega strokovnega področja in s tem povezana strokovna izobraževanja v tujini, strokovno delo na določeni problematiki (razvijanje standardov, dokumentacije zdravstvene nege, priprava edukacijskih gradiv za bolnike itd.), zadolžitve za razvijanje novih metod dela itd.

Anketiranci so merila za vertikalno napredovanje razvrstili tako, da so na prvih petih mestih izobrazba, strokovnost, inteligenca, sposobnost informiranja in usmerjenost na naloge. Po Merkaču (1998) v prvo skupino spremenljivk, ki vplivajo na vertikalno promocijo menedžerjev sodijo: izobrazba, inteligenca, analitične sposobnosti, dobra obveščenost, usmerjenost na naloge, prevzemanje tveganja itd. Ker ne gre za top menedžment najverjetneje prevzemanje tveganja anketiranci niso uvrstili med prvih pet meril, vendar menimo, da bi bilo potrebno posvetiti večjo pozornost analitičnim sposobnostim in odgovornostim za prevzemanje tveganja, saj gre za odgovornost organiziranja dela za bolnike in odgovornost za materialne stroške, ki jih ustvarja zdravstvena nega. Prav tako je prevelika teža pripisana strokovnosti in premajhna vodstvenim značilnostim, kot so demokratičnost, zlasti pri timskih medicinskih sestrah, saj je le-ta komaj na dvanajstem mestu.

Zadovoljstvo s kariero so anketiranci izrazili na številčni lestvici od 1 do 5. Skupno 18% timskih medicinskih sester je zelo nezadovoljnih oziroma nezadovoljnih s svojo kariero, 27% pa ni niti zadovoljnih niti nezadovoljnih. Medicinske sestre, ki so svoje zadovoljstvo izrazile s števili od 1 do 3, je potrebno motivirati z uvedbo horizontalnega napredovanja. Tudi zadovoljstvo vodilnih medicinskih sester s svojo kariero je pod pričakovanji, saj jih 46% ni niti

zadovoljnih niti nezadovoljnih, skoraj 8% pa jih je nezadovoljnih. Da bi povečali zadovoljstvo zaposlenih s svojo kariero, si mora top menedžment zdravstvene nege po Jerebu (1994) odgovoriti na naslednja vprašanja:

- ali vodilna struktura v službi zdravstvene nege dovolj dobro pozna strateške razvojne usmeritve,
- ali so odločitve menedžmenta zadovoljivo pojasnjene nižjim nivojem,
- ali imajo sodelavci na svojem delovnem področju možnosti postaviti vprašanje "zakaj",
- ali so sodelavci glede na njihove pristojnosti, vključeni v proces sprejemanja odločitev,
- ali je zagotovljen ustrezen prenos informacij med nivoji (delovni sestanki, strokovni in organizacijski kolegiji),
- ali obstajajo "nevidni zidovi" med posameznimi hierarhičnimi nivoji ali funkcijskimi področji.

Anketirani so stopnje razvoja (od 1 do 7) po Jerebu (1994), ki smo jih nanizali v nepravilnem vrstnem redu, razvrstili v vsebinsko pravilnem vrstnem redu, kar kaže, da anketiranci razumejo stopnje razvoja menedžerja. Rezultati kažejo, da vodstveni kadri v službi zdravstvene nege na Onkološkem inštitutu Ljubljana razumejo stopenjski koncept razvoja vodstvenih kadrov. Vendar primeri iz prakse v zdravstvu niso ravno razveseljujoči, saj večina menedžerjev ostane na vodilnih mestih do upokojitve. Vloga mentorja je za njih še sprejemljiva, medtem ko je vloga svetovalca za njihovo razumevanje degradacija, čeprav je jasno, da je to obdobje nujno povezano s postopnim umikom in s predhodnim zmanjševanjem vpliva, moči in odgovornosti. V sistemizacije delovnih mest je zato potrebno vnesti delovno mesto svetovalec za zdravstveno nego in ga primerno finančno ovrednotiti.

