



Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije -
Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in
zdravstvenih tehnikov Slovenije

ZBORNİK

XXV

VARNOST ZAPOSLENIH V OPERACIJSKI SOBI



Sekcija medicinskih sester in
zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti

Moravske Toplice (hotel Livada Prestige)
20. in 21. november 2009

Programski odbor: Tatjana Požarnik, Marjeta Berkopec,
Manica Rebernik Milič, Manca Pajnič

Organizacijski odbor: Tatjana Trotovšek, Manica Rebernik Milič,
Sanja Arnautovič

ZBORNİK XXV – VARNOST ZAPOSLENIH V OPERACIJSKI SOBI

Izdala in založila:

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije –
Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov
Slovenije

Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti

Vidovdanska cesta 9, 1000 Ljubljana

Urednica zbornika: Tatjana Požarnik

Uredniški odbor: Tatjana Požarnik, Sanja Arnautovič,
Manica Rebernik Milič

Lektorica: Tina Verhovc

Priprava za tisk in tisk: DeSIGNIA – Iztok Jančar s.p.

Naklada: 150 izvodov 1. izdaja

Maribor, november 2009

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

331.45:617.5(082)

VARNOST zaposlenih v operacijski sobi : zbornik XXV, Moravske Toplice (hotel Livada
Prestige), 20. in 21. november 2009 / [urednica zbornika Tatjana Požarnik]. - 1. izd.
- Ljubljana : Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev
medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester
in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti, 2009

ISBN 978-961-92113-5-9

1. Požarnik, Tatjana
248391936

PROGRAM

PETEK 20. 11. 2009

- 08.30–09.30 Registracija udeležencev
- 09.30–10.00 Otvoritev srečanja in pozdrav udeležencev

Moderatorica: *Tatjana Trotovšek*

- 10.00–10.20 **Vpliv hlapnih anestetikov na prisotnost zaposlenih v operacijski dvorani**
Jože Šimenko, dipl. zn., univ. dipl. org.
- 10.20–10.40 **Nevarnost kirurškega dima**
Blaž Bradač, MM Surgical
- 10.40–11.00 **Respiratorna zaščita v zdravstvu**
Aleš Tomšič, univ. dipl. inž. el., 3M
- 11.00–11.20 **Trolumenski aspirator**
Anita Pevc, Interpart d.o.o.
- 11.20–11.40 Razprava
- 11.40–12.00 Odmor in ogled razstavnih prostorov

Moderatorica: *Marjeta Berkopec*

- 12.00–12.30 **Varstvo pred ionizirajočim sevanjem v operacijski dvorani**
Boštjan Gajšek, dipl.ing.rad., Dean Pekarovič, dipl.ing.rad.
- 12.30–12.50 **Preprečimo bolečine v hrbtenici s pravilnim pristopom k delu**
Milena Klopčič, dip. fiziot., strok. sod. ZF
- 12.50–13.10 **Zdravi in varni pri delu**
Mojca Tomažič, dipl. m. s., Irena Špela Cvetežar, dipl. m. s.
- 13.10–13.30 Razprava
- 13.30–15.00 Kosilo

Moderatorica: *Tatjana Požarnik*

- 15.00–15.20 **Pomen mentorjev v perioperativni zdravstveni negi in njihov pomen z vidika varnosti**
Manca Pajnič, dipl. m. s., asistent
- 15.20–15.40 **Varnost zaposlenih v Splošni bolnišnici Ptuj**
Tanja Žmauc, dipl. m. s.
- 15.40–16.00 **Psihosocialni dejavniki tveganja za varno delo**
Nika Škrabl, vms, uni. dipl. soc. ped.
- 16.00–16.20 **Mi med seboj – o pravih lepega vedenja in komuniciranja**
Miljana Kraševc, vms, Maja Marolt, dipl. m. s.
- 16.20–16.40 Razprava
- 16.40–17.10 Odmor

Moderatorica: *Sanja Arnautovič*

- 17.10–17.40 **Odškodninska odgovornost zdravstvenih delavcev**
Maša Novak, univ. dipl. iur., Odvetniška pisarna Čeferin
- 17.40–18.10 **Izognimo se zdravstvenim napakam v kirurgiji**
doc.dr. Blaž Trotošek, dr. med.
- 18.10–18.30 **Zmota, napaka, incident... Ali se to lahko zgodi tudi meni?**
Jana Korinšek, dipl. m. s.
- 18.30–18.50 Razprava
- 20.30 Večerja

Ves čas srečanja bo na ogled poster:

Zgradimo varno perioperativno zdravstveno nego – risk management v perioperativni zdravstveni negi

Marjeta Berkopec, dipl. m. s., Barbara Luštek, dipl. m. s.

SOBOTA 21. 11. 2009

Moderatorka: *Manica Rebernik Milić*

- 09.00–09.20 **Biotehnologija – moč narave**
Borut Pouh, dipl. zn., Medis d.o.o.
- 09.20–09.40 **S procesnim pristopom do učinkovite izrabe delovnega časa v Centralnem operacijskem bloku Splošne bolnišnice Novo mesto**
Barbara Luštek, dipl. m. s., Marjeta Berkopec, dipl. m. s.
- 09.40–10.00 **Laparaskopska kirurgija z enim portom (LESS)**
doc. dr. *Aleš Tomažič, dr. med., Tatjana Požarnik, dipl. m. s., spec.periop.ZN*
- 10.00–10.20 **Novosti na področju EES**
Mateja Božič, Peter Mulec, Johnson&Johnson
- 10.20–10.40 Razprava
- 10.40–11.10 Odmor

Moderatorka: *Marija Fabjan*

- 11.10–11.30 **Operacijska medicinska sestra pri obravnavi poškodovanca s poškodbo trebuha**
Aldijana Beganović, dipl. m. s., Fatima Halilović, dipl. m. s.
- 11.30–11.50 **Vstavitev zobnih vsadkov – način premagovanja delne ali popolne brezzobnosti**
Mateja Lunar, dipl. m. s.
- 11.50–12.10 **Mrežice za kile – udobje za pacienta**
Borut Pouh, dipl. zn., Medis d.o.o.
- 12.10–12.40 **Aktualni dogodki na Zbornici – Zvezi strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije**
Darinka Klemenc, dipl. m. s., Monika Ažman, dipl. m. s.
- 12.40–13.10 Razprava in zaključek strokovnega srečanja

VARNOST ZAPOSLENIH V OPERACIJSKI SOBI

Varnost in zdravje pri delu je človekova pravica. Med človekove pravice jo je uvrstila Mednarodna organizacija za delo, ki deluje v okviru Organizacije združenih narodov. Varnost pri delu določajo načela, pravila in dejavnosti, ki morajo posamezniku omogočati uspešno opravljanje svojega poklicnega dela s polnim delovnim učinkom.

Pojem varnosti pri delu obsega pravice in obveznosti delodajalcev in zaposlenih, da v skladu z zakonom in drugimi predpisi ter ob določanju in upoštevanju varnostnih ukrepov, s katerimi se preprečujejo oziroma obvladujejo nevarnosti in škodljivosti pri delu, zagotavlja takšno raven varnosti in zdravja delovnih razmer, ki glede na naravo dela omogoča zaposlenemu največjo možno mero zdravstvene in psihofizične varnosti. Delodajalec je dolžan prilagajati svoje ukrepe za zagotavljanje varnih in zdravih delovnih razmer, spremenljivim okoliščinam v delovni organizaciji ter stalno izboljševati obstoječe stanje oziroma stopnjo varnosti pri delu.

Delo v operacijski sobi je specifično in zahtevno. Pri svojem delu se srečujemo z mnogimi stresnimi dejavniki, ki so posledica neugodnih vplivov okolja. Varnost pri delu je ključni dejavnik delodajalcev in zaposlenih za doseganje in uresničevanje skupnih ciljev. Naš skupni cilj je zagotoviti najvišjo stopnjo kakovostne zdravstvene nege za pacienta.

Cilj današnjega izobraževanja na področju varnosti zaposlenih v operacijski sobi je posredovanje čim več uporabnih znanj o varnih delovnih pogojih, da bi se tako čimbolj zmanjšalo tveganje, zaradi katerega lahko pride do poškodb in/ali bolezni.

*Sanja Arnautović,
Predsednica Sekcije medicinskih sester in
zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti*

AVTORJI ČLANKOV

Marjeta Berkopec, dipl. m. s., Centralni operacijski blok, Splošna bolnišnica
Novo mesto, Novo mesto

Aldijana Beganovič, dipl. m. s., Operacijski blok, UKC Ljubljana, Ljubljana

Mateja Božič, Johnson&Johnson d.o.o, Ljubljana

Blaž Bradač, MM Surgical, d.o.o., Ljubljana

Irena Špela Cvetežar, dipl. m. s. Kirurška klinika, UKC Ljubljana, Ljubljana

Boštjan Gajšek, dipl. inž. rad., Klinični inštitut za radiologijo, UKC Ljubljana,
Ljubljana

Fatima Halilović, dipl. m. s., Operacijski blok, UKC Ljubljana, Ljubljana

Milena Klopčič, dipl. fiziot., Inštitut za medicinsko rehabilitacijo, UKC
Ljubljana, Ljubljana

Jana Korinšek, dipl. m. s., Operacijski blok, UKC Ljubljana, Ljubljana

Miljana Kraševac, vms, Operacijski blok, UKC Ljubljana, Ljubljana

Mateja Lunar, dipl. m. s., Stomatološka klinika, Center za ustne bolezni in
parodontologijo, UKC Ljubljana, Ljubljana

Barbara Luštek, dipl. m. s., Centralni operacijski blok, Splošna bolnišnica Novo
mesto, Novo mesto

Maja Marolt, dipl. m. s., Operacijski blok, UKC Ljubljana, Ljubljana

Peter Mulec, Johnson&Johnson d.o.o, Ljubljana

mag. **Alan Ninčević**, dipl. var. inž., Služba za varnost in zdravje pri delu, UKC
Ljubljana, Ljubljana

Maša Novak, univ. dipl. iur, odvetnica, Odvetniška družba Čeferin o. p.,
Grosuplje

Manca Pajnič, dipl. m. s., Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Oddelek
za zdravstveno nego, Ljubljana

mag. **Miran Pavlič**, dipl. var. inž., Služba za varnost in zdravje pri delu, UKC
Ljubljana, Ljubljana

Dean Pekarovič, dipl. inž. rad., Klinični inštitut za radiologijo, UKC Ljubljana, Ljubljana

Borut Pouh, dipl. zn., Medis d.o.o., Sektor bolnišnic, Ljubljana

Tatjana Požarnik, dipl. m. s., spec. periop. ZN, Operacijski blok, UKC Ljubljana, Ljubljana

Jože Šimenko, dipl. zn., uni. dipl. org., KO za anesteziologijo in intenzivno terapijo operativni strok, UKC Ljubljana, Ljubljana

Nika Škrabl, univ. dipl. soc. ped., koordinatorica za kakovost v zdravstveni negi na Kirurški kliniki, SPS Kirurška klinika, UKC Ljubljana, Ljubljana

Doc. dr. **Aleš Tomažič**, dr. med., Klinični oddelek za abdominalno kirurgijo, UKC Ljubljana, Ljubljana

Marija Tomažič, dipl. m. s., Kirurška klinika, UKC Ljubljana, Ljubljana

Aleš Tomšič, univ. dipl. inž. el., Vodja razvoja trga, Osebna varovalna oprema 3M (East) AG, Podružnica v Ljubljani, Ljubljana

doc.dr. **Blaž Trotovšek**, dr. med., Klinični oddelek za abdominalno kirurgijo, UKC Ljubljana, Ljubljana

Tanja Žmauc, dipl. m. s., Operacijski blok, Splošna bolnišnica Dr. Jožeta Potrča, Ptuj

KAZALO

VPLIV HLAPNIH ANESTETIKOV NA PRISOTNOST ZAPOSLENIH V OPERACIJSKI DVORANI	
<i>Jože Šimenko</i>	13
NEVARNOST KIRURŠKEGA DIMA	
<i>Blaž Bradač</i>	21
RESPIRATORNA ZAŠČITA V ZDRAVSTVU	
<i>Aleš Tomšič</i>	24
VARSTVO PRED IONIZIRAJOČIM SEVANJEM V OPERACIJSKIH SOBAH	
<i>Boštjan Gajšek, Dean Pekarovič</i>	25
PRIPOROČILA MEDICINSKIM SESTRAM ZA VAROVANJE HRBTENICE PRI DELU	
<i>Milena Klopčič</i>	33
ZDRAVI IN VARNI PRI DELU	
<i>Marija Tomažič, Irena Špela Cvetežar</i>	37
POMEN MENTORJEV V PERIOPERATIVNI ZDRAVSTVENI NEGI IN NJIHOV POMEN Z VIDIKA VARNOSTI	
<i>Manca Pajnič</i>	54
VARNOST ZAPOSLENIH V OPERACIJSKEM BLOKU	
<i>Tanja Žmauc</i>	64
PSIHOSOCIALNI DEJAVNIKI TVEGANJA ZA VARNO DELO	
<i>Nika Škrabl</i>	71
MI MED SEBOJ - NASPLOŠNO O PRAVILIH LEPEGA VEDENJA IN KOMUNICIRANJA	
<i>Miljana Kraševac, Maja Marolt</i>	81
ODŠKODNINSKA ODGOVORNOST ZDRAVSTVENIH DELAVCEV	
<i>Maša Novak</i>	87
IZOGNIMO SE ZDRAVSTVENIM NAPAKAM V KIRURGIJI	
<i>Blaž Trotošek</i>	100
ZMOTA, NAPAKA, INCIDENT,..... ALI SE TO LAHKO PRIPETI TUDI MENI?	
<i>Jana Korinšek</i>	113

BIO TEHNOLOGIJA - MOČ NARAVE

Borut Pouh118

**S PROCESNIM PRISTOPOM DO UČINKOVITE IZRABE
DELOVNEGA ČASA V CENTRALNEM OPERACIJSKEM BLOKU
SPLOŠNE BOLNIŠNICE NOVO MESTO**

Barbara Luštek, Marjeta Berkopec.....119

LAPAROSKOPSKA KIRURGIJA Z ENIM PORTOM (LESS)

Aleš Tomažič, Tatjana Požarnik.....125

NOVOSTI NA PODROČJU EES

Peter Mulec, Mateja Božič127

**OPERACIJSKA MEDICINSKA SESTRA PRI OBRAVNAVI
POŠKODOVANCA S POŠKODBO TREBUHA**

Aldijana Beganović, Fatima Halilović130

**VSTAVITEV ZOBNIH VSADKOV – NAČIN PREMAGOVANJA
DELNE ALI POPOLNE BREZZOBOSTI**

Mateja Lunar.....134

MREŽICE ZA KILE – UDOBJE PACIENTA

Borut Pouh139

**OCENJEVANJE TVEGANJA VARNOSTI IN ZDRAVJA
ZAPOSLENIH V OPERACIJSKIH PROSTORIH**

Alan Ninčević, Miran Pavlič.....140

VPLIV Hlapnih ANESTETIKOV NA PRISOTNOST ZAPOSLENIH V OPERACIJSKI DVORANI

Jože Šimenko¹

Izvleček

Razvoj splošne anestezije spremljajo problemi onesnaževanja okolja. Že nekaj desetletij je znano, da ostanki inhalacijskih - hlapnih anestetikov onesnažujejo zrak v operacijski prostorih. Vir onesnaževanja so sistemi za dovajanje anestezijske plinske zmesi bolniku in nekatere anestezijske metode.

Tudi v najsodobnejših bolnišnicah so možne razmere, ki lahko škodljivo vplivajo na zdravje zdravstvenih delavcev. Hlapni anestetiki (isofluran, sevofluran in dušikov oksidul) prihajajo v zrak operacijskih prostorov iz visoko in nizkotlačnih delov anestezijskega sistema.

V članku je predstavljena maksimalna dovoljena koncentracija, ki je po definiciji tista koncentracija škodljivih snovi v zraku, ki glede na današnje znanje ne povzroči zdravstvene okvare zaradi izpostavljenosti in ne zahteva uporabe posebnih pravil varstva pri delu, oziroma uporabe sredstev za osebno varnost.

Ključne besede: *anestezija, hlapni anestetik, stranski učinki anestetika, operacijska dvorana*

1 UVOD

Želja po brezbolečinskem stanju je stara kot človeštvo in se je spontano pojavljala skozi stoletja. Anestezijo z etrom je prvi uspešno prikazal W.T.G. Morton leta 1846 v Bostonu. H. Wells je že leta 1844 uspešno uporabil dušikov oksidul za brezbolečinsko ekstrakcijo zoba. Zanimiv je podatek, do so v krimski vojni (1854) za lajšanje bolečin ob kirurških posegih uporabljali anestezijo (Pečan, 1993).

¹ *Jože Šimenko, dipl. zn., uni. dipl. org., KO za anesteziologijo in intenzivno terapijo operativni strok, UKC Ljubljana, Zaloška 7, 1000 Ljubljana
joesimenko@gmail.com*

Splošna anestezija je prehodna zavora osrednjega živčevja, saj hlapni anestetiki popolnoma zavirajo osrednje živčevje (možganska skorja, zmanjšano delovanje bazalnih ganglijev, cerebeluma, hrbtne mozga in vitalnih centrov v podaljšanem hrbtnem mozgu). Z anestezijo želimo doseči bolnikovo spanje, dobro analgezijo, manjšo odzivnost avtonomnega živčevja in primerno mišično ohlapnost.

V današnjem času je medicinska sestra vključena v vse aktivnosti pri pripravi bolnika na operativni poseg in pripomore k sestavi mozaika kvalitetne in celostne obravnave po procesu zdravstvene nege. Zelo pomembno je tudi sodelovanje med operacijskimi medicinskimi sestrami in medicinskimi sestrami pri anesteziji, ki nudijo bolnikom in njihovim svojcem podporo pred operativnim posegom ter sodelujejo pri učinkoviti pripravi na operativni poseg med posegom in po posegu. Pri vsem tem je potrebno upoštevati zakonske predpise in vsaj v predpisanih rokih opravljati meritve koncentracij hlapnih in plinskih anestetikov v delovnem okolju. Treba je vzdrževati osveščenost anesteziološkega tima in ostalih zdravstvenih delavcev v operativnih enotah o možnem onesnaženju zraka.

Razvoj splošne anestezije spremljajo problemi onesnaževanja okolja. Že nekaj desetletij je znano, da ostanki inhalacijskih in hlapnih anestetikov onesnažujejo zrak v operacijski prostorih. Vir onesnaževanja so sistemi za dovajanje anestezijske plinske zmesi bolniku in nekatere anestezijske metode. Med najpomembnejšimi viri omenjajo puščanje visokotlačnega sistema (reducirni ventili, jeklenka, stenski izpust), slabo tesnost nizkotlačnega sistema (anestezijski dihalni sistem, pretočni merilniki) in tudi nekatere tehnike, kot so inhalacijska anestezija z obrazno masko, raba odprtega anestezijskega sistema.

Polucijo zmanjšujeta pravilno zračenje in dodatno odsesavanje zraka iz prostorov. Predpisane so maksimalno dovoljene koncentracije anestetikov v zraku operacijskih enot.

2 ANESTETIKI V ZRAKU OPERACIJSKIH PROSTOROV

Tudi v najsodobnejših bolnišnicah so možne razmere, ko utegnejo zdravstveni delavci utrpeti škodo za zdravje.

Hlapni anestetiki (isofluran, sevofluran in dušikov oksidul (N₂O)) prihajajo v zrak operacijskih prostorov iz visoko in nizkotlačnega dela anestezijskega sistema. Predpisane so maksimalne dovoljene koncentracije (MDK). Dobro zračenje (v eni uri naj se zamenja zrak vsaj desetkrat, brez ponovnega kroženja) in odsesavanje plinov (vsrkava se 60-80ml plina) zmanjšujeta onesnaženje. Ekološko osveščen in izkušen anesteziolog lahko do neke mere zmanjša onesnaženje zraka v operacijskih prostorih z izbiro anestezije in anestezijskih sistemov.

Že leta 1918 je Kelling zahteval kontrolne meritve obremenitve zraka operacijskih prostorov z anestezijskimi hlapi in plini, sledili so Kirschner in Perthes, ki so opisovali akutne zastrupitve z etrom, pomislili so tudi na možnost kroničnih okvar. Leta 1956 prvič pišejo o megaloplastnih anemijah, levko in trombopenijah po dolgotrajni ventilaciji z mešanico dušikovega oksidula pri bolnikih s tetanusom.

V Veliki Britaniji velja, da so anestezijski plini v zraku operacijskih prostorov za zdravje škodljivi. Predpisi o nadzoru snovi, škodljivih za zdravje, zahtevajo evalvacijo in nadzor tveganja za zdravje vseh uslužbencev, ki so na delovnem mestu izpostavljeni nevarnim snovem. V Švici so leta 1985 sprejeli predpise o najvišji dovoljeni ekspoziciji anestezijskim plinom. Zanimivo je razmišljanje avtorjev o izpostavljenosti nizkim koncentracijam inhalacijskih anestetikov. Glasi se takole: medtem ko so drugi poklici čedalje bolj občutljivi na poklicno izpostavljenost kemičnim snovem, smo anesteziologi doslej vdano v usodo prenašali vdihavanje plinskih in hlapnih anestetikov na delovnem mestu.

3 ZAKONSKA DOLOČILA

Zakon o varstvu pri delu določa, da mora delovna organizacija zagotoviti periodične preiskave kemičnih, fizikalnih in bioloških škodljivosti ter mikroklimo, periodične preglede in preizkuse delovnih priprav in naprav (anestezijski aparati). Delovna organizacija sama določi delovne in pomožne prostore, v katerih je treba v določenih rokih in z določenimi postopki opravljati periodične preiskave. Pravilnik o preiskavah delovnega okolja, pregledih in preizkusih sredstev za delo predpisuje roke za opravljanje periodičnih preiskav in pregledov, ki ne smejo biti daljši od treh oziroma dveh let.

3.1 MAKSIMALNA DOVOLJENA KONCENTRACIJA (MDK)

Maksimalna dovoljena koncentracija (MDK) je po definiciji tista koncentracija škodljivih snovi v zraku, ki glede na današnje znanje ne povzroči zdravstvene okvare zaradi izpostavljenosti in ne zahteva uporabe posebnih pravil varstva pri delu oziroma uporabe sredstev za osebno varnost pod naslednjimi pogoji: za odraslega in zdravega delavca in ob fizično lahkem delu, pri izpostavljenosti celo delovno dobo. Je administrativna, orientacijska vrednost, ki z obolevnostjo oziroma posledico nima veliko skupnega. Je družbeni dogovor in ne strokovna meja. Velja za čisto snov. Za dušikov oksidul velja MDK 100 ppm (parts per milion) za 8-urno izpostavljenost (dosegljivo na: http://www.minet.si/gradivo/egradiva/gospodarjenje_z_odpadki/HTML/slovarcek/mdk__maksimalna_dovoljena_koncentracija.htm).

3.2 SPRIČEVALO ZA NEVARNE SNOVI (VARNOSTNI LIST)

Spričevalo za nevarne snovi (varnostni list) je predpisano za nevarne snovi in vsebuje varnostno-tehnične podatke za nevarno snov, ki jih morajo proizvajalci in uvozniki nevarnih snovi posredovati uporabnikom in trgovskim organizacijam. Vsebuje podatke o: identifikaciji nevarne snovi, fizikalnih lastnostih, stopnji nevarnosti požara in eksplozije, nevarnosti za zdravje reaktivnosti, ekološke nevarnosti, postopkih pri razlivanju, raztresanje, uhajanju, posebnih varstvenih ukrepov, načinu skladiščenja in označevanja, transportu nevarnih snovi.

4 HLAJNI ANESTETIKI

Hlapne anestetike dovajamo preko umetne dihalne poti in nato prestopijo alveolo-kapilarno membrano, kjer veljajo zakoni difuzije in topnosti. Stanje splošne anestezije nastopi, ko anestetik v možganih doseže določeno koncentracijo oziroma zadosten parcialni tlak. Najmanjša alveolarna koncentracija anestetika (MAC) je tista koncentracija, ki je potrebna, da prepreči pri 50 % bolnikov grob mišični odziv na standardni bolečinski dražljaj, kot je incizija kože. MAC je glede na izbiro anestetika različna in tudi glede individualnosti pacienta. Za anestezijo uporabljamo različne hlapne anestetike. Ti so: dušikov oksidul, izofloran, halotan, efloran in sevofluran.

4.1 DUŠIKOV OKSIDUL

Dušikov oksidul je splošno znan kot vesel plin ali smejalni plin in po evforičnih učinkih ob vdihovanju. Je kemična spojina s kemijsko formulo N₂O. Na sobni temperaturi je brezbarven, negorljiv plin s prijetnim, rahlo sladkim vonjem in okusom. Uporablja se pri kirurških posegih in v zobozdravstvu, saj povzroča analgetičen in anestetičen učinek. S tokratno uporabo N₂O in inhalacijskega anestetika se zmanjša koncentracija porabe hlapnega anestetika. N₂O slabo zavira dihalni center (možnost spontanega dihanja) in razširja žile v osrednjem živčevju (Pečan, 1993).

4.2 IZOFLURAN

Izofluran (2-kloro-2-(difluoromethoxy) -1,1,1-trifluoro-etan) je halogenski eter, ki se uporablja za inhalacijsko anestezijo. Skupaj z enfluranom in halotanom sta zamenjala vnetljive etre, ki so se uporabljali v pionirski kirurgiji, saj je negorljiv in stabilen na sončni svetlobi. Njegova uporaba v humani medicini se že začinja zmanjševati, saj ga je nadomestil sevofluran, desflurane in intravenozni anestetik propofol. Izofluran je še vedno pogosto uporablja za veterinarsko anestezijo.

Izofluran se uporablja v povezavi z zrakom in/ali čistim kisikom. Pogosto se uporablja tudi v kombinaciji z dušikovim oksidulom. Ima nizek topnosti količnik, kar pomeni, da anestezijo lahko povzročijo hitreje kot pri halotanu, vendar pa njegova ostrina draži dihalni sistem, izničujejo prednost pred ostalimi hlapnimi anestetiki (Miller, 2004).

4.3 SEVOFLURAN

Sevofluran (2,2,2-trifluoro-1-[trifluorometil] etil fluorometil eter), imenovan tudi fluorometil hexafluoroisopropyl eter je sladkega vonja in ni vnetljiv. Uporablja se za indukcijo in vzdrževanje splošne anestezije. Skupaj z desfluranom je nadomestil izofluran in halotan v sodobni anesteziji. Pogosto se uporablja v mešanici dušikovega oksidula in kisika. Po desfluranu je hlapnih anestetik z najhitrejšimi nastopom anestezije. Čeprav ima desfluran najnižji topnostni količnik v krvi/plinu, se trenutno uporablja kot vodilni hlapni anestetik za indukcijo preko maske zaradi manjšega draženja sluznice. Prva poročila o sevofluranom so se pojavila v literaturi leta 1971. Anestetik so razvili znanstveniki na Baxter Laboratories. V študijah je bilo dokazano, da povzroča nekrozo ledvic pri podganah. Pri ljudeh histološko neposrednih dokazov o toksičnosti za ledvice ni bilo dokazanih, čeprav je odvisno od

odmerka proteinurija, glikozurija. Dokazov, da bi sevofloran bil teratogen, zaenkrat ni (Summer, 2003).

4.4 KISIK

Kisik je kemični element v periodnem sistemu elementov s simbolom **O₂** in atomskim številom 8. Element je zelo znan in prisoten vsepovsod. Najdemo ga ne samo na Zemlji, ampak v celotnem vesolju. Pri standardnih pogojih je dvovalentni nevetljiv plin brez barve in brez vonja. Molekularni kisik (O₂) je termodinamsko nestabilen, nastaja pa preko procesov fotosinteze rastlin. Zaradi svoje elektronegativnosti tvori kisik vezi s skoraj vsemi elementi, razen z nekaterimi žlahtnimi plini. Najbolj poznan oksid je vodikov oksid ali voda (H₂O), vendar pa kisik tvori tudi mnoge druge pomembne spojine. Z ogljikom tvori pomembne organske spojine, kot so ogljikov dioksid (CO₂), alkoholi (R-OH), aldehidi (R-CHO), ketoni (R-CO-R), etri (R-O-R), estri (R-COO-R) in karboksilne kisline (R-COOH). Z dušikom tvori mnoge dušikove okside (N_xO_y), prav tako s kovinami (na primer železovi oksidi, med katere spada tudi Fe₂O₃ ali rja), poleg drugih spojin pa sta pomembni molekuli O₂ in O₃ (ozon) (dostopno na: <http://sl.wikipedia.org/wiki/Kisik>).

5 POKLICNO TVEGANJE

Objektivni kriteriji za ocenjevanje delovnega mesta oziroma poklica so:

- obremenjenost organizma v celoti ali posameznih organskih sistemov,
- okolje, v katerem se delo opravlja,
- psihofiziološke zahteve poklica.

1. Ekološke značilnosti delovnega mesta

Določajo jih fizikalni, kemijski in biološki dejavniki. Anestezijska in kirurška ekipa sta dnevno izpostavljeni kroničnemu vdihavanju inhalacijskih anestetikov, ionizirajočemu sevanju in infektu. Dobro je znano, kako N₂O vpliva na sintezo deoksiribonukleinske kisline (DNA): prav tako povzroča tudi spremembo v beli krvni sliki. Posledica kronične izpostavljenosti NO so tudi nevropatije. Možne so tudi reproduktivne motnje. Halotan lahko okvari jetra (danes se več ne uporablja). Znane so tudi posledice izpostavljenosti ionizirajočemu sevanju (Bilban, 1999).

2. Psihološke obremenitve

Kronična izpostavljenost stresu – visoka stopnja samostojnega in hitrega odločanja, ki lahko usodno vplivata na življenje bolnika in s tem tudi visoka stopnja odgovornosti ter intelektualne zahtevne aktivnosti za reševanje problemov so vzrok kronične izpostavljenosti stresu. Večina anesteziologov je stabilnih (80 %) in so njihove reakcije ustrezne, 20 % anesteziologov pa se odziva neadekvatno z akutnim strahom, paniko, posledično nespečnostjo in depresijo. Ta stanja se lahko stopnjujejo do psihiatričnih bolezni – alkoholizem, depresija, samomor. Med vsemi zdravniki je odstotek alkoholizma največji ravno med anesteziologi.

Zdravniški pregledi na Inštitutu za anesteziologijo Kliničnega centra Ljubljana iz leta 1991 so pokazali rezultate, ki se ujemajo s podatki iz tuje literature.

Ugotovljen je visok odstotek bolezni gibal – dorzopatij, bolezni živčevja in čutil. Bolezni prehrane in presnove – hiperlipidemija ter kronični gastritis in razjede potrjujejo izpostavljenost stresu. Spremembe v beli krvni sliki – eozinofilija ter jetrne okvare so lahko posledica škodljivih učinkov hlapnih anestetikov. Neurejena prehrana je vzrok podhranjenosti ter prav tako razjedi ali gastritisu (Bilban, 1999).

6 ZAKLJUČEK

V operacijski dvorani je treba upoštevati zakonske predpise in vsaj v predpisanih rokih opravljati meritve koncentracij hlapnih in plinskih anestetikov v delovnem okolju. Treba je vzdrževati osveščenost anesteziologov in ostalih zdravstvenih delavcev v operativnih enotah o možnem onesnaženju zraka. Anestezijske postopke je priporočljivo prilagoditi, kadar je to dopustno za varno anestezijo in možno glede na razpoložljivo opremo. Tehnične službe naj sproti dobivajo poročila rezultatov meritev v posameznih operacijskih enotah in izvršijo nujne preglede in morebitna popravila prezračevalnih naprav in odsesavalnikov.

Literatura

1. Bilban M. *Medicina dela*. Ljubljana: ZVD, 1999; 83–99, 74–5.
2. Byhahn C, Westphal K. Occupational exposure to volatile anaesthetics. *CNS drugs* 2001; 15 (3): 197–215.
3. Miller RD. *Anaesthesia 6th edition*. Churchill Livingstone; 2004 – izbrana poglavja.
4. Pečan M. Anestetiki v zraku operacijskih prostorov. *Zdrav Obz* 1992; 26: 261–70.
5. Pečan M. Poklicno tveganje, anestetiki v zraku anestezijskih prostorov, izbira anestetika glede na onesnaženje okolja našega delovnega prostora. 1. tečaj podiplomskega izobraževanja iz anesteziologije. Portorož, 1993: 51–4.
6. Summer G, Lirk P, Hoerauf, Bodrogi F. Sevofluran in exhaled air of operating room personnel. *Anesth Analg* 2003; 97: 1070–3.
7. Toš L, Pečan M, Vončina J, Habinc M, Bunc R. Onesnaženje zraka v operacijskih prostorih z anestetiki. *Zdravstveni vestnik* 1990; 59: 505–8.

Internetni viri

1. http://www.minet.si/gradivo/egradiva/gospodarjenje_z_odpadki/HTML/slov_arcek/mdk__maksimalna_dovoljena_koncentracija.html 11.10.2009.
2. <http://sl.wikipedia.org/wiki/Kisik>, 10.09.2009.
3. <http://www.mz.gov.si>, 6.09.2009.

NEVARNOST KIRURŠKEGA DIMA

Blaž Bradač¹

Izvleček

95 % vseh kirurških posegov vsebuje kirurški dim. Znanstvene raziskave so pokazale, da imata kirurški in cigaretni dim skupne toksične komponente. Japonski raziskovalci, ki so uporabili Ames test, so ugotovili, da je potencialna nevarnost, ki nastane pri vdihavanju kirurškega dima, sproščenega pri gorenju enega grama tkiva glede mutagenosti, enaka pokajenim 3–6 cigaretam!!!

Ključne besede: kirurški dim, cigaretni dim, operacijska dvorana, simptomi

1 UVOD

Kirurški dim in aerosol nastajata pri uporabi laserjev, ultrazvočnih in elektro-kirurških generatorjev. Aerosolni delci se ustvarijo pri mehanskem delovanju kirurških inštrumentov. Pri visoki temperaturi celične membrane počijo, kar povzroči sproščanje vodne pare, celičnih delcev in strupenih kemikalij. Raziskave potrjujejo potrebo po evakuaciji dima ne glede na izvor energije in načina kirurškega posega (tudi v laparoskopiji). Povprečna velikost delcev v kirurškem dimu je 0,31 mikrona (od 0,10–0,80 mikrona), to je najbolj nevarna velikost delcev, saj je optimalna za depozit v spodnjih delih respiratornega trakta. Standardne kirurške maske filtrirajo delce od 0,6–5 mikronov. Ni dokazov, da kirurške maske zagotavljajo ustrezno zaščito ali zmanjšanje nevarnosti pred prenašanjem virusov. Več kot 40 različnih kemičnih kontaminantov, kot so benzen, toluen, formaldehid, ogljikov monoksid, najdemo tako v kirurškem kot v cigaretnemu dimu.

¹ *Blaž Bradač, MM Surgical, d.o.o., Galjevicova 81, 1000 Ljubljana
blaz.bradac@mmsurgical.si*

2 KIRURŠKI DIM

Kirurški dim ni sterilen ! Toplotna energija (ne glede na izvor) ne uniči virusne DNA. Žive bakterije so bile prisotne v kirurškem dimu ne glede na moč in trajanje koagulacije. Pri nižjih nastavitvah energije je v dimu prisotnih manj bakterijskih delcev. Najbolj nevarni virusi dokazani v kirurškem dimu so HPV, HBV, HIV hepatitis B in C (velikosti 0,12 mikrona). Prisotnost HIV-1 je dokazana v ceveh za evakuacijo dima (Dr. Michel Baggish – Chicago), tako kot tudi Humani Papilloma virus (Dr. Jerome Gardner). Nekatere izmed dokazanih bakterij v kirurškem dimu so Mycobacterium Tuberculosis , Bacillus Subtilis (spore), Staphylococcus Aureus, Escherischia Coli.

