

NOVOSTI – IZKUŠNJE – POBUDE

ADVANCES – EXPERIENCE – SUGGESTIONS

IZOBRAŽEVANJE TER USPOSABLJANJE NOSILCEV ZDRAVSTVENE NEGE KOT MOŽNOST IN PRILOŽNOST IZVAJALCEV ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI

Izobraževanje kot družbena dejavnost in kot dejavnost posameznika je ključnega pomena za razvoj vsake družbe¹

Izobraževanje je ena izmed temeljnih pravic delavca. Konvencija Mednarodne organizacije dela št. 140 o plačanem dopustu za izobraževanje iz leta 1974, ki jo je Slovenija ratificirala, določa, da so članice MOD dolžne spodbujati in zagotavljati uvedbo plačanega dopusta za izobraževanje tako za šolanje na vseh ravneh, za splošno, družbeno in državljansko vzgojo in za sindikalno izobraževanje. Zakon o delovnih razmerjih (Ur. l. št. 42/02, v nadaljevanju: ZDR) določa, da ima delavec pravico in dolžnost do stalnega izobraževanja, izpopolnjevanja in usposabljanja v skladu s potrebami delovnega procesa, z namenom ohranitve oziroma širitve sposobnosti za delo na delovnem mestu ter ohranitve zaposlitve.

Teorije razvoja človeških virov obravnavajo izobraževanje kot namensko pridobivanje znanja, sposobnosti ter drugih konkurenčnih prednosti posameznika, ki pripomorejo h konkurenčnosti delodajalca. Organizacije se torej usmerjajo k zaposlenim kot viru za doseganje konkurenčne prednosti. Kljub temu da teorije razvoja človeških virov razlikujejo med usposabljanjem, izobraževanjem ter razvojem, slovenska zakonodaja uporablja predvsem termin izobraževanje in s tem pojmom zajema celotno področje vlaganja v razvoj zaposlenih.

Zdravstvena dejavnost, na način kot je urejena v Sloveniji trenutno, torej v okviru javnega zdravstva, šele razvija pojem konkurenčnosti med posameznimi izvajalci zdravstvene dejavnosti. Izobraževanje ter usposabljanje zdravstvenih delavcev in sodelavcev se izvaja v imenu kakovosti storitev, je pa upravičeno pričakovati, da bo kakovost z nadaljnjim razvojem dejavnosti bistvena konkurenčna prednost med izvajalci zdravstvih storitev. Izobraževanje in usposabljanje zaposlenih ter njihov razvoj postajajo ključnega pomena za izvajalca zdravstvenih storitev. Le usposobljeni ter motivirani zaposleni bodo kakovostno izvajali svoje delo.

Funkcija zdravstvene nege se v zadnjih nekaj letih temeljito spreminja. Zdravstvena nega je kot stroka v izjemnem razvoju in od visoko usposobljenega kadra zdravstvene nege se pričakuje veliko.

Poglavitne kompetence, ki se jih pričakuje od navedenih izvajalcev zdravstvene nege so: sposobnost delovanja po načelih sodobne zdravstvene nege, ki poudarja individualnost, aktivno vključenost, partnerski odnos in holistični pristop k posamezniku, družini ali skupini; sposobnost ugotavljanja potreb po zdravstveni negi na ravni pacienta in popu-