Rezultati ankete kažejo, da anketiranci čutijo pomanjkanje znanj, virov in pristojnosti za uresničitev strategije razvoja stroke. Vseh znanj, sposobnosti in veščin vodenja, ki ji bodo vodilni kadri potrebovali pri uresničitvi strateških ciljev, ponavadi ni mogoče zagotoviti samo znotraj organizacije. Potrebne so povezave z zunanjimi izobraževalnimi ustanovam in izpopolnjevanje v tujini. Na nižjih nivojih vodenja je potrebno stalno izpopolnjevanje skozi prakso in izobraževalno delo na primerih. Zavedati se moramo, da razvoj zelenih sposobnosti pri zaposlenih ne moremo doseči na kratek rok. Potrebno je sistematično načrtovanje izobraževanj in usposabljanj na dolgi rok.

Rezultati izvedene ankete so potrdili tezo M. Bohinca (1997), da je potrebno izobraževanje iz menedžmenta za vodilne medicinske sestre, še več, potrebna je univerzitetna izobrazba iz menedžmenta v zdravstvu oziroma zdravstveni negi.

ZAKLJUČEK

Raziskava je pokazala, da je za razvoj perspektivnih kadrov potrebno upoštevati kar nekaj okoliščin. Potrdili smo tezo, da je nujno načrtovanje kariere za pridobitev sposobne vodstvene strukture v zdravstveni negi, kar je pogoj za doseg ciljev vodenja in razvoja stroke.

Dober menedžer v zdravstveni negi deluje v okviru ciljno naravnanih usmeritev. Čeprav želi obvladovati položaj, se mora hkrati zavedati, da potrebuje dobre sodelavce. Pri uresničevanju ciljev mora uresničevati politiko timskega dela in pri tem upoštevati vrednote organizacije, interese in želje ljudi ter poudariti odgovornosti in povezovanje med sodelavci. Potrebno je, da je samozavesten in prepričan o svoji viziji, vendar mora priznavati tudi druge alternative in je sposoben napraviti etično ločnico med dobrim in slabim. Predvsem pa se ne sme upirati spremembam, temveč je sposoben samokritične presoje in se zavzema za uvajanje sprememb v praksi. Menedžer današnjega časa mora iskati svojo konkurenčno prednost v sposobnostih, da izkoristi znanje svojih zaposlenih.

Menedžer s takšnimi lastnostmi in sposobnostmi bo sposoben izpeljati potrebne spremembe za uveljavitev zdravstvene nege v zdravstvu in celotni družbi. Ravno iz zgoraj naštetih razlogov je potrebno vodstvene kadre v zdravstveni negi sistematično in dolgoročno razvijati. Že danes je potrebno narediti ustrezne korake, da lahko pričakujemo uspehe šele čez nekaj let.

Literatura:

Bohinc, M., (1997): Menedžment in izobraževanje vodilnih medicinskih sester, Obzornik zdravstvene nege, letnik 31, številka 5 - 6, str. 247 - 252.

Florjančič, J., Jereb, J.,(1998): Načrtovanje kadrov in njihovega razvoja, Management kadrovskih virov, urednik S.Možina, Fakulteta za družbene vede, Ljubljana; 29 - 74.

Jereb, J.,(1994): Razvoj vodstvenih kadrov, Globalni in kadrovski management, urednik J. Florjančič, Moderna organizacija, Kranj;189 - 204.

Merkač, M., Možina, S.,(1998): Raziskovanje in promoviranje kadrovskih virov, Management kadrovskih virov, urednik S. Možina, Fakulteta za družbene vede, Ljubljana; 447 - 486.

Možina, S.,(1997): Strateško načrtovanje kadrovskih virov v organizaciji, Organizacija, letnik 30, številka 10, str. 537 - 545.