Resnost pljučne patologije se poveča sorazmerno s trajanjem izpostavljenosti ogljikovemu dioksidu in ostalim kemičnim komponentam. Učinke elektrokirurškega, laserskega dima in aerosola so proučevali na podganah. Histološka analiza je pokazala kardiorespiratorne spremembe, ki jih je zaznati tudi pri cigaretnem dimu.

Simptomi slabe kvalitete zraka v prostoru so: iritacija oči, nosu in grla, glavobol, vrtoglavica, kašelj, utrujenost, respiratorni problem, alergije itd. Študije so pokazale, da med 30–50 % zaposlenih v operacijskih dvoranah povezujejo vsaj z enim simptomom, povezanim s kvaliteto zraka v prostoru (Carolinas Medical Center, Charlotte, North Carolina, Inova Fairfax Hospital, Falls Church, Virginia, Morton Plant Hospital, Dunedin, Florida).

Ventilacija, ki se nahaja v operacijskih dvoranah, ni zadostna, da bi preprečevala prenos kontaminiranih delcev. Edina obramba pred elektrokirurškim dimom in aerosolom je sesalec dima, ki filtrira delce od 0,5 do manj kot 0,1 mikrona (99,999 % učinkovitost pri 0,12 mikronih).

Literatura

1. Emergency Care Research Institute. *Smoke Evacuation systems, Surgical Healthcare Product Compariosn system*. Plymouth Meeting, PA; ECRI: December 195, 20pp.
2. Patterson, Pat. "OR exposure to electrosurgery smoke a concern." *OR Manager* 1994; 9(1):6-7.
3. Eindyin, Vhstlrrn. "The effects of smoke plume generated during laser and electrosurgical procedures.: *Minimally Invasive Surgical Nursing* 1994;8: 99-102.
4. "Laser Smoke Effect on the Bronchial System. " *Lasers in Surgery and Medicine*, March 1987.
5. Ott, Douglas E. "Safety concerns in endoscopy." Presented at *Interational Society of Lasers in Medicine and surgery*, November 5, 1991. *Plume facts 2* (fourth quarter 1991): 3-4.
6. Frandel, SG. "National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) identifies potential hazards in plume." *Clinical Laser Monthly* 1990; 5: 67.
7. Patterson, Pat. "OR exposure to electrosurgery smoke a concern.: *OR Manager* 1993; 9(1): 6-7.
8. Lobraico, RV, Schifano, NJ, Brader, R. "A retrospective study on the hazards of the carbon dioxide laser plume." *Journal of Laser Application*, 1988;1: 6-8.
9. Sawchuck, W., Weber, P., Lowy, D., Dzubow, L. " *Infectious Papillomavirus in the vapor of warts treated with carbon dioxide laser or electrocoagulator: Detection and protection.*" *Journal of American Academy of Dermatology*, July 1989: 45.

RESPIRATORNA ZAŠČITA V ZDRAVSTVU

*Aleš Tomšič*¹

Izvleček

V operacijskih sobah je potrebna ustrezna respiratorna zaščita zdravstvenega osebja, ki je skladna z zahtevami predpisov s področja varnosti in zdravja pri delu ter istočasno ustreza zahtevam delovnega procesa.

Danes se zahteva istočasna respiratorna zaščita zdravstvenega osebja in bolnikov. Na voljo je kombinirana respiratorna zaščita – zaščitni respirator s prekritim ventilom za izdih in kirurška maska v enem izdelku. Zaželeno je, da ustreza standardu SIST EN149:2001 - zaščitni razred FFP3 - za osebno varovalno opremo in standardu EN14683 za kirurške maske, in sicer razredu IIR. Omogoča naj udobno dvosmerno zaščito za zdravstvene delavce, lažje dihanje brez zmanjšanja zaščite, manjše kopičenje vlage in toplote znotraj zaščitnega respiratorja, kar omogoča prekriti ventil za izdih. Pomembna je pravilna uporaba in preverjanje tesnosti ter prileganja nameščenih zaščitnih respiratorjev, pozorni moramo biti na rok uporabe, združljivost z zaščitnimi očali, omejitve pri uporabi in pravočasno zamenjavo zaščitnega respiratorja.

Zaščitni respirator mora zagotavljati dodaten element pri varnem delu za zdravstvene delavce v operacijskih sobah.

Ključne besede: *zdravstveno osebje, respiratorna zaščita, standard*

¹ Aleš Tomšič, univ. dipl. inž. el., Vodja razvoja trga, Osebna varovalna oprema 3M (East) AG, Podružnica v Ljubljani, Cesta v Gorice 8, 1000 Ljubljana
atomsic@mmm.com

VARSTVO PRED IONIZIRAJOČIM SEVANJEM V OPERACIJSKIH SOBAH

Boštjan Gajšek¹, Dean Pekarovič²

Izvleček

Uvod. Radiološki posegi v zdravstvu so nepogrešljivi del obravnave bolnika v diagnostične in terapevtske namene. Količina in kakovost radioloških posegov dnevno narašča in s tem tudi dozna obremenitev za populacijo.

Namen. Seznanitev, kdaj in kako ter pod kakšnimi pogoji se radiološki poseg v operacijski sobi izvaja, kakšna je dozna obremenitev za bolnika in za celoten operacijski tim (aktiven in pasiven), kako in na kakšen način se dozna obremenitev zmanjša ter kakšni so učinki izpostavljenosti ionizirajočemu sevanju.

Metode in cilji. Prikaz možnosti izpostavljenosti ionizirajočemu sevanju celotnega operacijskega tima (njihov položaj glede na vir sevanja), pravilna uporaba in nujnost uporabe osebne varovalne opreme ter natančna uporaba varovalne opreme za bolnika ne glede na starost in prognozo bolezenskega stanja. Predstavitev načela ALARA-e (As Low As Reasonably Achievable) in s tem dobre radiološke prakse, opis fizikalnih lastnosti rentgenske svetlobe (moč, izhod, smer, sipano sevanje, atenuacija).

Rezultati. Meritve hitrosti doze pri rentgenskem diaskopskem aparatu glede na oddaljenost od vira sevanja do kirurga (interventnega radiologa), inštrumentarke in anesteziologa ter primerjava le-te z naravnim ozadjem ter pregled, vloga in kakovost osebne varovalne opreme.

Razprava. Količina ionizirajočega sevanja je odvisna od zahtevnosti operacijskega posega, kdo izvaja radiološki poseg (radiološki inženir, zdravnik), ali je radiološki poseg namenjen diagnostiki ali terapiji in kateri organski sistemi so preiskovani ali zdravljeni.

Zaključek. Z optimalnim sodelovanjem in razumevanjem vseh članov zdravstvenega tima, medsebojnim spoštovanjem znanja in dela vsakega

¹ Boštjan Gajšek, dipl. inž. rad., Klinični inštitut za radiologijo, UKC Ljubljana, Zaloška 7, 1000 Ljubljana
gajocar@gmail.com

² Dean Pekarovič, dipl. inž. rad., Klinični inštitut za radiologijo, UKC Ljubljana, Zaloška 7, 1000 Ljubljana

posameznika, pravilno uporabo osebne varovalne opreme ter zavedanje o pomembnosti razdalje od vira sevanja, zmanjša izpostavljenost ionizirajočemu sevanju vseh prisotnih ter obravnavo bolnika po načelih dobre radiološke prakse.

Ključne besede: ionizirajoče sevanje, dobra radiološka praksa, varstvo pred sevanji, operacijski tim

1 UVOD

Kakovost radiološke opreme in njen razvoj, ki omogoča izvajanje radioloških posegov v diagnostične in terapevtske namene, vsakodnevno napreduje v smeri kakovosti slikovnega področja in s tem prikaz anatomskih struktur, ki še pred časom niso bile vidne z rentgensko svetlobo. To je razlog, da število radioloških preiskav vsakodnevno narašča.

2 NAMEN

- 2.1 Radiološki poseg v operacijski sobi se izvaja po naročilu zdravnika specialista, ki operacijski poseg izvaja. Rezultat radiološkega posega mora biti večja pričakovana skupna korist, kot pa je tveganje za škodo, ki nastane zaradi posega (*Statkiewicz Sherer in sod., 2002*).
- 2.2 Radiološki poseg se izvaja z rentgenskim diaskopskim aparatom, ki nam omogoča presvetlitev anatomskega predela, kjer se operacija izvaja. Nekateri rentgenski aparati (interventni) imajo dva načina delovanja, diaskopski in radiografski. Diaskopija omogoča spremljanje slike v živo, radiografski je namenjen arhiviranju slik. Pri radiografskem načinu je kakovost slik boljša, dozna obremenitev pa precej višja (faktor 10). Proizvajanje ionizirajočega sevanja je le takrat, ko s pritiskom na gumb ali pedalo radiološki inženir ali zdravnik vključi diaskopijo. V tem času je potrebno zagotoviti, da so bolnik in vsi člani operacijskega tima natančno opremljeni z osebno varovalno opremo (gonadni svinčeni predpasnik-bolnik; zaščitni svinčeni plašč, zaščita za ščitnico, zaščitna očala- OP tim), kajti s tem zmanjšamo možnost za dozno obremenitev na razumno raven (*Bushberg in sod., 2002*).

2.3 Doza ionizirajočega sevanja je količina energije, ki se absorbira v snovi (objektu), preračunana na njegovo maso (J/kg). Enota zanjo je Gray. Dozno obremenitev pri človeku razdelimo na ekvivalentno, efektivno in vstopno kožno dozo. Ekvivalentna doza je produkt absorbirane doze z utežnim faktorjem vrste tkiva (doza na organ). Efektivna doza upošteva obsevanost vseh organov in tako meri skupno škodo oz. tveganje. Za obe je enota Sievert (J/kg). Vstopna kožna doza se meri izključno med posegom, meri se na bolniku s termoluminiscentnimi dozimetri, ki vključujejo tudi povratno sipano sevanje (*Bushberg in sod., 2002*).

2.4 Učinki ionizirajočega sevanja se delijo na deterministične in stohastične učinke. Deterministični učinki se pojavijo, kadar je prizadet zadosten odstotek celic kakega tkiva ali organa. Ti učinki imajo določen prag in se pojavijo šele po neki mejni dozi. Stopnje poškodb so sorazmerne z izpostavljenostjo nad pragom.

Primer kože:

- eritem se pojavi po 14–21 dni po obsevanju, kadar tkivo prejme 3–10 Gy doze
- nekroza se pojavi po 21 dneh, kadar tkivo prejme več kot 25 Gy doze

Stohastični učinki so kasnejši učinki in je stopnja škode odvisna od ravni izpostavljenosti. Nimajo praga in se lahko pojavijo že pri nizkih dozah.

Primer:

- interventna radiologija: Zaradi starosti bolnikov ni možno oceniti stohastičnih učinkov
- diagnostična radiologija: Pojav karcinogeneze in dednih učinkov (*Serša, 2004*).

3 METODE IN CILJI

Dozna obremenitev za bolnika in celoten tim se vedno lahko zmanjša na najrazumnejšo dozo. Le-to lahko dosežemo, kadar se radiološki poseg izvaja po načelih dobre radiološke prakse. Dobra radiološka praksa poleg visokih moralnih in etičnih načel temelji na principu ALARA-e in varstva pred ionizirajočim sevanjem. ALARA govori o dozi, ki naj bo tako nizka, kot je to mogoče razumno doseči (*Bushberg in sod., 2002*).

Dozna obremenitev za bolnika in hkrati za celoten tim je odvisna od moči rentgenske svetlobe, gostote rentgenskih žarkov, časa ekspozicije in velikosti polja obsevanja. Z vsemi temi parametri opravlja radiološki inženir. Glede na velikost in debelino objekta (anatomskega predela bolnika), ki ga obsevamo, lahko rentgenski aparat sam določi parametre za najoptimalnejšo sliko predela, ki jo vidimo na ekranu (*Bushberg in sod., 2002*).

Naloga radiološkega inženirja je, da ojačevalec, kjer slika nastaja, približa bolnikovemu telesu čim bližje, vendar s tem ne ogroža predela operacijskega polja. S tem načinom se zmanjša dozna obremenitev glede na razdaljo na najnižjo možno obremenitev (intenziteta ionizirajočega sevanja pada s kvadratom razdalje) (*Bushberg in sod., 2002*).

Zaslonke (svinčene lamele), ki omejujejo snop rentgenske svetlobe, uporabimo, kadar pregledujemo majhne anatomske strukture in imamo operacijsko polje in osteosintetski material majhen ter ne potrebujemo pogleda na tkiva, ki so v bližini. Zožitev roba zaslonke po širini in dolžini za 1cm zmanjša vstopno kožno dozo do 16 % (*Bushberg in sod., 2002*).

Rentgenski diaskopski aparat ima funkcijo sekvenčne (pulzne) diaskopije. Samodejno prekinja diaskopijo na določen časovni interval. Za diagnostično uporabo le-te je potrebno usklajeno delovanje operaterja in radiološkega inženirja. Čas diaskopije se zmanjša za polovico, zato se za toliko zmanjša tudi dozna obremenitev (*Statkiewicz Sherer in sod., 2002*).

Biološki učinki ionizirajočega sevanja so ionizacija, prekinitve vezi DNA, biokemična sprememba celice, poškodba celice, učinek na tkivo in organ ter učinek na celo telo. Stopnje interakcije z biološkim materialom so fizikalne (vzbujanje, ionizacija), fizikalno-kemične (prosti radikali), kemične (pomembne biološke makromolekule) in biološke (učinki kemičnih produktov na organizem) (*Serša, 2004*).

Energija sevanja se absorbira na dva principa. Pri vzbujanju se elektron v atomu dvigne na višji energetski nivo brez njegovega izbitja. Pri ionizaciji se elektron izbije iz atoma ali molekule, odloži se veliko energije, ki zadošča za pretrganje kemičnih vezi. Vedno je tarča DNK, ki je lahko neposredno zadeta, ali pa sevanje deluje na molekule, ki tvorijo proste radikale in le-ti poškodujejo tarčo (*Serša, 2004*).

Meritve hitrosti doze pri rentgenskem diaskopskem aparatu SIREMOBIL v operacijski sobi v centralnem urgentnem bloku UKC Ljubljana so bile narejene z aparatom EG-g BERTHOLD LB123 in sondo LB 1236 2230. Meritve so se izvajale na fantomu medenice in ledvene hrbtenice z oznako RS-113T, proizvajalca RADIOLOGY SUPPORT DEVICES INC.CA.USA. Absorpcijski koeficient fantoma ustreza človeku višine 175 cm in teže 74 kg.

Merila se je vstopna kožna doza (VKD) in izstopna doza pri fantomu z varovalno opremo in brez nje, hitrost doze na položaju kirurga ali interventnega radiologa, medicinske sestre-inštrumentarke, anesteziista in radiološkega inženirja z osebno varovalno opremo in brez nje, hitrost doze zunaj operacijske sobe (za steklom), v dveh različnih položajih RTG aparata. V prvem primeru je rentgenska cev pod operacijsko mizo, v drugem primeru centralni žarek poteka vzporedno z operacijsko mizo.

Meritve hitrosti doze so se izvajale za prisoten tim v višini oči, prsnice in gonad pri normalnih pogojih uporabe aparata. Ekspozicijski pogoji so omogočali visoko prodornost ter majhno gostoto žarkov v snopu. Zaslone niso bile uporabljene.

4 REZULTATI

Pri meritvah smo uporabljali stalno napetost 110 KV in 3,0 mA. Za vsak posamezni anatomske predel je bila ekspozicija neprekinjena 30 sekund, kar nam je omogočilo najoptimalnejši prikaz hitrosti doze. Vsaka meritev je primerljiva s povprečjem naravnega ozadja za ljudi, ki so poklicno izpostavljeni ionizirajočemu sevanju. Povprečje naravnega ozadja je 8 mikroSv/dan.

Osebna varovalna oprema so bila očala z zaščitnim svinčenim faktorjem, predpasnik in ovratnica za ščitnico z 1 mm svinca.

Tabela 1. Dozna obremenitev bolnika v PA projekciji (razdalja RTG CEV/KOŽA /75 cm).

	Vstopna kožna doza	Izstopna doza
Brez varovalne opreme	20 μ Gy/min	0,15 μ Gy/min
Z varovalno opremo	0,4 Gy/min	0,0132 μ Gy/min

Tabela 2. Dozna obremenitev operacijske medicinske sestre (RTG-CEV PA).

RTG-CEV PA	Oči	Prsnica	Gonade
Brez osebne varovalne opreme	0,5 $\mu\text{Sv/h}$	0,65 $\mu\text{Sv/h}$	0,8 $\mu\text{Sv/h}$
Z osebno varovalno opremo	0,05 $\mu\text{Sv/h}$	0,065 Sv/h	0,08 $\mu\text{Sv/h}$

Oddaljenost od primarnega snopa je 150 cm.

Tabela 3. Dozna obremenitev operacijske sestre brez osebne varovalne opreme (RTG-CEV LATERALNO).

RTG-CEV LAT	Oči	Prsnica	Gonade
Položaj na strani RTG-cevi	0,41 $\mu\text{Sv/h}$	0,5 $\mu\text{Sv/h}$	0,66 $\mu\text{Sv/h}$
Položaj na strani OJAČEVALNIKA	0,34 $\mu\text{Sv/h}$	0,34 $\mu\text{Sv/h}$	0,34 $\mu\text{Sv/h}$

Oddaljenost od primarnega snopa je 100 cm.

Tabela 4. Dozna obremenitev kirurga ali interventnega radiologa (RTG-CEV PA).

RTG-CEV PA	Oči	Prsnica	Gonade
Brez osebne varovalne opreme	0,65 $\mu\text{Sv/h}$	1,3 $\mu\text{Sv/h}$	2,7 $\mu\text{Sv/h}$
Z osebno varovalno opremo	0,06 $\mu\text{Sv/h}$	0,1 $\mu\text{Sv/h}$	0,25 $\mu\text{Sv/h}$

Oddaljenost od primarnega snopa je 20 cm.

Tabela 5. Dozna obremenitev kirurga ali interventnega radiologa brez osebne varovalne opreme (RTG-CEV LATERALNO).

RTG-CEV LAT	Oči	Prsnica	Gonade
Položaj na strani RTG-cevi	2,7 $\mu\text{Sv/h}$	4 $\mu\text{Sv/h}$	6,1 $\mu\text{Sv/h}$
Položaj na strani OJAČEVALNIKA	0,83 $\mu\text{Sv/h}$	0,7 $\mu\text{Sv/h}$	0,46 $\mu\text{Sv/h}$

Oddaljenost od primarnega snopa je 20 cm.

Tabela 6. Dozna obremenitev anesteziologa (RTG-CEV PA).

RTG-CEV PA	Oči	Prsnica	Gonade
Brez osebne varovalne opreme	0,45 Sv/h	0,45 μ Sv/h	0,48 μ Sv/h
Z osebno varovalno opremo	0,045 μ Sv/h	0,045 μ Sv/h	0,048 μ Sv/h

Oddaljenost od primarnega snopa je 250 cm.

Tabela 7. Dozna obremenitev anesteziologa brez osebne varovalne opreme (RTG-CEV LATERALNO).

RTG-CEV LAT	Oči	Prsnica	Gonade
Položaj na strani RTG-cevi	0,41 μ Sv/h	0,5 μ Sv/h	0,66 Sv/h
Položaj na strani OJAČEVALNIKA	0,34 μ Sv/h	0,34 μ Sv/h	0,34 μ Sv/h

Oddaljenost od primarnega snopa je 250 cm.

Hitrost doze zunaj operacijske sobe znaša 0,06 μ Sv/h.

5 RAZPRAVA

Količina ionizirajočega sevanja in dozna obremenitev bolnika in operacijskega tima je odvisna od zahtevnosti ter velikosti operacijskega posega, uporabe ter vrste radioloških posegov in kako le ti potekajo (število različnih projekcij, kontrastna sredstva, količina slik za arhiv). Odvisna je od dinamike same fiziologije ali patofiziologije posameznih anatomskih struktur, ki se zdravijo s pomočjo interventne radiologije, kjer je za sledenje kontrastnega sredstva po žilah potrebno veliko število posnetkov za optimalen izvid. Pomembno je tudi, kdo izvaja radiološki poseg (radiološki inženir, zdravnik) in ali je le-ta namenjen diagnostiki ali terapiji ter kateri organski sistem se preiskuje ali zdravi. Najpomembnejši pa je položaj operacijskega tima. Kot je razvidno iz meritev, je oddaljenost posameznika od vira sevanja dejavnik, ki najbolj pripomore k znižanju dozne obremenitve. Če primerjamo oddaljenost kirurga in inštrumentarke od primarnega snopa sevanja, ta v povprečju znaša le dober meter. Rezultati nam pokažejo, da je hitrost doze na operaterja, ki stoji bližje primarnemu snopu, za 40 % višja.

6 ZAKLJUČEK

Za optimalno izvedbo kateregakoli kirurškega posega in predvsem za optimalen rezultat je potreben profesionalen tim, kjer se vsak član zaveda svojega znanja in nalog. Zato je naloga vsakega posameznika, da opravi svoje delo natančno in po načelih, ki jih opisuje njegova stroka. Ob tem pa spoštuje ostale člane tima, njihovo delo in se zaveda, da je vsak izmed njih, nepogrešljiv člen operacijskega tima. Kljub temu, da dozna obremenitev za operacijski tim ni nikoli tako visoka, da bi se njena škodljivost pokazala takoj, jo je potrebno jemati z vso resnostjo. Natančna uporaba osebne varovalne opreme za bolnika, ki mora biti poleg same operacije obravnavan po načelih dobre radiološke prakse, naj vas vzpodbudi k resnemu pristopu in razumevanju posledic, ki ga lahko povzroči ionizirajoče sevanje.

7 ZAHVALA

Iskrena in ponižna zahvala gospodu Bojanu Valantiču, univ.dipl.fiziku iz Zavoda za varstvo pri delu v Ljubljani in gospodu Marjanu Kofjaču, inž.rad. s Kliničnega inštituta za radiologijo UKC Ljubljana, za izvedbo meritev hitrosti doze ionizirajočega sevanja, za celoten operacijski tim.

Literatura

1. *Statkiewicz Sherer MA, Viscont PJ, Russell Ritenour E. Radiation protection in medical radiography. Fourth edition. 2002.*
2. *Bushberg JT, Seibert JA, eds. The essential physics of medical imaging, second edition. 2002.*
3. *Serša G. Biološki učinki ionizirajočega sevanja. Ljubljana: Zavod za varstvo pri delu, 2004.*

PRIPOROČILA MEDICINSKIM SESTRAM ZA VAROVANJE HRBTENICE PRI DELU

Milena Klopčič¹

Izvleček

Zdravstveni delavci morajo posebno skrb posvetiti svojemu zdravju in dobremu počutju, saj so le tako lahko kos vsakodnevnim psihičnim in fizičnim stresom. Nikoli pri svojem delu, pa če je še toliko dela, ne pozabite, da boste morali delati mogoče celo 40 let. Zato se je potrebno za vse fizične obremenitve dobro pripraviti, zdravo živeti ter poznati splošna pravila varovanja hrbtenice pri delu.

Ključne besede: zdravstveni delavci, priporočila, hrbtenica

1 UVOD

Številne študije (Stričević, Balantič, Čelan, 2006; Rugelj, 1995; Brečko, Gril, Zager, 2007) medicine dela po svetu in tudi pri nas so pokazale, da medicinske sestre v veliki meri trpijo zaradi bolečin v hrbtenici. Te bolečine so posledica nepravilnih položajev, gibanja pri delu in dvigovanja bremen. Bolečine lahko sproži tudi preprost, običajen gib, vendar se motnje v delovanju hrbtenice kot celote kopičijo in so posledica mesece in leta trajajoče slabe drže, nepravilne mehanike telesa, stresnega življenja, neprimerne delovnega okolja ter zmanjšane telesne pripravljenosti (Rugelj, 1995).

Bašič in Hlebš (2006) dejavnike tveganja za bolečine v križu razvrščata v dve večji skupini. V prvo skupino se uvrščajo dejavniki, na katere posameznik lahko vpliva. Ti so: telesna pripravljenost, psihološko stanje in prilagoditev okolja na delovno mesto. Drugo skupino dejavnikov tveganja pa predstavljajo tisti dejavniki, na katere posameznik ne mora vplivati: spol, starost, nekatere

¹ Milena Klopčič, dipl. fiziot., Inštitut za medicinsko rehabilitacijo, UKC Ljubljana, Zaloška 7, 1000 Ljubljana
milena.klopcc@kclj.si

antropometrične spremenljivke in pogoji na delovnem mestu, ki so poleg telesne pripravljenosti bistvenega pomena za nastanek bolečine v križu.

Zmanjšana telesna aktivnost pogosto vodi do prekomerne telesne teže in ohlapnosti trebušnih mišic, ki vodijo do nepravilnih obremenitev hrbtenice. S primerno telesno aktivnostjo se temu lahko zlahka izognemo. Pravilno delovanje nog da dobro držo, kajti preko mišic stopala in nog dobivajo mišice impulze za aktivnost. Vzravnana drža je položaj, v katerem je telo popolnoma uravnoteženo. Mišično delo, ki je potrebno za vzdrževanje drže, se pri dobri postavitvi in popolni uravnoteženosti zmanjša. Za preprečevanje bolečine v križu in vratu ja zelo pomembna tudi vsakodnevna drža. Zanemarjanje drže povečuje fiziološke krivine hrbtenice in s tem tudi možnosti nastanka bolečine v križu in vratu. Za vzdrževanje dobre drže je med drugim potrebno izboljšati aktivnost trebušnih mišic in ohranjovati glavo vzravnano. (Rugelj, 1995)

Dobra telesna kondicija ne opredeljuje le moči za enkratno izvedbo naporenega dviga, temveč tudi vzdržljivost. Z aktivacijo trebušnih mišic se pritisk v trebušni votlini poveča, sile, ki delujejo na medvretenčne ploščice, se zmanjšajo za 30–50 % in je zato potrebna manjša moč v paravertebralnih mišicah. Pri dvigovanju ima pomembno vlogo tudi usklajeno delovanje mišic medeničnega dna, ki pri aktivaciji trebušnih mišic ne smejo popustiti zaradi povečanega pritiska v trebušni votlini. (Rugelj, 1995)

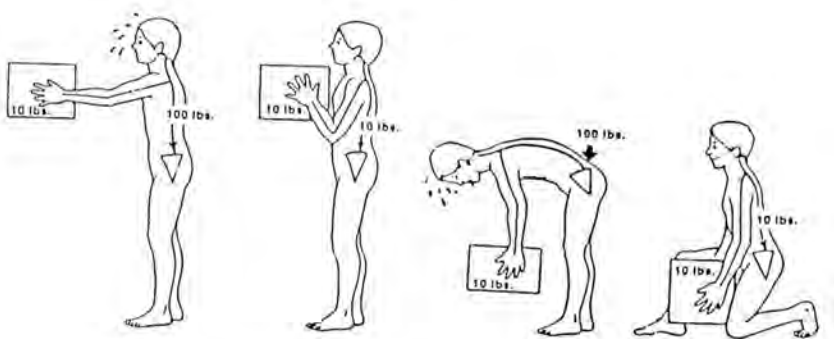
2 POTREBNA ZNANJA IN AKTIVNOSTI ZA VARNO GIBANJE MED DELOM

Glede na priporočila številnih avtorjev (Gaber, Rački, Bevetek, 1993; Rugelj, 1995; www.id.gov.si/fileadmin/id.gov.si/pageuploads/Varnost_in_zdravje_pri_delu/Sluzba_nadzora_zdravja/care_SLOVENIE_WEB.pdf, 2007) mora medicinska sestra pri svojem delu poznati osnovna načela dvigovanja ter biomehanske principe dvigovanja in prestavljanja bremen.

2.1 Varni biomehanski principi pri dvigovanju

Učenje dobre drže ter pravilnega in varnega gibanja med dvigovanjem bremen je pomembna preventivna aktivnost, s katero lahko vplivamo na zmanjšanje možnosti bolečin v hrbtenici. Seveda ob tem ne smemo zanemariti pomembnosti ergonomsko urejenega delovnega okolja in opreme. (Hollis, 1985; Gaber, Rački, Bevetek, 1997; Rugelj, 1995)

- Zagotovi čim manjši pritisk na medvretenčne ploščice (Slika 1).
- Nogi sta v širini ramen, ena nekoliko naprej.
- Izogibaj se obračanju trupa.
- Rahlo pokrči kolena.
- Komolca sta čim bližje telesu, izogibaj se poseganju, s tem povzročiš večje tveganje za poškodbo.
- Napni trebušne mišice, da podprejo hrbtenico.
- S pogledom spremljaj gibanje.
- Tekoče se gibaj med izvajanjem tehnike .
- Izogibaj se zadrževanju položajev.
- Uporabljalj pripomočke.



Slika 1. Nepravilno dvigovanje povzroča desetkrat večje pritiske na medvretenčne ploščice (Hollis, 1985).

3 ZAKLJUČEK

Z učenjem in poznavanjem biomehanskih principov lahko spretnosti pridobimo, vendar pa moramo ugotoviti svojo mejo maksimalne obremenitve in poiskati pomoč, ko jo potrebujemo. Dokazano je, da ustrezne tehnike dvigovanja zmanjšujejo možnost poškodbe hrbtenice, vendar je pogosto zaradi pomanjkanja prostora, osebja in časa uporaba ustrezne tehnike otežena.

Nemalokrat se nepravilnega gibanja med delom zavedamo šele takrat, ko nas zaboli v križu, zato je poleg zdravega načina življenja pomembno, da izvajamo postopke dela tako, da jih izvajamo pravilno in varno.

Literatura

1. Bašič D, Hlebš S. Dejavniki tveganja bolečine v križu. In: Gazvoda TM, eds. Zbornik referatov z Mednarodnega posvetovanja Ergonomija 2006, Ljubljana, 21.–22. september 2006. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo; 2006.
2. Gaber G, Rački N, Bevetek T. Ergonomski pristop k zmanjševanju bolečin v križu pri negovalnem osebju. In: Kovačič F, eds. III. strokovno posvetovanje slovenskih fizioterapevtov, Rogla, 1.–3. april 1993. Ljubljana: Društvo fizioterapevtov Slovenije; 1993: 49-56.
3. Hollis M. Safer lifting for patient care. Oxford [etc.]: Blackwell Scientific Publications, 1985.
4. Popovič J. Bolečina v križu in išias. Ljubljana: Mladinska knjiga, 1984.
5. Rugelj D. Pogostost pojavljanja bolečine v križu. Obzor Zdr N. 1995; 29: 139–42.
6. www.id.gov.si/fileadmin/id.gov.si/pageuploads/Varnost_in_zdravje_pri_delu/Sluzba_nadzora_zdravja/care_SLOVENIE_WEB.pdf, 11. 10. 2007.
7. Stričević, J, Balantič Z, eds. Negativni pokazatelji zdravja kot posledica ergonomskih obremenitev na delovnem mestu medicinske sestre. In: Gazvoda TM, eds. Zbornik referatov z Mednarodnega posvetovanja Ergonomija 2006, Ljubljana, 21.–22. september 2006. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo Ljubljana, 2006.

ZDRAVI IN VARNI PRI DELU

Marija Tomažič¹, Irena Špela Cvetežar²

Izvleček

Članek govori o zagotavljanju zdravja in varnost pri delu. Opisane so dolžnosti delodajalca, ki jih delavec zagotavlja zakonodaja. Varni pogoji za delo in zdravi ter motivirani delavci so interes delodajalca, saj le zdravi delavci dobro delajo in prinašajo delovni organizaciji ugled in dobiček. Delavci imajo pravico do zdravega in varnega delovnega mesta ter varnih pogojev za delo. Njihova dolžnost je upoštevati navodila delodajalca in uporaba zaščitnih sredstev.

Opisano je, kako je za zdravje zaposlenih poskrbljeno na Kirurški kliniki v Univerzitetnem kliničnem centru v Ljubljani).

Ključne besede: zdravje, varnost, delo, zdravstveni delavec

1 UVOD

V delovnem okolju odrasli preživijo tretjino svojega življenja. Delo, delovno mesto oziroma podjetje, ustanova ali organizacija so izjemno pomembni za zdravje zaposlenih.

Prijetno delovno okolje, dobri medosebni odnosi, zaupanje delodajalcu in sodelavcem daje zaposlenim občutek varnosti. Vse to pa ni odvisno le od delodajalca, temveč v veliki meri od delavcev samih.

Področje zdravja in varnosti pri delu je zelo široko. Sama sem se v prispevku osredotočila pretežno na teme s področja preprečevanja okužb.

¹ Marija Tomažič, dipl. m. s., Kirurška klinika, UKC Ljubljana, Zaloška 7, 1000 Ljubljana
mojca.tomazic@kclj.si

² Irena Špela Cvetežar, dipl. m. s. Kirurška klinika, UKC Ljubljana, Zaloška 7, 1000 Ljubljana
irena.cvetezar@kclj.si

Za varno delo in zdravje delavcev je ključnega pomena, da upoštevajo navodila s področja zdravja in varnosti pri delu ter pri delu uporabljajo osebno varovalno opremo, kadar je to potrebno.

Delavci in delodajalci se morajo zavedati pomena zdravega življenjskega sloga na delovnem mestu in stremeti k oblikovanju zdravju naklonjenih delovnih razmer. Prepoznavanje in zgodnje odkrivanje nasilja (mobinga) na delovnem mestu je ključnega pomena za njegovo preprečevanje.

2 DELO IN ZDRAVJE

Osnovno, po čemer se človek loči od živali, je delo. Opravlja ga z različnimi aktivnostmi, zavestno in plansko, da bi dosegel določen cilj oziroma izvršil zadano nalogo. Pri tem uporablja svoje organe, v največji meri roke in možgane (Jurman, 1981).

Zaposlitev in opravljanje dela nam zagotavlja finančna sredstva, omogoča socialne stike in daje priložnost za ustvarjalnost in kreativnost.

Svoboda dela je ena izmed ekonomskih in socialnih pravic, ki jo državljanom Republike Slovenija zagotavlja Ustava (Ustava RS, Ur.l. RS, št.331/91, 42/97, 66/00, 24/03, 69/04, 68/06).

Zdravje pojmuje kot sposobnost uresničevanja posameznikovih možnosti in kot pozitiven odziv na izzive okolja. Za doseganje zdravja mora biti vsak posameznik oziroma skupina zmožen ugotoviti in uresničiti svoje želje, zadovoljevati potrebe in spreminjati oziroma obvladovati svoje okolje.

Razumevanje zdravja obsega tako duševno kot telesno in socialno zdravje ter kakovost življenja.

3 ZAKONODAJA

Varnost in zdravje delavcev sta delodajalčeva želja in interes, saj le zdravi in varni delavci lahko dobro delajo, je pa tudi njegova obveznost.

Namen Zakona o varnosti in zdravju pri delu (ULRS, 56/99) je varovanje življenja, zdravja in delovne zmožnosti delavca, preprečevanja poškodb pri delu in poklicnih bolezni ter okvar zdravja v zvezi z delom.

Odgovornost za varnost in zdravje pri delu nalaga zakonodaja (Zakon o varnosti in zdravju pri delu, Ur.l. RS, št. 56/1999, 64/2001) predvsem delodajalcu, vendar imajo po zakonu tudi delavci dolžnost in hkrati pravico, da poskrbijo za svojo varnost in zdravje. Imajo dolžnost, da so seznanjen z varnostnimi ukrepi in ukrepi zdravstvenega varstva ter da so usposobljeni za njihovo izvajanje.