lacije, postavljanja ciljev, načrtovanja, izvajanja in vrednotenja; sposobnost vključevanja v zdravstveni in vodenje negovalnega tima v praksi in sposobnost delovanja na vseh nivojih zdravstvenega varstva; sposobnost načrtovanja in izvajanja del in nalog v skladu s kompetencami na področju diagnostično terapevtskega programa pri obravnavi pacienta; usposobljenost za prevzemanje samostojne aktivnosti na področju zdravstvenovzgojnega dela zdrave in bolne populacije; usposobljenost za uspešno komuniciranje s pacientom, s sodelavci v negovalnem in zdravstvenem timu; usposobljenost za poznavanje rizičnih dejavnikov in rizičnih skupin prebivalstva za razvoj kroničnih bolezni in bolezni sodobne družbe ter poznavanje vloge pri preprečevanju, odkrivanju in zdravljenju tovrstnih obolenj; usposobljenost za poznavanje zdravstveno-socialne problematike, ki jo povzroča staranje družbe in sprememba vrednot v družinskem življenju, s čimer je povezana oskrba starostnikov; poznavanje in razumevanje trendov in vloge zdravstvene nege pri učinkovitosti in kakovostni obravnavi pacienta, ki se kaže v skrajševanju čakalnih vrst in vlogi zdravstvene nege v smislu povezovanja na primarni, sekundarni in terciarni ravni; razumevanje, da je stopnja organizirane paliativne oskrbe zrcalo sodobne družbe in kulture te družbe; poznavanje in razumevanje osnovne pristope paliativne oskrbe in vlogo zdravstvene nege v paliativnem timu; razumevanje in usposobljenost, da je nosilec zdravstvene nege od katerega se pričakuje razvoj strokovnega področja, sposobnost organiziranja in vodenja tima zdravstvene nege, uporaba sodobnih pristopov pri vodenju in spremljanju kakovosti procesov dela ob pacientu; usposobljenost glede javnega nastopanja, andragoškega ciklusa, pisanja gradiv za laično in bolno populacijo in razumevanje vloge danes in v prihodnosti v smislu zdravstvene vzgoje zdrave in bolne populacije; sposobnost razumevanja pozitivne profesionalne identitete oz. razumevanje in sprejemanje podobe poklica, kar bo vplivalo na motiviranost za izvajanje vloge, kot jo izvajajo medicinske sestre v razvitem svetu; razumevanje nujnosti usklajevanja postopkov zdravstvene nege z zakonodajo in zakonskimi, moralnimi in etičnimi odgovornostmi v poklicnem in privatnem življenju; sposobnost povezovanja novih spoznanj sorodnih ved (medicinskih, družboslovnih in naravoslovnih), ki jih bo sposoben uporabiti v povezavi s stroko zdravstvene nege; usposobljenost za raziskovalno delo v zdravstveni negi in razumevanje njegovega pomena za razvoj stroke; usposobljenost za uporabo informacijsko-komunikacijske tehnologije in sistemov na strokovnem področju itd.; razumevanje potrebe po samoizobraževanju in diplomskem organiziranem izobraževanju ter razumevanje pomena vseživljenjskega izobraževanja.²

¹ Možina Stane: Učenje, izobraževanje, usposabljanje v organizaciji, str. 214.

² Skela-Savič Brigita: Si pred izbiro poklica? Postani diplomirana medicinska sestra, diplomirani zdravstvenik, str 5–6.

Pričakovanja po usposobljenosti in znanju so torej velika. Zastavlja pa se vprašanje ali sta dovolj veliki tudi pripravljenoost in zmožnost izvajalcev zdravstvene dejavnosti za usposabljanje kadra.

Zdravstveno dejavnost kot javno opravljajo javni zdravstveni zavodi ter druge pravne in fizične osebe na podlagi koncesije. Financiranje izvajalcev zdravstvene dejavnosti se v pretežni meri izvaja iz proračuna Republike Slovenije, ter proračunov lokalnih skupnosti. Izvajalci javne službe so torej močno vezani na zakonodajo, ki ureja to področje, ter kot proračunski porabniki zavezani k smotni rabi proračunskih sredstev. Navedeno da misliti, da je delodajalec nima veliko manevrskega prostora pri namenjanju sredstev za izobraževanje zaposlenih, temveč lahko uporablja le možnosti, ki mu jih zakonodaja dopušča. Pa je to dovolj?

Zdravstveno dejavnost urejajo številni akti, poglavitejši so Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej), Zakon o zdravniški službi (ZZdS), Zakon o zavodih (ZZ), Zakon o sistemu plač v javnem sektorju (ZSPJS) ter kolektivne pogodbe dejavnosti, Kolektivna pogodba za področje zdravstva in socialnega varstva Slovenije, Kolektivna pogodba za zaposlene v zdravstveni negi ter Kolektivna pogodba za zdravnike in zobozdravnike v Republiki Sloveniji.

Izobraževanje kadra zdravstvene nege podrobneje urejata Kolektivna pogodba za področje zdravstva in socialnega varstva Slovenije ter Kolektivna pogodba za zaposlene v zdravstveni negi kjer lahko možnosti delavca ter delodajalca za izobraževanje delavca razdelimo na dve poglavitni skupini.

V skladu s Kolektivno pogodbo za zaposlene v zdravstveni negi mora že pogodba o zaposlitvi določati pravice do strokovnega izpopolnjevanja in izobraževanja ter obveznosti delodajalca in delavca glede izobraževanje. Izobraževanje ni zgolj pravica delavca, temveč je tudi njegova dolžnost.³ Zavrnitev izobraževanja je lahko tudi razlog za prekinitve pogodbe o zaposlitvi s strani delodajalca oziroma je delavec disciplinsko in odškodninsko odgovoren.⁴ Delodajalec je dolžan pripraviti letni program strokovnega izpopolnjevanja in izobraževanja (odobri ga direktor na predlog odgovornega za razvoj in izobraževanje zdravstvene nege) ter višino sredstev, ki so na letnem nivoju namenjena za izobraževanje zaposlenih v zdravstveni negi.⁵

³ Zaposleni imajo pravico in dolžnost stalnega izobraževanja, strokovnega izpopolnjevanja in usposabljanja v skladu s potrebami delovnega procesa z namenom ohranitve zaposlitve in zaradi napredovanja, zato jim delodajalec omogoča: izobraževanje doma in v tujini, stalno spremljanje stroke, občasno praktično izpopolnjevanje v drugih zdravstvenih zavodih, občasno preverjanje teoretičnega in praktičnega znanja, izobraževanje v ustreznih izobraževalnih zavodih ter udeležbo na strokovnih sestankih, Kolektivna pogodba za zaposlene v zdravstveni negi, 51. člen.