Skela Savič, B., (2000): Razvoj in usposabljanje vodstvenih kadrov v zdravstveni negi, Organizacija, letnik 33, številka 10, str. 651 - 659.

SPONZORJI

29. STROKOVNI SEMINAR so gmotno podprli:

poleg pokroviteljev

Hoffmann-La Roche Ltd

Jansen-Cilag

še

spozorji:

BIERSDORF MEDICAL

COLOPLAST A/S PODRUŽNICA LJUBLJANA

ČISTOČA

FONDACIJA DR. J. CHOLEVA

JOHNSON&JOHNSON

KASTOR M.D.

MEDIS

SANOLABOR

SIND LJUBLJANA

TOSAMA

3M AG

VALENCIA

ZVEZA SLOVENSКИH DRUŠTEV ZA BOJ PROTI RAKU

SEZNAM STROKOVNIH SEMINARJEV SEKCIJE MEDICINSKIH SESTER V ONKOLOGIJI

1.

ONKOLOŠKA GINEKOLOGIJA
RAK JAJČNIKOV
16. maj 1986

2.

ZDRAVSTVENA NEGA STOM
20. november 1987

3.

PLJUČNI RAK
11. marec 1988

4.

RAK V ORL PODROČJU
11. november 1988

5.

BRAHIRADIOTERAPIJA V GINEKOLOGIJI
3. marec 1989

6.

AKUTNE LEVKEMIJE
27. oktober 1989

7.

MALIGNI MELANOM
9. marec 1990

8.

MALIGNI TUMORJI TESTISA
28. september 1990

9.

KARCINOM SEČNEGA MEHURJA
8. marec 1991

10.

MEDICINSKA SESTRA IN STRES
4. oktober 1991

11.
STRANSKI UČINKI CITOSTATIKOV
5. marec 1992

12.
DIAGNOSTIKA V ONKOLOGIJI
25. september 1992

13.
MALIGNI LIMFOMI
5. marec 1993

14.
IZBRANA POGlavJA IZ GINEKOLOŠKE ONKOLOGIJE
3. in 4. marec 1994

15.
RAK ČREVESJA
7. in 8. oktober 1994

16.
TUMORJI V OTROŠKIDOBI
10. marec 1995

17.
ZAČETKI UVAJANJA PROCESA ZDRAVSTVENE NEGE
NA ONKOLOŠKEM INŠTITUTU LJUBLJANA
28. in 29. september 1995

18.
NOVOSTI V SISTEMSKEM ZDRAVLJENJU IN PRI ZDRAVLJENJU
KRONIČNE BOLEČINE
8. marec 1996

19.
STANDARDI ONKOLOŠKE ZDRAVSTVENE NEGE
USTNA VOTLINA
8. november 1996

20.
ZADOVOLJNA, CELOVITO UREJENA MEDICINSKA SESTRA,
KAKOVOSTNA ZN
15. in 16. maj 1997

21.
KOMUNIKACIJA V ZDRAVSTVENI NEGI
13. november 1997
22.
PLJUČNI RAK
28. in 19. maj 1998
23.
DOJKE - OKRAS ŽENSKÉ
IN NJENA BOLEČINA
15. in 16. oktober 1998
24.
RAK MOD
18. maj 1999
25.
POMEN PREHRANE PRI NASTANKU IN ZDRAVLJENJU
MALIGNIH OBOLENJ
14. in 15. oktober 1999
26.
KAJ JE STORJENO NA PODROČJU INFORMIRANJA BOLNIKOV
V ONKOLOŠKI ZDRAVSTVENI NEGI
10. marec 2000
27.
NAPREDOVALI RAK - DODAJMO ŽIVLJENJE DNEVOM
19. IN 20. oktober 2000
28.
URGENTNA STANJA V ONKOLOGIJI
IN HORMONSKO ZDRAVLJENJE RAKA DOJK
18. in 19. oktober 2001
29.
RAZVOJ ONKOLOGIJE IN ONKOLOŠKE ZDRAVSTVENE NEGE
KAKOVOST V ZDRAVSTVENI NEGI
10. in 11. oktober 2002

3M™ Cavilon™ trajna zaščitna krema
 Koncentrirana zaščitna krema, ki vazi kožo in hkrati zagotavlja edinstveno dolgotrajno zaščito pred škodljivim delovanjem telesnih izločkov.