Varne delovne razmere in spoštovanje predpisov tako delavca, kot delodajalca ureja tudi Zakon o delovnih razmerjih (Zakon o delovnih razmerjih, Ur. l. RS, 42/2002, 79/2006, 46/2007, 103/2007). V 34. členu določa, da mora delodajalec zagotavljati pogoje za varnost in zdravje delavcev v skladu s posebnimi predpisi o varnosti in zdravju pri delu. Obveznosti delavca pa so upoštevanje delodajalčevih navodil v zvezi z izpolnjevanjem pogodbenih in drugih obveznosti iz delovnega razmerja (ZDR, 32 čl.).

Delavec mora spoštovati in izvajati predpise o varnosti in zdravju pri delu ter pazljivo opravljati delo, da zavaruje svoje življenje in zdravje ter življenje in zdravje drugih oseb (ZDR, 33. čl.).

4 PRAVICE IN DOLŽNOSTI ZAPOSLENIH

Delavci imajo pravico do zdravih in varnih pogojev za delo. Imajo pa tudi dolžnosti, in sicer upoštevati navodila delodajalca in uporabljati zaščitna sredstva, kadar je to potrebno. Imajo pravico in dolžnost, da so seznanjeni s predpisanimi varnostnimi ukrepi, se usposobijo za izvajanje teh ukrepov, izvajajo predpisane delovne postopke, pri delu uporabljajo varnostne naprave in osebno varovalno opremo ter, da opravijo predpisane zdravstvene preglede (<http://www.cilizadelo.si/default-30100.html>). Pomembno je, da se v procese urejanja delovnih razmer in dela v korist varnosti in zdravju vključijo vsi zaposleni.

Strokovnjaki povezujejo mnoga obolenja z nezdravim načinom življenja in zdravju nenaklonjenim okoljem. Življenjski slog zaposlenega zato ni zgolj zasebna zadeva, saj je zdravje pomemben dejavnik dela zmožnosti in zaposljivosti. Delavce je potrebno motivirati za zdrav način življenja tako na

delovnem mestu kot v prostem času. Zavedati se morajo pomena zdrave prehrane, aktivnega preživljanja prostega časa, telesne aktivnosti ter zdravega življenjskega sloga.

Delavec ima pravico delo tudi odkloniti, če ni bil predhodno seznanjen z vsemi nevarnostmi ali škodljivostmi pri delu, mu delodajalec ni zagotovil predpisanega zdravstvenega pregleda, mu grozi neposredna nevarnost za življenje in zdravje, ker niso bili izvedeni predpisani varnostni ukrepi in če dela več kot polni delovni čas, oziroma ponoči in bi mu v skladu z mnenjem pooblaščenega zdravnika takšno delo poslabšalo zdravstveno stanje.

Kadar delavec svojih dolžnosti v zvezi z varnostjo in zdravjem ne spoštuje, se šteje, da ogroža svojo varnost in zdravje ter varnost in zdravje drugih delavcev, kar je hujša kršitev obveznosti iz delovnega razmerja, zaradi česar lahko delodajalec z delavcem prekine delovno razmerje.

5 DELO KREPI ČLOVEKA

Ustvarjalnost in dejavnost, ki jo človeku nudi delo, pozitivno deluje na človekovo psihično in fizično in počutje. To, da smo dejavni, nas dela močne. Pogoji za to je, da je delo primerno organizirano, v primernih delovnih pogojih, z ustreznimi pripomočki in napravami in da traja primeren čas.

Delo pa ja lahko tudi naporno, utrujajoče, dolgotrajno, neustvarjalno in v takem primeru postajamo utrujeni in nemotivirani.

Utrujenost, ki se pojavlja pri delavcu, je odraz mnogih vplivov, ki delujejo na njegov organizem. Lahko je kriva slaba organizacija dela, neprimerno delovno mesto, dolgotrajno in težko delo, pomanjkanje sposobnosti, nevšečnost v zasebnem življenju, bolezni, slaba prehrana, nezainteresiranost za delo, slabi medsebojni odnosi v kolektivu ipd. (Jurman, 1981).

V bolnišnicah traja delovni dan 24 ur, vse dni v tednu in vse dni v letu. Zaposleni pogosto delajo več kot 8 ur na dan in več kot 40 ur na teden. Delajo popoldne, ponoči, ob vikendih in praznikih. Zaposleni so pogosto preobremenjeni in to doživljajo kot stres. V deželah Evropske unije (EU) je od 50 do 60 % izgubljenih delovnih dni posledica preobremenjenosti. EU stane absentizem zaradi negativnih vplivov stresa 20 milijard evrov letno (<http://www.cilizadelo.si/default-30100.html>).

Delovni čas in soodločanje pri razporejanju delovnega časa pomembno vplivata na obremenjenost. Neformalna podaljševanja delovnega časa in slabo načrtovana vnaprejšnja razporeditev delovnega časa lahko povzročijo občutek preobremenjenosti.

6 VLOGA DELODAJALCA PRI ZAGOTAVLJANJU ZDRAVJA ZAPOSLENIH

Z vidika varnosti podjetja se varnost in zaščita začneta na vrhu – od zgoraj navzdol. Z vidika varnostne kulture in samozaščite pa ja treba varnost in zaščito podjetja gledati tudi od spodaj navzgor, pri čemer svojo funkcijo odigra vsak zaposleni v podjetju (Vršec, 1993).

V Univerzitetnem kliničnem centru v Ljubljani (UKCL) je letno obravnavanih skoraj milijon pacientov. Je mesto za zdravljenje najtežjih pacientov in skrbi za razvoj medicine v slovenskem prostoru ter skupaj z izobraževalnimi institucijami izobražuje kadre zdravstvenih poklicev.

UKCL je največja zdravstvena ustanova v Sloveniji. Konec leta 2007 je bilo v UKCL 7.480 zaposlenih in 2.275 bolniških postelj. Uvršča se med največje bolnišnice v Srednji Evropi.

Kirurška klinika (KK) je sestavni del UKCL. Po velikosti se lahko primerja z manjšo slovensko bolnišnico. Sestavlja jo 11 kliničnih oddelkov, Operacijski blok in Urgentni kirurški blok.

Na KK je 1760 zaposlenih. Zdravstvenih delavcev je 1566 in od tega 1176 izvajalcev zdravstvene nege.

Skrb za zdravje in varnost pri delu ter zadovoljni zaposleni mora biti vodilo za delo menedžmenta (<http://www2.izd.si/default-2020.html>).

Na KK se prizadevamo skrbeti za zdravje delavcev in varne pogoje dela. Služba za zdravje in varnost pri delu v UKCL organizira izobraževanja s področja varnosti in varovanja zdravja za vse novo zaposlene. Zaposleni opravljajo preventivne zdravstvene preglede, pri delu nosijo delovno obleko in obutev ter uporabljajo osebna varovalna sredstva, omogočeno jim je cepljenje proti

hepatitisu B in gripi, organizirana so izobraževanja in učne delavnice s področja preprečevanja okužb.

6.1 Delovna obleka in osebna varovalna sredstva

Delodajalec je po zakonu dolžan skrbeti za varne in zdrave pogoje dela. Delavce mora o tem poučiti in jim zagotoviti varne pripomočke za delo, zaščitno obleko in obutev ter osebna varovalna sredstva (OVO). Obveznosti in dolžnosti pa imajo tudi delavci. Poleg pravice do delovne obleke, obutve in OVO imajo tudi dolžnost, da jo uporabljajo. Biti morajo poučeni o njeni namembnosti in uporabi.

Uporabljati jo morajo pri delih, pri katerih se ni mogoče izogniti tveganjem za varnost in zdravje (Pravilnik o osebni varovalni opremi, ki jo delavci uporabljajo pri delu, Ur. l. RS, 89/99, 39/2005).

OVO je vsaka naprava ali pripomoček, ki ga posameznik nosi ali drži zaradi varovanja pred eno ali več nevarnostmi za zdravje in varnost. Je zadnji člen v verigi ukrepov za preprečevanje zdravstvenih okvar in poškodb pri delu (Ninčević, Pavlič, Habajec, 2009). OVO, ki jo pri delu najpogosteje uporabljajo zdravstveni delavci, so: zaščitne rokavice, maska, zaščita za oči, zaščitni predpasnik in plašč, kapa in zaščita za obušalo. Ustrezno osebno varovalno opremo, ki ščiti določen del telesa ali organ, izberemo glede na vrsto dela in nevarnost. Namen njene uporabe pa ni le zaščita zdravstvenih delavcev, temveč tudi varovanje pacienta pred okužbo.

6.2 Preventivni zdravstveni pregledi

Zdravstveni pregledi delavcev so ena najpomembnejših preventivnih dejavnosti zdravstvenega varstva. Z njimi se ugotavlja zdravstveno fizično in psihično stanje delavcev. Ocenjuje se njihova zmožnost za delo z zdravstvenega vidika in odkriva možnost nastanka zdravstvenih okvar in poklicnih bolezni (Ninčević, Pavlič, Habajec, 2009).

Na Kirurški kliniki opravljajo zaposleni obdobjne preventivne zdravstvene preglede (Pravilnik o preventivnih zdravstvenih pregledih delavcev, Ur.l.RS, št.87/2002, 29/2003, 124/2006) na Kliničnem inštitutu prometa dela in športa (KIMDPŠ).

Pravilnik opredeljuje, kako pogosto mora zaposleni na obdobjni pregled in kaj mora pregled vsebovati. Za večino zaposlenih na KK je potreben pregled na 12 mesecev.

V letu 2008 je bilo na KK 437 zaposlenih na obdobjnem preventivnem zdravstvenem pregledu. Po pregledu specialista medicine dela, prometa in športa zaposleni, ki je opravil pregled, dobi oceno delozmožnosti za delovno mesto, ki ga opravlja. Če specialist ugotovi, da zaposleni ne izpolnjuje zahtev za delovno mesto, v izvidu opredeli, kakšne so delavčeve omejitve. Dolžnost delodajalca je, da delavcu priskrbi ustrezno delovno mesto, kar pa ni vedno lahko. Vsako leto je več zaposlenih, ki imajo pri delu zdravstvene omejitve.

V letu 2008 so bile na Kirurški kliniki pri 111 delavcih od 437 pregledanih, kar pomeni 25 %, ugotovljene različne omejitve delazmožnosti.

Najpogostejše ocene z omejitvijo delazmožnosti so: brez dvigovanja in prenašanja težjih bremen, brez dolgotrajnega dela v prisilnih položajih hrbtenice, brez izpostavljenosti dražečim snovem in alergenom, brez dežurstev in dela ponoči, delo v skrajšanem delovnem času, brez uporabe dražečih razkužil, pretežno sedeče delo, brez dela v območju IO sevanja in brez dolgotrajne hoje.

Skoraj vse vrste dela vključujejo določeno obliko ročnega premeščanja bremen. Te oblike so lahko dvigovanje, držanje, odlaganje, vlečenje, potiskanje, premikanje ali prenašanje različnih bremen. Uporaba neprimernih tehnik ročnega premeščanja bremen je pogosto vzrok za poškodbe pri delu.

Poškodbe hrbta, ramenskega obroča, vratu, dlani, rok in nog so pogosto posledica premeščanja težkih ali nerodnih bremen, omejenega prostora in prenašanja bremen.

Bolečine v hrbtenici so eden od pogostih vzrokov odsotnosti negovalnega osebja z dela. Različne raziskave po svetu so pokazale, da medicinske sestre in bolničarji pogosteje trpijo zaradi bolečin in poškodb hrbtenice kot zaposleni v drugih poklicih.

Kadar se zaradi sprememb v zdravstvenem stanju, ki jih ni možno odpraviti z zdravljenjem ali medicinsko rehabilitacijo, zmanjša zmožnost zavarovanca za zagotovitev ali ohranitev delovnega mesta govorimo o invalidnosti.

Na KK ima 89 zaposlenih status invalida (stanje na 31.1.2009), od tega je 56 izvajalcev zdravstvene nege.

Njihove najpogostejše omejitve pri delu so: polovični delovni čas, brez dela preko polnega delovnega časa in ne ponoči, brez dvigovanja bremen nad 5 kg, delo brez prisilne drže, lažje delo, kjer ne bo dviganja, prenašanj, potiskanja in vleke bremen nad 7 kg, pretežno sedeče delo, brez dolgotrajne hoje in stoje, brez dvigovanja in prenašanja bremen nad 8 kg, lažje fizično delo, delo kjer ne bo izpostavljenosti okužbam in stresom in brez dela v prisilni drži.

Večina zaposlenih na Kirurški kliniki, ki imajo status invalida ima težave z lokomotornim aparatom in hrbtenico. Pri izvajanju zdravstvene nege je veliko dvigovanja, prenašanja težjih bremen in drže v prisilnih položajih. Zaposleni morajo biti zato seznanjeni s pravnimi načini dvigovanja in prenašanja bremen ter pravnimi položaji telesa pri delu.

7 PREPREČEVANJE OKUŽB

Zdravstveni delavci so na svojem delovnem mestu ogroženi, ker so dnevno izpostavljeni številnim bolezenskim povzročiteljem in zato možnosti okužbe. Tveganje za okužbo je odvisno od intenzivnosti in pogostosti stika z bolnikom, njegovimi telesnimi tekočinami, izločki in iztrebki ter kontaminiranimi inštrumenti ter aparaturami ob izvajanju diagnostičnih, terapevtskih, negovalnih in rehabilitacijskih postopkov.

Da bi se izognili tveganju za okužbo in prenos le-te, morajo zdravstveni delavci poznati in upoštevati standardne ukrepe preprečevanja in obvladovanja bolnišničnih okužb. Poskrbeti morajo za svojo osebno urejenost – čisto delovno obleko, urejene lase in roke. Delodajalec mora imeti za postopke in posege izdelana navodila ter protokole, ki preprečujejo nastanek in prenos okužbe.

Na vsakem kliničnem oddelku Kirurške klinike je medicinska sestra ali sanitarni inženir–higienik, ki se ukvarja s higiensko epidemiološkim področjem. Naloga higienika je tudi, da osebje seznanja z ukrepi preprečevanja in obvladovanja bolnišničnih okužb in da nadzira njihovo izvajanje. Vsaj enkrat letno izvede za zaposlene učne delavnice na temo higiena rok in uporaba osebne varovalne opreme.

7.1 Incident

V primeru poškodbe zdravstvenega delavca z ostrim predmetom, politje s krvjo ali izpostavljenost sluznic aerosolu krvi ali krvavim telesnim tekočinam govorimo o incidentu, kjer lahko pride do parenteralnega prenosa okužbe od bolnika na zdravstvenega delavca. Incident pomeni nevarnost predvsem zaradi možnosti prenosa virusa hepatitisa B in C ter virusa HIV. Najpogosteje se zgodijo med delom ali neposredno po njem. Verjetnost prenosa okužbe na zdravstvenega delavca je odvisna od volumna inokulirane krvi in globine vboda (Lužnik Bufon, 1998).

Zaposleni morajo poznati Protokol ukrepanja ob incidentu, ki zajema: prvo pomoč, zdravstveno oskrbo poškodovanega mesta, prijavo incidenta higieniku oddelka in pregled in diagnostiko na KIMDPŠ, v primeru možnosti okužbe s HIV pa takojšnji posvet pri infektologu.

Ker gre pri incidentu za nesrečo pri delu, je zaposleni dolžan prijaviti dogodek Službi za zdravje in varnost pri delu. Incidente pa evidentiramo tudi kot neželen dogodek pri izvajanju zdravstvene nege. Vse incidente je potrebno obravnavati in analizirati vzroke, da bi v bodoče preprečili nove.

V lanskem letu se je v UKCL zgodilo (bilo prijavljenih) 114 incidentov, od tega 39 na Kirurški kliniki.

Najpogostejši vzroki incidentov so bili: vbod v roko ali prst ob natikanju pokrovčka na uporabljeno iglo, nepravilno odložena igla ali skalpel, igla med odpadki, naglica pri delu z ostrim predmetom, prenapolnjen zbiralnik za ostre predmete in drugo. Pogosto je opaziti, da zdravstveni delavci ne uporabljajo rokavic, npr. pri odvzemanju krvi ali uvajanju venoznega kanala, kar ob morebitni poškodbi zmanjša možnost nastanka okužbe.

Incidenca poškodb z ostrimi predmeti (incidentov) je mogoče znižati z zagotovitvijo varnega delovnega okolja, z uporabo varnih pripomočkov za delo in z zadostnim številom osebja. Potrebno je tudi nenehno izobraževanje in motiviranje zaposlenih za varno delo z ostrimi predmeti in za pravilno odlaganje ostrih predmetov. Ti sodijo v zbiralnik za ostre predmete in med infektivne odpadke. Odpadke je potrebno ločevati na mestu nastanka.

7.2 Cepljenje

Cepljenje ima namen zaščititi posameznika pred nalezljivo boleznijo, omejiti širjenje in izkoreninjanje nalezljivih bolezni. Pravilnik o cepljenju, zaščiti z zdravili in varstvu pred vnosom in razširjenjem nalezljivih bolezni (Ur.l. RS, št. 16/1999) v 17. členu pravi, da je cepljenje proti hepatitisu B obvezno za zdravstvene in druge delavce, ki so pri opravljanju svojega dela izpostavljeni možnosti okužbe z virusom hepatitisa B ter dijake in študente, ki so pri praktičnem pouku izpostavljeni možnosti okužbe z virusom hepatitisa B.

Na KK je velika večina zaposlenih zdravstvenih delavcev cepljena proti hepatitisu B. Rutinska kontrola titra protiteles se opravlja ob obdobjih zdravstvenih pregledih in kadar pride do incidenta (vboda ali ureza z ostrim predmetom). Če je potrebno ponovno cepljenje se to opravi na KIMDPŠ.

Priporočljivo je tudi cepljenje proti gripi. Zdravstveni delavci so pri delu zelo izpostavljeni saj dnevno prihajajo v stik z mnogimi, predvsem bolnimi ljudmi. Obstaja velika verjetnost, da zbolijo za gripo in jo prenesejo na paciente.

V UKCL je od leta 2005 organizirano brezplačno cepljenje za zaposlene. Na KK se proti gripi vsako leto cepi povprečno 500 zaposlenih. V letošnjem letu, ko je na pragu pandemija nove gripe, je pričakovati še večji odziv.

8 PREPOZNAVANJE IN PREPREČEVANJE NASILJA

Nasilje na delovnem mestu je večplasten problem, katerega dopuščanje je odvisno od družbenih, organizacijskih in osebnih norm. Eden od prvih korakov, ki ga je treba storiti, ko se lotevamo preprečevanja nasilja na delovnem mestu, je ocena ali diagnoza relevantnih tveganj in tveganih situacij kot sestavnega dela varnosti na delovnem mestu ter sistema upravljanja zdravstva ter splošnega organizacijskega upravljanja zdravstvenih institucij.

Nasilje se pojavlja v različnih oblikah: psihično, fizično, spolno, ekonomsko, politično, ideološko, pravno, rasno, versko, etnično idr. Prav vsaka oblika lahko povzroča kratkoročne in dolgoročne posledice na zdravju žrtve nasilja (Cvetežar, Ažman, 2007).

Negativne posledice imajo vpliv tudi na zagotavljanje storitev zdravstvenega varstva in vpliva na znižanje kakovosti dela. To ima lahko za posledico zmanjšanje storitev, ki so na voljo prebivalstvu ter povečane stroške zdravstva. Še posebej v deželah v razvoju bo ogrožen enak dostop do primarnega zdravstvenega varstva, če bodo zdravstveni delavci, ki so že tako ali tako redek vir, zapustili svoj poklic zaradi grožnje nasilja (Cvetežar, Ažman, 2007)

Pri obravnavanju nasilja na delovnem mestu je potrebno upoštevati:

- **celosten pristop** vseh postopkov s pravo mero preprečevanja, obravnavanja in ovrednotenja nasilja,
- **aktivno sodelovanje** (zaposleni, delodajalci, uporabniki, vladne in nevladne organizacije, ...) pri delovanju proti nasilju,
- **družbeno občutljivost**, ki vpliva na zaznavanje in obravnavanje nasilja,
- spolno pripadnost, ki vpliva na vzorce nasilja nad žensko ali moškim,
- **pojave različnih oblike diskriminacije** in razlikovanja,
- **sistematičnost**, pri kateri oblikujemo načrt, izvajanje in postavimo cilje, ki jih želimo doseči v posameznih časovnih obdobjih, ki jih tudi ovrednotimo.

Najpogostejši razlogi za nasilje na delovnem mestu so: slabi delovni pogoji, slaba organizacija dela, slabi medsebojni odnosi ter zloraba moči. Posebno pozornost pri preprečevanju nasilja je potrebno nameniti izboljšanju medosebnih odnosov na delovnem mestu, ki naj temeljijo na dostojanstvu, enakih možnostih, sodelovanju in odsotnosti diskriminacije. Vodstvo mora sodelovati z vsemi zainteresiranimi, oblikovati politiko proti nasilju in jo javno tudi predstaviti. Naloga vodstva je tudi povečevanje ozaveščenosti in skrb za aktivnosti na tem področju. Nasilje lahko preprečujemo: **z boljšo organizacijo dela, boljšimi delovnimi pogoji, s spodbujanjem zaposlenih**, da pomagajo pri preprečevanju nasilja na delovnem mestu (ustrezno usposabljanje, supervizija, skrb za dobrobit zaposlenih).

Pri prepoznavanju in obravnavanju različnih oblik nasilja si lahko pomagamo s protokolom, ki ga je oblikovala Delovna skupina za nenasilje v zdravstveni negi, skupaj s strokovnjakinjami Društva SOS telefon "Kaj moramo storiti, če se srečamo z nasiljem na delovnem mestu".

Lešnik Mugnaioni (2009) poudarja, da je potrebno pri obravnavanju primerov nasilja na delovnem mestu najprej upoštevati dinamiko nasilja in moč

vpletenih subjektov. Meni, da je obravnava primera nasilja proces, v katerem poskušamo zaščititi žrtev, ji ustrezno pomagati pri premagovanju posledic preživetega nasilja ter doseči prenehanje nasilja. Obravnava nasilja ima praviloma različne elemente: pravno-formalni vidik reševanja primera, psihosocialno podporo in svetovanje žrtvi nasilja, obravnavo povzročitelja, postopke v zunanjih institucijah, če pride do prijave nasilja, sankcioniranje nasilja, organizacijske ukrepe na delovnem mestu, ki naj bi preprečevali ponovitev nasilja.

Med najbolj ključnimi elementi je *psihosocialna podpora žrtvi nasilja*, saj je ta praviloma osnova vsem nadaljnjim korakom in ukrepom. Le aktivno sodelovanje žrtve zagotavlja ustrezen uvid v storjeno nasilje in njegovo dinamiko. Prav tako je pravična obravnava zgolj tista, ki žrtve ne stigmatizira in sekundarno viktimizira in ki izhaja iz njenih izkušenj, čustev in moči. Da bi zagotovili uspešno obravnavo nasilja, moramo najprej zagotoviti ustrezno psihosocialno podporo žrtvi nasilja. Zaupni pogovor je osnovna oblika psihosocialne podpore žrtvi nasilja. Osnovna načela pri zaupnem pogovoru so, da žrtvi verjamemo ter jo podpiramo v njenem iskanju izhoda iz nasilne situacije. Ob tem ne vplivamo neposredno na odločitve osebe in ne dajemo receptov in nasvetov, ki bi prehitevali njeno razumevanje lastnih težav. Nikoli ne ukrepamo namesto osebe (razen, če je to naša dolžnost – to žrtvi odkrito povemo).

Na podlagi zaupnega pogovora z žrtvijo nasilja naredimo načrt ukrepanja. Ta temelji na pripravljenosti žrtve, da s pomočjo drugih subjektov prične aktivno reševati svojo situacijo. Žrtev nasilja na delovnem mestu je torej ključni akter nadaljnega ukrepanja. V načrtu ukrepanja se z žrtvijo dogovorimo o možnih (ali nujnih) korakih za preprečevanje nadaljnega nasilja in izboljšanje njenega položaja na delovnem mestu. V primeru, da se žrtev nasilja odloči za formalno reševanje trpinčenja na delovnem mestu, se lahko odloči za (ne)formalno reševanje znotraj organizacije v skladu s sprejetimi ukrepi o preprečevanju spolnega in drugih oblik nadlegovanja ter trpinčenja na delovnem mestu v organizaciji. Lahko pa se odloči formalno reševanje z zunanjimi subjekti. To so lahko: Inšpektorat za delo, civilnopravni odškodninski postopek zoper povzročitelja in delodajalca, prijava suma kaznivega dejanja šikaniranja in trpinčenja po 197. členu Kazenskega zakonika. Žrtev nasilja se lahko obrne po pomoč na sindikat, v katerega je vključena, poišče Delovno skupino za nenasilje v zdravstveni negi pri Zbornici – Zvezi. Reševanje problemov v zvezi z nasiljem na delovnem mestu lahko žrtvam nudijo tudi nevladne organizacije,

kot sta SOS telefon ali društvo Pogum za zagotavljanje dostojanstva na delovnem mestu (Lešnik Mugnaioni, 2009).

Kako resen družbeni problem je nasilje na delovnem mestu, je priznala tudi naša država, saj je na tem področju sprejela naslednje zakone :

1. Zakon o delovnih razmerjih, kjer v 6. a členu najdemo naslednje opredelitve pojmov s tega področja:

- spolno nadlegovanje je kakršna koli oblika neželenega verbalnega, neverbalnega ali fizičnega ravnanja ali vedenja spolne narave z učinkom ali namenom prizadeti dostojanstvo osebe, zlasti kadar gre za ustvarjanje zastraševalnega, sovražnega, ponižujočega, sramotilnega ali žaljivega delovnega okolja;
- nadlegovanje je vsako neželeno vedenje, povezano s katero koli osebno okoliščino, z učinkom ali namenom prizadeti dostojanstvo osebe ali ustvariti zastraševalno, sovražno, ponižujoče, sramotilno ali žaljivo delovno okolje (Opomba: osebne okoliščine so spol, narodnost, rasa ali etnično poreklo, vera ali prepričanje, invalidnost, starost, spolna usmerjenost in druge);
- trpinčenje je vsako ponavljajoče se ali sistematično, graje vredno ali očitno negativno in žaljivo ravnanje ali vedenje, usmerjeno proti posameznim delavcem na delovnem mestu ali v zvezi z delom.

V **45. členu istega zakona (Zakona o delovnih razmerjih)** pravi, da je delodajalec dolžan zagotavljati takšno delovno okolje, v katerem nobena delavka ali delavec ne bo izpostavljen spolnemu in drugemu nadlegovanju ali trpinčenju s strani delodajalca, predpostavljenih ali sodelavcev. V ta namen mora delodajalec sprejeti ustrezne ukrepe za zaščito delavk in delavcev pred spolnim in drugim nadlegovanjem ali pred trpinčenjem na delovnem mestu. Drugi odstavek istega člena pa prinaša obrnjeno dokazno breme, in sicer je dokazno breme na strani delodajalca, če delavka ali delavec v primeru spora navaja dejstva, ki opravičujejo domnevo, da delodajalec ni zagotovil delovnega okolja brez spolnega in drugega nadlegovanja ali trpinčenja. Tretji odstavek pa pravi, da je delodajalec v primeru nezagotavljanja varstva pred spolnim in drugim nadlegovanjem ali trpinčenjem delavki ali delavcu odškodninsko odgovoren po splošnih pravilih civilnega prava.

88. člen Zakona o delovnih razmerjih delodajalcem omogoča, da podajo redno odpoved pogodbe o zaposlitvi delavki oziroma delavcu, ki krši pogodbene obveznosti ali druge obveznosti iz delovnega razmerja (tako imenovani krivdni razlog). Kršenje obveznosti predstavlja tudi izvajanje

spolnega in drugega nadlegovanja ali trpinčenja, kar pomeni, da lahko delodajalec osebi, ki nadleguje ali trpinči, poda odpoved najkasneje v 60 dneh od ugotovitve utemeljenega razloga in najkasneje v šestih mesecih od nastanka utemeljenega razloga. Če ima krivdni razlog na strani delavke ali delavca vse znake kaznivega dejanja, lahko delodajalec poda odpoved pogodbe o zaposlitvi v 60 dneh od takrat, ko je delodajalec ugotovil utemeljen krivdni razlog za redno odpoved, in za storilca ves čas, ko je mogoč kazenski pregon. 175. člen pa omogoča, da lahko delodajalec disciplinsko odgovorni delavki ali delavcu izreče opomin ali druge disciplinske sankcije, kot so npr. denarna kazen ali odvzem bonitet, če so določene v kolektivni pogodbi na ravni dejavnosti. **V 112. členu Zakona o delovnih razmerjih** pa določa, da lahko delavka ali delavec v osmih dneh po tem, ko predhodno pisno opomni delodajalca na izpolnitev obveznosti in o kršitvah pisno obvesti inšpektorat za delo, izredno odpove pogodbo o zaposlitvi, če delodajalec ni zagotovil varstva pred spolnim in drugim nadlegovanjem ali trpinčenjem na delovnem mestu. Delavka oziroma delavec je v primeru takšne odpovedi upravičen do odpravnine, določene za primer redne odpovedi pogodbe o zaposlitvi iz poslovnih razlogov, in do odškodnine najmanj v višini izgubljenega plačila za čas odpovednega roka. Pred odločitvijo za podajo odpovedi se je priporočljivo posvetovati s strokovnjakinjo oziroma strokovnjakom.

2. Novi Kazenski zakonik (Ur. l. RS, št. 55/2008) med kazniva dejanja pod skupnim naslovom šikaniranje na delovnem mestu (**197. člen**) uvršča spolno nadlegovanje, psihično nasilje, trpinčenje in neenakopravno obravnavanje. Zakon pravi, da se z zaporom do dveh let kaznuje, kdor na delovnem mestu ali v zvezi z delom s spolnim nadlegovanjem, psihičnim nasiljem, trpinčenjem ali neenakopravnim obravnavanjem povzroči drugi zaposleni oziroma zaposlenemu ponižanje ali prestrašenost. Če pa ima to dejanje za posledico psihično, psihosomatsko ali fizično obolenje ali zmanjšanje delovne storilnosti zaposlene oziroma zaposlenega, se storilka oziroma storilec kaznuje z zaporom do treh let. Med kazniva dejanja sodi tudi kršitev spolne nedotakljivosti z zlorabo položaja (**174. člen**). Zagrožena je zaporna kazen do pet let za tistega, ki zlorabi svoj položaj in tako pripravi osebo drugega ali istega spola, ki mu je podrejena ali od njega odvisna, k spolnemu občevanju, ali da stori oziroma trpi kakšno drugo spolno dejanje. Za učitelje, vzgojitelje, skrbnike, posvojitelje, roditelje ali druge osebe, ki z zlorabo svojega položaja spolno občujejo ali storijo kakšno drugo spolno dejanje z osebo, staro nad petnajst let, ki jim je zaupana v učenje, vzgojo, varstvo in oskrbo, pa je zagrožena zaporna kazen od enega do osmih let.

Področje nasilja na delovnem mestu ureja tudi Zakon o javnih uslužbencih, Zakon o enakih možnostih žensk in moških, Zakon o enakih možnostih žensk in moških in Zakon o uresničevanju načela enakega obravnavanja.

9 ZAKLJUČEK

Zaščita zaposlenih pri delu se nanaša predvsem na zaščito zaposlenih na delovnih mestih in v ožjem delovnem okolju. Gre za varnostno in ergonomsko zaščito delovnih mest in ožjega delovnega okolja. Visok in kakovosten delovni učinek je sposoben dosežati le tisti zaposleni, ki je na njegovem delovnem mestu poskrbljeno za zdravje, motivacijo, zadovoljstvo, kreativnost in varnost (Vršec, 1993).

Zaposleni ima pravico, da je njegovo delovno mesto primerno zaščiten, vendar ima tudi dolžnost, da uporablja predpisana zaščitna sredstva in postopke v skladu z zakonskimi določili in internimi varnostnimi navodili.

Jasno opredeljena navodila za delo in delovni postopki lahko zagotavljajo učinkovito opravljanje dela v skladu s pričakovanji. Navodila za delo so del standardov, ki veljajo v delovnem okolju. Pogosto se dogaja, da se nekatera navodila za delo opuščajo zaradi časovne zahtevnosti. Ljudje poenostavijo in predvsem v rutinskih situacijah začno opuščati delo po postopkih. Posledično povzroči to večjo verjetnost nezgod in napak, česar pa si ne želijo niti delodajalci in še manj zaposleni.

Pregled zdravstvenega stanja zaposlenih na Kirurški kliniki kaže, da imajo mnogi pri izvajanju dela omejitve, ki so posledica okvar hrbtenice in lokomotornega aparata. Verjetno je eden od vzrokov tudi preobremenjenost in nepoznavanje oziroma neizvajanje pravilnih načinov drže telesa pri delu in dvigovanja bremen. Preventivno cepljenje proti hepatitisu B je dokaj dobro, želeli pa bi si, da bi bil večji odziv na cepljenje proti gripi.

Zdravje zaposlenih pa je tesno povezano tudi z njihovim počutjem na delovnem mestu. Poleg zdravih in varnih pogojev za delo so ključnega pomena dobri medsebojni odnosi. Sprotno reševanje konfliktov, zgodnje odkrivanje in preprečevanje nasilja na delovnem mestu so temelj pozitivne klime, ki jo želimo imeti v vsakem kolektivu.

Literatura

1. Cvetežar IŠ, Ažman M. Pot k nični toleranci do nasilja-varnost v zdravstveni negi. V: Filej B, Kersnič P, ur. Zbornik predavanj in posterjev 6. mednarodnega kongresa zdravstvene in babiške nege. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov; 2007: 647–53.
2. Gubina M, Dolinšek M, Škerl M. Bolnišnična higiena. Ljubljana:MF, 1998.
3. Jurman B. Človek in delo. Ljubljana: Mladinska knjiga, 1981.
4. Lešnik Mugnaioni D. Psihosocialna obravnava trpinčenja na delovnem mestu. V: Cvetežar IŠ, Lešnik Mugnaioni D, Trampuž R, ur. Obravnava nasilja v družini in na delovnem mestu. Ajdovščina: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Nova Gorica; 2009: 39–44.
5. Ninčević A, Pavlič M, Habajec J. Priročnik za varno delo na delovnem mestu. Ljubljana: UKCL, 2009.
6. Šumak I. Zdravstvena nega infekcijskega bolnika, Maribor: Založba Pivec, 2006.
7. Vršec M. Varnost podjetja. Ljubljana: Viharnik, 1993.

Pravni akti

1. Ustava RS. Uradni list Republike Slovenije št. 331/91, 42/97, 66/00, 24/03, 69/04, 68/06.
2. Zakon o delovnih razmerjih. Uradni list Republike Slovenije št. 42/2002, 79/2006, 46/2007, 103/2007.
3. Zakon o nalezljivih boleznih. Uradni list Republike Slovenije št. 69/1995.
4. Zakon o varnosti in zdravju pri delu. Uradni list Republike Slovenije št. 56/1999, 64/2001.
5. Kazenski zakonik . Uradni list Republike Slovenije št. 55/2008.
6. Pravilnik o cepljenju, zaščiti z zdravili in varstvu pred vnosom in razširjenjem nalezljivih bolezni. Uradni list Republike Slovenije št. 16/1999.
7. Pravilnik o delovni obleki in obutvi v UKC Ljubljana, 2002.
8. Pravilnik o dopolnitvi pravilnika o cepljenju, zaščiti z zdravili in varstvu pred vnosom in razširjenjem nalezljivih bolezni. Uradni list Republike Slovenije št. 58/2001.
9. Pravilnik o pogojih za pripravo in izvajanje programa preprečevanja in obvladovanja bolnišničnih okužb. Uradni list Republike Slovenije št. 74/1999.
10. Pravilnik o preventivnih zdravstvenih pregledih delavcev. Uradni list Republike Slovenije št.87/2002, 29/2003, 124/2006.
11. Pravilnik o spremembah in dopolnitvah Pravilnika o cepljenju, zaščiti z zdravili in varstvu pred vnosom in razširjanjem nalezljivih bolezni. Uradni list Republike Slovenije št. 92/2006, 50/2005.