⁴ Zaposleni, ki neopravičeno odkloni izobraževanje, izpopolnjevanje ali usposabljanje, ki ga od njega zahteva delovni proces, ali ne izpolnjuje pogodbenih obveznosti v zvezi z izobraževanjem, je disciplinsko in odškodninsko odgovoren – Kolektivna pogodba za zaposlene v zdravstveni negi, 52. člen.

⁵ Kolektivna pogodba za zaposlene v zdravstveni negi, 56. člen.

Zaradi njegovih obveznosti in dolžnosti v procesu izobraževanja, ki je v interesu delavca, navedeni kolektivni pogodbi urejata tudi odsotnosti, povračila stroškov in nadomestila plače.

Delavec ima pravico do odsotnosti od dela (študijski dopust) med tremi in petintridesetimi delovnimi dnevi, odvisno od stopnje zahtevnosti izobraževanja z nadomestilom plače,⁶ ter povračilo stroškov povezanih z izobraževanjem (prevoz, kotizacija oz. šolnina, stroški prehrane, stroški bivanja, ter v določenih primerih nadomestilo za ločeno življenje).⁷

Pravice delavcev v takšni meri kot jih določata kolektivni pogodbi, so za delodajalce, ki se soočajo s pomanjkanjem kadra ter z obvezo do neprestane zdravstvene oskrbe, lahko velik zalogaj. Zato se velikokrat raje poslužijo druge možnosti. Kolektivni pogodbi namreč določata, da kadar je izobraževanje v interesu delavca, omogoča delodajalec izobraževanje v skladu z možnostmi, medsebojna razmerja pa se uredijo s pogodbo.

Institut izobraževanja v lastnem interesu je namenjen izobraževanju delavca tudi takrat, ko delodajalec ne predvidi tolikšnega obsega ali tovrstnega izobraževanja za potrebe svoje organizacije. Vendar se v praksi uporablja kot rešitev oziroma neke vrste kompromis med predvideno odsotnostjo in stroški, kadar je izobraževanje v interesu delodajalca in med dejanskimi zmožnostmi delodajalca tako glede organizacije dela kot glede razpolaganja s premoženjem. Običajno se sklepa pogodba o izobraževanju, v kateri se določi število dni, ko je delavec lahko odsoten z dela ter višina stroškov, ki jo delodajalec krije. Hkrati se delavca zaveže, da mora za neko določeno obdobje po končanem izobraževanju ostati zaposlen v organizaciji, torej da lahko organizacija tudi uživa korist iz izobraževanja in tako dobi povrnjen vložek v razvoj delavca. Od same organizacije je odvisno v kolikšni meri se ji zdi določeno izobraževanje oziroma usposabljanje koristno za njen razvoj in skladno s tem prepričanjem tudi vložiti določena sredstva.

Prav možnost medsebojnega dogovora o poteku izobraževanja je tista konkurenčna prednost organizacije, s katero lahko privabi zaželen, usposobljen kader. Hkrati je tovrstno izobraževanje lahko orodje motivacije ter nagrajevanja zaposlenih za uspešnost dela.

Izvajalci zdravstvenih storitev torej imajo pravno podlago, da bi lahko sledili ambicijam nosilcev zdravstvene nege za razvoj in napredek na področju kakovosti ter usposobljenosti za vedno bolj zahtevno delo. Kateri izvajalci pa imajo tudi posluš za tovrstne želje ter finančne možnosti za podporo zastavljeni poti napredka pa ostaja odprto vprašanje, na

⁶ Tri delovne dni za vsak izpit na ravni izobraževanja do V. stopnje zahtevnosti, pet delovnih dni za vsak izpit na višji in visoki stopnji, deset delovnih dni za zaključni izpit na ravni do V. stopnje zahtevnosti, petnajst delovnih dni za diplomo na višji, visoki strokovni šoli ali univerzi, deset delovnih dni za zaključni izpit na podiplomskem študiju, en delovni dan za vsak izpit pri specializaciji, petindvajset delovnih dni za magistrski, specialistični izpit, petintrideset delovnih dni za doktorat – Kolektivna pogodba za zaposlene v zdravstveni negi, 58. člen.

⁷ Kolektivna pogodba za zaposlene v zdravstveni negi, 59. člen.

katerega bo lahko odgovoril le čas. Se pa tistim izvajalcem dejavnosti, ki bodo v tem videli možnost za lasten razvoj ter vzpostavljanje konkurenčne prednosti pred ostalimi »ponudniki«, obeta vodilna vloga tudi ob spremembah zdravstvenega sistema ter bodo (lažje) preživeli morebiten vstop v bolj odprt sistem, ki bo deloval po tržnih zakonitostih zasebnega sektorja.