3M Zdravje inovacije za zdravje

- + omogoča dlžanje kože
- + ohranja naravni pH kože
- + omogoča normalno lepljenje oblijev
- + ne zmanjšuje popolnosti plenice
- + pogosto nanesanje ni potrebno
- + stroškovno upravičena uporaba

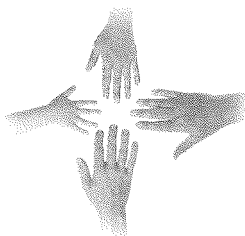


Higiensko razkuževanje rok



Zakaj?

Higiensko razkuževanje (dezinfekcija) rok predstavlja enega najpomembnejših in najbolj učinkovitih preventivnih ukrepov za prekinitev verige in za preprečevanje okužb.



Glavni cilj higienskega razkuževanja rok je iz okolice privzete klice (prehodna flora), čim hitreje narediti neškodljive - za zaščito bolnikov, zdravnikov in osebja zdravstvene nege.

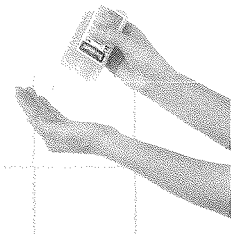
V naslednjih primerih je nujno higienko razkuževanje rok:

- Po stiku z vsakim bolnikom ali njegovimi telesnimi izločki
- Po odstranitvi zaščitnih rokavic
- Pred invazivnimi ali aseptičnimi posegi (punkcije, menjave obveze)
- Med nego kontaminiranih in čistih predelov telesa pri istem bolniku
- Pred stikom z urinskim ali žilnim katetrom, infuzijskim sistemom



Sterillium®

	umivanje rok z milom	higiensko razkuževanje
Zmanjšanje števila klic (v desetiških potencah)	ca. 3	4 - 5
Uničenje klic	ne	da
Čistilni učinek	da	ne
Umivalnik, brisače	potrebno	nepotrebno
Prenašanje na koži	slabo	dobro
Higienska varnost	majhna	visoka



Kaj nudijo sodobna razkužila? S čim? Kdaj?

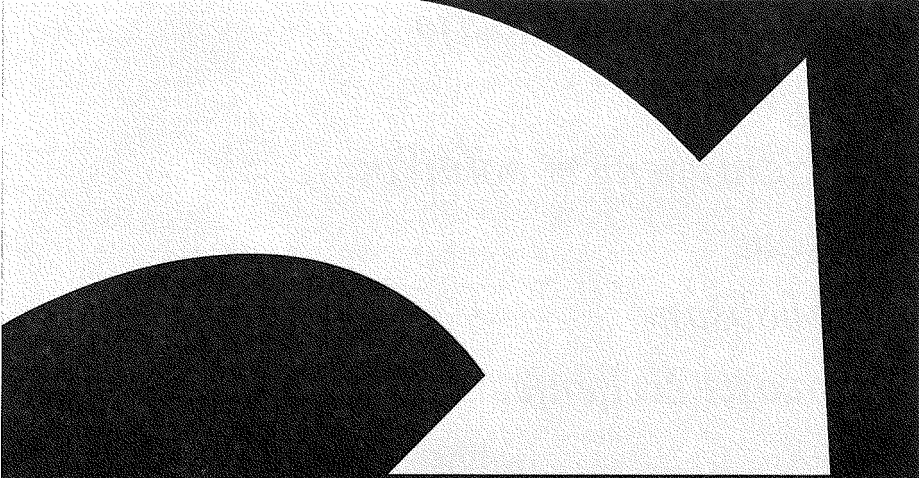
Razkuževanje rok z alkoholnimi pripravki za vtiranje se je danes uveljavilo v vseh medicinskih vejah. Je učinkovitejše, hitrejšo in manj škodljivo za kožo kot vse druge tehnike in sredstva. Uporaba je enostavna in povsod izvedljiva.