12. *Pravilnik o osebni varovalni opremi, ki jo delavci uporabljajo pri delu. Uradni list Republike Slovenije 89/99, 39/2005.*
13. *Uredba o ravnanju z odpadki. Uradni list Republike Slovenije št.34/2008.*
14. *Uredba o ravnanju z odpadki, ki nastajajo pri opravljanju zdravstvene in veterinarske dejavnosti ter z njima povezanih raziskavah. Uradni list Republike Slovenije št.34/2008.*

Spletni viri

1. <http://mladipodjetnik.si/podjetniski-koticek/poslovanje/varstvo-pri-delu> (28.9.2009).
2. <http://www.id.gov.si/> (28.9.2009).
3. <http://www.intranet.kclj.si/> (1.10.2009).
4. <http://www.cilizadelo.si/default-30100.html> (2.10.2009).

POMEN MENTORJEV V PERIOPERATIVNI ZDRAVSTVENI NEGI IN NJIHOV POMEN Z VIDIKA VARNOSTI

Manca Pajnič¹

Izvleček

Medicinske sestre imajo v času formalnega dodiplomskega izobraževanja zelo malo vsebin/predmetov, ki bi jih konkretno vpeljevali v delo operacijskih medicinskih sester. Zato se pojavlja vprašanje koliko so študentje zdravstvene nege ter novo zaposlene medicinske sestre sploh vešči/e pravil obnašanja v operacijskih prostorih. Problemi se verjetno pojavljajo že pri vstopanju skozi filter ter naprej pri ločevanju čistih in nečistih poti in prostorov, kot tudi pri prepoznavanju pojmov, kot so asepsa, antisepsa, dezinfekcija, sterilizacija in sterilnost. Ob tem ne smemo pozabiti na pomen in pomembnost pravilnega izpolnjevanja dokumentacije. Pomembno vlogo v izobraževalnem procesu imajo zato mentorji, ki študente in novo zaposlene uvedejo v delo operacijske medicinske sestre.

Ključne besede: mentor, študent, operacijska zdravstvena nega

1 UVOD

Učenje lahko opredelimo na več načinov. Razumemo ga lahko kot metodo ali tehniko, s katero se izobražujemo, kot del izobraževalnega procesa, kot sprejemanje znanja skupaj s preverjanjem domnev in postavljanjem vizij ali kot vseživljenjski proces organiziranega ali neorganiziranega, namenskega in naključnega pridobivanja znanja, ki spreminja osebnost. Izobraževanje je ciljno naravnano, strukturirano, povezano in namenski proces, v katerem oseba s pomočjo učenja, pridobiva znanje, vedenje, sposobnosti, spretnosti ter navade in pozitivno spreminja svojo osebnost (Rebolj, 2008, str.198, 209; Balažič et al., 2003, str.66).

¹ Manca Pajnič, dipl. m. s., Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Oddelek za zdravstveno nego, Poljanska 26a, 1000 Ljubljana
manca.pajnic@zf.uni-lj.si

Zdravstvena nega je samostojna znanstvena disciplina, v kateri je zelo pomembna vloga mentorjev. Zaradi posebnosti v študijskem procesu se študentje srečajo s šolskimi mentorji, ki jih vodijo v kabinetih/učilnicah na šolah in fakultetah, kot tudi s kliničnimi mentorji, kateri jim pomagajo pri delu s pacienti v resničnem kliničnem okolju. Razlike med enimi in drugimi so predvsem v resničnosti situacije izvedb postopkov. Šolski mentorji se z modeli in lutkami trudijo ustvarjati konkretne situacije za izvajanje intervencij zdravstvene nege, medtem ko klinični mentorji predvsem iščejo priložnosti za izvajanje le teh (Ramšak Pajk, 2007).

V perioperativni zdravstveni negi se medicinske sestre vedno srečujejo s katero izmed oblik mentorstva. Lahko gre za uvajanje v perioperativno zdravstveno nego, za nadzor nad študenti predvsem z vidika varnosti kot tudi z vidika preprečevanja in obvladovanja širjenja bolnišničnih okužb in ne nazadnje varnosti za paciente. V Sloveniji trenutno, v sedaj izvajanih študijskih programih na področju visokega šolstva, študentje za delo v perioperativni zdravstveni negi ne pridobijo zadosti znanja za samostojno delo v praksi. Specifika dela zato zahteva od vseh, da študente in novo zaposlene uvajajo, spremljajo in nadzirajo ves čas. V ospredju tega dela nam mora biti predvsem vidik varnosti, tako za paciente kot tudi vse člane tima.

2 MENTORSTVO IN MENTOR V ZDRAVSTVENI NEGI

Mentorstvo lahko opredelimo, kot interakcijo med dvema udeležencema, kjer so cilji, trajanje in pričakovani rezultati vnaprej določeni (Ramšak Pajk, 2007).

Mentor je zaupanja vreden svetovalc ali vodnik, ki je pripravljen posvetiti svojo kariero napredku profesije v kateri deluje. Mentor je ambasador vseživljenjskega učenja, je večš odličnega komuniciranja ter kritičnega razmišljanja. Mentor uživa spoštovanje in zaupanje v svoji delovni organizaciji zaradi poštenosti, empatije, spoštovanja drugačnosti ter spodbujanja neodvisnosti, zrelosti ter osebnega in profesionalnega razvoja. Trenutno se ponekod še vedno premalo zavedajo pomena dobrega mentorja. Le ta lahko pomembno vpliva na tudi na odločitev posameznika glede zaposlitve. V ZDA ugotavljajo, da imajo mentorji zelo veliko vlogo tudi pri novo zaposlenih, saj je največ odpovedi delovnega razmerja v prvem letu zaposlitve. Ugotavljajo, da nastanejo z odhodom »izdelane« medicinske sestre ogromni stroški, ki so za

specialistko celo do 64.000 ameriških dolarjev. Stroški tako vključujejo rekrutiranje, vpeljavo v delo, mentorstvo in izgubo produktivnosti. Kramerjeva v svoji študiji opisuje tri faze skozi katere gre novo zaposlena/i v prvem letu službe. Prva je faza medenih tednov, ko je novo zaposlenemu vse zelo všeč in je navdušen nad zaposlitvijo. Druga faza je šok in zavračanje, ko je novo zaposleni zelo izčrpan in se sprašuje o pomenu zaposlenosti in pomenu vstopa v profesijo. V tretji fazi si novo zaposleni opomore in najde veselje do dela in izzive, ki ga delo prinaša. Zato je predvsem v drugi fazi zelo pomembno, da novo zaposlenemu nekdo (mentor) stoji ob strani, da prebrodi krizo in ostane na delovnem mestu (Barton, Gowdy, Hawthorne, 2005).

Mentor mora študentom zagotavljati kakovostno in učinkovito izvedbo vaj tako v dodiplomskem kot tudi podiplomskem študijskem programu, nadzira, podpira in vodi študente tako v kliničnem kot šolskem okolju ter uvaja in izvaja dovoljene metode vrednotenja znanja (Jinks, 2007).

Naloge mentorja so:

- večšine komuniciranja in vzpostavljanja odnosov – mentorji morajo študente naučiti novih veščin in pospeševati njihov intelektualni razvoj ter si pridobiti zaupanje;
- opora pri učenju – mentor prepozna potrebe po novem znanju pri študentu ter mu omogoči da to zanje pridobi;
- ocenjevanje in vrednotenje dela na znan, razumljiv in uveljavljen način – mentor ugotavlja študentov nivo in kakovost teoretičnega in praktičnega znanja;
- oblikovanje vlog medicinske sestre z vključevanjem v delo ob bolniku ter v organizaciji dela na oddelku z namenom pridobitve širšega pogleda na delo;
- zagotavljati varno in kakovostno okolje za delo, kjer se spodbuja učenje;
- izboljševanje prakse z uvajanjem novosti, novih raziskav, pristopov in pripomočkov za razvoj stroke (Fulton et al., 2007; Mihelič Zajec, Ramšak Pajk, 2006).

Mentorje tako srečujemo predvsem v procesu izobraževanja v različnih poklicnih skupinah. V zdravstveni negi se mentorstvo izvaja tako na šolah/fakultetah, kot tudi v praksi. Zato lahko rečemo, da imamo dva mentorja šolskega ter kliničnega. V principu je delo obeh precej podoba, če pa pogledamo bolj natančno ugotovimo, da imata različne naloge v vodenju in nadziranju študentov, ker je tudi okolje v katerih delujeta različno.

Zgodovinsko gledano se je ta razdvojenost oziroma dvojnost mentorjev pojavila z uvajanjem visokega šolstva ter fakultetnega študija. Mentorji, ki so študente spremljali na šoli so običajno odhajali z njimi nato tudi v klinično okolje. Z večanjem obsega dela tudi raziskovalnega (raziskave, pisanje člankov ter učbenikov in knjig), so bile izobraževalne ustanove prisiljene mentorje poiskati v praksi. Naloga ni bila lahka, saj mora klinični mentor imeti čas, voljo, znanje in podporo vodstva za izvajanje tega dela. Tako je prišlo do mentorjev, ki so študente na šolah pripravili na delo v praksi – šolskih mentorjev ter mentorjev, ki študente pripravljajo in nadzirajo v kliničnem okolju – kliničnih mentorjev. Ta pojav razkola je poznan tudi v svetu, ne samo pri nas. Se pa predvsem v zadnjih letih zopet precej govori o prevelikem razkolu med teorijo in prakso, kar občutijo mentorji na obeh straneh. V nekaterih državah je zato ponovno že ustaljena praksa, da so šolski mentorji delno prisotni tudi na klinikah. Ponekod to rešujejo celo na ta način, da so mentorji delno zaposleni v izobraževalni instituciji ter delno na določeni kliniki. Prednost takega načina dela je večje in boljše povezovanje teorije s prakso, zato so ti mentorji pomemben vezni člen če imajo podporo na obeh straneh. Težave se lahko pojavijo edino v primeru, ko je klinični mentor zadolžen za več študentov hkrati, ki pa niso vsi na istem oddelku. V tem primeru je zagotavljanje stalnega nadzora zelo omejeno (Barrett, 2007; Chapple, Aston, 2004).

V okviru programa za vseživljenjsko učenje Leonardo da Vinci je bila s strani šestih evropskih držav narejena mednarodna študija o mentorstvu v zdravstveni negi, katere cilj je bila postavitve enotnih okvirjev kurikulum za formalno izobraževanje mentorjev študentom, ko so na kliničnih bazah. Sodelovale so Norveška, Švedska, Islandija, Poljska, Portugalska in Velika Britanija. Okvir za izobraževalni program je bilo, da se pripravi usposobljena medicinska sestra za delo s študenti. Velika Britanija in skandinavske države so ponudile program, ki medicinske sestre pripravlja za vlogo mentorja in supervizorja študentom na kliničnih bazah in ki ga te države že izvajajo, medtem ko na poljskem in na portugalskem česa takega ne poznajo. Postavitev enotnih smernic za kurikulum je bila glede na tradicionalno, jezikovno, izobraževalno in filozofsko različnost držav in narodov velik izziv. Določena so bila tri prednostna področja pri razvijanju kurikulum in sicer didaktika, funkcionalna vloga mentorja ter povezava med šolami/fakultetami in prakso. Postavljena sta bila dva modula, v prvem se bodoči mentorji seznanijo z vlogo mentorja, z mentorstvom v kliničnem okolju, z nalogami in veščinami mentorja, z etiko in profesionalnostjo ter z oblikami ocenjevanja. Drugi modul predvideva taksonomijo, metode ocenjevanja in evalvacije ter ocenjevalna orodja. Vpleteni v študijo so skušali izvesti program izobraževanja

na nacionalni ravni. Kmalu se je pokazalo, da je prihajalo do razlik tako v številu ur izobraževanja, kot tudi glede kvalitete znanja, zato so potrebne še nadaljnje študije in delo (Fulton et al., 2007).

Narava dela medicinskih sester se lahko zelo razlikuje. Razlike se pojavljajo glede populacije, ki je v obravnavi, tako glede starosti, zdravja in/ali bolezni le-te, velikosti tima v katerem deluje in vloge, ki jo v timu ima. Težava s katero se srečujejo v praksi je pomanjkanje medicinskih sester, tudi mentorjev, zaradi česar se opaža preobremenjenost in povečanje števila strokovnih napak. Zaradi hitrega razvoja na področju medicine, farmakologije in informacijske tehnologije imamo v zdravstvu in populaciji povečano število starejših ljudi, kot tudi pacientov, pri katerih se izvajajo najbolj zahtevni diagnostični, medicinski in negovalni ukrepi.

2.1 Metode poučevanja uporabljane s strani mentorjev na kliničnih bazah

V Iranu so v letih 2006–2007 izvedli študijo glede metod poučevanja kliničnih mentorjev. Skupna ugotovitev je bila, da se klinični mentorji poslužujejo različnih pristopov, ki jih med seboj tudi kombinirajo, ter da se zelo individualno prilagajajo kliničnemu okolju, kot tudi znanju in sposobnostim študentov. Klinično okolje, kot opisano zgoraj, se ne more primerjati z okoljem šol in fakultet. V kliničnem okolju je nujno spoštovati predpise, ki tam veljajo, kot tudi bolnikove pravice, želje in individualne posebnosti. Zato je pri metodah poučevanja na klinikah treba upoštevati naravo kliničnega učenja, kontrolirati učno atmosfero ter upoštevati potreben čas, da se študent navadi na okolje/oddelek tako prostorsko, kot glede posebnosti posamezne klinične baze. V študiji so tako opisane naslednje metode poučevanja, ki so jih uporabljali klinični mentorji: *učenje z delanjem*, *učenje s podporo*, *učenje z vzorom*, *učenje ob kreiranju novih situacij* ter *učenje z nadziranjem*. *Učenje z delanjem* pomeni, da se študente vključi v vsakršno delo na oddelku, vključno s skrbjo za pacienta ter zdravstveno vzgojo. *Učenje s podporo* pomeni, da je mentor prisoten ob študentu, ko izvaja postopke, da mu pomaga in svetuje glede znanja, da ugotavlja česa se mora študent še naučiti, da spodbuja učenje študent-od-študenta, da pomudi pomoč, ko je potrebno, spodbuja individualno delo, kot tudi skupinsko pri izvajanju postopkov zdravstvene nege. *Učenje z vzorom* pomeni, da mora biti mentor za vzgled študentom, da mora biti urejen, komunikativen, odgovoren, spoštovati sodelavce, študente in paciente ter mora izvajati postopke po standardih. *Učenje ob kreiranju novih situacij* pomeni, da po končani izvedbi postopka mentor s študentom/i

razpravlja, kako bi postopek izvedel/i v drugačni situaciji, kakšne bi bile podobnosti in razlike izvedbe postopka, na kaj bi morali biti pozorni. Ob veliki podpori vodstva ustanove, posameznih oddelkov in usposobljenosti članov zdravstvenega tima pa lahko mentor študente tudi odpelje na druge sorodne oddelke, kjer nato te stvari tudi izvedejo ali pa opazujejo izvedbo. Za študente je zanimivo tudi, če so lahko prisotni na vizitah, če se jim predstavi kakšne zanimive primere, da imajo možnost srečati ostale člane zdravstvenega tima, ter jih tudi kaj vprašati. Učenje ob kreiranju novih situacij zato zahteva zelo poglobljeno mentorjevo znanje, delovne izkušnje iz drugih ustanov in oddelkov, kot tudi znanja in interesa študentov. *Učenje z nadziranjem* se izvaja ves čas. Mentorji lahko z neposredno prisotnostjo nadzirajo izvajanje postopkov, pomagajo študentu, mu svetujejo, so tudi v psihično oporo ter po potrebi izvedbo tudi prekinejo v kolikor menijo, da je to v korist pacienta. Nadzor je lahko tudi manj neposreden, saj boljši študentje nadzirajo slabše. Mentor ob presoji sposobnosti študenta tudi pusti samega. To je dobro tudi s psihološkega vidika, saj mentor ob neprisotnosti študentu izkaže zaupanje (Hossein et al., 2009).

3 POSEBNOSTI MENTORSTVA V PERIOPERATIVNI ZDRAVSTVENI NEGI

V študijskem programu, ki se trenutno izvaja na Zdravstveni fakulteti, UL, študentje v času študija pridobijo malo informacij in znanj o perioperativni zdravstveni negi. Največ znanj je posredovanih s področja sterilizacije, sepse in asepsa, nadalje pridobijo znanja glede preprečevanja bolnišničnih okužb, rokovanja s sterilnim materialom, ipd. Študentje imajo v okviru vaj iz kirurgije en dan predviden tudi za seznanitev z operacijskim blokom, organiziranostjo le-tega in tudi informativni ogled operacijskega bloka in dela operacijske medicinske sestre. Zavedamo se, da je količina in globina posredovanih znanj premajhna za samostojno delo operacijske medicinske sestre, zato v prihodnjih letih načrtujemo možnost nadaljevanja študija posebej s tega področja. V bolonjskem študijskem programu, ki se začne izvajati v študijskem letu 2009/2010, pa smo študentom ponudili izbirni strokovni predmet Osnove operacijske zdravstvene nege.

Na Fakulteti za zdravstvene vede UM je 2 leti tekel program specializacije iz Perioperativne zdravstvene nege, katerega pomanjkljivost je bila, da so bile pogoj za vpis 3 letne delovne izkušnje, kot tudi, da po končani specializaciji

kandidati niso bili ustrezno ovrednoteni (sistematizacija delovnih mest). Menim, da je sicer zelo dobro, da se spodbuja vseživljenjsko izobraževanje, vendar bi morali tudi študentom, ki jih to delo zanima in veseli, omogočiti poglobitev specifičnih znanj pred nastopom dela. Nadalje pa je pogoj za uspešno izvedbo programa in zadostno število študentov tudi primerno ovrednotenje specializacije/magisterija na delovnem mestu.

Medicinske sestre v operativni dejavnosti se tako že leta soočajo z dejstvom, da študentje in novinci nimajo zadosti znanj za samostojno delo. Velik dejavnik je zagotovo specifičnost dela, ki zahteva ogromno znanja s področja sterilnosti ter poznavanja velikega števila instrumentarija, ki se pri operativnih posegih uporablja. Nadalje je potrebno pridobiti znanja iz pravil vstopanja iz izstopanja v operacijske prostore, pravil obnašanja v operacijskih prostorih, varnem delu, skrbi za varnost pacientov, štetju inštrumentov in obvezilnega materiala ter izpolnjevanju dokumentacije. Tekom zaposlitve se tako vsaka izmed operacijskih medicinskih sester znajde v različnih fazah glede mentorstva. Ob začetku nastopa službe, si vedno zelo odvisen od mentorstva, ki ti ga nudi starejša izkušena kolegica, ko pa na delovnem mestu postaneš samostojen, več vseh znanj in veščin, si običajno nato ti tisti, ki uvaja in nadzira novince/študente. Mentorstvo in oblike pomoči in nadzor, so tako za varnost vseh udeležencev izjemnega pomena v perioperativni zdravstveni negi.

V zadnjem času se v zdravstvu in posledično tudi zdravstveni negi soočamo z novo težavo. Klinično okolje je zasičeno z dijaki in študenti iz različnih medicinskih in zdravstvenih šol in fakultet, kar pomeni, da morajo izobraževalne ustanove bodoči zdravstveni kader (študente in dijake) naučiti potrebnih znanj in veščin zunaj kliničnega okolja. Nenazadnje pa imajo tudi pacienti pravico odkloniti sodelovanje v izobraževalnem procesu, zato imajo študentje in dijaki ob zaključku študija lahko zelo skope ali nične izkušnje izvedbe posamezne medicinske/negovalne intervencije v praksi (Blažun, Križmarić, Kokol, 2008; Blažun, 2007, str.94). Zaradi tega dejstva se po svetu in tudi pri nas že uveljavljajo simulacijski centri.

4 SIMULACIJSKI CENTRI

Simulacijski centri ali simulacijski laboratoriji na področju medicine ali zdravstvene nege so posebni prostori na fakultetah ali v bolnišnicah, kjer so s pomočjo računalniških inovacij, telekomunikacij in biomedicine, ustvarjeni umetni pogoji za izobraževanje na daljavo, virtualno resničnost, simulacije ter

na dokazih in problemih temelječo medicino in zdravstveno nego. Medicinske simulacije os vnaprej določene simulacije, ki so nadzorovane in jih lahko neomejeno prikazujemo in so namenjene izobraževanju bodočih zdravstvenih delavcev. Glede na to, da so medicinske/zdravstveno negovalne simulacije v celoti zaigrane, dovoljujejo udeležencem, ki sodelujejo v njih, napake, iz katerih se učijo brez kakršnega koli tveganja za bolnikovo zdravje/živiljenje, naučeno zanje pa lahko kasneje uporabijo v resničnih situacijah v kliničnem okolju. Dejstvo je, da se nekaterih urgentnih stanj, ki se vsak dan pojavljajo v kliničnem okolju, študenti nimajo priložnosti naučiti, kar pomeni, da ne morejo primerno in pravilno reagirati, če se z njim predhodno ne soočajo v procesu izobraževanja. Namen simulacijskih centrov je prav seznanjanje študentov z najtežjimi zdravstvenimi stanji ter izvajanje negovalnih in ostalih intervencij pri hudo bolnih, brez tveganja in nevarnosti, ki so jim študentje in pacienti lahko izpostavljeni v kliničnem okolju (Blažun, Križmarić, Kokol, 2008).

Prvi simulacijski center v Sloveniji je bil odprt 11.aprila 2005 na Fakulteti za zdravstvene vede Univerze v Mariboru. V ZDA je kar 40% fakultet za zdravstvene vede opremljenih s simulacijskimi centri, obstaja pa tudi že več sto scenarijev za poučevanje zdravstvene nege (Blažun, Križmarić, Kokol, 2008).

Simulacije na področju medicine in zdravstvene nege se bo tudi pri nas moralo vedno bolj uveljavljati, predvsem tudi zaradi dejstva, da bo čedalje težje zagotavljati izobraževalni proces neposredno ob in z pacienti.

4.1 Izkušnje študentov z vajami v simulacijskih centrih

Študentje v različnih študijah navajajo podobna opažanja oziroma prednosti izvedbe vaj v simulacijskih laboratorijih. Na simulacije tako prihajajo motivirani, saj se zavedajo, da imajo včasih na klinikah premalo možnosti za izvajanje intervencij ali zaradi pomanjkanja časa mentorja, ali zaradi odločitve pacienta, da ne želi sodelovati v izobraževalnem procesu ali zaradi njihove lastne negotovosti in strahu pred izvedbo samo v kliničnem okolju. Študentje se zavedajo, da jim je v laboratorijih dovoljeno ponavljanje veččin ter tudi napake iz katerih se lahko učijo. V simulacijskih laboratorijih se opaža predvsem, da je izvajanje intervencij manj stresno, kot v kliničnem okolju, česar se zavedajo tudi študentje. Izvajanje vaj v simuliranem okolju tako povečuje študentovo samozavest in znanje, kar zelo občutijo v kliničnem okolju (Moule et al., 2008; McCallum, 2007).

5 SKLEP

Izobraževanje za poklic medicinske sestre je z vidika izobraževalnega procesa nekaj posebnega. Študentje morajo pridobiti zelo veliko teoretičnega znanja z različnih področij, kot tudi osvojiti praktično znanje. Praktično izvedbo posameznih postopkov in intervencij zdravstvene nege se učijo najprej v kabinetih in laboratorijih tudi ob pomoči sodobne informacijske tehnologije, ki omogoča izvajanje simulacij. Velik del izobraževalnega procesa pa se izvaja tudi neposredno v praksi, torej neposredno ob in z pacienti. Pomemben vidik pri pridobivanju praktičnega znanja tako igrajo mentorji na šolah in fakultetah, kot tudi klinični mentorji, ki študente spremljajo v kliničnem okolju.

Trenutno v Slovenji še nikjer ni možnosti za pridobitev formalne izobrazbe – klinični mentor v zdravstveni negi, kar pa bo verjetno potrebno v prihodnosti spremeniti. Zdravstvena fakulteta kliničnim mentorjem sicer ponuja in omogoča udeležbo na predavanjih namenjenih prav njim, vendar se ta usposabljanja kliničnih mentorjev ne izvajajo vsako leto, poleg tega pa je zelo težko pričakovati, da bo izobraževanje sploh lahko zajelo vse klinične mentorje. Mentorji bi morali pridobiti dodatna znanja predvsem s področja praktične izvedbe vaj, didaktičnih metod, mentorstva samega, možnosti in načinu ocenjevanja študentov in podobno. Nekateri klinični mentorji so v iskanju predvsem pedagoško andragoških znanj zato izkoristili možnost, da si ta znanja pridobijo na Pedagoški fakulteti ali na Filozofski fakulteti. Kljub različnim možnostim pridobivanja specifičnih znanj s področja mentorstva pa se je potrebno zavedati, da se ne moremo izogniti človeškemu dejavniku in subjektivnosti.

Vsem medicinskim sestram, ki se srečujejo z mentorstvom mora biti v ospredju varnost, najprej pacienta ter nato vseh ostalih članov tima, vključno s študenti. Mentorjeva naloga zato še zdaleč ni enostavna, saj mora imeti ogromno znanja na področju, ki ga pokriva, ter da vedno deluje v korist pacienta in ne nujno vedno tudi v »korist« študenta. Mentor namreč lahko študentovo izvajanje določene negovalne intervencije tudi prekine, v kolikor bi izvedba lahko ogrozila pacientovo zdravje, okrevanje ali življenje. S tem dejanjem mentorja, ki ga lahko enostavno razumemo kot varovanje pacienta, pa že lahko prehajamo tudi na druga področja, ki so lahko predmet obravnave naslednjih predavanj in člankov – etika, onemogočanje, diskriminacija, stigmatizacija, sramotenje, navskrižje interesov, itd.

Literatura

1. Barrett D. *The clinical role of nurse lecturers: Past, present and future*. *Nurs Educ Today*. 2007;27(5):367-74.
2. Barton DS, Gowdy M, Hawthorne, BW. *Mentorship programs for novice nurses*. *Nurs Lead*. 2005;3(4):41-4.
3. Blažič M, Ivanuš Grmek M, Kramar M, Strmčnik F. *Didaktika*. Novo mesto: Visokošolsko središče, Inštitut za raziskovalno in razvojno delo; 2003.
4. Blažun H. *Model elektronskega učenja na področju pediatrične nege in management uvajanja elektronskega učenja [magistrsko delo]*. Maribor: Ekonomsko-poslovna fakulteta; 2007.
5. Blažun H, Križmarič M, Kokol P. (2008). *Simulacijski centri – inovativni izobraževalni pristop pri zagotavljanju k pacientu usmerjene zdravstvene oskrbe*. *Isis*. 2008;17(2),77-8.
6. Chapple, M. & Aston, E.S. *Practice learning teams: a partnership approach to supporting students' clinical learning*. *Nurs Educ in Pract*. 2004;4(2):143-9.
7. Fulton J, Boehler A, Storm Hansen G, Kauffeldt A, Welander E, Reis Santos M, Thorarinsdottir K, Ziarko E. *Mentorship: An international perspective*. *Nurs Educ In Pract*. 2007;7(6):399-406.
8. Hossein KM, Fatemeh D, Fatemeh OS, Katri V-J, Tahereh B. *Teaching style in clinical nursing education: A qualitative study of Iranian nursing teachers' experiences*. *Nurs Educ In Pract*. 2009; doi:10.1016/j.nepr.2009.01.016.
9. Jinks A. *Methodological considerations of undertaking research with clinical mentors in the UK: A critical review of the literature*. *Nurs Educ Today*. 2007;27(7):667-76.
10. McCallum J. *The debate in favour of using simulation education in pre-registration adult nursing*. *Nurs Educ Today*. 2007;27(8):825-31.
11. Mihelič Zajec A, Ramšak Pajk J. *Značilnosti mentorstva v izobraževanju za zdravstveno nego in babištvo*. *Obzor Zdr N*. 2006;40(1):9-14.
12. Moule P, Wilford A, Sales R, Lockyer L. *Student experiences and mentor views of the use of simulation for learning*. *Nurs Educ Today*. 2008;28(7):790-7.
13. Ramšak Pajk J. *Pomen mentorstva in praktičnega usposabljanja v izobraževanju za zdravstveno nego*. *Obzor Zdr N*. 2007;41(2-3):71-5.
14. Rebolj V. *E-izobraževanje skozi očala pedagogike in didaktike*. *Radovljica: Didakta*; 2008.

VARNOST ZAPOSLENIH V OPERACIJSKEM BLOKU

Tanja Žmauc¹

Izvleček

Varnost v operacijski dvorani je pogoj za uspešen potek operacije in pomemben kazalnik kakovosti. V operacijskem bloku se dnevno srečuje veliko ekip, različnih strokovnjakov in profilov, ki imajo skupni cilj. To je dobro in varno opravljen operacijski poseg ter uspešno zaključen operacijski program. Ekipa, ki ima vzpostavljeno dobro medsebojno komunikacijo, ki ima veliko znanja in izkušenj, ki ima na voljo brezhiben inštrumentarij ter druge pripomočke za potrebe operacije, se bo počutila varno in zanesljivo. Takrat bodo tudi bolniku nudeni najboljši pogoji za uspešno rehabilitacijo.

Ključne besede: operacijski blok, varnost zaposlenih, kakovost

1 UVOD

V Slovarju slovenskega knjižnega jezika je **várnost** opredeljena kot: -i ž (á) stanje varnega; zagotoviti komu varnost; imeti občutek varnost.

Vsi, ki delamo v operacijskem bloku, vemo, kako pomembna je varnost za bolnika in kako pomembno je, da se tudi sami počutimo varno. Proizvajalci in ponudniki nas bombardirajo z vedno novimi in novimi pripomočki za zagotavljanje večje varnosti za bolnika in zaščitna sredstva za vse, ki delamo v teh izrednih pogojih.

Ko dan za dnevno vstopamo v operacijsko dvorano po predpisanem protokolu, se srečujemo z zaščitnimi sredstvi, ki jih uporabljamo zato, da zmanjšamo vnos mikroorganizmov od zunaj. Ustrezna in pravilna uporaba zaščitnih

¹ Tanja Žmauc, dipl. m. s., Operacijski blok, Splošna bolnišnica Dr. Jožeta Potrča, Potrčeva ul. 23–25, 2250 Ptuj
tanja.zmauc@gmail.com

sredstev (filter oblačilo, operacijski cokli, kapa in maska, dezinfekcijsko sredstvo) pripomorejo k ohranjanju aseptičnih pogojev v notranjosti operacijskih dvoran in posledično zagotavljamo bolniku najboljše pogoje. Prav tako pa se tudi sami moramo zaščititi pred različnimi vplivi (kri, dim, IOS, ...), ki smo jim podvrženi pri svojem delu. Delodajalec nam je dolžan zagotoviti ustrezna zaščitna sredstva, delavci pa smo jih prav tako dolžni pravilno uporabljati. Ko smo ustrezno zaščiteni, se običajno počutimo varno. Občutka varnosti pa nam ne daje samo fizična zaščita. Obstaja še vrsta drugih dejavnikov, ki vplivajo na varnost v operacijskem bloku. Izpostavila bom nekaj dejavnikov, ki po mojem mnenju zelo vplivajo na občutek varnosti zaposlenega v operacijskem bloku.

1.1 Dejavniki, ki lahko vplivajo na varnost zaposlenih v operacijskem bloku

1.1.1 Dolžina delovne dobe

Dolžina delovne dobe na enakem delovnem mestu lahko vpliva na večji občutek varnosti zaposlenega. Delavec, ki vrsto let opravlja neko rutinsko delo, je lahko vse boljši in boljši ter se tudi počuti varno in gotovo. Ni pa to nujno na deloviščih, kjer se stroka širi, kjer je vedno več novih in sodobnih tehnologij ter se zahteva vedno več znanja in prilagajanja s strani zaposlenih. Takrat pa to za starejše delavce lahko predstavlja veliko obremenitev. Starejši delavec, ki ima veliko delovne dobe, ima po pravilih tudi večjo avtoriteto in je spoštovan s strani mlajših kolegov. V tem obdobju hitrega napredka pa tudi starejši delavci nimajo več občutka varnosti. Ko je potrebno vpeljati in sprejeti neko novost, so ravno tako nemočni kot mlajši kolegi in ponovno na začetku poti.

1.1.2 Delovne izkušnje

Delovne izkušnje so običajno v povezavi z dolžino delovne dobe. Uvajanje v operacijsko zdravstveno nego je zahteven in dolgotrajen proces. Glede na to, da se kirurške tehnike nenehno spreminjajo in izboljšujejo, zahteva od zaposlenih nenehno učenje in sledenje novim trendom. Jasno je, da se delavec na svojem delovnem mestu počuti veliko bolj varnega, če obvlada situacijo. Običajno je tako, da imamo več delovne dobe na nekem delovišču, več je delovnih izkušenj, znanja, bolj se počutimo suverene. Vsi vemo, da pride do situacije, ko ne pomagajo nobeni napisani standardi, temveč je potrebno odreagirati takoj. Takrat lahko oseba z dovolj izkušnjami hitreje obvladuje situacijo.

1.1.3 Permanentno izobraževanje in sledenje stroki

Človek se uči vse življenje. Prav tako je učenje sestavni del našega delavnika. Sledenje novostim in osvajanje novih operativnih tehnik je del našega vsakdana. Poznati je potrebno delovanje aparaturne, inštrumentne, z njimi pravilno rokovati. To je nenazadnje tudi velika odgovornost, saj gre ponavadi za sofisticirane zadeve, ki tudi veliko stanejo. Odgovornost nosimo do bolnika, ki nam je prepuščen na operacijski mizi, do kirurga, ki mu ponudimo inštrument v uporabo in nam zaupa, da le-ta deluje brezhibno in nazadnje do ustanove, ki je dragi pripomoček kupila in nam ga zaupala v uporabo in vzdrževanje. Če smo dobro podkovani v stroki, poznamo in obvladujemo aparature, inštrumente in pripomočke, se na svojem delovnem mestu počutimo veliko bolj varno in lahko z mirno roko podamo inštrument kirurgu v roko.

1.1.4 Klinične poti, standardi, protokoli in navodila za delo

K boljši varnosti zaposlenih sigurno v veliki meri prispevajo napisana navodila za delo, standardi, protokoli in klinične poti. Napisani so tako, da nas vodijo, in če jim natančno sledimo, zmanjšamo možnost, da smo kaj izpustili. Pomembno je, da so vsi ti dokumenti redno posodobljeni, da so napisani nedvoumno, preprosto, da so skratka uporabni. Omogočajo standardizacijo in tudi racionalizacijo postopkov. S tem, ko upoštevamo te predpise in se jih dosledno držimo, zagotavljamo vsem bolnikom enako obravnavo ter preprečujejo možnost napak. Če delamo znotraj predpisanih okvirjev, smo seveda bolj varni, saj so ti protokoli preverjeni, napisani na osnovi izkušenj in v okviru priporočil stroke.