Literatura

1. Možina S. Učenje, izobraževanje, usposabljanje v organizaciji. V: Možina S (ur.). Management kadrovskih virov. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, 2002a: 205–49.
2. Skela-Savič B. Si pred izbiro poklica? Postani diplomirana medicinska sestra, diplomirani zdravstvenik. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, 2007.
3. Zakon o ratifikaciji konvencije Mednarodne organizacije dela št. 140 o plačanem dopustu za izobraževanje. Ur. l. SFRJ – MP, 76/1982.
4. Zakon o delovnih razmerjih. Ur. l. RS, št. 42/2002, 79/2006 – ZZZPB-F, 46/2007 Odl.US: U-I-45/07, Up-249/06-22.
5. Zakon o zdravniški službi. Ur. l. RS, št. 36/04 (prečiščeno besedilo).
6. Zakon o zdravstveni dejavnosti. Ur. l. RS, št. 36/2004.
7. Zakon o sistemu plač v javnem sektorju. Ur. l. RS, št. 56/02, 110/02 – ZDT-B, 72/03, 126/03, 70/04 in 53/05.
8. Zakon o zavodih. Ur. l. RS, št. 12I/1991, 45I/1994 Odl. US: U-I-104/92, 8/1996, 18/1998 Odl. US: U-I-34/98, 36/2000 – ZPDZC, 127/2006 – ZJZP.
9. Kolektivna pogodba za zaposlene v zdravstveni negi. Ur. l. RS, št. 60/1998 in naslednji.
10. Kolektivna pogodba za dejavnost zdravstva in socialnega varstva Slovenije, Uradni list RS, št. 15/1994 in naslednji.

Vesna Vižintin, univ. dipl. prav.,
Bolnišnica Golnik – klinični oddelek
za pljučne bolezni in alergijo

TEORETIČNO RAZMIŠLJANJE O KONCEPTU PREDAVATELJA/PRAKTIKA V ZDRAVSTVENI IN BABIŠKI NEGI V SLOVENIJI

Predavatelj/praktik (dalje PP) je izraz, ki pomeni osebo, ki je hkrati odgovorna za prakso in teoretično znanje. V Evropski uniji je to že dolgo znan koncept. V literaturi smo zasledili neenotnost definicij izraza PP, a vendar mnogi avtorji (Camsooksai 2002, Humphreys et al. 2000, Salvoni 2001) govorijo o PP kot o osebah, ki dejansko premostijo razliko med teorijo in prakso.

Vaughan (1989) v svojem prispevku podaja dve vidnejši vlogi predavatelja/praktika. Prva, na strani učiteljev, je v tem, da s svojim znanjem pripomore k razvoju kakovostnih študijskih programov, ki se bodo ujemali s prakso. V prakso naj bi PP prinašal novosti in pomagal ohranjati in dvigovati standarde. Trdi, da je to edina pozicija, ki skupaj sestavlja prakso, menedžment, učenje in znanstveno raziskovalno delo.

Veliko evropskih avtorjev vidi PP v praksi bolj na vodilnih mestih. Wright (1988) pravi da PP ne rabi imeti vodilnega mesta v praksi, a mora biti dovolj pomemben da lahko deluje kot človek, ki vanjo lahko vnaša spremembe. Ameriška literatura, npr. Machan (1980) PP ne omenja na vodilnih mestih.

Po akademski strani vloga PP vključuje planiranje in organiziranje učenja in vaj s študenti/dijaki. Vaughan (1989) in Lathelan (1992) sta prepričana, da mora biti PP odgovoren tako za razvoj kakor tudi za izvedbo in oceno predmeta, ki ga poučuje.

Na splošno ima PP v državah kjer deluje, pomembno vlogo pri razvoju babiške in zdravstvene nege, in je zelo primeren pri uvajanju novih spoznanj v prakso, kjer pri tem spodbuja in opogumlja tudi svoje kolege. Da lahko dobro deluje, pa PP potrebuje primerno akademsko in klinično izobrazbo (Lathelan, 1992).

PP ima ponavadi dva delodajalca: na eni strani šolo in na drugi strani kliniko (prakso). To dejansko pomeni, da ima dva nadrejena, katerih interesi si lahko nasprotujejo. Hollingwothova raziskava (1997 cit. po Elcock 1998) PP v Veliki Britaniji je odkrila, da kljub velikem zadovoljstvu, ki ga taka služba prinaša se PP velikokrat znajde v navzkrižju interesov in obstaja nevarnost, da namesto dveh služb s polovičnim delovnim časom opravlja polno delovno obremenitev na obeh delovnih mestih.