BDF ●●●●

Beiersdorf d.o.o.

Letališka 32, 1000 Ljubljana, tel: 01/ 548 48 82, fax: 01/ 548 48 88





upravljanje in vzdrževanje
poslovnih in stanovanjskih objektov

vsakodnevna in generalna **čiščenja**

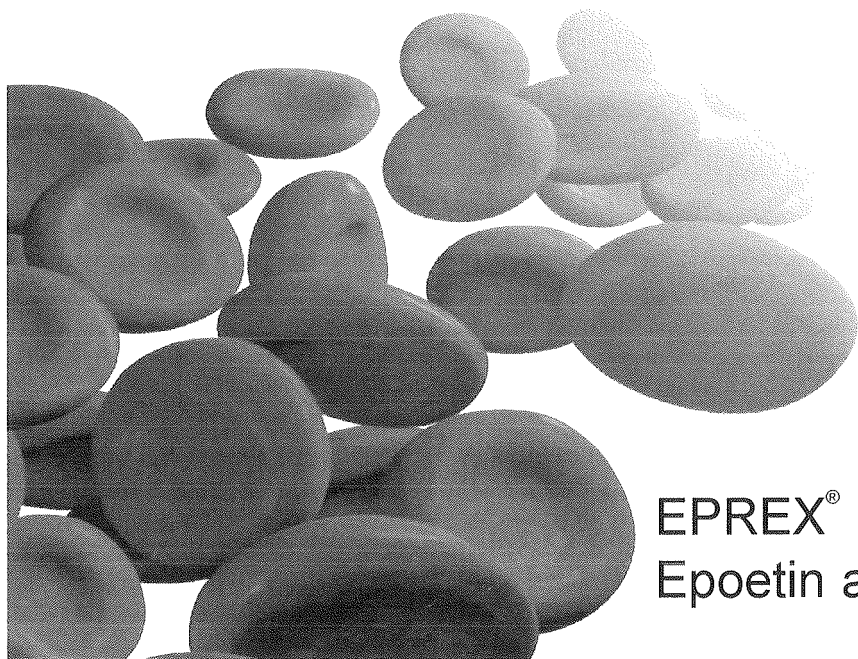
fizično in tehnično **varovanje**,
receptorska in telefonska služba

Vredno je izbrati kakovost.



čistoča, d.o.o.,
upravljanje, čiščenje, varovanje
Ljubljanska c. 12f, 1236 Trzin
t: 01/560 31 00, **f:** 01/560 31 11
e: info@cistoca.si
w: www.cistoca.si

*Z optimalno vrednostjo
hemoglobina
med zdravljenjem bolnikov
z rakom
do izboljšane
kakovosti življenja.*

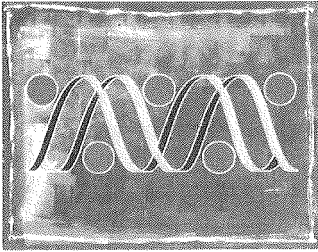


EPREX[®]
Epoetin alfa



A division of Johnson&Johnson S.E.