1.1.5 Kvalitetna in brezhibna delovna sredstva in pripomočki za delo

V operacijskih dvoranah je množica aparaturne in različnih inštrumentne, ki so pomemben pripomoček pri operaciji. Ravnanje z njimi zahteva veliko znanja in izkušenj. Uspešnost operacije je odvisna od brezhibno delujočega pripomočka, inštrumenta ali aparature. Niti pomisliti ne smemo kaj bi bilo, če v določenem trenutku nekaj ne bi delovalo tako, kot kirurg pričakuje. Operacijska medicinska sestra je odgovorna za testiranje aparaturne pred operacijo, pripravo aparature ali inštrumenta ter pregled funkcionalnosti. Prav tako mora pravočasno ugotoviti morebitno odstopanje in ustrezno reagirati. Redni servisi in ustrezno vzdrževanje delovnih sredstev zagotavljajo varen operativni poseg, ki poteka po načrtu. Neznanje osebe, ki rokuje z aparaturo pa ne pomeni, da le-ta ne deluje pravilno.

1.1.6 Usklajeno delovanje vseh ekip v procesu dela

V operacijskih dvoranh sodeluje več različnih strokovnih timov. Vsi imajo specifična strokovna znanja in specifično vlogo pri operaciji. Pomembno pa je, da so med seboj usklajeni. Če te usklajenosti in homogenosti ni, tudi delo ne poteka gladko in po pričakovanjih. Pomembno je spoštovanje vseh strokovnjakov, vseh profilov. Vsi člani v verigi morajo biti trdni, od največjega strokovnjaka, ki bo opravil najzahtevnejši operacijski poseg, do čistilke, ki pripravi ustrezne higienske razmere. Noben član operacijske ekipe se ne sme počutiti zapostavljen in nepomemben. Prav tako pa je pomembno zaupanje v sodelavce. Če kirurg zaupa operacijski medicinski sestri, da mu bo pravočasno podala inštrument, če operacijska medicinska sestra zaupa svoji neumiti kolegici, da ji bo stala ob strani in ji ob pravem trenutku dodala material, in če se bodo vsi skupaj zanesli na čistilko, ki je pripravila operacijsko dvorano, se bode vsi počutili varne in zanesljive pri delu, ki ga opravljajo.

1.1.7 Medsebojni odnosi in delovna klima

Medsebojni odnosi zelo pomembno vplivajo na delovno klimo. Najlepše je delati v sproščenem in prijetnem vzdušju. Zelo pomembno je, da imaš med operacijo ob sebi osebo, ki ji zaupaš, ki ti daje občutek varnosti, mogoče kaj svetuje in te diskretno opozori na napako. Vedno je potrebno osebne zamere in nesoglasja pusti pred vhodom v operacijski blok. Operacijski medicinski sestri delata v paru. Ena je v vlogi »umite« druga v vlogi »neumite« medicinske sestre. Skupaj sta tim in skupaj sta odgovorni za potek dela v operacijski dvorani, v kateri sta razpisani. Med delom morata ne glede na karkoli vzpostaviti profesionalen odnos. Bolnik, ki je na operacijski mizi, je odvisen od njunega znanja, sposobnosti in profesionalnosti. Umita operacijska medicinska sestra se mora zanesiti na svojo klegico, ki jo streže. Vzdušje, ki ga ustvarjata, pa se lahko prenaša na celotno ekipo. Običajno je operacijska medicinska sestra tista, ki med operacijo s svojim profesionalnim pristopom miri situacijo. Napeti odnosi v operacijski dvorani nikakor ne morejo vplivati na boljši občutek varnosti zaposlenih.

1.1.8 Dobra in nedvoumna komunikacija

Komunikacija v operacijskih dvoranh poteka na različnih nivojih. Pomembno je, da je jasna in nedvoumna, da je sporočilo bilo pravilno prenešeno osebi, kateri je bilo namenjeno. Zelo pomembna je komunikacija med kirurgom in operacijsko medicinsko sestro, ko pripravljata načrt operacije. Od njune komunikacije je v veliki meri odvisna priprava na operacijo in potek operacije. Če bo operacijska medicinska sestra dobila jasno in nedvoumno sporočilo, bosta tudi priprava in operacija stekli brez zapletov.

Pogosto se dogaja, da smo operacijske medicinske sestre prenašalec sporočil med zunanjim svetom (oddelčnimi medicinskimi sestrami, drugimi strokovnjaki) in zdravniki kirurgi. Običajno je to v dežurstvu, ko je kirurška ekipa obremenjena za operativnim posegom, medtem pa se na oddelku pojavi problem, ki ga običajno rešujemo preko telefona in s posredovanjem sporočil.

1.1.9 Redni in kvalitetno vodeni timski sestanki

Delo na tako zahtevnem področju, kot je operacijska zdravstvena nega, zahteva redne timske sestanke. Za sestanek je vedno potrebno planirati čas. Pomembno je, da so timski sestanki najmanj enkrat dnevno z vsem timom. Po potrebi se še med delovnim dnevom lahko zvrstijo krajši sestanki z manjšo skupino.

Najprimernejši je jutranji timski sestanek, ki običajno vsebuje:

- Predajo službe.
- Pregled operativnega programa za delovni dan.
- Sestavljanje ekip po operacijskih dvoranah in njihove zadolžitve.
- Seznanjanje z novostmi in spremembami.

Sklepi timskega sestanka se tudi zapišejo, da jih lahko delavci še enkrat preberejo, prav tako so tudi odsotni delavci na ta način seznanjeni z vsebino sestanka. Zapisnik sestanka med drugim služi tudi kot dokaz, da so delavcem bile podane določene vsebine. Timski sestanki so tudi priložnost za reševanje problemov in konfliktov, porajajo se predlogi in rešitve, pustimo pa tudi prostor za razpravo. Timski sestanek pred delovnim procesom je nujen za varno delo.

1.1.10 Predaja službe

Predaja službe je nepogrešljiv dejavnik za zagotavljanje varnosti pri delu. Običajno je organizirana v okviru jutranjega timskega sestanka in se nanaša na čas dežurstva. Predajo službe je potrebno podati natančno in nedvoumno. Vedno se jo tudi zapiše. Vsi delavci jo morajo slišati in razumeti. Temeljita predaja službe je pomembna za načrtovanje delovnega procesa in posledično za varnost zaposlenih.

1.1.11 Natančno in skrbno dokumentiranje vseh postopkov

Dokumentiranje v zdravstveni negi je pomemben del procesa, saj na osnovi pravilno in skrbno izpolnjenega dokumenta prikažemo naše delo, hkrati pa se tudi zavarujemo. Dokument zdravstvene nege je le eden izmed številnih

obrazcev, ki jih moramo izpolniti in je neposreden prikaz našega dela. Za ta dokument odgovarjata obe operacijski medicinski sestri, kar potrdira tudi s podpisom na koncu operacije.

Žal nam dokumentiranje zavzema vse več časa in energije. Vendar pa se, če pogledamo z druge strani, vsi zavedamo, da nam dokumentacija, če je skrbno in natančno izpolnjena, prinaša varnost.

1.1.12 Mentorstvo

Uvajanje v zdravstveno nego je dolgotrajen proces, ki zahteva veliko volje in angažiranosti tistega, ki se uvaja. Vsakemu uvajanemu se običajno dodeli mentorja. Mentor uvaja novega sodelavca po programu in spremlja njegovo napredovanje. Novi sodelavec se ob mentorju počuti varno. Običajno se med mentorji in tistimi, ki jih uvaja, splete prav posebna vez. Mentor ga uvede v povsem novo okolje, z njim naredi prve poskuse inštrumentiranja, skupaj spoznavata inštrumente, srečujeta se s prvimi ovirami, skupaj začneta dežurati, ... Biti mentor mlajšemu sodelovcu je poslanstvo. Mentorstvo seveda ne traja v nedogled, vendar mentor še vedno pogosto gleda na svojega mladega sodelavca kot svojega varovanca. Tako, da se »mentorstva« na ta način še nekoliko razvlečejo na daljše obdobje. Ne glede na to, kdo je komu mentor, je potrebno mlademu in neizkušenemu sodelavcu pomagati in mu stati ob strani, da hitreje osvoji pričakovana znanja. Vsem je cilj, da v najkrajšem času dobimo usposobljenega sodelavca, ki se bo tudi na račun dobrega in dovolj dolgega mentorstva počutil bolj varno in zanesljivo.

1.1.13 Nadzor neposredno nadrejenega

Stereotipno gledano je, da nadzor nadrejenih ni nikoli preveč zaželen. Vendar nadzor nadrejenega lahko v zaposlenem vzpodbudi občutek varnosti. Zaposleni, ki je nadzorovan, lahko takoj izve, ali je delo opravil v redu, oziroma kaj naj popravi, da bo v redu. Nadzor ni nekakšna negativna stimulacija, ampak pomembna aktivnost nadrejenega za izboljšanje kvalitete procesov dela.

2 ZAKLJUČEK

Za uspešno opravljeno operacijo je veliko členov v verigi. Vsi doprinesejo dvoj delež. Če vsak člen v verigi svoje delo pozna, ga obvlada, ima za to ustrezno znanje ter ostalo podporo, se bo počutil varno in bo delo opravil brez napak. Le delo, ki se opravi brez napak, je sprejemljivo in prinaša pozitiven rezultat.

Literatura

1. Ivanušič A. Železnik D. *Osnove zdravstvene nege kirurškega bolnika*. Maribor: Visoka zdravstvena šola, 2000.
2. Žmauc T. *Timsko delo v operacijski zdravstveni negi*. In: Rebernik-Milič M. *Zbornik XVI - Management v operacijski zdravstveni negi (Kadrovski management)*, Terme Dobrna, 7.november 2003. Ljubljana: Sekcija operacijskih medicinskih sester Slovenije, 2003; 18–23.
3. http://freeweb.t-2.net/savel/htm_skp/sskj.htm.

PSIHOSOCIALNI DEJAVNIKI TVEGANJA ZA VARNO DELO

Nika Škrabl¹

Izvleček

Zdravstvo je izrazito delovno intenzivna panoga, ki temelji na sodelovanju strokovnjakov različnih poklicev. Zaposleni poleg osnovnih pogojev za opravljanje dela pričakuje dobre medsebojne odnose, jasno opredeljeno hierarhijo, prijazno komunikacijo. Prijazno delovno okolje z dobrimi psihosocialnimi odnosi je plod sodelovanja delavcev in delodajalca. To sodelovanje ni postavljeno za vedno, treba ga je ves čas graditi. Možnost za preprečevanje, blaženje in odpravljanje težav pri delu ter s tem tveganj za varno delo je v učenju medosebnih interakcij in komunikacije ter učinkovitem reševanju konfliktov. V svojem prispevku predstavljam teorijo izbire pri zavedanju in ravnanju v konfliktnih situacijah ter reševanje konflikta z manj znanim povzemačno-razlagalnim pristopom.

Ključne besede: konflikt, odnos, medsebojno sodelovanje

1 UVOD

Vsa človeška bitja živijo v kompleksnih socialnih sistemih. Zdravstvena služba je primer kompleksne organizacije, kjer veliko različnih ljudi dela skupaj v multidisciplinarnih timih. Zaposleni v zdravstvu imajo specifični delavnik, lahko je v izmenah, v vseh obdobjih dneva. Pri svojem delu se srečujejo s strokovnimi in etičnimi dilemami. Velikokrat je premalo kadra, časa, opreme in pripomočkov, nadrejeni ne slišijo in ignorirajo probleme, s katerimi se soočajo, bolniki so zahtevni. Imajo veliko dela, stresa, prerekanja, zahtev, pravil, birokracije in ostalega, kar s skupnim izrazom lahko imenujemo problemi, ki v veliki meri pogojujejo konflikte (Tschudin, 2004).

¹ Nika Škrabl, univ. dipl. soc. ped., koordinatorica za kakovost v zdravstveni negi na Kirurški kliniki, SPS Kirurška klinika, UKC Ljubljana, Zaloška 7, 1000 Ljubljana
nika.skrabl@kclj.si

Predstava o zdravnikih in medicinskih sestrah kot osebah, ki so stalno pripravljene pomagati, ki so izkušeni strokovnjaki na področju medicine in prevzemajo nedeljeno odgovornost za bolnika, v katere ima bolnik neomejeno zaupanje, izginja, kajti zdravstveni delavci so pogosto omejeni v svojih zmožnostih posredovanja pomoči (Ule, 2003).

Medicinske sestre vzpostavljajo med svojim delom pestro paleto medsebojnih odnosov tako s pacienti kot s svojimi sodelavci. Baggs in Schmitt (Baggs, 1994) definirata štiri elemente sodelovanja: skupna odgovornost, skupno odločanje, odprta komunikacija in koordinacija. Ker dobro sodelovanje vpliva na izide zdravljenja, so ti tako zelo pomembni, da so že leta tudi predmet znanstvenega raziskovanja (Baggs, 1994, Larson, 1999, Kramer in Schmalenberg, 2003, Kaissi in sod., 2003), zato tvorno sodelovanje ni več le stvar osebne izbire. Vsi zdravstveni delavci, ne le medicinske sestre, so tako vse bolj postavljeni celo pred moralno zahtevo, da se pri delu povezujejo in kakovostno sodelujejo (Irvine in sod. 2002, po Domajnko, 2006: 236).

Kolb (1984) piše, da je učeča se družba, v katero prehajamo, izziv za vse tiste, ki se zavedajo, da je učenje za osebni razvoj in uspešno poklicno kariero osrednja naloga, ki poteka skozi celo življenjsko obdobje. Pri svojem delu se moramo nenehno odločati, kako ravnati v posameznih konkretnih situacijah, da bi s svojim ravnanjem čim bolj učinkovito, a hkrati strokovno in največkrat hitro, pravilno ukrepali. Izkušnja sama po sebi ne vodi nujno v učenje in spremembo, pač pa le, če jo posameznik ustrezno predela. »Taki položaji so običajno kompleksne narave in zahtevajo od nas, da delujemo na več nivojih hkrati; pri tem se strokovni, osebni, odnosni, institucionalni in drugi vidiki med seboj prepletajo in neredko med seboj celo interferirajo« (Žorga, 1997: 17).

2 MEDSEBOJNI ODNOSI – KREATIVNOST IN ODGOVORNOST ZA SVOJE VEDENJE

Vsak dan v svojem življenju tako v zasebnem, med prijatelji, znanci kot tudi v službi, povsod neprestano stopamo v stike z drugimi ljudmi. Ti stiki povzročijo nastajanje odnosov. Odnosi ustvarjajo občutke. Občutki pa ustvarjajo počutje. Karkoli delamo – vedno smo prisotni, vedno sodelujemo, lahko pasivno ali aktivno. Svojo vlogo si izberemo zavestno ali podzavestno v skladu z našo samopodobo.

Živimo v času izrednega razvoja in napredka znanosti, tehnike in informacijske tehnologije. Napredovali smo od prvega do nadzvočnega letala in do kozmičnega odkrivanja planetov. Komunikacije so napredovale od telefona na zaganjač do mobilnega telefona in interneta. Ta napredek globoko zaznamuje tudi zdravstvo, saj lahko prepoznamo in zdravimo bolezni, ki so včasih veljale za neozdravljive. Spisek tehničnih novosti je neskončno dolg. **Toda ali se lahko pohvalimo z napredkom v odnosih med možem in ženo, otroci in starši, učitelji in učenci, bolniki in zdravstvenimi delavci, ljudmi, s katerimi delamo?** (Glasser, 1998).

Teorija izbire avtorja Williama Glasserja razlaga, da dražljaji, in sicer takšni, ki bi lahko nadzorovali človeško bitje z namenom, da bi to sprejelo določeno odločitev, ne obstajajo. Npr: zvonjenje telefona ima vsekakor svoj namen. Da nam informacijo, da hoče nekdo govoriti z nami. A informacija ni nadzor. Glede na to, da nas informacija v nič ne sili, se lahko odločamo, kaj bomo storili. Ko naredimo tako, npr. da dvignemo telefon, je to zato, ker smo se tako odločili. Vsak posameznik prevezama odgovornost za svoja dejanja. Edina oseba, katere vedenje smo zmožni kontrolirati, smo mi sami. Vse, kar lahko drugim ponudimo, so informacije. Kaj bodo ali bomo počeli s temi informacijami, je stvar izbire.

Vsako vedenje sestavljajo 4 neločljive sestavine:

1. dejavnosti (kot na primer hoja, govorjenje, prehranjevanje),
2. mišljenja (o nečem venomer razmišljamo)
3. čustva in občutki (kadarkoli se vedemo, nekaj občutimo)
4. fiziologija (z vsem, kar počnemo in čutimo, se veže naša fiziologija: bitje srce, dihanje, potenje, tresenje, itd...) (Glasser 1998)

Zaradi teh štirih prvin govorimo v teoriji izbire o celostnem vedenju. Čeprav vse štiri sestavine delujejo skupaj, imamo **nadzor le nad svojim mišljenjem in svojo dejavnostjo**.

Človek je svobodno in odgovorno bitje, ki je notranje motivirano in katerega vedenje je vedno namensko ter zelo raznovrstno in prožno. Kadar izkazuje neko dejavnost, vzporedno potekajo tudi razmišljanje, čustvovanje in fiziološki procesi. Pri tem se oseba zaveda predvsem čustvene in fiziološke sestavine, ki ju nima neposredno pod nadzorom. Precej manj pa se zaveda, da ima možnost upravljanja dejavne in mišljenske komponente, na katere lahko neposredno vpliva z izborom vedenja.

Večina resnih konfliktov izvira iz naših poskusov, da bi usmerjali odločitve drugih, ki tega usmerjanja ne sprejmejo, saj jih tisto, kar hočemo, ne zadovoljuje. Ko smo sredi konflikta, vedno obstaja razlika med tistim, kar bi radi in tem, česar smo deležni, ne glede na to, kaj storimo. Konflikt je eden najpogostejših vzrokov dolgotrajnega trpljenja, kajti nikjer ne izgubimo več nadzora kot pri resničnem konfliktu (Glasser, 2007).

Velik odstotek ljudi s seboj ali v odnosih z drugimi uporablja prastaro, splošno sprejeto prepričanje, da vemo, kaj je dobro za druge. To imenujemo psihologija zunanjega nadzora in je vir nezadovoljujočih odnosov, ki prizadenejo življenja mnogih ljudi.

Najbolj zmotno je mišljenje, da s prisilo lahko kaj dosežemo. Kadar od druge osebe nekaj pričakujemo in nam tega ne izpolni, uporabljamo razdiralna vedenja, s katerimi drugo osebo močno prizadenemo.

Če verjamemo, da je odnos najpomembnejši, moramo prenehati z razdiralnimi vedenji. V svojem vedenju moramo prenehati uporabljati prisilo, ne smemo kaznovati, manipulirati, ukazovati, kritizirati, valiti krivdo na druge, se pritoževati, zbadati, nadlegovati, razvrščati, zmerjati ali se umikati. Ta razdiralna vedenja lahko nadomestimo z izbiro bolj učinkovitejših vedenj - s skrbjo, poslušanjem, podporo, pogajanjem, spodbudo, ljubeznijo, pomočjo, zaupanjem, sprejemanjem, dobrodošlico, sporazumevanjem in spoštovanjem. Tako bomo pripomogli h kakovostnejšim medsebojnim odnosom. Zavedati se moramo, da je od naših dejanj odvisno, kakšen odnos bomo imeli z drugimi osebami. Kakovost odnosa vpliva na naše počutje. Takoj, ko se v odnosu pojavijo napetosti, predsodki, stereotipi in druge ovire, čutimo, da nekaj ni v redu, zatika se nam pri delu, pojavijo se nam dvomi v lastno učinkovitost in sposobnost, iščemo napake pri sebi in še raje pri drugih, svoje nelagodje širimo v okolico.

Zakaj psihologija zunanje prisile tako dobro deluje?

- pri močnih, ker dobijo tisto, kar želijo,
- pri nemočnih, ker upajo, da bodo morda kdaj dosegli pozicijo, ko bodo moč lahko uporabili na drugih,
- pri najšibkejših, ker verjamejo, da bi po uporabi živeli še bolj nesrečno.

Psihologija zunanjega nadzora temelji na treh zmotnih prepričanjih:

1. da se na dražljaje moramo odzvati (torej, da nimamo izbire),

2. da lahko druge ljudi prisilimo, da naredijo, kar hočemo (četudi tega nočejo) in da lahko drugi ljudje nadzirajo naše početje, razmišljanje ali čutenje,
3. da je naša pravica (ali celo dolžnost), da naredimo karkoli, da bo drugi človek ravnal tako, kot se nam zdi, da je za njega najbolje.

Pri odnosih z ljudmi si lahko vedno postavimo vprašanje: **»Ali me bo to, kar nameravam storiti, z ljudmi zbližalo ali razdvojilo? Ali se ob tem, kar sem naredil, počutim dobro?«**

Zaznava, videnje problema in njegovo ocenjevanje, iskanje in vrednotenje možnih rešitev, čustveno odzivanje in reakcija na ves proces za sprejemanje odločitev in ukrepanje so odvisni od posameznika. Posameznik, ki ve, kaj potrebuje in česa si želi, ki pri tem trezno oceni, kakšne so njegove zmožnosti, da do tega pride, je prav gotovo na dobri poti, da pozitivno reši konflikte. Vedeti mora, kam bo usmeril svojo dejavnost, ali so cilji, ki si jih je postavil realno dosegljivi in koliko je za svoje cilje motiviran in zato pripravljen tudi na morebitne ovire. Poznati mora sebe, a tudi poti, ki vodijo k cilju.

3 REŠEVANJE KONFLIKTA

Konflikti so stari kot je staro človeštvo. Najti jih je mogoče na vseh nivojih človekovega življenja. Tipične značilnosti konfliktov, ki jih poznamo vsi, so zaprta in nejasna komunikacija, različni interesi in mišljenja, nezaupanje ter dajanje prednosti ciljem posameznikov in ne ciljem skupine. Dejstvo je, da konfliktov iz vsakdanjega življenja ne moremo odpraviti, zato je toliko bolj pomembno, da jih razumemo, znamo primerno sprejemati, obvladovati in reševati.

Konflikte je mogoče razumeti, če preučimo celoten proces posameznega konflikta in vse njegove pomembne faze. V literaturi (Potočan, 2005) različni avtorji omenjajo naslednje faze procesa konflikta:

- faza prikritega konflikta; tedaj že obstajajo temeljni pogoji za njegov nastanek, vendar konflikt še ni viden in/ali ga udeleženci še ne prepoznavajo;
- faza spoznanja (prepoznavanja) konflikta; tedaj udeleženci prepoznajo konfliktno situacijo (in/ali vzroke za njen nastanek oz. značilnosti konfliktne situacije, itd);

- faza začetka konflikta; tedaj nastanejo prve napetosti med udeleženci konflikta, vendar resničnega nasprotovanja med udeleženci še ni;
- faza odprtega (dejanskega) konflikta; tedaj poteka odkrit (in jasno viden) spopad med udeleženci; vedenje udeležencev jasno kaže na obstoj konflikta tudi v odnosih med njimi in v odnosu do okolja;
- faza zaključka konflikta; tedaj se konflikt reši, kar vodi v ustrežnejše prihodnje sodelovanje, in/ali ustavi (oziroma se spopad umiri), kar vodi v nastanek novih konfliktov.

Proces konflikta lahko vključuje vse navedene faze ali samo nekatere izmed njih. Hkrati pa je mogoče, da vsi udeleženci konflikta ne razumejo enako in lahko situacijo ocenjujejo zelo različno. Vsebinsko lahko konflikte preučimo na osnovi različnih izhodiščnih vidikov. Konflikte lahko opredelimo na podlagi udeležencev kot: osebne, medosebne in medskupinske.

Poznamo več vrst strategij za reševanja konfliktov:

1. Izogibanje (umikamo se v svojo "lupino").
2. Pomiritev- zglajevanje (poskušamo se izogibati in odlašamo s soočanjem).
3. Sklepanje kompromisov- pripravljenost, da se delno odpovemo svojemu cilju, čeprav rešitev ni za nikogar idealna).
4. Prevlada – prisila (druge želimo prisilit, da sprejme našo obliko rešitve).
5. Soočanje in reševanje problemov (obravnavamo kot problem, ki ga je potrebno in možno rešiti).

Zdravstveni delavci se včasih premalo zavedajo in si težko priznajo, da smo tudi mi, enako kot naši sodelavci, samo ljudje, ujeti v čisto običajne človeške dileme in omejitve. Pri tem je ključno, da se zavedajo, da obstajajo le problemsko interpretirane situacije in da imajo vpleteni različne interpretacije in pripisovanja. S »povzemalnim razumevanjem« ocenimo izhodiščno situacijo, da se ne bi vrteli v krogu raziskovanja simptomov. Müller zato predlaga vprašalni krog kot okvir za razmislek in odločanje (1994, po Kobolt, Rapuš- Pavel, 2004: 289).



Slika 1. Vprašalni krog za razmislek in odločanje (Müller (1994).

Pojasniti si moramo:

- kateri udeleženci so povezani s problemom,
- kdo razpolaga s sredstvi (po)moči,
- razjasniti, kdo odloča in določa o sredstvih in načinih izvajanja pomoči,
- timsko pojasniti vprašanja,
- preveriti morebitne rešitve in morebitne spremljajoče neželene učinke in izhode,
- opredeliti prednosti intervencije in področja poseganja,
- pojasniti pristojnosti nosilcev intervencij,
- kaj lahko storim "jaz" in kaj "drugi".

Müller (1994) razume funkcionalno komunikacijo med sodelavci, če gre za timsko delo, kot »ključno dogajanje v krožnem procesu ocenjevanja in interveniranja«.

Predlagan pristop ne ugotavlja, kaj je narobe oziroma zakaj se je nekaj zgodilo, temveč prepoznava nastajanje vzorcev, ki vzdržujejo »status quo« in se sprašuje, kako bi razpoložljivi viri omogočili spremembe v obstoječih interakcijah. »Situacijo opišemo in razlagamo kot soodvisno, saj je vsako dogajanje odnosni pojav, ki se realizira v komunikaciji. Ko ocenjujemo

situacijo, delimo in ustvarjamo nove pomene ter pojasnjujemo »izpogajano« skupno razumevanje. To omogoča aktivno udeležbo posameznika, artikulacijo pogledov, potreb, pričakovanj in pozicij udeležencev. Ta razsežnost odvzema moč odločanja posamezniku in zahteva od udeležencev usmerjenost v skupno akcijo in ne v spreminjanje posameznika. »Gre za proces razumevanja, v katerem skupaj pojasnjujemo pomene, opredeljujemo elemente problemske situacije in iščemo rešitve, oblikujemo predstave o tem, kaj lahko dosežemo sami in kje potrebujemo pomoč ter kakšna bo videti pomoč tima« (Kobolt, Rapuš-Pavel, 2004:289).

Mickan in Rodger (2005) raziskujeta, kaj loči uspešne time od manj uspešnih in izpostavita na prvem mestu spoštovanje. Zanimivo, da tudi Domajnko s sod. (2006) v kvalitativnem delu projekta »Medpoklicno sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki« ugotavlja, da je na ravni posameznikov v intervjujih izstopala ravno potreba po medsebojnem spoštovanju. Pravi, da je bilo spoštovanje večkrat že ob samem opredeljevanju zdravstvenega tima postavljeno ob bok strokovnemu delu v dobro bolnika. Zaznati je tri ravni spoštovanja: spoštovanje do drugih strok, do različnih stopenj izobrazbe in spoštovanje na medčloveški ravni.

4 ZAKLJUČEK

Poklic medicinske sestre ima veliko obremenitev in malo ali skoraj nič privilegijev. Ker je poklic, zgodovinsko gledano, internaliziral podrejanje kot vrednoto, je pridobitev moči toliko težja. Florence Nightingale je sredi 19. stoletja zavestno vpeljala princip popolne podrejenosti zdravstvene nege zdravnikom, ker je bilo to takrat edini način, da je bil poklic sprejet v bolnišnični sistem in tako zagotovil ženskam družbeno sprejemljivo plačano zaposlitev. V 20. stoletju pa je to načelo eden od ključnih problemov sodobne zdravstvene nege.

Zdravstvena nega je trenutno še vedno na prehodu iz poklica v profesijo. »Gre za proces, v katerem poklicna skupina pridobiva lastnosti profesije. Višanje izobrazbe pripadnikov poklicne skupine, večanje pomena teoretičnih znanj, sta nekatera od značilnosti procesov profesionalizacije. Bistvena značilnost pa je vzpostavitev nadzora nad lastnim delom« (Pahor, 1999: 101).

Ker medicinske sestre delajo z ljudmi, je prav, da poudarim, kako zelo nevarno je biti pacient v okolju, kjer si osebe ne upa reči preprosto ne ali ne razumem,

ker se bojijo, da bodo nerazumljeni, označeni za nesposobne in bodo v konfliktni situaciji s seboj ali z okoljem.

Razumevanje procesa reševanja konfliktov lahko tako pripomore pri izogibanju navedenih situacij in posledic le teh, kar je zelo pomembno pri sprejemanju odločitev, ki bodo v čim večji možni meri preprečile nastanek novih konfliktov.

Proces reševanja konfliktov je lahko hiter, poceni in z majhnim tveganjem, medtem ko so posledice nerešenih konfliktov slabša produktivnost, izguba kadrov, prenehanje poslovnih vezi ali celo iskanje pravice na sodišču.

Konflikt je neizogibni del življenja in vedno je težko rešljiv. Pomaga nam lahko zavest, da ne bomo pomagali niti sebi, niti drugemu, ki je udeležen v konfliktu, če se odločimo onesposobiti se z bolečino ali nezmožnostjo. Vse, kar bomo naredili, čeprav bo naporno, je bolj učinkovito kot trpljenje.

Literatura

1. *Baggs JG. Development of an instrument to measure collaboration and satisfaction about care decision. Journal of advanced nursing 1994; 20 (1): 176–82.*
2. *Domajnko B, Kvas A, eds. Živeta interprofesionalna razmerja: kvalitativni pogled. Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu: priložnost za izboljševanje kakovosti. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2006: 235–59.*
3. *Glasser W. Teorija izbire - nova psihologija osebne svobode. Radovljica: Regionalni izobraževalni center Radovljica, 1998.*
4. *Glasser. W. Kako vzpostaviti učinkovit nadzor nad svojim življenjem: teorija nadzora. Ljubljana. Samozaložba Urbančič, 2007.*
5. *Kaisi A, Johnson T, Kirschbaum MS. Measuring teamwork and Patient Safety Attitudes of High-Risk REAS. Nursing Economics 2003; 21 (5): 211–8.*
6. *Kobolt A, Rapuš Pavel J. Večplastni diagnostični model. Socialna pedagogika 2004; 8 (3): 275–94.*
7. *Kramer M, Schmalenberg C. Explore the link between collaboration and quality patient care. Nursing management 2003; 34 (7): 34–8.*
8. *Larson E. The impact of physician-nurse interaction on patient care. Holist Nurs pract 1999;13 (2): 38–46.*
9. *Mickan SM, Rodger SA. Effective Health Care Teams: a model of six characteristics developed from shared perceptions. Journal of Interprofessional Care 2005;19 (4): 358–70.*
10. *Müller B. Sozialpädagogisches Können–Ein Lehrbuch zur multiperspektivischen Fallarbeit. Freiburg im Breisgau: Lambertus, 1994.*
11. *Pahor M. Sociologija za zdravstvene delavce. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo, 1999.*
12. *Pahor M. Sodelovanje v zdravstvu kot predmet premišljevanja, pojasnjevanja in ukrepanja. Zbornik Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu: priložnost za izboljšanje kakovosti. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2006: 112–2.*
13. *Potočan V. Organizacija. Maribor: Univerza v Mariboru, Ekonomsko-poslovna fakulteta, 2005; 10.*
14. *Tschudin V. Etika v zdravstveni negi: razmerja skrbi. Ljubljana: Educy, 2004.*
15. *Ule M. Spregledana razmerja o družbenih vidikih sodobne medicine. Maribor: Aristej, 2003.*
16. *Žorga S. Vloga supervizije pri poklicnem in osebnem razvoju strokovnih delavcev. Socialna pedagogika 1997; 1 (3): 9–26.*

MI MED SEBOJ - NASPLOŠNO O PRAVILIH LEPEGA VEDENJA IN KOMUNICIRANJA

Miljana Kraševc¹, Maja Marolt²

Izvleček

V našem življenju obstajajo stvari, za katere vemo, a nanje pogosto pozabimo. Med slednje sodi tudi kultura vedenja. Med kulturo vedenja uvrščamo vse stike, ki jih ima človek s človekom bodisi v družini, med prijatelji, na družabnih prireditvah in na delovnem mestu. Tu je kultura vedenja še posebej pomembna, saj sodobni človek vedno več časa preživi na delovnem mestu.

Naše življenje se je skozi stoletja močno spreminjalo pod vplivom gospodarstva, politike, znanosti, umetnosti, vzporedno se je skozi čas spreminjala tudi podoba vedenja. Splošna kultura je sestavljena iz kulture vedenja, kulture oblačenja, kulture prehranjevanja in pitja...

K pomembnejšemu delu lepega vedenja po eni strani sodi komuniciranje (**enakovredna izmenjava informacij**), ki je neločljivi del tega in je temelj splošne kulture. Kultura vedenja pa ne pomeni samo odnosa do drugih ljudi, temveč tudi odnos do sebe, narave, ostalih živih bitij, do naše in tuje lastnine (**posredovanje lastne informacije**). Naše vedenje se odraža skozi spoštovanje in poslušanje sočloveka, telesno govorico, ki izraža naše misli in čustva do drugih, skozi vrednote in norme, po katerih živimo (**sprejemanje informacije**). Pravila lepega vedenja lahko kršimo le, kadar so neizvedljiva v določenih situacijah (**ponujanje odgovora, lastne informacije**), vendar jih je potrebno nadomestiti z drugimi, ki ustrezajo trenutnim okoliščinam, a moramo paziti, da to izvedemo tako, da nikomur ne škodujemo, predvsem pa, da nikogar ne prizadenemo (**preprečiti nepotrebno obrambno reakcijo**).

Sprejemajmo druge ljudi in se obnašajmo do njih tako, kot bi želeli, da drugi sprejemajo in se obnašajo do nas, vzpostavljajmo medsebojno zaupanje kljub

¹ Miljana Kraševc, vms, Operacijski blok, UKC Ljubljana, Zaloška 7, 1000 Ljubljana
miljana_krasevec@t-2.net

² Maja Marolt, dipl. m. s., Operacijski blok, UKC Ljubljana, Zaloška 7, 1000 Ljubljana
majamarolt81@gmail.com

objektivnim težavam, s čimer utrjujemo vero v obstoj objektivnega sveta in zmanjšujemo nezaupanje, ki nastaja zaradi dvomov.

Ključne besede: pravila, vedenje, komuniciranje

1 UVOD

Urbanus je že leta 1918 zapisal: »Kdor je izobraženega srca, značajan, ponižen in požrtvovalen ter resnično ljubi svojega bližnjega, pa to tudi v besedah, vedenju in dejanju na zunaj kaže, je vljuden in olikan. Zato se zelo motijo tisti, ki mislijo, da so olikani, če se znajo pravilno klanjati, kazati prijazen obraz in govoriti vljudne fraze, da se drugim prikupijo, nimajo pa v svojem srcu prave ljubezni do bližnjega in tistih čednosti, brez katerih vljudnost nima prave veljave. Prava vljudnost je cvet ponižnosti in ljubezni, le kdor druge spoštuje priznava njihove zasluge in kreposti, samega sebe pa ne povzdiguje, se zna premagovati, nikogar ne žali, misli bolj na druge kakor nase, je hvaležnega srca in značajan, le ta se more imenovati olikanega. Vsak kreposten človek je olikan, zato najdemo oliko tudi pri preprostih ljudeh, ki se je niso posebič iz knjig učili; nasprotno pa so nam gizdalinski ljudje, ki natančno poznajo vsa pravila olikanega vedenja, nimajo pa nobenih čednosti, zoprni. V kmetijskih krajih sem srečal ljudi, ki so kazali večjo dostojanstvenosti v nastopu in prikupljivejšo vljudnost kakor marsikateri meščani. Preprosti kmetje so se naravno in brez bojzani vedli, obenem pa kazali resnost in dostojnost; niso bili ne predrzni ne preboječi, temveč odkriti, preprosti, dobri, postrežljivi, zraven pa so kazali do vsakega tisto spoštovanje, ki mu gre.«

2 KAJ JE BONTON - PRIZNANO VPRAŠANJE IN ODGOVOR (DEFINICIJA)

Pravila lepega obnašanja se prilagajajo času in izhajajo iz bontona, zato je Kneževičeva (2002) bonton enostavno opredelila kot zbirko pravil, dogovorjenih in sprejetih norm obnašanja v določenem časovnem obdobju.