Vaughan (1989) pravi da je za PP izredno težko, če ni natančno izdelana njegova sistematizacija delovnega mesta. V nasprotnem primeru se hitro zgodi, da se mu delo nalaga. Pomembno je tudi, da je vloga PP vsem, ki z njim delajo popolnoma jasna, saj lahko hitro pride do konfliktov, ker npr. PP ne more imeti iste obremenitve na oddelku ali v šoli, kot jo imajo tam zaposleni.

Ustanovitev delovnega mesta predavatelja/praktika

Ideja za ustanovitev takšnega delovnega mesta lahko pride tako od perspektivnega PP kot tudi iz strani šole ali zdravstvene ustanove. Ne glede na to, kdo izpostavi potrebo po takšnem delovnem mestu, je po Stitt (1995), potrebno povzeti naslednje korake:

- dobro premisliti o namenu in vlogi PP;

- namen in vlogo dobro predstaviti vodjem zdravstvene ustanove in šoli;
- urediti jasne, dobre delovne pogodbe;
- narediti dobro sistematizacijo dela;
- izbrati za to primeren kader;
- seznaniti z novim delovnim mestom tudi bodoče sodelavce;
- omogočiti stalno podporo PP.

Stitt (1995) pravi, da je za oblikovanje takšnega delovnega mesta potrebnih vsaj šest do osem mesecev.

Ob ustanavljanju delovnega mesta si morata oba delodajalca postaviti jasne cilje, ki jih želita uresničiti z odprtjem takšnega delovnega mesta, tako dolgoročne kot kratkoročne.

Skozi ves proces je potrebno stalno občasno nadzorovati, ali PP dosega cilje, ki so mu bili postavljeni, ali njegova vloga dosega namena obeh delodajalcev. To je potrebno tudi zato, da se ugotovi, ali je način, kako je oblikovano delovno mesto, pravilen in kje so možna izboljšanja. Če noben delodajalec (niti šola niti klinika) s PP ne doseže svojega namena, je seveda delovno mesto potrebno ukiniti ali ga zastaviti drugače.

Vloga predavatelja/ praktika v zmanjševanju razhajanja med teorijo in prakso

Kaj je razhajanje med teorijo in prakso? To je pojav, ki skrbi zdravstveno in babiško nego že mnogo let, še posebej predavatelje, ki učijo na šolah in poskušajo zagotavljati, da je tisto, kar učijo, v skladu z znanstvenimi dokazi in hkrati tistim, kar izvajajo v praksi.

Res je, da medicinske sestre in babice pri svojem delu uporabljajo teorije, po drugi strani pa teorija oblikuje prakso. Splošno znano je, da so težave pri uvajanju teorije v prakso ampak, ali lahko govorimo o "razhajanju"? In / ali lahko PP to razhajanje premosti?

Kar nekaj avtorjev (Fairbrother, Ford 1998, Lathelan 1996, Vaughan 1989) trdi, da je ravno PP tisti, ki lahko za to razhajanje naredi največ. Verjetno je bilo to prvič omenjeno z Vaughanom (1989). Cave (1994) verjame, da razhajanje med teorijo in prakso izvira ravno iz situacij, kjer so bili predavatelji umaknjeni iz klinične prakse, v praksi pa so s študenti delali ljudje, ki nikoli niso učili. Lathelan (1996) je v svoji raziskavi ugotavljal, kakšno vlogo vidijo PP sami. Ugotovil je, da jim dejstvo, da premagujejo razhajanja med teorijo in prakso ni najbolj pomembno. Iz zgoraj naštetega lahko sklepamo, da je toliko govora o razhajanju med teorijo in prakso zato, ker je to koncept, ki si ga vsak razlaga popolnoma po svoje.

Vsakdo niti ne priznava, da razhajanje obstaja (Lathelan, 1996). Trdijo, da se praksa spreminja z uvajanjem novih znanstvenih dokazov, posledično pa se morajo spremeniti tudi teorije. Če stavek obrnemo, lahko rečemo tudi, da se z novimi znanstvenimi dokazi spreminjajo teorije in posledično se mora tudi praksa.

V zagovor zgornje trditve lahko sklenemo, da je razhajanje med teorijo in prakso zgolj posledica slabe komunikacije

med izobraževalnimi zavodi in klinično prakso. Po tej teoriji razhajanja ni in na PP res ne moremo gledati kot na mašilo med teorijo in prakso, kot je dokazal že Lathelan (1996), ampak raje kot transformatorja, ki teoretični in raziskovalni del lahko edini uspešno aplicira v prakso.

To pa odpira naslednje vprašanje, kaj pravzaprav je primarna naloga PP? Učenje prakse, vnašanje teorije v prakso ali spremljanje najnovejših znanstvenih dokazov in vnašanje le teh v prakso?