Sestava: epoetin alfa: 1000 i.e./0,5 ml, 2000 i.e./0,5 ml, 3000 i.e./0,3 ml, 4000 i.e./0,4 ml, 10.000 i.e./1,0 ml. Pomožne snovi: natrijev dihidrogenfosfat dihidrat, dinatrijev hidrogenfosfat dihidrat, natrijev klorid, polisorbitat 80, glicin in voda za injekcije. **Terapevtske indikacije:** Zdravljenje anemije in zmanjšanje potreb po transfuziji pri odraslih bolnikih, ki prejemajo kemoterapijo zaradi solidnih tumorjev, malignih limfomov ali multiplih mielomov, in pri katerih obstaja tveganje za transfuzijo na osnovi ocene bolnikovega splošnega zdravstvenega stanja. **Kontraindikacije:** nenadzorovana arterijska hipertenzija, preobčutljivost za katero od sestavin zdravila, bolniki, ki ne morejo dobiti ustrezne antitrombinske profilakse. **Posebna opozorila in previdnostni ukrepi:** treba je skrbno spremljati in po potrebi nadzorovati krvni tlak. Previdna uporaba epoetina alfa je potrebna pri nezdravljeni, neustrezno zdravljeni ali slabo nadzorovani hipertenziji. Pri bolnikih, zdravljenih z epoetinom alfa, je treba redno meriti koncentracije hemoglobina, dokler ni dosežena stabilna vrednost, zatem pa se meritve opravljajo periodično. Epoetin alfa je treba previdno uporabljati tudi pri bolnikih z epilepsijo in kronično odpovedjo jeter. V posameznih primerih se lahko pojavi hiperkaliemija. Med zdravljenjem z epoetinom alfa se lahko pojavi zmerno, prehodno, od odmerkov odvisno povečanje števila trombocitov. Pri bolnikih s kronično ledvično odpovedjo so v izredno redkih primerih poročali o čisti aplaziji rdeče krvne vrste po več mesecih ali letih zdravljenja z eritropoetini. Preučiti je treba še druge vzroke anemije in jih zdraviti pred začetkom zdravljenja z epoetinom alfa. Zagotoviti je treba ustrezne zaloge železa. Pri ocenjevanju primernosti zdravljenja z epoetinom alfa (bolniki, ki jim grozi transfuzija), je treba upoštevati 2-3-tedenski zamik med dajanjem eritropoetina ter tvorbo rdečih krvničk, ki jo izzove eritropoetin. **Interakcije z drugimi zdravili:** O vplivu zdravljenja z epoetinom alfa na metabolizem drugih zdravil ni dokazov. Ker pa se ciklosporin veže na rdeče krvne celice, je možna interakcija med njim in zdravilom. **Odmerjanje in način uporabe:** Pri odraslih bolnikih z rakom (npr. $Hb \leq 105 \text{ g/l}$ [$6,5 \text{ mmol/l}$]), ki prejemajo kemoterapijo je treba uporabiti subkutani način dajanja. Začetni odmerek je 150 i.e./kg subkutano, trikrat na teden. Če vrednost Hb naraste za najmanj 10 g/l (0,62 mmol/l), ali se število retikulocitov poveča za ≥ 40.000 celic/ml nad osnovno vrednost po 4 tednih zdravljenja, se naj še naprej uporablja odmerek 150 i.e./kg. Če je zvečanje Hb $< 10 \text{ g/l}$ ($< 0,62 \text{ mmol/l}$) in je število retikulocitov naraslo za < 40.000 celic/ml nad osnovno vrednost, zvečajte odmerek na 300 i.e./kg. Če je po dodatnih 4 tednih zdravljenja s 300 i.e./kg, vrednost Hb narasla na $\geq 10 \text{ g/l}$ ($\geq 0,62 \text{ mmol/l}$), ali se je število retikulocitov zvečalo na ≥ 40.000 celic/ml, naj ostane odmerek 300 i.e./kg. Če se je vrednost Hb zvečala za $< 10 \text{ g/l}$ ($< 0,62 \text{ mmol/l}$), število retikulocitov pa je naraslo < 40.000 celic/ml nad osnovno vrednost, odziv ni verjeten in je treba zdravljenje prekiniti. **Neželeni učinki:** nespecifični kožni izpuščaji, "gripi podobni" simptomi (glavobol, bolečine v sklepih, slabost, vrtoglavica, utrujenost), trombocitoza (zelo redko), hipertenzija. **Način izdajanja zdravila:** H/Rp.