Osnovna značilnost bontona je, da temelji na družbenih odnosih in se odraža v medsebojnih človeških stikih (Rees, 1998). Torej bonton izhaja iz človeške želje in potrebe po vzpostavljanju odnosov.

Rees (1998) se v svoji knjigi sprašuje, ali obstaja razlika med bontonom zaradi zunanjega videza in bontonom, ki izvira iz resnične obzirnosti do drugih. Tudi sami se lahko vprašamo, ali smo vljudni in olikani iz preračunljivosti, ali pa smo olikani zaradi srčne kulture. V današnjem svetu pač vse temelji na koristoljubju, zato je tudi vedenje ljudi vedno bolj podrejeno temu.

VPRAŠANJA -

Po mnenju mnogih, se je vedenje ljudi poslabšalo. Morda je v zvezi z bontonom v tem trenutku pred odgovorom na to opažanje treba najprej najti pravo vprašanje - Ali so postala pravila lepega vedenja bolj ohlapna? Ali ljudje ta pravila manj upoštevamo? Ali morda preveč nestrpno iščemo nove odgovore na temeljna vprašanja? Ali lahko občutek, da smo v sobivanje prisiljeni, spremenimo v željo po sobivanju? Ali drug od drugega sploh še kaj pričakujemo?

- IN ODGOVORI:

- **VEDNO VEČ NAS JE NA SVETU, VEDNO BOLJ SMO PROSTOVOLJNO MEDSEBOJNO ODVISNI, VSE VEČ SODELUJEMO**

Z razvojem civilizacije postajajo kompleksni tudi medčloveški odnosi. Naraščanje svetovne populacije, hkrati pa vse večja medsebojna prepletenost in odvisnost ljudi drug od drugega, pa tudi želja po bivanju v skupnosti, povzročajo, da živimo drug drugemu vse bolj blizu. Da bi ohranili ravnovesje med željo po bližini in potrebo po individualnosti, se drug od drugega ograjujemo z »zidovi«, ki pa imajo tudi okna in vrata. Ena od pregrad, ki nas hkrati medsebojno ograjujejo in zbližujejo, so tudi pravila lepega obnašanja. Pravila lepega obnašanja nam omogočajo, da si brez nasilja, vsiljivosti, razburjenosti, sebičnosti, brez nepotrebnih motenj itd. medsebojno izmenjujemo potrebne informacije ali prostovoljno in v vzajemni koristi izmenjujemo rezultate dela, da torej medsebojno sodelujemo.

- **BONTON JE DEL KULTURNE REVOLUCIJE IN V TEM SMISLU PRESEGA SEBE SAMEGA KOT ZGOLJ SKLOP PRAVIL**

Pravila lepega vedenja so del kulturne revolucije, ki poteka v ozadju, z namenom premagati tudi neupravičen strah in z njim povezano pretirano potrebo po samozaščiti ali okoriščenju na račun drugih.

- **VČASIH NAM BONTON NAREDI ŽIVLJENJE LE BOLJ ZNOSNO**

Gre za vzpostavitev vzdržnih odnosov in medsebojne tolerance. Bonton omogoča ljudem, da objektivni svet in objektivnost prevlada pred subjektivno zablodo. Bonton je več kot zakoni, je srčna kultura ipd.

- **BONTON ZDRUŽUJE NASPROTJA**

Bonton lahko razdelimo na tisti del, ki komunikacijo omogoča in na del, ki omogoča, da se medsebojno samo toleriramo.

3 NEKAJ PRAVIL LEPEGA VEDENJA NA DELOVNEM MESTU, KI IZRAŽAJO PREDVSEM ZADOVOLJSTVO OB KOMUNICIRANJU, VABILO K PONOVNEMU STIKU ALI PA VZDRŽEVANJE USTREZNE DISTANCE

Ljudje v današnjem času preživimo mnogo več časa v službi kot doma. Na delovnem mestu delamo z ljudmi, ki nam niso vedno najbolj po volji. Z njimi sodelujemo le zaradi poslovnih razlogov. Določena delovna mesta zahtevajo timsko delo. Vsak član tima predstavlja le en člen v sklenjeni verigi, vsi člani pa morajo biti enakovredni in enakopravni. Vedenje, ki ga človek izraža na delovnem mestu, je lahko popolnoma v nasprotju z vedenjem, ki ga ima človek v zasebnem življenju, bodisi v pozitivni ali negativni obliki.

3.1 Pozdravljanje

Vsi zasebni in poslovni stiki med ljudmi se začinjajo s pozdravljanjem in predstavitvijo. Z isto osebo se pozdravimo dvakrat na dan, pri srečanju in ob slovesu. Če isto osebo srečujemo večkrat dnevno, se z njo glasno pozdravimo ob prvem srečanju, ob naslednjih srečanjih le rahlo pokimamo z glavo, se nasmehnemo in vzpostavimo stik z očmi... (Kneževič, 2005).

Ne glede na spol mlajša oseba pozdravi starejšo. Moški pozdravi žensko, nižje uvrščeni na hierarhični lestvici pozdravijo višje uvrščene. Oseba, ki vstopi v prostor, pozdravi prva (Kneževič, 2005).

3.2 Predstavljanje

Kadar ni nikogar, ki bi nas predstavil drugim, se predstavimo sami. Pri predstavljanju vedno izgovarjamo imena in priimke dovolj jasno in razločno. Imena in priimki so pomembna identifikacija vsakega posameznika (Knežević, 2005).

Novega sodelavca predstavimo svojim sodelavcem. Novemu sodelavcu neposredno nadrejena oseba je dolžna poskrbeti za njegovo predstavitev drugim zaposlenim (Knežević, 2005).

3.3 Vikanje - tikanje

V poslovnem življenju po hierarhični lestvici višje uvrščena oseba ponudi medsebojno tikanje nižje uvrščeni osebi. Neprimerno in nespoštljivo je, da odrasla oseba tika nekoga odraslega, od njega pa pričakuje, ali celo zahteva, da ga nagovarja z vi (Knežević, 2005).

Če ne želimo ali ne zmoremo sprejeti predloga nekoga da bi z vikanja prešli na tikanje, potem smo dolžni tej osebi vljudno pojasniti, zakaj ne želimo ali ne zmoremo sprejeti njenega predloga (Knežević, 2005).

3.4 Rokovanje

V ritual pozdravljanja sodi tudi rokovanje, ki je prvi telesni stik med dvema osebama in ima velik pomen v medosebni komunikaciji. Iz načina rokovanja lahko razberemo značaj osebe, s katero se rokujemo, o njenem odnosu do nas, o njenem razpoloženju... Rokovanje se je s časom razvijalo, prilagajalo, oblikovalo. Od srednjega veka naprej lahko že zasledimo način rokovanja, ki je po svoji obliki podobno današnjemu (Knežević, 2005).

3.5 Točnost

Na sestanke prihajamo nekaj minut pred začetkom, dogovorjena ura pomeni že začetek sestanka, ne pa šele prihoda na sestanek. V službo prihajamo prej, tako da lahko ob določeni uri že začnemo delati (Knežević, 2005).

3.6 Obrekovanje

Na delovnem mestu je pogosto prisotno obrekovanje o tem, kaj se je zgodilo drugim. Obrekovanje je sicer preprosta življenjska zabava vse do trenutka, ko škoduje drugim (Rees, 1998).

4 ZAKLJUČEK

Bonton nam omogoča naše sobivanje, kar pomeni, da združuje dve nasprotji, nam pomaga vzpostavljati komunikacijo in stik, obenem pa ohranjati našo individualnost.

Literatura

1. Kneževič AN. *Se znamo obnašati?* Ljubljana: Mladinska knjiga, 2005.
2. Rees N. *Veliki sodobni bonton.* Ljubljana: Mladinska knjiga, 1998.
3. Urbanus. *Knjiga o lepem vedenju.* Ljubljana: Katoliška bukvarna, 1918.

ODŠKODNINSKA ODGOVORNOST ZDRAVSTVENIH DELAVCEV

Maša Novak¹

Izvleček

Splošna pravila, ki se nanašajo na povzročitev škode in njeno povračilo, ureja Obligacijski zakonik. Odškodninska odgovornost pa se deli na krivdno in objektivno ter poslovno in neposlovno odškodninsko odgovornost. Za obstoj odškodninske odgovornosti morajo biti izpolnjene predpostavke protipravnega ravnanja, škode, vzročne zveze in krivde. Odgovornost za povzročitev škode delavca je na strani delodajalca ali/in na strani delavca. Z zastaranjem pravice preneha pravica do sodnega varstva, ko oškodovanec, upnik lahko zahteva izpolnitev obveznosti.

Ključne besede: *odškodninska odgovornost, škoda, krivda*

1 UVOD

Splošno urejajo odškodninsko odgovornost splošna pravila civilnega prava.

V civilnopravnem pomenu odškodninske odgovornosti pomeni odškodninska odgovornost obveznost stranke, da poravna škodo, za katero je odgovorna.

Odškodninska odgovornost zato predstavlja obveznost povračila škode na eni strani in pravico do povračila škode na drugi strani, gre za obligacijsko razmerje med dvema subjektoma (Strohsack, 1998).

Splošna pravila, ki se nanašajo na povzročitev škode in njeno povračilo ureja Obligacijski zakonik. Tako iz 10. člena izhaja splošna prepoved povzročanja škode (neminem laedere), iz katere izhaja: **»Vsak je dolžan vzdržati se ravnanja, s katerim bi utegnil drugemu povzročiti škodo.«**

¹ *Maša Novak, univ. dipl. iur, odvetnica, Odvetniška družba Čeferin o. p., Taborska cesta 13, Grosuplje
masa.novak@ceferin.si*

2 KRIVDNA IN OBJEKTIVNA ODŠKODNINSKA ODGOVORNOST

Obe vrsti odškodninske odgovornosti se med seboj razlikujeta po krivdi kot predpostavki in elementu, ki mora biti podan, da lahko govorimo o nastanku odškodninske odgovornosti.

Krivdna odškodninska odgovornost je tista vrsta odškodninske odgovornosti, pri kateri je krivda predpostavka te odgovornosti in hkrati tudi nujen pogoj, ki se mora v postopku dokazovati (Plavšak, 2003).

Krivda je podana, kadar povzročitelj škode povzroči škodo:

- **namenoma**, namen - naklep je najtežja stopnja krivde, storilec se mora zavedati prepovedane posledice, ki bo z njegovim ravnanjem nastala, pa jo bodisi dopusti - eventualni naklep, bodisi jo želi, hoče – direktni naklep ali
- **iz malomarnosti**, kadar se povzročitelj zaveda, da lahko iz njegovega ravnanja nastane prepovedana posledica, pa je lahkomišlno mislil, da jo bo preprečil ali da ne bo nastala - ločimo veliko malomarnost, ki po svoji vsebini pomeni hudo, skrajno nepazljivost, po stopnji se približuje eventualnemu naklepu in navadno, to je običajno malomarnost, ki je podana, če se povzročitelj - storilec zaveda ali bi se moral zavedati, da lahko iz njegovega ravnanja nastane škodljiva posledica, vendar je lahkomišlno mislil, da ne bo nastopila ali da jo bo lahko preprečil (Strohsack, 1998).

Stopnja krivde, gledano splošno, pri povzročitvi škode praviloma nima vpliva na temelj odškodninske odgovornosti. V vsakem primeru posebej se ugotavlja ali, upoštevajoč posamezne predpostavke civilnega delikta, ki bodo pojasnjene v nadaljevanju, obstojijo. Stopnja krivde pa je izjemno pomembna pri zahtevkih tretjih oseb za povračilo škode neposredno od delavca. **Oškodovanec lahko zahteva povrnitev škode neposredno od delavca le, če je le ta škodo povzročil namenoma.** Tudi tisti, ki je povrnil škodo oškodovancu, ima pravico do povrnitve škode od delavca, če jo je le ta povzročil namenoma ali iz hude malomarnosti. Uveljavljanje te pravice je omejeno z relativno kratkim 6 mesečnim zastaralnim rokom, šteto od dneva izplačila odškodnine.

Naš pravni sistem je uvedel t.i. **krivdno odgovornost z obrnjenim dokaznim bremenom**, kar izhaja iz 1. odstavka 131. člena Obligacijskega zakonika, ki določa: »Kdor drugemu povzroči škodo, jo je dolžan povrniti, če ne dokaže, da je škoda nastala brez njegove krivde«. Slednje pomeni, da je na domnevem povzročitelju škode dokazno breme, da je škoda nastala brez njegove krivde.

Krivdna odgovornost je v našem pravnem sistemu pravilo, medtem ko je objektivna odškodninska odgovornost izjema. Tako bo **oškodovanec dokazoval** naslednje elemente civilnega delikta, in sicer **protipravnost** (nedopustnost), **škodo** in **vzročno zvezo, povzročitelj** - odgovorna oseba pa bo dokazovala, da **za škodo ni kriva**, oziroma:

- da ni ravnala niti naklepno niti iz malomarnosti,
- da je ravnala skladno z dolžno skrbnostjo, ki se od nje pričakuje,
- da ni bila zmožna razsojanja, da je bila v stanju prehodne nerazsodnost ter,
- da v takšno stanje ni prišla po svoji krivdi (Plavšak, 2003).

Objektivna odškodninska (tudi kavzalna) odgovornost je tista vrsta odškodninske odgovornosti, pri kateri krivda ni predpostavka te odgovornosti, odgovarja pa se ne glede na krivdo. Odgovorna oseba postane zavezanec za plačilo odškodnine, kakor hitro nastane vzrok škode (Cigoj, 1998).

Pri objektivni odgovornosti velja »**domneva vzročnosti**«, povzročitelj odgovarja ne glede na krivdo, zaradi posebnih okoliščin, ki glede na reden tek stvari pomenijo večjo škodno nevarnost. Gre za primere, ko:

- je povzročitelj imetnik nevarne stvari,
- se imetnik ukvarja z nevarno dejavnostjo.

V takšnih primerih se elementa krivde ne dokazuje, pač pa povzročitelj dokazuje (da se razbremeni odgovornosti), da obstojijo izključitveni razlogi, kot je višja sila, ravnanje tretjega, ali pa npr. ravnanje samega oškodovanca.

Sam pojem objektivne odškodninske odgovornosti se v sodni praksi razlaga izjemno restriktivno in je po svoji vsebini povezan z opravljanjem nevarnih dejavnosti ali posedovanjem nevarne stvari.

Zdravstvena dejavnost je splošno koristna dejavnost in ni nevarna dejavnost.

Primer: zobozdravniku se je med zobozdravstvenim posegom odlomil vrtni sveder (ne gre za objektivno, pač pa za krivdno odgovornost), med zobozdravstvenim posegom pride do poškodovanja jezika s svedrom.

Pri objektivni odgovornosti odgovarja imetnik nevarne stvari oziroma tisti, ki se z nevarno dejavnostjo ukvarja.

Primer objektivne odgovornosti: dela pod zemljo v rudniku, dela na višini, delo s kemikalijami in nevarnimi snovmi.

Splošno pravilo, razen v izjemnih primerih, je krivdno, to je subjektivna odgovornost.

3 POSLOVNA IN NEPOSLOVNA ODŠKODNINSKA ODGOVORNOST

Poslovna odškodninska odgovornost predstavlja odgovornost zaradi kršitve pogodbene (poslovne obveznosti), ki sta jo pogodbeni stranki dogovorili s pogodbo - pravnim poslom. Stranki sta zato v pogodbenem razmerju še preden pride do odškodninske odgovornosti. Sankcija za kršitev pogodbeno dogovorjenih obveznosti zato privede do nastanka pogodbene - poslovne odškodninske odgovornosti.

Primer: kršitev pogodbeno dogovorjenih obveznosti.

Neposlovna odškodninska odgovornost je odgovornost, pri kateri stranki pred izpolnitvijo - nastopom nista v medsebojnem obligacijskem (pogodbenem) razmerju.

Nedopustnost ravnanja, protipravnost, se zato kaže v kršitvi ali opustitvi druge neposlovne obveznosti.

Primer: imaterialna škoda na zdravju oškodovanca, ki jo le ta zadobi v prometni nesreči.

4 PREDPOSTAVKE ODŠKODNINSKE ODGOVORNOSTI (ELEMENTI CIVILNEGA DELIKTA)

Za ugotovitev obstoja odškodninske odgovornosti na strani povzročitelja je potrebno ugotoviti, da obstojijo elementi civilnega delikta, vsi kumulativno.

Splošne predpostavke krivdne civilne odškodninske odgovornosti so naslednje:

- protipravnost ravnanja,
- škoda,
- vzročna zveza,
- krivda.

4.1 *Protipravnost ravnanja*

Protipravnost oz. nedopustnost ravnanja po svoji vsebini pomeni škodljivo dejstvo, ki lahko sestoji tako iz aktivnih kot tudi pasivnih ravnanj, to je opustitev. Merilo protipravnosti ravnanja kot predpostavke neposlovne odškodninske odgovornosti je nedopustna posledica, to je škoda, ki nastane zaradi določenega ravnanja. V teoriji se to imenuje škodljivo dejstvo, v določenih primerih pa ravnanja, ki sicer povzročijo škodljive posledice, nimajo pa narave protipravnega ravnanja zaradi posebnega pravila, ki izključuje protipravnost določenega ravnanja. Med takšna ravnanja spada silobran, ravnanje, storjeno v stiski, ravnanje, storjeno pri odvrčanju škode od drugega (138. člen Obligacijskega zakonika) ter opravljanje splošno koristne dejavnosti, če le ta škoda ne presega običajnih meja (3. odstavek 133. člena Obligacijskega zakonika).

Pri presoji, ali je določeno ravnanje nedopustno, je bistveno vrednotenje načela in obveznosti skrbnosti ravnanja udeležencev v obligacijskem razmerju.

Za izpolnjevanje obveznosti iz poklicne dejavnosti velja skrbnost dobrega strokovnjaka, ki se presoja po pravilih stroke, ki veljajo na tem področju (Plavšak, 2003).

Bistveno za presajo tega elementa civilnega delikta je zato **presoja profesionalne skrbnosti (standard profesionalne skrbnosti)**, kar pomeni dolžnost predvideti negativne posledice določenega ravnanja v zvezi s

poklicnim udeleževanjem profesionalne osebe (kar zdravstveni delavci vsekakor so in jih ta skrbnost zavezuje).

Standard profesionalne skrbnosti zavezuje udeležencem pri izvrševanju dejavnosti iz poklicne sfere z največjo možno stopnjo skrbnosti, ki mora biti skladna s pravili stroke. Pogosto ima ravnanje povzročitelja, odgovorne osebe, hkrati tudi značilnost ravnanja v nasprotju z varnostnimi predpisi in pravili stroke ter doktrine.

Poleg splošnih pravil stopnjo skrbnosti navajata tudi 1. in 45. člen **Zakona o zdravstveni dejavnosti**. »Zdravstvena dejavnost obsega ukrepe in aktivnosti, ki jih po medicinski doktrini in ob uporabi medicinske tehnologije opravljajo zdravstveni delavci oziroma delavke in zdravstveni sodelavci in sodelavke pri varovanju zdravja, preprečevanju, odkrivanju in zdravljenju bolnikov in poškodovancev«.

Nadalje 45. člen določa, da zdravstveni delavci in sodelavci opravljajo svojo dejavnost v skladu s sprejeto zdravstveno doktrino in s kodeksom medicinske deontologije oziroma drugimi strokovnimi in etičnimi kodeksi.

Tudi 11. člen **Zakona o pacientovih pravicah** določa pravico pacienta do kakovostne in varne zdravstvene oskrbe, skladne z medicinsko doktrino.

»Kakovostna zdravstvena oskrba je tista, ki dosledno dosega izide zdravljenja, ki so primerljivi s standardi ali najboljšimi praksami, ob upoštevanju temeljnih načel kakovosti, kot so uspešnost, varnost, pravočasnost, kontinuiteta, učinkovitost, enakopravnost, osredotočenje na pacienta. Varna zdravstvena oskrba je tista, ki preprečuje škodo za pacienta v zvezi s samim zdravljenjem in v zvezi z okoliščinami fizične varnosti bivanja ali zadrževanja pri izvajalcu zdravstvenih storitev.«

V konkretnem primeru se torej presoja, ali je oskrba oškodovanca skladna z zgoraj navedenim. V kolikor je škoda v neposredni vzročni zvezi bodisi z opustitvenim ravnanjem ali aktivnim ravnanjem v nasprotju z zgoraj navedenim dolžnim ravnanjem in neskladna s pravili stroke, je podana protipravnost, nedopustnost ravnanja.

Primer: mokra tla v bolnišnici, zatekanje razkužila pod nenapihnjeno Esmarhovo manšeto, v posledici česar pride do kemične opekline.

Protipravnost oziroma nedopustnost ravnanja zdravnika sestoji iz :

- nestrokovnega ravnanja (kadar zdravnik prekrši pravila stroke, zdravljenja) in ravna neskrbno ali
- kadar gre za strokovno pravilno zdravljenje brez privolitve - soglasja bolnika.

Tudi sodna praksa je zavzela stališče, da je tudi, kadar je zdravnikovo ravnanje popolnoma strokovno neoporečno, pa zanj ni bilo bolnikovega soglasja, podana protipravnost ravnanja.

4.2 Škoda

Škoda pomeni negativno posledico, ki nastane v sferi druge, to je oškodovane osebe. Bistvena ni vsaka škoda, pač pa le pravno priznana škoda, to je škoda, katere povrnitev, v primeru, da so izpolnjene ostale predpostavke odškodninske odgovornosti, predvideva zakon.

Zakon ločuje **materialno (premoženjsko)** ter **nematerialno (nepremoženjsko, tudi negmotno)** škodo.

4.2.1 Vrste škod

Materialna oziroma gmotna škoda je lahko:

- navadna škoda , ki predstavlja zmanjšanje premoženja,
- izgubljeni dobiček, ki predstavlja preprečitev povečanja premoženja,

Nematerialna (nepremoženjska, tudi negmotna) škoda:

- povzročitev telesnih bolečin,
- povzročitev duševnih bolečin zaradi strahu,
- skaženost,
- razžalitev dobrega imena in časti,
- okrnitev svobode,
- duševne bolečine zaradi posega v osebnostne pravice,
- duševne bolečine zaradi smrti bližnjega.

Pri tem je potrebno upoštevati, da se lahko zahteva povračilo oziroma plačilo pravične denarne odškodnine samo za pravno priznana tako nepremoženjsko kot tudi premoženjsko škodo. Pravno priznana škoda pa je tista škoda, za katero zakon kot sankcijo določa odškodninsko odgovornost, to je dolžnost odgovorne osebe povrniti škodo.

4.2.2 Povrnitev škode

Povrnitev premoženjske škode se nalaga v denarju, in sicer v primeru smrti, poškodbe in okvare zdravja. Zakon določa naslednje primere, ko imajo oškodovanci pravico zahtevati povračilo škode:

- pravica do povrnitve stroškov za pogreb umrlega,
- pravica do povrnitve izgubljenega zaslužka zaradi nezmožnosti za delo,
- pravica do povrnitve stroškov zdravljenja zaradi povzročenih poškodb in druge potrebne stroške v zvezi z zdravljenjem ter zaslužek,
- pravica osebe, ki jo je umrli preživljal (za osebe, med katerimi velja zakonita dolžnost preživljanja – s plačevanjem denarne rente za preživljanje),
- pravica do povrnitve škode zaradi nezmožnosti za delo med in po zdravljenju, tudi pravica do denarne rente, če so zmožnosti za nadaljnji razvoj uničene ali zmanjšane.

Povrnitev nepremoženjske škode je mogoča na sledeče načine, in sicer:

- **objava sodbe ali popravka** (kadar gre za kršitev osebnostne pravice), sodišče odredi objavo sodbe oziroma popravka, lahko pa sodišče odredi, da mora oškodovanec preklicati izjavo, s katero je storil kršitev, ali storiti kaj drugega, s čimer je mogoče doseči namen, ki se doseže z odškodnino,
- **denarna odškodnina** (za pravno priznane oblike škode, po standardu pravične denarne odškodnine glede na pomen prizadete dobrine in namen te odškodnine, upoštevajoč stopnjo bolečin in strahu ter trajanje) za naslednje vrste pravno priznanih škod:
 - o povzročitev telesnih bolečin,
 - o povzročitev duševnih bolečin,
 - o povzročitev duševnih bolečin zaradi strahu,
 - o skaženost,
 - o razžalitev dobrega imena in časti,
 - o okrnitve svobode,
 - o posega v osebnostne pravice,
 - o duševne bolečine zaradi smrti bližnjega,
- **povračilo denarne odškodnine zaradi pretrpljenih duševnih bolečin** zaradi smrti ali težke invalidnosti ožjega družinskega člana (zakonec, otroci in starši), bratje in sestre le, če je med njimi in umrlim oziroma poškodovanim obstajala trajnejša življenjska skupnost,
- **plačilo denarne odškodnine pravni osebi za okrnitev ugleda ali dobrega imena** (neodvisno od povračila premoženjske škode).

4.3 Vzročna zveza

Za obstoj odškodninske odgovornosti mora obstajati vzročna zveza med protipravnim ravnanjem oziroma škodljivim dejstvom, ki izvira iz sfere odgovorne osebe in škodo, ki nastane v sferi oškodovanca. Vzročno zvezo med protipravnim - nedopustnim ravnanjem in škodo, ki nastane oškodovancu, mora dokazovati oškodovanec.

Gre za objektivno predvidljivo negativno posledico ravnanja povzročitelja. Ravnanje, katerega predvidljiva posledica je nastanek škodnega dogodka, ima hkrati tudi značilnost neskrbnega ravnanja (Plavšak, 2003).

Dokazuje se:

- da škoda izvira iz škodnega ravnanja odgovorne osebe,
- da je nastala pravno priznana škoda,
- da je vzročna zveza nepretrgana (kadar imamo več zaporednih dogodkov, je potrebno ugotavljati, katero in čigavo nedopustno, protipravno ravnanje je privedlo do konkretne škodljive posledice oziroma škode).

Vzrok škode je lahko:

- aktivno ravnanje (ni skladno s pravili stroke, doktrine, znanosti),
- opustitev (ni bilo storjeno dolžno ravnanje, pa bi moralo biti storjeno).

4.4 Krivda

V našem pravnem sistemu je uveljavljeno načelo krivdne odgovornosti z obrnjenim dokaznim bremenom. Slednje pomeni, da je na strani povzročitelja dokazno breme o tem, da je škoda nastala brez njegove krivde. Praviloma stopnja krivde (naklep/malomarnost) ne vpliva na samo višino odškodnine ter na temelj odškodninske odgovornosti, ima pa vpliv na pravico:

- **oškodovanca:** zahtevati povračilo škode (kadar je delavec namenoma povzročil škodo)
- **delodajalca:** zahtevati povračilo škode od delavca (kadar je delavec škodo povzročil namenoma ali iz hude malomarnosti).

5 ODGOVORNOST ZA DRUGEGA

Med odgovornostjo »za drugega« spada tudi odgovornost delodajalca za delavce. Slednje ureja 147. člen **Obligacijskega zakonika**, ki določa:

“Za škodo, ki jo povzroči delavec pri delu ali v zvezi z delom tretji osebi, odgovarja pravna ali fizična oseba, pri kateri je delavec delal takrat, ko je bila škoda povzročena, razen če dokaže, da je delavec v danih okoliščinah ravnal tako, kot je bilo treba.

Oškodovanec ima pravico zahtevati povrnitev škode tudi neposredno od delavca, če je ta škodo povzročil namenoma.

Kdor je oškodovancu povrnil škodo, ki jo je povzročil delavec namenoma ali iz hude malomarnosti, ima pravico zahtevati od delavca povrnitev plačanega zneska.

Ta pravica zastara v šestih mesecih od dneva, ko je bila odškodnina plačana. Določba prvega odstavka tega člena ne posega v pravila o odgovornosti za škodo, ki izvira od nevarne stvari ali nevarne dejavnosti.”

Gre za izjemo od splošnega pravila, da vsakdo odgovarja za svoje ravnanje, gre za t.i. odgovornost za drugega (zakon v to poglavje uvršča še npr. odgovornost staršev, odgovornost za osebe z motnjo v duševnem razvoju, odgovornost drugih za mladoletnika in odgovornost iz pravičnosti).

Odgovornost delodajalcev za delavce pa je podana, kadar so podani naslednji elementi:

- da gre za škodo, ki jo delavec povzroči pri delu ali v zvezi z delom (škoda mora biti v vzročni zvezi z opravljanjem dela),
- da gre za razmerje delavec - delodajalec (predmet presoje ni formalna ureditev delavca, pač pa se presoja to razmerje vsebinsko).

V kolikor so podani ti elementi, govorimo o domnevi odgovornosti delodajalca.

Delodajalec se lahko ekskulpira le na način, da dokaže, da je bilo ravnanje delavca glede na vse okoliščine primera ter upoštevajoč dolžno stopnjo skrbnosti takšno, da delavcu ni mogoče ničesar očitati (zakon navaja, da mora delodajalec dokazati, da je delavec delal »tako kot je bilo treba«).

Zahteva delodajalca za povrnitev škode neposredno od delavca je dopustna le v primeru, ko je delavec povzročil **škodo namenoma** (naklep) ali **iz hude malomarnosti**. Na tem mestu se zopet presoja dolžno ravnanje delavca, skladno s standardom skrbnosti pri izpolnjevanju poklicnih obveznosti.

Razmerja delavec delodajalec (pri čemer je navedeno razmerje potrebno presojati širše) ne gre razumeti samo v smislu strank pogodbe o zaposlitvi, to

razmerje je potrebno presoјati v razmerju nadrejenosti oziroma podrejenosti, delavec mora spoštovati navodila delodajalca, pri tem gre lahko za trajno oziroma začasno delo pri delodajalcu, odločilno ni plačilo za delo (Cigoj, 1998).

Škodni dogodek mora biti pri delu oziroma v zvezi z delom (delodajalec odgovarja samo za škodna dejanja delavca, ki so bila storjena pri delu ali v zvezi z delom, za ostala morebitna protipravna ravnanja delavca pa ne); pri presoji slednjega je potrebno ugotavljati, ali je bilo dejanje storjeno med delovnim časom, na delovnem mestu, z delovnimi sredstvi (Cigoj, 1998), v okviru organiziranega delovnega področja... Delodajalec odgovarja za škodo tretji osebi celo, če jo delavec povzroči namenoma, pa tudi iz objestnosti, če je škodo povzročil v zvezi z izpolnjevanjem svojih zadolžitvev. Bistveno je, da je škodljivo ravnanje bilo izvršeno med izvrševanjem nalog na delovnem mestu, v delovnem času. Sicer pa o tem odloča sodišče, upoštevajoč vse okoliščine primera.

Delodajalec se lahko oprosti odgovornosti, če dokaže, da je delavec v danih okoliščinah ravnal tako, kot je treba. Delodajalec odgovarja za ravnanje delavca, kot bi ga bil sam storil, po kriteriju odgovornosti delodajalca gre za krivdo, ki se domneva.

Delodajalčeva odgovornost je zato samostojna in ni odvisna od obstoja odškodninske odgovornosti delavca (nekateri odgovornost delodajalca za delavca in ne za delavčevo ravnanje štejejo za objektivno).

Oškodovanec ima pravico zahtevati povrnitev škode tudi neposredno od delavca (ne za delavčevo ravnanje), če je le ta škodo povzročil namenoma (naklepno).

Delodajalec pa (tudi tretja oseba) ima pravico do povrnitve škode, ki jo je plačal oškodovancu ob pogoju, da jo je delavec povzročil namenoma ali iz hude malomarnosti. Pomembno pri tem je, da ta pravica zastara v šestih mesecih od dneva, ko je bila odškodnina plačana.

6 ZASTARANJE PRAVICE - ZAHTEVATI POVRAČILO ŠKODE

Obligacijski zakonik v 335. členu določa: »Z zastaranjem preneha pravica zahtevati izpolnitev obveznosti.«

Z zastaranjem torej preneha sama pravica do sodnega varstva. Sodišče poteka zastaralnega roka ne preverja ali ugotavlja po uradni dolžnosti, vendar le na ugovor strank. Če stranka ne poda (pravočasno) ugovora zastaranja, potem lahko sodišče razsodi, da je tožena stranka dolžna plačati denarno odškodnino ne glede na potek zastaralnih rokov.

Zastaranje nastopi, ko poteče z zakonom določen čas, v katerem lahko oškodovanec-upnik zahteva izpolnitev obveznosti.

Pogoji za nastop zastaranja so:

- da je potekel z zakonom določen zastaralni rok,
- podaja ugovora zastaranja s strani dolžnika.

Zastaralne roke določa Obligacijski zakonik v členih od 346 do 357. **Za odškodninske terjatve zakon določa:**

- **3 letni subjektivni zastaralni rok** – odkar si zvedel za škodo in tistega, ki jo je povzročil,
- **5 letni objektivni zastaralni rok** - v vsakem primeru zastara po preteku tega roka, odkar je škoda nastala.

Izjema je odškodninska terjatev za škodo, povzročeno s kaznivim dejanjem, kjer veljajo daljši zastaralni roki.

Na zastaralne roke je treba biti še posebej pozoren. Na pravočasnost uveljavljanja zahtevkov je potrebno še posebej paziti, ne glede na to, ali gre za presojo s stališča oškodovanca ali povzročitelja škode.

Pri uveljavljanju imaterialne - nepremoženjske škode na zdravju je vprašanje zastaranja povezano z ugotavljanjem trenutka, ko je (bi) oškodovanec lahko prvič uveljavljal in zahteval plačilo odškodnine. Ugotavljanje slednjega je zato dejansko in strokovno vprašanje, ki se ga ugotavlja z izvedenci.