Kdo s predavateljem/praktikom največ pridobi?

Študenti

Kot je že bilo omenjeno, ena od vlog PP je, da izravna razliko med teorijo in prakso. Klinično so PP vedno na tekočem z novosti, so tudi usposobljeni za popolnoma samozavestno delovanje na oddelkih.

Pacienti

Največ pridobijo z kontinuiteto zdravstvene nege, saj se osredotočijo na pacienta, ki ga vseskozi spremljajo.

Sodelavci na kliniki

Vsi so prepričani v sodelavca, ki ga poznajo, mu zaupajo in vedo, da je izkušen. Prinaša jim novosti na področju raziskav, kar pomeni, da so z njegovo pomočjo vedno na tekočem s spremembami.

Predavatelj/praktik

Najpomembnejše pa je, da so kompetentni v tem, kar delajo, kar za učitelje iz šol, ki le nekaj ur tedensko (med šolskim letom) preživijo na kliničnih vajah, ne moremo trditi. Na takšen način medicinske sestre in babice uspejo obdržati tudi pozitivno profesionalno identiteto, pomanjkanje katere je največkrat razlog za odhod z delovnega mesta.

Če je predavatelj/praktik idealna rešitev, zakaj jih v Sloveniji skoraj ne poznamo?

Eden od razlogov je prav dejstvo, da so šole mnenja, da s strokovnimi sodelavci, ki vodijo izključno klinične vaje, rešijo situacijo. To bi lahko bilo res, če bi ti sodelavci predmet tudi predavali in v skladu s tem vedno iskali nova dognanja in raziskave ter postavljali nove teorije. Za strokovne sodelavce, ki so to postali po nekaj letih prakse, je dokazljivo, da se večine, ki jih redno ne uporabljajo, z leti zgubljajo, kakor je tudi dokazljivo, da takšni ljudje težje vnašajo novosti v prakso raziskav, ker so enostavno navajeni delati isto že nekaj let, prezaposlenost pa jim onemogoči iskanje novih dognanj.

Prednost PP pred strokovnim sodelavcem je lahko tudi v tem, da ima dva enako zahtevna delodajalca in s tem dohodke s strani dveh organizacij. Obe zahtevata določeno raven in kakovost dela, kar s pravimi ljudmi za dobro plačilo dobiva. Tako se na primer PP težko zgodi, da na oddelku pride do okoliščin, v katerih se ne znajde, ker so to pred letnimi počitnicami reševali drugače kot danes ... ne more se mu tudi zgoditi, da ne more pomagati pri porodu, ker za porodnico skrbi druga babica in mu zraven ne pusti, ker je zanjo sama odgovorna (in končno ima prav!) ... Ravno tako pa se PP ne

more odločiti, da letos pač ne bo mentor, ker je mentorstvo premalo cenjeno in plačano. Prav zato, ker ima dva nadrejena iz različnih ustanov, pa je PP tudi težje. Tako rečeno sedi na dveh stolčkih, kar je očitno pri sodelavcih na obeh straneh.

Sklep

Dejstvo je, da je v Sloveniji velika potreba po spremembi načina učenja klinične prakse. V Veliki Britaniji so na podlagi raziskav že leta 1999 (DOH, 1999) izdali akt, v katerem so nakazali pomembnost učenja klinične prakse. Po njihovem naj bi klinično prakso učil nekdo, ki še deluje v praksi in hkrati uči v šoli.

Tako se PP zdi primerna rešitev. Mogoče je pomembnost njegove vloge najbolj izrazita ravno pri začetnikih, ki obvezno potrebujejo nekoga, ki je kompetenten v tem, kar dela, in ima močne veze tudi v šoli. Prav začetnike bo najprej učil v kabinetnih vajah in jih potem povedel do kliničnih vaj, kjer bo vse postopke pokazal popolnoma enako in hkrati enako, kot tudi delajo na posameznih oddelkih.

Le za zadnje letnike visokih šol je bolj primeren klinični mentor, in sicer po sistemu 1:1. Če to ni mogoče mora njegovo vlogo spet prevzeti PP.