NeoRecormon®

Epoetinum Beta

Builds blood
Builds strength
Builds hope

Reco-Pen®



KASTOR

MEDICAL DENTAL d.o.o.

Za Vas CICA CARE uvaža: KASTOR Ljubljana
Za izdelek CICA CARE povprašajte v lekarnah
in trgovinah z ortopedskimi pripomočki.



Cica-Care*

za zdravljenje brazgotin

- Silikonski obliž
- Za večkratno uporabo
- Za preventivo, oskrbo novo nastalih in zastaranih brazgotin

CICA CARE je samolepljiv, prozoren in izredno prilagodljiv obliž. Odlikuje se po učinkovitosti, enostavni uporabi in dolgi vzdržljivosti. Isti obliž lahko uporabljamo približno mesec dni. Predvsem je učinkovit pri izbočenih (hipertrofičnih in keloidnih) in obarvanih (rdečih) brazgotinah. Brazgotino obliž zgladi, izboljša strukturo tkiva in odpravi neprijetno rdečino. Pokličite nas, z veseljem Vam bomo povedali več o obližu CICA CARE.

KASTOR Medical Dental,
tel. 01/432 74 00, 432 93 85

Več o izdelkih iz našega prodajnega programa:
www.kastor-md.si

SIND LJUBLJANA D.O.O.
FREYERJEVA 32B, 1000 LJUBLJANA

TEL: 00 386 1 515 62 90
FAX: 00 386 1 515 62 95

Ekskluzivno zastopstvo za proizvajalce:

- ***RÜSCH*** po programih: *anestezija in intenzivna terapija*
- *urologija in endourologija*
- *kirurgija*
- ***VBM*** (*laringealni tubusi*)
- ***DATASCOPE*** (*aparatura bolnišnična oprema: monitorji za nadzor vitalnih funkcij, intra-aortne črpalke, potrošni material: intra-aortni katetri*)
- ***AMG*** (*stenti, PTCA katetri, PTA katetri*)
- ***CARDIMA*** (*program za elektrofiziologijo*)
- ***REGO*** (*zaščitna rentgenska oprema*)
- ***DELTA MED*** (*intravenozne kanile*)
- ***GARANTOL*** (*centralno-venski katetri, dializni katetri*)

TOSAMA SE PREDSTAVLJA NETKANI MATERIALI ZA OSKRBO RANE

Mnoge razvite evropske države so izdelke za oskrbo rane iz gaze, zamenjale z novimi izdelki iz netkane vlaknovine. Razlog je v novi doktrini oskrbe rane, v prednostih, ki jih novi materiali nudijo in pa v cenovni prednosti netkanih materialov. Tudi v slovenskih bolnišnicah se uspešno uvajajo novi materiali in velikokrat je gaze omejena le še za potrebe OP dvoran.

Tudi v Tosami, največjem proizvajalcu sanitetnega materiala v Sloveniji in nasploh v tem delu Evrope, smo pričeli z lastno proizvodnjo teh materialov.

Prednost uporabe netkanih materialov

- ◆ Preprosta uporaba
- ◆ So izjemno nežni, mehki, vpojni
- ◆ Hitrejša in boljša vpojnost kot pri izdelkih iz gaze
- ◆ Se ne sprimejo z rano
- ◆ Izdelani so iz materialov, ki so koži prijazni, je ne dražijo in ne povzročajo alergij
- ◆ Lahko se sterilizirajo na vse običajne načine
- ◆ Rani nudijo toplo in vlažno okolje, omogočajo boljše in hitrejšo celjenje
- ◆ Različne dimenzije omogočajo vsestransko uporabo
- ◆ Izdelki so na voljo v sterilni in nesterilni obliki
- ◆ Ekonomična uporaba