Literatura

1. *Obligacijski zakonik, Uradni list RS, št. 83-4287/01 z dne 25.10.2001.*
2. *Zakon o pacientovih pravicah, Uradni list RS, št. 15-455/2008 z dne 11.2.2008.*
3. *Zakon o zdravstveni dejavnosti, Uradni list RS, št. 9-460/1992 z dne 21.02.1992.*
4. *Plavšak N, Juhart M, Jadek Pensa D eds. Obligacijski zakonik s komentarjem, splošni del. Ljubljana: GV Založba, 2003.*
5. *Strohsack B. Obligacijska razmerja II , Odškodninsko pravo in druge neposlovne obveznosti, Uradni list Republike Slovenije, 1998.*
6. *Cigaj S. Teorija obligacij, splošni del obligacijskega prava, Uradni list Republike Slovenije, 1998.*
7. *Judikat Vrhovnega sodišča RS, sodba II Ips 758/2006.*
8. *Judikat Višjega sodišča v Celju VSC sklep Cp 1958/2003.*
9. *Judikat Višjega sodišča v Mariboru, sodba i Cp 1107/2004.*
10. *Judikat Višjega sodišča v Ljubljani, sodba II Cp 1355/2009.*

IZOGNIMO SE ZDRAVSTVENIM NAPAKAM V KIRURGIJI

Blaž Trotovšek¹

Izvilleček

Izhodišča: Življenje bolnika na operacijski mizi je v rokah kirurške ekipe. Kirurg je zavezan k ravnanju z dolžno stopnjo skrbnosti. Skrbnost se začne s postavitvijo pravilne diagnoze kirurškega obolenja, priporočitvijo optimalnega kirurškega posega ali odsvetovanjem le tega, strokovno utemeljeno in razumljivo pojasnitvijo tveganj in prednosti posega ter s skrbjo za zmanjšanje tveganj invazivnih posegov. Med invazivnim posegom skrbnost zahteva izvedbo primerne posega na pravi način, izogibanje nenamernim dodatnim poškodbam organov in prepoznavo ter popravilo tovrstnih poškodb. Kirurške napake se pogosteje pojavljajo, ko kirurg ne sledi standardnim postopkom in zaradi nepazljivosti sodelujočih pri posegu. Določena stopnja tveganja je prisotna pri vsakem kirurškem posegu. Vsako leto so številni bolniki izpostavljeni tveganju prepričljivih kirurških napak, ene od pogostejših oblik malomarnega opravljanja poklicne dolžnosti. Zdravniške napake so v ZDA eden vodilnih vzrokov za nastanek poškodb in smrti. Kirurške napake se lahko pojavijo pri vsakem posegu, vendar so pogostejše pri porodih, abdominalni, laparoskopski in kirurgiji debelosti ter kirurgiji srca in pljuč. Nepotrebni kirurški posegi prav tako predstavljajo pomemben del kirurških napak.

Izhodi kirurških napak so različni, a pogosto trajno vplivajo na bolnikovo zdravstveno stanje in sposobnosti. Bolnik in družine morajo pogosto spremeniti način življenja, tudi zaradi finančnih posledic spremenjenega zdravstvenega stanja bolnika. Posamezni bolniki se sčasoma vrnejo v normalno življenje, drugi pa so izpostavljeni kroničnim bolečinam, zmanjšanju funkcionalnih sposobnosti in celo krajšem pričakovanemu preživetju. Kadar pa bolnik umre, je družina izpostavljena bolečini ob izgubi ljubljene osebe in pogosto tudi izgubi finančnih sredstev, pomembnih za preživljanje.

¹ doc.dr. Blaž Trotovšek, dr. med., Klinični oddelek za abdominalno kirurgijo, UKC Ljubljana, Zalaška 7, 1000 Ljubljana
blaz.trotovsek@kclj.si

Zaključki: Dvig ravni bolnikove varnosti, boljše prepoznavanje in spremljanje zdravstvenih napak ter odpravljanje sistemskih vzrokov za njihov nastanek bo izboljšalo oskrbo bolnikov. Preprečevanje zdravstvenih napak, izobraževanje in varnostne izboljšave v sistemu zdravstvenega varstva so pot za izboljšanje oskrbe bolnikov. Vse pogostejše tožbe proti posameznikom so stranpoti glede na ugotovitve v drugih državah. Kirurgi moramo skrbeti za izvajanje znanih in odkrivanje novih dejavnikov in mer, ki zagotavljajo našim bolnikom najboljšo možno oskrbo z največjo stopnjo skrbnosti – skrbnostjo dobrega strokovnjaka.

Ključne besede: Zdravstvena napaka, neželeni dogodki, bolnikove pravice, pojasnilna dolžnost, odškodninska odgovornost.

1 UVOD

Po podatkih Evropske komisije se v vsakem desetem zdravniškem postopku v Evropski uniji pojavijo napake, ki imajo škodljive posledice za bolnike, in zaradi zdravstvenih napak je tako na letni ravni v sedemindvajseterici prizadetih okoli 15 milijonov bolnikov. Zaradi napak pri zdravljenju naj bi umrl vsak tisoči bolnik v bolnišnični oskrbi. V svojem poročilu leta 2000 je Institute of Medicine (IOM) na podlagi triletno raziskave ocenil, da v ZDA vsako leto zaradi zdravniških napak umre med 44.000 in 98.000 bolnikov. Pri natančnem pregledu 30.000 zdravljenj v bolnišnicah so pri 3,7 % ugotovili podaljšano zdravljenje zaradi neželenih učinkov zdravljenja, ki bi jih vsaj v polovici primerov lahko preprečili (Clarke, 2005). V strokovni literaturi je odstotek zapletov še višji in predhodno oceno močno presega (11,1–16,6 %). Kar 7.000 smrti letno so zakrivila napačno odmerjena zdravila. Zdravljenje neželenih učinkov in posledic napak, ki bi jih bilo mogoče preprečiti, je predstavljalo približno 2 % celotnih stroškov zdravljenja (Hicks, 2008).

Terminologija v zvezi z napakami v zdravstvu ni urejena niti pri nas niti drugod. Uporabljajo se različni izrazi, ki vnašajo zmedo tako pri strokovnjakih kot tudi pri laični javnosti. Nedavno se je pojavila težnja, da bi se z uporabo izrazov "napaka" in "zmota" predstavniki stroke vnaprej opredeljevali o stopnji odgovornosti udeležencev določenega dogodka, ki se je končal s škodo za bolnika (Clarke, 2005). V resnici pa lahko o tej odgovornosti in o stopnji krivde odloči šele raziskava dogodka, ki jo izvede zdravstvena ustanova, v primeru suma na kaznivo dejanje pa sodišče. Izraza, ki se uporabljata imata v izjavah strokovnjakov enak pomen, v pravosodju pa imata vsak svojo pravno definicijo (Richards, Rathbun, 1999). Zato v izogib terminološki zmedbi priporočajo, da se v strokovnem

zdravstvenem izrazoslovju uporablja vselej izraz "napaka", izraz "zmota" pa naj se opusti. Ker so pri napaki lahko udeleženi različni zdravstveni delavci, je tudi primerneje uporabljati izraz "zdravstvena napaka" kot pa "zdravniška napaka". Prav tako je manj primeren izraz "strokovna napaka", saj do napake lahko pride tudi zaradi ravnanja drugih oseb. Zdravstvena napaka je nezaželen dogodek, ki se zgodi pri opravljanju zdravstvene dejavnosti (Richards, Rathbun 1999; Champion, Meglan, Shair, 2008). Pomeni odstopanje od pričakovanih norm zdravstvene stroke in od tega, kar se v stroki smatra kot običajno in pravilno. Gre za nezaželen dogodek, ki ne pripelje vedno do škodljivosti za bolnika ali bolnico, vendar ga je vselej potrebno raziskati zaradi ugotavljanja morebitne odgovornosti udeležencev dogodkov in pomanjkljivosti v delovnem procesu. Za namene izobraževanja je primernejši izraz neželen dogodek. Poročanje in razčlenjevanje nezaželenih dogodkov je izjemnega pomena v procesu izobraževanja. Uporaba izraza napaka bi zaradi negativnega predznaka povzročila izogibanje obravnavi tovrstnih dogodkov (Champion, Meglan, Shair, 2008).

Zelo pogosto botruje zdravstveni napaki prav neustrezen delovni proces. Analiza nam pokaže, kako moramo izboljšati delovni proces, da bomo napako v bodoče lahko preprečili.

Zaradi lažje primerjave podatkov je bila sprejeta naslednja razdelitev nezaželenih dogodkov, ki temelji na resnosti posledic za bolnika, pri katerem se je neželeni dogodek oz. zaplet med zdravljenjem zgodil:

1. Majhen:

- a. odstopanje od optimalnega postopka, ki ne vpliva na potek operacije, invazivnega posega, zdravljenja ali nege bolnika,
- b. Primer: poševna, namesto pravokotna postavitev sponke na cistični vod,

2. Večji:

- a. dogodek, ki kratkotrajno vpliva na potek operacije, invazivnega posega, zdravljenja ali nege bolnika, ki zahteva ukrepe za preprečitev posledic nastalega dogodka, toda končnega izhoda ne spremeni,
- b. Primer: raztrganje stene žolčnika in izpad žolčnih kamnov, ki jih je potrebno pred koncem posega odstraniti iz trebušne votline,

3. Velik:

- a. dogodek, ki pomembno spremeni potek in izhod operacije, invazivnega posega, zdravljenja ali nege bolnika,
- b. Primer: poškodba žolčevoda med laparoskopsko holecistektomijo.

Kirurški nezaželeni dogodki predstavljajo 66,6 % vseh dogodkov in so odgovorni za 12,5 % vseh smrti v bolnišnicah (Clarke,2005; Champion, Meglan, Shair, 2008).

Nesposobnost izpeljave postopka, kot je bilo načrtovano, ali uporaba nepravilnega načrta zdravljenja za doseg pričakovanega rezultata, sta dve od možnih definicij napak (Brennan, Sox, Burstin, 1996). Pojem zdravstvene napake v kirurgiji zajema naslednje vrste napak:

1. tehnične,
2. napake v zaznavanju,
3. presoji,
4. interpretaciji,
5. komunikaciji,
6. sistemske napake (Champion, Meglan, Shair, 2008; Brennan, Sox, Burstin, 1996; Bergman, Fledman, Barkun; 2006).

V kirurgiji ob vse hitrejšem razvoju novih metod zdravljenja, obsežnejših posegih v človeško telo ter rasti števila opravljenih posegov, spoznavamo številne koristi od ustrezne skrbi za zmanjšanje tveganja za nastanek zapletov in s tem v zvezi zmanjšanjem verjetnosti kasnejšega spora med bolniki in zdravstvenim osebjem.

Med ključne postopke varnega in bolniku prijaznega zdravljenja z manjšo verjetnostjo neželenih rezultatov ali bolnikovega pretiranega nezadovoljstva spadajo dosledno izvajanje:

1. pojasnilne dolžnosti,
2. dokumentiranje postopkov v procesu zdravljenja,
3. primerna komunikacija,
4. delovanje v okviru sodobnih strokovnih smernic.

Pravilno vrednotenje verjetnosti tveganja za nastanek zapletov med zdravljenjem in posegi ter posledičnimi kirurgovimi ukrepi je skupek dejavnosti, ki jih dandanes v zdravstvu pogosto opredelimo kot - nadzorovanje tveganja za neželen izid zdravljenja (Champion, Meglan, Shair, 2008; Phillips, 2004).

V splošnem se mora vsak zdravnik zavedati koristi dobrega nadzora nad tveganji, ki izhajajo iz njegovega dela, kajti le na ta način se lahko odloča za zahtevnejše invazivne oblike zdravljenja (Hicks, 2008). S tem se z večjo zanesljivostjo izogiba škodnemu postopku zaradi strokovne nedoslednosti ali

malomarnosti, ki ga nenehno ogroža. Zato se v zdravstvenih sistemih širom sveta zavzemajo za formalizacijo strokovnih smernic, ki jih sicer sprejemajo strokovna združenja. Kot taka sicer niso obvezna po zakonu v ožjem smislu, ampak zdravnika obvezujejo v skladu s splošno zakonodajo o izvajanju zdravstvene dejavnosti na temeljih sodobne medicine, nujnosti nenehnega izobraževanja in izbiranja najboljšega zdravljenja v okviru danih možnosti (Hicks, 2008; Champion, Meglan, Shair, 2008; Phillips, 2004).

V družbah, kjer imajo pravni spori proti zdravnikom daljše izročilo, zdravniška združenja že sprejemajo posebne standarde za diagnostične in terapevtske postopke glede na klinično indikacijo oziroma diagnozo in jih sprejemajo kot formalizirane koncepte zdravljenja, ki zdravnika obvezujejo k določenim postopkom, odvisno od klinične slike bolezni ali ugotovljene diagnoze (Hicks, 2008).

Delovanje znotraj takšnih konceptov zdravniku zagotavlja posodobljene strokovne in etične osnove na eni in moralno ter pravno zaščito na drugi strani (Champion, Meglan, Shair, 2008). Tako zamišljeni koncepti zdravljenja vsebujejo tudi nadzor nad tveganjem za nastanek zapletov, oziroma preprečujejo neželen izid zdravljenj.

2 DOKUMENTACIJA

Zdravstvena dokumentacija je danes eno od najučinkovitejših sredstev vrednotenja in obvladovanja tveganja za nastanek zapletov pri izvajanju zdravljenja oziroma storitev, še posebej na področju izvajanja invazivnih posegov (Hicks, 2008). Zagotovo pa stopnja kakovosti in popolnosti dokumentacije pomembno vpliva na rezultat razsodbe o ustreznosti zdravljenja (Bergman, Fledman, Barkun; 2006). Dokumentiranje je med zdravniki nepriljubljeno in se pogosto nepravilno razume. Premalo se zavedamo pomena skrbno vodene dokumentacije zaradi obvladovanja posledic obstoječega tveganja, ki je prisotno med zdravljenjem, ampak tudi zaradi boljše stroškovne preglednosti in nenazadnje kakovostne baze podatkov, uporabne za strokovne analize ter raziskovalno dejavnost (Phillips, 2004).

Ob tem ne smemo pozabiti, da takšen dokument kot edini objektivni vir opravljenih zdravstvenih storitev in dejanj, služi strokovnemu izvedencu ali pravnemu zastopniku kot zapisnik morebitnega spornega postopka (Bergman, Fledman, Barkun; 2006). Vsakdo v zdravstvu se mora zavzemati, da so izvidi in

drugi zdravstveni dokumenti čitljivi, logični, razumljivi in skrbno sestavljeni, tako da jih lahko tisti, ki so jim namenjeni, koristno uporabijo.

Posebno pozornost v dokumentaciji posegov zasluži navedba zapletov, ki so v določenem odstotku statistično neizogibni in jih ni mogoče vnaprej predvideti pri načrtovanju posega. V primeru zapleta je potrebno jasno navesti, kaj, zakaj in kako se je zgodil, kako se je odzval bolnik in še posebej, kateri ukrepi so bili opravljeni za preprečitev posledic ali poglobljanja zapleta. Če posega ne prekinjamo, je potrebno jasno navesti razloge in razmerje med koristnostjo nadaljevanja posega v primerjavi s škodljivostjo samega zapleta (Phillips, 2004).

3 POJASNILNA DOLŽNOST

Zdravnikova pojasnilna dolžnost je etična in zakonska obveza (Flis, 2004). Izvajanje pojasnilne dolžnosti v Sloveniji opredeljujejo Kodeks medicinske deontologije RS, Zakon o zdravstveni dejavnosti Republike Slovenije (RS) (47. in 48. člen) (ZZDej, 1992) ter 47. člen Zakona o zdravniški službi RS (ZZdRS, 1999). Izvajanje in obseg pojasnilne dolžnosti natančneje določa Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP), ki je stopil v veljavo 28.06.2008. Pojasnilna dolžnost je natančno določena v 6. poglavju o pravicah do obveščeniosti in sodelovanju bolnika. V 20. členu zakon taksativno navaja pravice bolnika do obveščeniosti zaradi uresničevanja pravice do samostojnega odločanja o zdravljenju (ZPacP, 2008).

Bolnik mora biti obveščen o:

1. zdravstvenem stanju, razvoju ter posledicah bolezni in poškodbe,
2. cilju, vrsti in načinu izvedbe posega ter pričakovanih koristih in izidu,
3. tveganjih, negativnih posledicah in neprijetnostih posega, ter tudi o posledicah opustitve le tega,
4. drugih možnostih zdravljenja, tudi izven meja RS.

Pojasnila mora za zdravljenje odgovoren zdravnik pojasniti bolniku v osebem stiku in na bolniku razumljiv način v celoti in pravočasno. Pri posegih z večjim tveganjem mora pojasnila dati zdravnik, ki bo opravil poseg ali drug zdravnik, ki je usposobljen za tovrsten poseg (ZPacP, 2008).

Obveščanje mora biti natančno in sprotno. Ob zaključku zdravljenja moramo bolniku pojasniti rezultate zdravljenja in morebitne zaplete, ki so pri tem nastali.

Podatke o zdravstvenem stanju lahko bolniku zamolčimo le izjemoma ob presoji, da bo pojasnilo bolniku povzročilo resno zdravstveno škodo. Ob neokrnjeni sposobnosti bolnika do odločanja, se ob njegovi izrecni zahtevi po popolni obveščeni bolniku posreduje vse podatke. Če podatke bolniku zamolčimo, moramo to ločeno dokumentirati v zdravstveni dokumentaciji (ZPacP, 2008).

Ključni pomen pojasnilne dolžnosti je v popolni seznanitvi z boleznijo in pomenom zdravljenja ob tem, da so predstavljene vse alternativne možnosti in zapleti. Šele po izvedbi pojasnilne dolžnosti je od bolnika utemeljeno pričakovati tudi njegovo privolitev ali odklonitev zdravljenja. Privolitev bolnika v postopek zdravljenja zagotavlja bolniku aktivno vlogo pri njegovem zdravljenju in je temeljna zahteva pogodbenega razmerja med zdravnikom in bolnikom (ZZDej, 1992; ZPacP, 2008).

Prednost strokovne zdravnikove odločitve pred obvezujočim posvetovanjem je nujnost medicinskega posega. Brez dvoma je opustitev pojasnila zanemarjanje strokovnosti v splošnem smislu. Posledica je kazenska in ne le odškodninska odgovornost zdravnika (ZZdrS, 1999). Za preprečitev odškodninske odgovornosti iz naslova pojasnilne dolžnosti je zelo pomembno, v kakšnem obsegu in na kakšen način bolnik dobi informacije o posegu. Za bolnikovo izjavo o pristanku na poseg in zdravljenje ZPacP v 27. členu določa vsebino privolitvenega obrazca in pogoje izpolnjevanja.

Bolnikov podpis ne odrešuje zdravnika morebitne odškodninske odgovornosti (ZPacP, 2008; 12). Teoretično se s pravilno izvedeno pojasnilno dolžnostjo velik del odgovornosti za zdravljenje prenese na bolnika.

Če bo pojasnilna dolžnost izvršena na primeren način, bo bolnik lažje razumel svoj delež odgovornosti, ki izhaja iz zdravnikove nemoči, da v celoti prepreči zaplete zdravljenja in s tem morebitno škodo v postopku zdravljenja. Izvajanje pojasnilne dolžnosti in privolitve bolnika z izpolnitvijo obrazca o njeni izvršitvi lahko bistveno pripomoreta k izboljšanju odnosa med zdravnikom in bolnikom in s tem zmanjšata verjetnost kasnejšega spora v primeru nastanka zapletov med posegom.

4 KOMUNIKACIJA

Pomanjkljiva ali neprimerna komunikacija med zdravnikom in bolnikom je pogost razlog za bolnikovo nezadovoljstvo in posledično formalno pritoževanje na različnih ravneh (Phillips, 2004). Tovrstne moteče dogodke lahko bistveno zmanjšamo z izboljšanjem medsebojnega sporazumevanja. Ugotovili so, da zdravniki z majhnim številom pritožb bolniku večinoma posredujejo večje število podatkov o bolezni, možnostih zdravljenja in nevarnostih, ki izhajajo iz njega. Pri teh zdravnikih je pogovor sproščen, prežet s humorjem, spodbuja bolnikov pogum in ni časovno omejen. Na drugi strani pa izogibanje pogovoru o možnih zapletih posega spada med največje dejavnike tveganja za kasnejše pritožbe bolnika. Temu sledita še neprepoznavanje ali neobvladovanje morebitnega zapleta in neustrezna končna ugotovitev izhoda zdravljenja. Pomemben del komunikacije je izpeljava pojasnilne dolžnosti in ob koncu predstavitev obrazca, na katerem bolnik s podpisom potrdi, da je pojasnilna dolžnost izvršena in s tem pristane na predviden poseg (ZPacP, 2008). Dobro seznanjen bolnik, ki je poučen o vseh vidikih svojega zdravljenja ter pozna tudi vse možne neuspešne izide in nevarnosti, se težje odloči za odškodninski zahtevek ali celo kazensko ovadbo proti zdravniku.

5 ODGOVORNOST ZDRAVNIKA

Z vidika zdravnika, ki stori protipravno dejanje, ločimo subjektivno (krivdno) in objektivno odgovornost.

Posameznikova subjektivna odgovornost temelji na njegovi krivdi in zato lahko za kaznivo dejanje praviloma odgovarja le oseba, ki je to dejanje storila naklepno ali iz malomarnosti.

Objektivna odgovornost je odgovornost neke osebe (fizične ali pravne) za nastalo protipravno posledico (npr. premoženjska ali nepremoženjska škoda) ne glede na subjektivno krivdo (OZ, 2001).

5.1 Kazenskopravna odgovornost

Kazensko pravo je skrajno sredstvo, ki ga družba in njen pravni stroj uporabita za to, da zavarujeta družbene vrednote. Ko gre za odgovornost zdravnikov in drugih zdravstvenih delavcev, je treba imeti pred očmi

razlikovanje med ravnanji, ki so povzročila škodo, in ravnanji, na katera je mogoče poleg povzročene škode nasloviti tudi očitek moralno-etične ali družbene nevarnosti. Oba primera načeloma opravičujeta kazenskopravni ukrep. Načelo subjektivne ali krivdne odgovornosti pri ugotavljanju kaznivega dejanja pomeni, da povzročitev prepovedane in škodljive posledice sama po sebi še ne zadostuje za uporabo kazni zoper storilca. Kazen se sme uporabiti, če je dokazano, da je obtoženec res storilec kaznivega dejanja in da je obtoženec kazensko odgovoren (ZZDej, 1992).

Kazenska odgovornost storilca se ugotovi v primeru, ko je nedvoumno, da se je storilec v trenutku storitve kaznivega dejanja zavedal, da dela nekaj, česar ne bi smel, nekaj, kar je v nasprotju z njegovimi človeškimi, moralnimi, družbenimi ali pravnimi obveznostmi, oziroma bi se bil tega vsaj moral in mogel zavedati. Za kaznivo dejanje, storjeno iz malomarnosti, je storilec odgovoren samo, če zakon tako določa. Tudi zmotno prepričanje je lahko razlog morebitne izključitve kazenske odgovornosti.

Pogoji za obstoj kaznivega dejanja so:

- voljnost ravnanja,
- storitev ali opustitev,
- posledica,
- vzročna zveza,
- določljiv kraj in čas storitve.

Kazniva dejanja na področju zdravstvene dejavnosti po Kazenskem zakoniku RS so: kaznivo dejanje malomarnega zdravljenja, povzročitev smrti iz malomarnosti, opustitev zdravstvene pomoči, nedovoljena presaditev delov človeškega telesa, izdaja lažnega zdravniškega spričevala, nedovoljena prekinitev nosečnosti, izdaja poklicne skrivnosti in druga (ZZdrS, 1999).

Danes se težišče odgovornosti zdravnikov v naši družbi premika s kazenskega na civilnopravno - odškodninsko področje.

5.2 Odškodninska odgovornost

Odškodninska odgovornost zdravnika izhaja iz pogodbenega (obligacijskega) razmerja med bolnikom in zdravnikom. Pri kazenski odgovornosti v kazenskem postopku sodišče odloča, če je bilo storjeno kaznivo dejanje opredeljeno v kazenskem zakoniku in tudi izreče kazensko sankcijo. V civilnopravnem postopku odloča sodišče o odškodnini, ki naj bi jo povzročitelj

poškodbe povrnili tistemu, ki mu jo je povzročil (OZ, 2001). Pogoj za obstoj civilnega delikta in z njim povezane odškodninske obveznosti je izpolnitev elementov, ki jih ugotavlja sodišče v civilnem, pravnem postopku, ki se začne na zahtevo upravičenca, tj. oškodovanca. Deliktna odškodninska odgovornost nastane, kadar med bolnikom in zdravnikom ni pogodbenega razmerja (zdravnik opravi poseg brez soglasja bolnika), pogodbeni odškodninski odgovornost pa takrat, ko pride do zdravstvene napake pri posegu v katerega je bolnik sicer privolil, a privolitev ni bila osveščena, ker je bila kršena pojasnilna dolžnost.

Odškodninska obveznost je obveznost stranke, da poravnava škodo, za katero je odgovorna. Zanj morajo biti dane določene predpostavke. V obligacijskem pravu sta opredeljeni dve temeljni načeli, ki sta pomembni za odgovornost v zdravstvu.

To sta načelo prepovedi povzročanja škode in načelo skrbnosti. Omenjeni standardi se uporabljajo tudi pri presoji krivdnega ravnanja povzročitelja škode oz. se z njim ugotavlja krivdna oblika malomarnosti (OZ, 2001).

Zdravstveni delavci, ki so zaposleni v zdravstvenih ustanovah ali pri zasebnih zdravnikih, praviloma neposredno ne odgovarjajo za nastalo škodo. Za njihova ravnanja odgovarja njihov delodajalec. Odgovornost delodajalca je podana tako zaradi varstva oškodovanca kot tudi zaradi varstva delavca (ZZDej, 1992). Delavec je lahko neposredno odgovoren za nastalo škodo le v primerih, če jo je povzročil namenoma ali iz hude malomarnosti.

Predpostavke, ki morajo biti izpolnjene za obstoj odškodninske obveznosti so:

1. nedopustno ravnanje zdravnika,
2. pravno priznana škoda,
3. vzročna zveza med nastalo škodo in ravnanjem,
4. krivdna odgovornost.

Zdravnik krši svojo pogodbeno obveznost, če zdravi v nasprotju s strokovnimi merili in smernicami in pri tem ravna neskrbno ali če opravi zdravniški poseg brez soglasja bolnika, ali določenega skrbnika. Predpostavke morajo biti izpolnjene hkrati. Če je izpolnjena le ena predpostavka, ni temeljev za odškodninsko obveznost (ZZDej, 1992).

5.2.1 Nedopustno ravnanje zdravnika

Zdravnikovo ravnanje ali poseg je nedopusten kadar je:

1. poslabšanje zdravja bolnika posledica nestrokovnega ravnanja. Za nestrokovno lahko zdravnikovo ravnanje opredelimo kadar:
 - a. prekrši znana pravila zdravljenja in
 - b. ravna neskrbno,
2. ravnanje strokovno neoporečno a ni pridobljeno soglasje bolnika.

Odškodninske odgovornosti zdravnika ni, čeprav ni ravnal po znanih pravilih zdravljenja, a dokaže da je zavestno odstopil od načel in ravnanje utemelji s strokovnimi razlogi (ZPacP, 2008). Zdravnik mora stalno slediti razvoju stroke in ob presoji kršitve je potrebno upoštevati pravila stroke ob nastanku neželenega dogodka in kot merilo ravnanje povprečnega strokovnjaka, kakršno se zahteva od običajno izurjenega zdravnika določene specialnosti.

Dolžno skrbnost strokovnjaka se zahteva, kadar neposredno grozi nevarnost ali kadar je škoda, ki utegne nastati, zelo velika, pri čemer je izguba življenja opredeljena kot še posebej velika škoda. Ravnanje zdravnika se presoja ob upoštevanju vseh okoliščin takrat, ko se je zdravnik odločal. Upošteva se izredne razmere, preobremenjenost z delom in podobno. Sodišče s pomočjo izvedenca, ki razjasni odločilna dejstva, napravi ustrezen pravni zaključek (ZZDej, 1992; ZPacP, 2008).

Pri obrambi se zdravnik ali zdravstvena ustanova pogosto sklicuje na nesrečo ali zaplet (komplikacijo). Zaplet se od nesreče razlikuje po tem, da je pričakovan in ni naključen. Nesreča je nepričakovana in naključna. Veliko zapletov je znanih in so tudi vsaj delno predvidljivi. Ob zapletu ali nesreči niso izpolnjene predpostavke odškodninske odgovornosti, vendar mora zdravnik opozoriti bolnika nanje (<1 %), sicer prekrši pojasnilno dolžnost, kar lahko vodi v zdravnikovo odškodninsko odgovornost (Hicks, 2008; Brennan, Sox, Burstin, 1996).

Zdravstveni posegi so dovoljeni le z vnaprejšnjo privolitvijo bolnika, ki je seznanjen s posegom in morebitnimi posledicami. Bolnik lahko tudi odkloni predlagane posege. Bolnikovo soglasje ni nujno takrat, kadar je poseg nujen za ohranitev bolnikovega življenja, ali je bolnik v takem stanju, ko ne more odločati sam. Vendar iz ZPacP sledi, da če zdravnik rešuje bolnikovo življenje, a ta v to ni privolil, ravna nedopustno in le izjemoma ne, kadar bolnik ne more odločati sam.

Privolitev mora biti informirana, resnična in svobodna. Če ni, je izvedeni poseg v načelu nedopusten (ZPaP, 2008).

5.2.2. Pravno priznana škoda

Navkljub temu, da zdravnik ravna nedopustno in neskrbno, morata za obstoj odškodninske obveznosti obstajati škoda in vzročna zveza med ravnanjem in škodo. Vprašanje škode je pomembno predvsem v primerih, ko je poseg opravljen brez soglasja bolnika, zaradi ocene zdravnika, da je poseg nujen za ohranitev bolnikovega življenja ali pa je bila prekršena pojasnilna dolžnost. V obeh primerih je dejanje zdravnika nedopustno, vendar če ne povzroči škode, ne obstaja odškodninska odgovornost. Škodo pri zdravniškem posegu se ugotavlja s primerjavo zdravstvenega stanja bolnika pred in po posegu (OZ, 2001). Primerjava zdravstvenega stanja lahko pokaže, da se bolniku, ki npr. pred posegom ni navajal bolečin, po posegu pa zahtevajo trajno zdravljenje z analgetiki, ni storila škoda, temveč se je zdravstveno stanje izboljšalo.

5.2.3 Vzročna zveza med nedopustnim ravnanjem in škodo

Zadnji pogoj za nastanek odškodninske obveznosti je vzročna zveza med nedopustnim ravnanjem zdravnika in škodo, ki je nastala bolniku. Bolnik mora dokazati, da je nastala škoda res posledica nedopustnega ravnanja zdravnika. Za ugotavljanje vzročnosti se od številnih okoliščin, ki so v zvezi z nastankom škode, kot vzrok šteje samo okoliščina, ki po rednem teku stvari pripelje do take posledice (OZ, 2001). Tudi, če zdravnik stori strokovno napako in nastane škoda bolniku zaradi pretrganja vzročne zveze po višji sili, dejanju tretjega ali oškodovanca, zdravnik ne bo odškodninsko odgovoren. Bolnik, ki utrpi škodo zaradi lastnega nerazumnega ravnanja in povzroči še dodatno škodo, pretrga verigo vzrokov in zdravnik ne bo odškodninsko odgovarjal (ZZDej, 1992).

6 ZAKLJUČEK

Zapleti in spori med udeležanima stranema so vsakodnevno prisotni v klinični praksi. Tovrstne pojave je mogoče zmanjšati s strokovnostjo, spoštovanjem etičnih načel in zakonodaje. Poznavanje osnov odškodninske in kazenske zakonodaje postaja nujno. V odnosu med zdravnikom in bolnikom obstajajo določene obveznosti, zanemarjanje teh dolžnosti pa lahko povzroči škodo v smislu zmanjšanja kakovosti življenja. Tovrstne okoliščine lahko uspešno nadziramo s strokovnostjo, z dosledno izvedbo pojasnilne dolžnosti, poudarjanjem možnih zapletov med zdravljenjem, dobro komunikacijo z bolnikom in svojci, doslednim dokumentiranjem vseh postopkov in dogodkov ter drugimi dejanji.

Literatura

1. Clarke JR. Making surgery safer. *J Am Coll Surg* 2005; 200: 229-35.
2. Hicks TC. William H. Harridge lecture: the medical malpractice crisis in surgery. *Am J Surg* 2008; 195: 288-91.
3. Richards EP, Rathbun KC. *Medical care law*. Gaithersburg: Aspen Publisher; 1999.
4. Champion HR, Meglan DA, Shair EK. Minimizing surgical error by incorporating objective assesment into surgical education. *J Am Coll Surg* 2008; 207: 284-92.
5. Brennan TA, Sox CM, Burstin HR. Relationship between negligent adverse events and outcomes of medical malpractice. *N Engl J Med* 1996; 335: 1963-7.
6. Bergman S, Fledman LS, Barkun JS. Evaluating surgical outcomes. *Surg Clin N Am* 2006; 86: 129-49.
7. Phillips C. Communication: the first tool in risk management for long-term care. *J Am Med Dir Assoc* 2004; 5: 123-6.
8. Flis V. Pojasnilna dolžnost – kako obsežna in v kakšni obliki. In: Flis V, Reberšek-Gorišek J. *Medicina in pravo – Izbrana poglavja 2001,2002,2003*. Maribor: Splošna bolnišnica Maribor, 2004: 121-8.
9. Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej). *Uradni list RS* 1992; 9-460:590-630.
10. Zakon o zdravniški službi (ZZdRS). *Uradni list RS*, št. 98-4618/99.
11. Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP). *Uradni list RS* 2008: 15-455: 1045-82.
12. *Obligacijski zakonik (OZ)*. *Uradni list RS* 2001; 83-01: 332-401.

ZMOTA, NAPAKA, INCIDENT,..... ALI SE TO LAHKO PRIPETI TUDI MENI?

Jana Korinšek¹

Izvleček

Opis primera temelji na kronoloških podatkih kirurškega zdravljenja OPMS, pri kateri se je pripetil neljubi dogodek med operativnim posegom, zaradi zaostalega obvezilnega materiala v kirurški rani in v zvezi s tem zapleti pri nadaljnjem zdravljenju. Prikazan je odnos kirurškega tima do bolnice, ki je bil vpleten pri procesu zdravljenja. V članku je opisana tudi reakcija vodstva kirurške klinike v zvezi s tem zapletom. Opisani so zapleti v komunikaciji med bolnico in bolnišnico, kjer je bila OPMS postavljena tako v vlogo bolnice, kakor tudi zaposlene v isti operacijski sobi. Prikazana bo rešitev in izvedba ukrepov, za katere se danes lahko postavi trditev, da so zgled dobre prakse pri reševanju podobnih zapletov.

Ključne besede: *zaplet, operacijska medicinska sestra, bolnica, komunikacija, ukrepi*

1 UVOD

Po definiciji je zdravstvena napaka nepričakovan, nenačrtovan dogodek, ki bi lahko ali je povzročil škodo bolniku in se zgodi pri opravljanju zdravstvene dejavnosti. To pomeni odstopanje od pričakovanih norm zdravstvene stroke in od tega, kar je v stroki običajno in pravilno (Ministrstvo za zdravje RS, 2008).

Je odstopanje od pričakovanega načina izvedbe zdravstvenega ukrepa in je lahko:

- izvedba napačnega ukrepa
- opustitev pričakovanega ukrepa
- izvedba zdravstvenega ukrepa pri napačnem bolniku ali delu telesa
- zamuda ali prehitavanje pri izvajanju ukrepa, katerega posledica je neželen izid.

¹ Jana Korinšek, dipl. m. s., Operacijski blok, UKC Ljubljana, Zaloška 7, 1000 Ljubljana
jana.korinsek@kclj.si

Napake v zdravstvu delimo v:

- napake zaradi opustitve dejanja
- nekaj, kar bi moralo biti storjeno ali bi lahko bilo storjeno za preprečitev slabega izida
- napake zaradi storitve – napačno dejanje, nekaj, kar ne bi smelo biti storjeno (Kersnik, 2002).

Napaka se lahko pripeti vsakemu od nas. Kadar smo priča ali celo vpleteni v napako pri zdravljenju, ne obsojamo vnaprej, temveč se najprej soočimo z vzroki in preverimo dejstva, kaj je napako dopustilo. Analiza dogodkov in odprta komunikacija na vseh ravneh v timu bo zagotovo pripomogla k izboljšanju sistema in bo preprečila morebitno ponovno isto napako.

V zadnjem času Slovenske bolnišnice uvajajo sisteme za prepoznavanje, odkrivanje in predvsem preprečevanje neželenih dogodkov, ter stremijo za tem, da zaposleni ob njihovem javljanju ne bi čutili strahu pred negativnimi ukrepi. Kadar govorimo o varnosti bolnikov v operacijskih dvoranh in o kakovosti perioperativne zdravstvene nege, imamo pri izobraževanju in izvajanju zdravstvene nege v mislih največkrat odnos medicinska sestra, to sem JAZ – bolnik je NN.