Literatura

1. Camsooksai J. The role of the lecturer practitioner in interprofessional education. *Nurse Educ Today* 2002; 22: 466–75.
2. Cave I. Nurse teachers in higher education-without clinical competence, do they have a future? *Nurse Educ Today* 1994; 14: 394–9.
3. Department of health. A strategy for nursing. London: HMSO, 1999.
4. Elcock K. Lecturer Practitioner: a concept analysis. *J Adv Nurs* 1998; 28(5): 1092–8.
5. Fairbrother P, Ford S. Lecturer practitioners: a literature review. *J Adv Nurs* 1998; 27: 274–9.
6. Humphreys A, Gidman J, Andrews M. The nature and purpose of the role of the nurse lecturer in practice settings. *Nurse Educ Today* 2000; 20: 311–7.
7. Lathlean J. The contribution of lecturer practitioners to theory and practice in nursing. *Journal of Clinical Nursing* 1992; 1: 237–42.
8. Machan L. The practitioner/teacher role: practice what you teach. Wakefield: Nursing resources, 1980.
9. Salvoni M. Joint appointments: another dimension to building bridges. *Nurse Educ Today* 2001; 21: 65–70.
10. Stitt P. Development of the lecturer/practitioner role. *Innovations in nursing practice*. London: Edward Arnold, 1995.
11. Vaughan B. Two roles-one job: lecturer practitioner to bridge the theory-practice gap in nurse education. *Nursing times* 1989; 85: 11: 32–3.
12. Wright SM. Joint appointments: handle with care. *Combining a clinical post with teaching*. *Nursing times* 1988; 84(1): 32–3.

Mag. Teja Zakšek, dipl. bab., dipl. ing. rad.
Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo
Ljubljana, Oddelek za babištvo,
Poljanska 26 a, Ljubljana

Soavtorici:

Irena Trobec, prof. zdr. vzg.,
Univerza na Primorskem, Visoka šola
za zdravstvo Izola, Polje 42, Izola
Doroteja Rebec, dipl. m. s.
Univerza na Primorskem, Visoka šola
za zdravstvo Izola, Polje 42, Izola

ANAFILAKSIJA V OTROŠKI DOBI

Anafilaksija je preobčutljiva reakcija prvega tipa, ki jo posredujejo protitelesa razreda IgE in nastane po fazi *sensibilizacije na neki alergen ter traja najmanj šest dni*. Po ponovnem stiku s specifičnim alergenom nastane *anafilaktična* reakcija, katere najhujša oblika je *šok*, ki nastane neposredno po stiku z alergenom v nekaj sekundah ali minutah in ogroža življenje bolnika. Razmišljanje, da je bil otrok že večkrat v stiku z alergenom (mačjo dlako, perjem papige, z žimo konja) ali da je že večkrat jedel npr. kokošja jajca, ribo ali orehe in ni dobil alergijske reakcije in zakaj je ta nastala prav danes, če pa ni pojedel ničesar novega in ni bil v stiku z ničesar novim, torej ne drži.

Najbolj pogost vzrok za anafilaksijo v otroški dobi je preobčutljivost na *prehranske alergene*, med katerimi so na prvem mestu *arašidi, lešniki in orehi*, sledijo jim *ribe, kravje mleko in kokošja jajca*. Za alergijo na hrano sledi po pogostosti preobčutljivost na *strupe žuželk (ose, čebele)* in na *zdravila (antibiotiki, mišični relaksanti)*. Smrtni izid nastane v 0,65 % do 2,0 %. V večini primerov je vzrok smrti akutni krč sapnic težke stopnje (bronhospazem).

Prvi znaki anafilaksije se pojavijo lahko po nekaj minutah ali celo sekundah do dveh urah. Značilen je *srbež na dlaneh, stopalih in v lasišču*. Znaki anafilaksije se lahko hitro razširijo na dihalne in prebavne organe ter na srce z ožiljem. Pojavi se srbež v področju nosa in oči, voden izcedek iz nosa, *piskanje ob vdihu v grlu ali stridor* zaradi zožitve zgornjih dihalnih poti, nato postane otrok *hripav* ali pa povsem *izgubi glas*. Najtežja oblika prizadetosti dihalnih poti je *krč sapnic*, ki privede do lahko do *težke dihalne stiske* in celo do smrti. Zgodnji znaki anafilakse na prebavnih organih so močni *trebušni krči, bruhanje in driska. Padeč krvnega tlaka in šok* sta manj pogosta prva znaka anafilakse pri otrocih.

Obstaja tudi možnost *bifaznega poteka* anafilaksije, ki se pojavi šele 4 do 12 ur po prvih znakih. Posebna oblika anafilaksije, ki se pojavlja pretežno pri najstnikih, je povezana z alergijo na hrano, ki pa se pokaže šele po telesnem naporu, npr. po teku, kolesarjenju, planinarjenju, tenisu itn.

Zdravljenje anafilaksije

Pomembno je hitro zdravljenje, in sicer uporaba *adrenalina*, ki je zdravilo izbora. Adrenalin dvigne krvni tlak in izboljša prekrvavitev koronarnih arterij. Povzroči sproščanje krča sapnic, zmanjša oteklino sluznic (ustnice, jezik, glasilke). Poslužujemo se injekcije v mišico, ker nastopi delovanje v roku 10 minut, deluje dalj časa in ima bolj varen profil kot intravenska injekcija. Naprava za samovbrizganje adrenalina je zelo primerna za hitro zdravljenje anafilaksije, ki ga lahko izvede bolnik sam ali njegovi starši, sorodniki ali skrbniki.