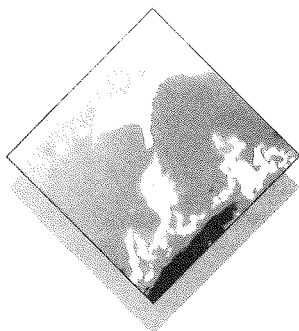
Netkani izdelki, ki so na voljo v Tosami

- ◆ Vivanet - komprese iz netkanega materiala so sestavljene iz mešanice viskoze in poliestra, v razmerju 70:30%. Uporabljajo se v fazi čiščenja pri akutnih, umazanih in okuženih ranah. Na voljo so v standardnih dimenzijah: 5 × 5 cm, 7,5 × 7,5 cm, 10 × 10 cm, 20 × 10 cm (dim. 7,5 × 7,5 cm in 10 × 10 cm tudi z Y prerezom), v sterilni obliki po 2 kosa ali po 100 kos v nesterilni obliki.
- ◆ Vivasorb- visoko vpojna obloga iz netkanega materiala. Jedro je iz 100% bombaža, s tekočinsko zaporo na zgornji strani. Uporablja se pri ranah z zmernim do zelo močnim izločanjem in pri odprtih drenažah. Dimenzije: 12 × 10 cm, 20 × 10 cm, 25 × 15 cm, 20 × 20 cm, 40 × 20 cm, v sterilni obliki po 1 kos ali po 100 kos v nesterilni obliki.
- ◆ Netkani tamponi uporabljajo se v fazi čiščenja pri akutnih, umazanih in okuženih ranah. Na voljo so v šestih različnih dimenzijah, od št. 1-6. Na voljo so v nesterilni obliki, ali v različnih setih - sterilni ali nesterilni.
- ◆ Vivapore - sterilni obliž za prekrivanje manjših površinskih ran, postoperativnih ran, ran ki malo krvavijo. Blazinica na nosilni netkani vlaknovini je iz 100% viskoze prevlečena s polipropilenskim filmom, ki onemogoča sprijetje z rano. Dimenzije: 5 × 7 cm, 10 × 9 cm, 15 × 9 cm, 20 × 10 cm, 25 × 10 cm, sterilni (EO), posamično pakirani.
- ◆ Vivapore I.V. - obliž za pritrditev I.V. kanile, prerezan po dolžini. Blazinica na nosilni netkani vlaknovini je iz 100% viskoze, nahaja se na mestu vboda in je prevlečena s polipropilenskim filmom, ki onemogoča sprijetje. Dimenzija: 9 × 6 cm, sterilni (EO), posamično pakirani.
- ◆ Vivafix - samolepilni trak za pritrditev obvezilnega materiala. Zaščitni papir na zadnji strani je centimetersko označen in prerezan po sredini, kar olajšuje uporabo. Dimenzije: 2,5 cm × 10 m, 5 cm × 10 m, 10 cm × 10 m, 15 cm × 10 m, 20 cm × 10 m, 25 cm × 10 m, v nesterilni obliki.

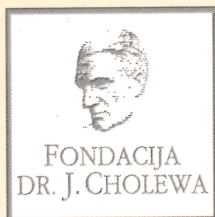
Za vsa vprašanja in predloge smo vam na voljo: www.tosama.si, marketing@tosama.si.
Tel: 01 7290 - 247, 7290 - 244, 7290 - 245

SLOVENIJA 2000 IN RAK

Desetletni zdravstvenovzgojni program za 15-odstotno zmanjšanje zbolewnosti in umrljivosti za rakom



ZVEZA SLOVENSКИH DRUŠTEV ZA BOJ PROTI RAKU



*Za raziskovajne rakastih bolezni
je treba veliko naporov, sposobnosti in sredstev*