Tab. 1. Indikacije za uporabo adrenalina.

A. Absolutne indikacije za uporabo adrenalina:

1. če je bolnik že imel alergijsko reakcijo z znaki na dihalnih ali srcu in ožilju zaradi alergije na prehranske alergene, na strupe žuželk ali na lateks;
2. če boleha za prehransko alergijo in istočasno za perzistentno obliko astme;
3. če boleha za astmo, ki jo sproži telesni napor;
4. prebolel je anafilaksijo, vendar ne vemo za vzrok.

B. Relativne indikacije za uporabo adrenalina:

1. alergijska reakcija na majhne količine hrane, na kontaktno alergene s kožo ali na aeroalergene (pršica);
2. alergijska reakcija na hrano pri najstnikih (arašidi, ribe, jajca, mleko);
3. velika oddaljenost bolnika od najbližje zdravstvene ustanove;
4. predhodna blaga alergijska reakcija na arašide, orehe, lešnike.

Adrenalin za samovbrizganje dobimo z določenim odmerkom, npr. EpiPen 0,15mg za otroke s težo od 15 do 30 kg in 0,30 mg za težje od 30 kg. Za otroke, ki so lažji od 15 kg adrenalin za samoinjiciranje trenutno še ne obstaja. Lahko si pa sami vzamemo iz ampule 0,01 ml/kg TT adrenalina v razredčenju 1:1000 ali 0,05ml/kg v razredčenju 1:10.000 in damo injekcijo v mišico ali pod kožo, v kolikor obvladamo tehnični del uporabe. Navodila za uporabo morajo biti napisana razločno in razumljivo, brez težkih medicinskih izrazov in po stopnjah zdravljenja.

Tab. 2. Stopensko zdravljenje anafilaksije.

Stopensko zdravljenje anafilaksije:

1. Antihistaminik damo takoj na začetku alergijske reakcije, če opazimo rdečino in oteklino na obrazu, posebno na ustnicah.
2. Skrbno spremljanje znakov motenj dihanja, utripa, vrto-glavice, meglene vida, izgube zavesti.
3. Telefonski posvet s pediatrom ali z družinskim zdravnikom.
4. Ob piskanju pri vdihu (stridor) takoj adrenalin, ob prvih znakih tiščanja in piskanja v prsih naj dobi otrok inhalacijski bronhodilatator (salbutamol).
5. Starši naj pokličejo službo za urgentno medicino za transport v zdravstveno ustanovo.
6. Če ne pride do izboljšanja kliničnega stanja v roku 5 do 10 minut, je potrebno odmerek adrenalina ponoviti.
7. Pravilno je potrebno poučiti starše, sorodnike ali skrbnike otroka glede opazovanja znakov anafilakse in pravilne uporabe adrenalina.

Kako pa dejavniki s strani bolnika vplivajo na načrt zdravljenja anafilakse?

Tab. 3. Vpliv bolnikovih dejavnikov na načrt zdravljenja anafilakse pri otroku.

Bolnikovi dejavniki			Sestavine načrta za zdravljenje		
Prejšnje težke anafilaktične reakcije	Istočasno prisotna perzistentna astma	Ostali dejavniki tveganja	Adrenalin za samovbrizganje	Anti-histaminiki	Inhalacijski bronhodilatatorji
DA	NE	DA/NE	DA	DA	NE
DA	DA	DA/NE	DA	DA	DA
NE	DA	DA/NE	DA	DA	DA
NE	DA	NE	DA	DA	DA
NE	NE	DA	po preudarku	DA	NE

Zaključek

Adrenalin je temeljni kamen zdravljenja anafilaksije pri otrocih. Če je prebolel otrok alergijsko reakcijo na prehranske alergene, na strupe žuželk, na aeroalergene (pršica, cvetni prah), na zdravila ali na lateks, ga je potrebno alergološko pregledati in testirati ter ugotoviti ali spada med otroke z visokim tveganjem za anafilaksijo. Med kazalce visokega tveganja spada, če je otrok že prebolel lažjo obliko anafilaktične reakcije na majhne količine alergenov (prehranski, aero-

alergeni, zdravila) in boleha še za perzistentno obliko astme. Če je že prebolel lažjo obliko anafilakse in živi daleč od zdravstvenega centra, bolnika prištevamo med tiste z visokim tveganjem in mu moramo predpisati adrenalin za samovbrizganje. Zelo je pomembna zdravstvena vzgoja staršev, sorodnikov, skrbnikov, vzgojiteljev in učiteljev, da zgodaj razpoznajo znake anafilaksije in pravilno ukrepajo. Poduk in trening je potreben seveda tudi za zdravstveno osebo.

Prim. asist. Aleksander Brunčko, dr. med.,
Klinika za pediatrijo, Univ. klinični center
Maribor, Ljubljanska 5, 2000 Maribor