Razvoj in dinamika dogodkov v našem življenju se kaj hitro lahko tudi obrne in v vlogo bolnika ali bolnikovega svojca smo postavljeni tudi mi, zdravstveni delavci.

2 POROČILO O POTEKU ZDRAVLJENJA (OPIS PRIMERA)

2.1 Prvi operativni poseg

41 letna bolnica je bila **18. 3.** sprejeta v bolnišnico zaradi operativne terapije. Po predhodnih pripravah je bila bolnica **19.3.** operirana. Pooperativen potek je bil zelo ugoden, subjektivne težave so povsem izginile, pač pa je v prvih dneh nekaj dni po operaciji bolnica navajala težave v smislu precej močnih glavobolov. Prve dni po operaciji je imela bolnica povišane vnetne parametre (CRP), medtem ko drugih znakov infekta ni bilo. Kljub temu se konziliarni infektolog odloči za uvedbo Amoxiklava per os 2x1 g na dan, 10 dni. Rani se lepo celita in sta brez znakov infekta, odvzem šivov 31. 3. Bolnica je napotena na zdraviliško rehabilitacijo.

7. 4. je bolnica pričela opazati oteklino v predelu rane, **10. 4.** zjutraj pa je opazila majhno dehiscenco, bolečin ali slabega počutja ni navajala. Bolnica je ponovno sprejeta v bolnišnico. Z nežnim pritiskom na rano se izprazni nekaj ml rumeno-sivkaste gnojne vsebine brez vonja. Poslan je bris na mikrobiološke preiskave. **11. 4.** bolnica prične s parenteralno terapijo z Vancocinom 1g/12 ur. Po izteku terapije je pričela navajati občutek slabosti, postala je rdeča v obraz in vrat. Zatem je prejela 5mg Apaurina i.v., zatem še Tavežil 1 ampulo, nakar je rdečina povsem izginila. **12. 4.** glede na podatke je Vancocin zamenjan za Orbenin v dozi 2 g/6 ur i.v. Bolnica je vsako jutro redno prevezovana, vsakič se iz rane izprazni 5ml rumeno-rjave tekočine. Rana je vseskozi brez znakov vnetja, poslani brisi kužnine so bili sterilni. **14. 4.** se podkožni žep izpere tudi s 3 % Perksidom, nato ni več prisotne nobene sekrecije gnoja, dehiscenca se je spontano zaprla. Zadnja preveza je **18. 4.**, tudi tokrat je rana b.p. zaceljena. Bolnica še pet dni prejema Orbenin 500 mg/6ur per os in je odpuščena v domačo oskrbo.

2.2 Drugi operativni poseg

Tretjič je bila bolnica sprejeta v bolnišnico **15. 5.** Ob tem sprejemu je bila vidna obsežna kolekcija v podkožju. Kožni pokrov je bil še intakten. Pri operativnem posegu v splošni anesteziji se izprazni 15 ml goste gnojne vsebine. Ranje ostala odprta in se je celila per sekundam. Tudi tokratni izvid mikrobiološke preiskave je bil negativen – sterilna kolekcija. Bolnica je bila redno dnevno prevezovana do **3. 6.**, ob tem je ostala še manjša fistula operativne rane, kjer je ves čas prisoten izcedek. Zadnji bris **20. 6.** pokaže v rani prisotnost bakterije Stafilokokus species. Zaradi perzistence sekrecije se ponovno opravi dodatna rentgenska diagnostika, kjer se pokaže ponovno obsežen absces v operativnem področju.

2.3 Tretji operativni poseg

Bolnica je bila ponovno operirana v splošni anesteziji **30. 6.**, zaradi ponovne operativne revizije fistule oziroma postoperativne rane. Bris podkožja in maščevja je bil negativen, bris miškulature in kosti pa pozitiven. Izolirana bakterija je bila Staphilococcus species. Pri operativnem posegu je bil odstranjen absces in tujek, to je pozabljena gaza v operativni rani, kar vse je vzrok zgoraj navedenih zapletov.

Bolnica nadaljuje z antibiotično terapijo od **30. 6.** do **9. 7.** je prejela Orbenin 2 g/6 ur i.v. Zaradi flebitisa ji uvedejo centralni kanal, da je lahko

prejemala predpisano terapijo. Kasneje je uvedena terapija per os in sicer Ciprobay 750 mg/12 ur, ter Rifampicin 600 mg v enkratni dozi. To terapijo je prejemala 4 tedne. Zaradi stranskih učinkov predpisane terapije je prejemala še Torecan proti slabosti. Bolnica je v treh mesecih zdravljenja izgubila 16 kilogramov telesne teže.

3 KAKO SE SPOASTI Z NAPAKO PRI ZDRAVLJENJU?

O zapletu zdravljenja bolnice je bilo **1. 7.** ustno obveščeno vodstvo bolnišnice. Ustrezno razgovoru med vodstvom bolnišnice, predstojnikom klinike, upravno- pravno službo v bolnišnici ter bolnico je bil sklenjen dogovor o izvensodni poravnavi, kjer je bolnici priznana denarna odškodnina za ta neljubi dogodek. Bolnica je ponujeno roko sprave in opravičilo sprejela z velikim zadoščanjem, saj je bila sama zaposlena kot operacijska medicinska sestra v omenjeni bolnišnici in ni pričakovala tako pozitivnega odnosa ter priznanja s strani vodstva za omenjeno napako.

In vendar se je zapletlo. Po približno šestih mesecih, ko od dogovorjene in ponujene odškodnine ni bilo nič, uprava pa se je pričela sprenevedati in je razlagala bolnici, da je za plačilo odškodnine odgovorna zavarovalnica, pri kateri ima bolnišnica sklenjeno zavarovanje, v kolikor se izkaže, da je do zapleta prišlo zaradi napake pri zdravljenju ter da predhodni dogovori ne veljajo nič, je bolnici prekipelo in je zadoščanje poiskala po sodni poti.

Tudi tukaj ni šlo brez zapletov, saj zavarovalnica ni pristala na mediacijo. Potrebno je bilo mnenje zapriseženega sodnega izvedenca. Predvidoma naj bi bilo izvedeniško mnenje podano v mesecu dni, bolnica je na mnenje čakala leto in pol. Zamenjani so bili trije izvedenci, ki jih je imenovalo sodišče. Morda niso želeli podati mnenja, ker so bili zaposleni v isti bolnišnici, kjer se je napaka zgodila in ker je bila v tej bolnišnici zaposlena tudi omenjena medicinska sestra. Po treh letih in pol je sodišče odločilo v prid bolnice, ki je nato prejela denarno odškodnino v višini 8.000 evrov.

Popolnoma drugačen odziv je bolnica doživela med najožjimi sodelavci ter neposredno vpletenimi med operativnimi posegi. Isti dan ko je bil opravljen ozadnji operativni poseg sta tako lečeči zdravnik kot kolegica, operacijska medicinska sestra ob bolničini postelji čakala, da se je ta prebudila iz splošne

anestezije, priznala sta napako, ter se ji nemudoma opravičila za neljubi dogodek ,ki se jim je pripetil. Bolnica, ravno tako operacijska medicinska sestra je sprejela njuno opravičilo ter kasneje, ko je okrevala in se čez dva meseca vrnila na delovno mesto med njimi našla prave prijatelje.

4 KAJ SE LAHKO NAUČIMO?

Iz povedanega sledi, da se napaka lahko zgodi vsakemu od nas. Usoda ne izbira ali smo zdravstveni delavci ali bolniki. Sama sem v omenjeni zgodbi bolnica in omenjena zgodba je moja žvljenjska izkušnja.

Čeprav so bili v bolnišnici izdelani in napisani vsi standardi in postopki v zvezi z ravnanjem z obvezilnim materialom med operativnim posegom, lahko tu najdemo razlog za napako v tem, da ni bilo storjeno nekaj kar bi morale biti storjeno, za preprečitev napake. Nikoli v bolnišnici nismo iskali osebne odgovornosti posameznika ampak smo stremeli za tem, kaj v sistemu lahko storimo in spremenimo, da se podobne napake ne bi več ponovile. Izboljšali in poenotili smo evidentiranje, beleženje in štetje v vseh operacijskih sobah v bolnišnici. Z odprto komunikacijo znotraj tima na vseh ravneh smo spregovorili o tem neljubem dogodku, ki nas je gotovo zaznamoval in nas na poseben način tudi povezal med seboj ter nam odprl nov pogled na sprejemanje naših napak in na napake naših sodelavcev.

Vprašanja, ki se mi porajajo ob koncu te izpovedi so: Ali bi, oziroma ali ste v vaši bolnišnici ravnali enako?

Literatura

1. Kersnik J. *Zdravstvene napake. 19. Učne delavnice za zdravnike družinske medicine. Ljubljana: Zbirka PiP; 2002.*
2. Ministrstvo za zdravje RS. *Pacientove pravice. Kalčina L, Močnik Drnovšek V. (ur.). Ljubljana: Informacijskodokumentacijski center Sveta Evrope (IDC SE) pri NUK, 2005. (Zbirka Slovenija in Svet Evrope; št.42).*
3. *Osebna dokumentacija avtorice*
4. Živčec-Kalan G, Kersnik J, Švab I, Dobnikar B. *Kakovost v zdravstvu: predpisi in praksa. Zdrav vestn 2002; 7: 743–9.*

BIO TEHNOLOGIJA - MOČ NARAVE

Borut Pouh¹

Izvleček

Kontroliranje kirurških krvavitev je zelo pomemben dejavnik pri operacijah.

Kri je tekoče tkivo, odgovorno za transport celic in ostalih substanc. Najpomembnejša med temi je transport plinov in hranilnih snovi, termoregulacija ter obramba organizma pred infekcijami.

Približno polovico volumna krvi predstavlja plazma, drugo polovico pa krvne celice.

Kemični in fizični dejavniki v krvi so nenehno pod kontrolo posameznih organov, ki zagotavljajo njihovo stabilno ravnovesje.

Krvavitve lahko ustavimo s primarno ali sekundarno hemostazo. BBraun biotehnologija vključuje spekter izdelkov, ki zagotavljajo hemostazo na bazi naravnega kolagena.

Ključne besede: tkivni adhesiv, kolagen, vosek

¹ Borut Pouh, dipl. zn., Medis d.o.o., Sektor bolnišnic, Brnčičeva 1, 1000 Ljubljana
borut.pouh@medis.si

S PROCESNIM PRISTOPOM DO UČINKOVITE IZRABE DELOVNEGA ČASA V CENTRALNEM OPERACIJSKEM BLOKU SPLOŠNE BOLNIŠNICE NOVO MESTO

Barbara Luštek¹, Marjeta Berkopec²

Izvleček

Z dobro organizacijo dela želimo v centralnem operacijskem bloku (COB) zagotoviti obvladovanje tveganj z možnostjo merjenja kakovosti in sledenja rezultatov. Stroškovno in kadrovsko se COB uvršča med najdražje oddelke v bolnišnici. Ob podpori informacijske tehnologije imamo možnost spremljanja učinkovitosti dela in stroškov na bolnika. Analize zbranih podatkov so v pomoč pri določitvi kazalnikov kakovosti in načrtovanju aktivnosti za izboljšanje rezultatov dela. V članku je predstavljen projekt priprave in uporabe računalniškega programa za evidentiranje porabljenega materiala za posameznega bolnika.

Ključne besede: *proces operacij, obvladovanje stroškov*

1 UVOD

Z dobro organizacijo dela v centralnem operacijskem bloku (COB) želimo zagotoviti obvladovanje tveganj z možnostjo merjenja kakovosti in sledenja rezultatov. Stroškovno in kadrovsko se COB uvršča med najdražje oddelke v bolnišnici. Projekt o spremljanju učinkovitosti dela in obvladovanju stroškov v COB v Splošni bolnišnici Novo mesto poteka že drugo leto in še vedno ni

¹ *Barbara Luštek, dipl. m. s., Centralni operacijski blok, Splošna bolnišnica Novo mesto, Šmihelska cesta 2, 8000 Novo mesto
barbara.lustek@siol.net*

² *Marjeta Berkopec, dipl. m. s., Centralni operacijski blok, Splošna bolnišnica Novo mesto, Šmihelska cesta 2, 8000 Novo mesto
marjeta.berkopec@sb-nm.si*

končan. Ob podpori informacijske tehnologije imamo možnost spremljanja učinkovitosti dela in stroškov na bolnika. Cilj zbiranja podatkov je obvladovanje časovne učinkovitosti, obvladovanje procesa operacij in obvladovanje procesa reprocesiranja materialov. Analize zbranih podatkov so nam v pomoč pri določitvi kazalnikov kakovosti in načrtovanju aktivnosti za izboljšanje rezultatov dela.

2 OBVLADOVANJE ČASOVNE UČINKOVITOSTI

Cilji spremljanja časovne učinkovitosti:

- Realizacija dnevnega programa programskih operacij v rednem delovnem času.
- Maksimalna izkoriščenost operacijskih sob, opreme in osebja.
- Dobra koordinacija dela.
- Pridobivanje podatkov za analizo.
- Uresničevanje pogodbe z ZZS.

Zaradi čim boljšega izkoristka časa, osebja in opreme smo že takoj ob selitvi začeli z načrtovanjem tedenskega in dnevnega programa operacij. Pri vseh bolnikih, ki prihajajo v COB pa evidentiramo tudi čase, ki so vezani na prihod bolnika v operacijski blok in v operacijsko sobo, čase, vezane na anesteziološko pripravo bolnika na operacijo in čase, vezane na sam operativni poseg. Prvi čas v računalnik zabeleži zdravstveni tehnik na porti, ko pokliče bolnika na oddelek. Zjutraj pokliče pol ure pred začetkom prve operacije vseh šest bolnikov, naslednje klice opravi po naročilu operativne ekipe. ZT na porti zabeleži tudi čas prihoda bolnika v COB, istočasno se zabeleži tudi vrsta kirurškega posega, ki je planiran pri bolniku, operacijska soba, kjer bo poseg izveden in operaterja. Anesteziološka ekipa zabeleži začetni in končni čas anestezije, anesteziološko ekipo, vrsto anestezije in vrsto antibiotične terapije, če jo je bolnik med posegom dobil. Čase, vezane na pripravo pred in po operaciji, rez in šiv pa zabeleži kirurška ekipa. Zabeleži se tudi klinični postopek same operacije, ali je poseg planiran in ali je izveden v rednem delovnem času.

Časovno učinkovitost smo začeli spremljati že pred selitvijo oddelka in je po selitvi postala stalna praksa, le da smo postali doslednejši pri beleženju vseh časov.

3 OBVLADOVANJE PROCESA OPERACIJ

Eden od ciljev obvladovanja procesa operacij je obvladovanje stroškov medicinsko – potrošnega materiala.

Cilji obvladovanja stroškov:

- Racionalizacija materialnih stroškov.
- Pregled porabljenega materiala na posameznega bolnika.
- Sledenje posameznega artikla.
- Natančen vpogled v stanje zalog.

Mesečna poročila plansko analitske službe so pokazala visok dvig stroškov za medicinsko potrošni material. Med plani racionalizacije stroškov je bila tudi priprava računalniškega programa za evidentiranje porabljenega materiala za posameznega bolnika. Aktivnosti za izvedbo projekta so potekale v več nivojih.

Aktivnosti na nivoju zavoda:

- Strokovni svet zavoda preuči in potrди projekt.
- Oblikovanje projektnih skupin.
- Pridobivanje informacij o izkušnjah v slovenskem prostoru.
- Izbor pilotnih oddelkov.
- Priprave za nabavo ostale potrebne opreme: čitalci črtnih kod (ČK), aparat za izdelavo ČK, ...
- Priprava katalogov.
- Izobraževanje uporabnikov.

Začetek naloge je bil predviden 10.1.2008.

Aktivnosti v COB-u:

- Dopolnitev kataloga materialov in zdravil lekarne Splošne bolnišnice Novo mesto s črtnimi kodami (ČK).
- Poskusno beleženje porabljenega materiala pri posameznih operacijah.
- Ugotovljena je potreba po internih ČK, saj veliko artiklov nima ČK, ali pa je le-ta samo na zunanji embalaži (rokavice, brizgalke, ...) materialov.
- Izdelava internih črtnih kod.

- Izdelava katalogov s ČK artiklov za pomoč pri beleženju materiala v računalnik in naročanju lekarne.
- Izbor artiklov, ki jih bomo evidentirali.

1. 3. 2009 smo v COB-u začeli z beleženjem porabljenega materiala pri vseh bolnikih, ki so operirani na našem oddelku.

Izdelali smo palete za planirane operacije. Za nekatere planirane operacije imamo že izdelane operativne strokovne standarde, ki nam služijo za pripravo palet porabljenega materiala. Izdelana paleta nam omogoča izbor dejansko porabljenega materiala, ki je hitrejši kot vnašanje vsakega artikla posebej s pomočjo črtne kode. Opazili smo namreč, da nam vnašanje porabljenega materiala vzame veliko časa. Problem predstavljajo zlasti krajši posegi, ki se pogosto končajo prej kot nam uspe zabeležiti ves porabljeni material.

Potreben je bil tudi dogovor, katere materiale bomo beležili v računalnik. Pri vseh bolnikih evidentiramo operacijsko perilo za 1x uporabo, šivalni material, implantate, oziroma ves dražji porabljeni material. Materiali manjših vrednosti, kot so npr.: rokavice, brizgalke, igle, obliži, ... se ne evidentirajo za vsakega bolnika posebej, ampak smo se dogovorili, da bodo pripravljene v standardni paleti, ki jo bomo dodali v elektronski zapis bolnika. Pripravili bomo dve ali tri standardne palete glede na velikost operativnega posega.

Beleženje porabljenega materiala v elektronski zapis bolnika je možno na več načinov:

- referenčna številka artikla,
- čitalec ČK,
- lekarniška šifra artikla,
- nabor artiklov v paleti,
- opis artikla.

Lažje in hitrejše evidentiranje porabljenega materiala predstavlja uporaba črtne kode (ČK) – EAN koda artikla s pomočjo čitalcev ČK. ČK smo začeli uporabljati tudi pri oblikovanju izdajnice za implantate, ki jih imamo v konsignacijski prodaji.

Podatkov, ki jih vnašamo v elektronski zapis posameznega bolnika, je veliko. Informacijska tehnologija in na ta način zbrani podatki so nam v pomoč pri pripravi natančnih analiz. Tako imamo natančen pregled nad zasedenostjo

operacijskih sob, posameznega operaterja ali medicinske sestre. Podatki nam služijo za pripravo poročil o zasedenosti posamezne operacijske sobe, posameznega operaterja ali operacijske medicinske sestre.

Imamo tudi pregled nad porabljenim materialom za posameznega bolnika. Konsignacijska prodaja je v celoti računalniško vodena. Za vsak material, ki je voden v konsignacijski prodaji in ga implantiramo, izdelamo računalniško izdajnico za implantate. Izdelana so skladišča po dobaviteljih, v katerih je vodena zaloga izdelkov in njihove serijske številke. Nad temi izdelki imamo tudi kontrolo, kateri je vgrajen posameznemu bolniku. Izdajnica je hkrati tudi naročilnica v lekarno in vabilo za račun dobavitelju. Tako se nam zaloge sproti obnavljajo in ne more priti do tega, da v hiši ne bi imeli ustreznega implantata. Na ta način imamo možnost sledljivosti implantatov in pregled nad stanjem zalog. V konsignacijski prodaji imamo vse implantate za ortopedske operacije, kirurške mrežice, staplerje in nekaj osteosintetskega materiala.

V procesu beleženja številnih podatkov pri posameznem bolniku smo odkrili tudi številne pomanjkljivosti:

- Organizacijske pomanjkljivosti
 - Izguba časa pri začetku prve operacije.
Izguba časa pri menjavah bolnikov. Analize kažejo, da obstaja veliko rezerv na račun poznega začetka prvih operacij, dolgih menjav med posameznimi posegi in neusklajenosti med tedenskim in dnevnim planom operacij. Mesečno pripravljamo tudi analize o številu planiranih bolnikov, ki niso bili operirani zaradi različnih vzrokov.
 - Podvajanje dokumentiranja.
 - Standardne palete za materiale manjših vrednosti, ki se potrebujejo pri vseh bolnikih, še niso izdelane.
 - Palete artiklov za planirane operacije še niso v celoti izdelane.
 - Pomanjkljiv katalog artiklov iz lekarne, artikli so brez ČK.
- Pomanjkljivosti programske opreme
 - Izpis serijske številke artikla je možen samo za materiale v konsignacijski prodaji in ne za vse artikle.
 - Vnašanje podatkov se izvaja v dveh programih (BIRPIS21, LIRPIS), kar predstavlja motnjo v delovnem procesu.

- Ni možnosti izbire osnovne enote. Zaenkrat lahko vnašamo le celo enoto npr. celo ampulo, ne moremo pa vnesti uporabljene enote. Zato lahko zabeležimo samo porabljeni material ali zdravilo, ne pa tudi uporabljeno količino le tega.

Da bi optimizirali proces beleženja številnih podatkov, pri posameznem bolniku načrtujemo:

- Izdelavo računalniško vodene perioperativne dokumentacije.
- Pripravo programa za avtomatično razkniževanje in obnavljanje vseh zalog.
- Izdelavo standardnih palet za materiale manjših vrednosti, ki se potrebujejo pri vseh bolnikih.
- Izdelavo palet za vse planirane operacije.
- Optimizirati proces beleženja v programski opremi BIRPIS21.
- Izpis serijske številke za vse artikle.
- Izdelavo računalniško vodenega sledenja inštrumentov in reprocessiranega materiala.

4 ZAKLJUČEK

Kljub sodobni opremi, ki je na voljo, predstavlja beleženje številnih podatkov v elektronski zapis bolnika dodatno delovno nalogo za operacijsko medicinsko sestro. Dokumentiranje se pogosto podvaja, saj je potrebno podatke še vedno beležiti tudi v bolnikovo dokumentacijo. Pogosto imamo operacijske medicinske sestre občutek, da več časa prebijemo za računalnikom kot z bolnikom. Glede na to, da dnevno lahko beremo o tožbah zdravstvenih zavodov, se zavedamo, da prihajajo časi, ko bo sledenje porabljenega materiala pri bolniku obvezno. Informacijska tehnologija v operacijskih dvoranh nam to omogoča. Medicinske sestre se moramo aktivno vključiti v projekte za pripravo računalniških programov in si z iskanjemboljšav zagotoviti optimizacijo postopkov. Samo tako bomo lahko pacientom nudile kakovostno in varno oskrbo.

Literatura

Organizacija dela v centralnem operacijskem bloku, Splošna bolnišnica Novo mesto, 2006.

LAPAROSKOPSKA KIRURGIJA Z ENIM PORTOM (LESS)

Aleš Tomažič¹, Tatjana Požarnik²

Izvleček

Transumbilikalna laparoskopna kirurgija preko enega porta (Laparo - Endoscopic Single – Side Surgery (LESS), Single Incision Laparoscopic Surgery (SILS), Single Port Acces (SPA)) poznana tudi kot endoskopska kirurgija skozi embrionalno naravno odprtino (e-NOTES) se je pojavila kot naslednja stopnja v laparoskopski kirurgiji, z namenom boljšega kozmetičnega učinka in manjše morbiditete.

Ključne besede: laparoskopna kirurgija, operativna tehnika, triport inštrumenti

1 UVOD

V literaturi je v zadnjem letu vedno več poročil o operacijah, ki jih avtorji izvajajo s pomočjo posebnih inštrumentov preko enega porta: apendektomija, holecistektomija, sigmoidektomija, desna hemikolektomija, adnektomija, nefrektomija, pieloplastika in operacija varikokele. V prispevku bomo opisali naše izkušnje z uvajanjem nove metode in prikazali slikovni material, ki je nastal ob prvih tovrstnih operacijah v Sloveniji.

2 BOLNIKI IN METODE

Operirali smo dve bolnici. Ena bolnica je imela kronični kalkulozni holecistitis, druga pa žolčne kamne. Pri operacijah smo uporabili triport (Advanced Surgical Concepts, Ireland) in rotirajoče škarjice in prijemalko (Covidien, USA).

¹ Doc. dr. Aleš Tomažič, dr. med., Klinični oddelek za abdominalno kirurgijo, UKC Ljubljana, Zaloška 7, 1000 Ljubljana
ales.tomazic@kclj.si

² Tatjana Požarnik, dipl. m. s., spec. periop. ZN, Operacijski blok, UKC Ljubljana, Zaloška 7, 1000 Ljubljana
tatjana.pozarnik@kclj.si

3 REZULTATI

Operaciji sta trajali 100 in 70 minut. Poleg uporabe nove tehnike je bil pomemben razlog za dolg čas operacije tudi kronično vnetje in anatomske razmere ob tem. Pooperativnih zapletov ni bilo. Bolnici sta bili odpuščeni domov 2. dan po operaciji. Na kontrolnem pregledu 7. dan po operaciji je bilo njuno počutje odlično.

4 RAZPRAVA IN ZAKLJUČKI

LESS je naslednja stopnja v razvoju laparoskopske kirurgije. Kakšna bo prihodnost te tehnike trenutno ni mogoče napovedati. Kozmetični učinek in manjša morbiditeta s strani trebušne stene nista sporna. Problem je tehnična zahtevnost operacije in s tem povezana nevarnost resnejših pooperativnih zapletov. Pomembno je, da tudi v Sloveniji sledimo trendom laparoskopske kirurgije v svetu. Ob uvajanju novih metod ali operativnih tehnik pa je pomembno dobro poznavanje novih inštrumentov in usklajeno sodelovanje vseh članov operacijske ekipe.

Literatura

1. Podolsky ER, Rottman SJ, Poblete H, King SA, Curcillo PG. Single Port Access (SPA) Cholecystectomy: A Completely Transumbilical Approach. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2009; 19(2): 219–22.
2. Castellucci SA, Curcillo PG, Ginsberg PC, Saba SC, Jaffe JS, Harmon JD. Single port access adrenalectomy. *J Endourol*. 2008; 22(8): 1573–6.
3. Bucher P, Pugin F, Morel P. Transumbilical Single Incision Laparoscopic Sigmoidectomy for benign disease. *Colorectal Dis*. 2009 Mar 6. [Epub ahead of print]
4. Bucher P, Ostermann S, Pugin F, Morel P. E-NOTES appendectomy versus transvaginal appendectomy: similar cosmetic results but shorter complete recovery? *Surg Endosc*. 2009; 23(4): 916–7. Epub 2009 Jan 30.
5. Bucher P, Pugin F, Buchs N, Ostermann S, Charara F, Morel P. Single Port Access Laparoscopic Cholecystectomy (with video). *World J Surg*. 2009; 33(5): 1015–9.
6. Bucher P, Pugin F, Morel P. Single port access laparoscopic right hemicolectomy. *Int J Colorectal Dis*. 2008; 23(10): 1013–6. Epub 2008 Jul 8.
7. Langwieler TE, Nimmesgern T, Back M. Single-port access in laparoscopic cholecystectomy. *Surg Endosc*. 2009; 23(5): 1138–41. Epub 2009 Mar 5.
8. Bresadola F, Pasqualucci A, Donini A, Chiarandini P, Anania G, Terrosu G, Sistu MA, Pasetto A. Elective transumbilical compared with standard laparoscopic cholecystectomy. *Eur J Surg*. 1999; 165(1): 29–34.

NOVOSTI NA PODROČJU EES

Peter Mulec¹, Mateja Božič²

Izvleček

Ethicon Endo-Surgery (EES) poskuša podpirati in širiti kirurško razumevanje o razvijajoči dinamiki tkiva ter implementirati vsa nova spoznanja v tehnologijo svojih naprav.

Ključne besede: *inštrumenti, endoskopska tehnika, spenjalniki*

1 VEDA O RAVNANJU S TKIVOM

"Veda o ravnanju s tkivom" pomeni zблиževanje dveh področij raziskav. Ti področji sta: "Znanost o dizajniranju in tehnologiji kirurških naprav" in seveda "Znanost o celjenju ran".

Kadar si EES predstavlja in dizajnira (ali redizajnira) inštrumente, odkriva nova spoznanja v interakciji med živim tkivom in napravo (inštrumentom).

Prvi pomemben element je, da naprava funkcionira pravilno in varno, po drugi strani pa je tudi pomembno, da naprava pripomore k (o)lajšanju oziroma hitrejšemu procesu zdravljenja in okrevanja pacienta.

In zakaj se je EES odločil diskutirati o pomembnosti biomehanike živega tkiva? Odgovor je: "Zato, ker smo odgovorni za to!"

Odgovornost se nanaša na Johnson & Johnson-ov Credo. Dokument je lepilo, ki veže preko 200 neodvisnih podjetij po svetu v celoto Johnson&Johnson. Prva vrstica v našem Credo pravi, da smo odgovorni do doktorjev, medicinskih

¹ Peter Mulec, Johnson&Johnson d.o.o, Šmartinska cesta 53, 1000 Ljubljana
pmulec@its.jnj.com

² Mateja Božič, Johnson&Johnson d.o.o, Šmartinska cesta 53, 1000 Ljubljana
mbozic1@its.jnj.com

sester in pacientov. "Moralno smo vezani s strani Creda, da delimo mnenje in se učimo od vas."

Začetek razvoja spenjalnikov se je začel okoli leta 1800, ko je dr. Heroz iz Belgije začel eksperimentirati z novimi kirurškimi napravami. Želel je izboljšati in olajšati operacijo in kvaliteto zdravljenja pacientov.

Prvi spenjalnik je izumil dr. Hütl z Madžarske leta 1909. Nato so Rusi v drugi svetovni vojni poskrbeli za razpon in razvoj novih inštrumentov zaradi velikih potreb po le-teh.

Razvoj gre naprej: leta 1967 je ameriški kirurg dr. Ravitch prevzel ruske ideje in implementiral nekaj svojih rešitev (različne velikosti sponk, sterilna polnila, ...).

EES se pri "Vedi o ravnanju s tkivom" tako opira na dve publikaciji oziroma na dva klinična papirja: dr. Elhariny in dr. Baker.

Dr. Baker je v svojih raziskavah začel zmanjševati razmak med klinično aplikacijo in dizajnom produkta za spenjanje. Začel je izpostavljati, da EES pozna to že leta oziroma vse od svoje ustanovitve.

Po sklicevanju na dr. Baker-ja, EES spoznava, da primeren pritisk na tkivo skozi čas, ki je 15 sekund, ustvarja pravilno formacijo sponke, kar se posledično rezultira v ciklu zdravljenja.

Povezava med biomehaniko živega tkiva, dizajnom in proizvodnjo spenjalne naprave tako rezultira v želen cikel zdravljenja po definiciji "Vede o ravnanju s tkivom".

2 EES SPENJALNIKI

EES tako uporablja za svoje spenjalnike različna polnila oziroma različne velikosti sponk.

Referenca za sponke so barve polnil in mere zaprte sponke; kot na primer-bela-1,0mm ali modra-1,5mm.

Vsa polnila EES gredo skozi 12mm trokar (tudi zeleno).

Zlato polnilo je ekskluzivni izdelek EES in zapira sponke na 1,8 mm.

Zeleno polnilo na primer vsebuje sponke z bolj robustnim in večjim premerom sponke kot ostala polnila in je primeren za uporabo na debelem tkivu.

Izbira spenjalnega polnila je odvisna od dveh dejavnikov: debeline tkiva in višine zaprte sponke.

EES sponke so narejene iz titan aloja (zmesi titana), ki je bistveno trša snov kot 100 % titan, kar se kaže v manjši deformaciji, ko se tkivo želi vrniti v svojo prvotno obliko po spenjanju.

Kompresija oziroma pritisk skozi čas (ko zapremo spenjalnik in preden ga aktiviramo) je nujno potreben, ko reseciramo živo tkivo!!!

Literatura

Interna literatura podjetja Johnson&Johnson.

OPERACIJSKA MEDICINSKA SESTRA PRI OBRAVNAVI POŠKODOVANCA S POŠKODBO TREBUHA

Aldijana Beganović¹, Fatima Halilović²

Izvleček

Najpogostejši vzrok topih poškodb trebuha so prometne nesreče in predstavljajo kar 75% delež le teh. Najpogosteje poškodovana organa sta vranica in jetra, medtem ko so preostali organi, ki se nahajajo v trebušni votlini, redkeje prizadeti. V prispevku bo predstavljen primer obravnave politravmatiziranega poškodovanca v prometni nesreči, ki je med drugimi poškodbami utrpel tudi poškodbo vranice.

Predstavljeno bo delo operacijske medicinske sestre (OPMS) v kirurškem timu na prikazanem primeru 40-letnega moškega, ki je bil udeležen v prometni nesreči. Poškodovanec je bil pripeljan v urgentni kirurški blok z reševalnim vozilom. Ob sprejemu je bil pri zavesti, opisal je dogodek in tožil za bolečinami v trebuhu in levi nogi. Dežurni kirurg je na podlagi kliničnega pregleda, laboratorijskih izvidov in ultrazvočnega pregleda ugotovil prosto tekočino v trebuhu. Poškodovanec je postal hemodinamsko nestabilen. Na podlagi tega se je kirurg odločil za urgentno laparatomijo, kjer je bila ugotovljena raztrganina vranice. Opravljena je bila odstranitev vranice. Po končanem urgentnem posegu so bili z rentgenskim slikanjem ugotovljeni tudi zlom leve stegenice, zlom križnice ter zlom čelne kosti, ki so bili kasneje tudi oskrbljeni.

Ključne besede: poškodba trebuha, topa poškodba vranice, operacijska zdravstvena nega, operacijska medicinska sestra (OPMS)

¹ Aldijana Beganović, dipl. m. s., Operacijski blok, UKC Ljubljana, Zaloška 7, 1000 Ljubljana
beganovic.aldijana@email.si

² Fatima Halilović, dipl. m. s., Operacijski blok, UKC Ljubljana, Zaloška 7, 1000 Ljubljana
fatahalilovic@hotmail.com

1 UVOD

Poškodbe trebuha predstavljajo pomemben del kirurškega vsakdanjika. Najpogosteje nastanejo pri prometnih nesrečah. Večina topih poškodb je v začetku klinično nemih oz. imajo poškodovanci le blage znake oz. simptome (Čretnik, 2003).

Vzrok, da se pri poškodovancu, ki je utrpel poškodbo trebuha v nekaj urah ali celo minutah stanje izjemno poslabša, je najpogosteje raztrganina parenhimskih organov, kot sta vranica in jetra. V tem primeru je potrebno opraviti takojšnji ultrazvočni pregled (UZ) in na podlagi izvida se najpogosteje kirurg odloči za operativno oskrbo.

2 PREDSTAVITEV PRIMERA

V reanimacijski prostor Urgentnega kirurškega bloka Univerzitetnega Kliničnega centra v Ljubljani je bil pripeljan poškodovanec, ki se je poškodoval v prometni nesreči. Ob prihodu je bil zavesten, tožil je za bolečinami v trebuhu in levi nogi. V reanimacijskem prostoru so bile pri poškodovancu opravljene krvne preiskave in UZ trebuha, pri katerem je bilo ugotovljeno veliko proste tekočine v trebuhu. Poškodovancu se je stanje zavesti poslabšalo in začel je kazati znake hemodinamskega šoka. Dežurni travmatolog se je po posvetu z abdominalnim kirurgom odločil za urgentni operativni poseg.

Začelo se je preoperacijsko obdobje (pre - operative care) zdravstvene nege, to je obdobje, ko se zdravnik in poškodovanec odločita za operativni poseg in se konča, ko pride poškodovanec v operacijsko sobo. Poškodovanec je bil premeščen v travmatološko operacijsko sobo.

V medoperacijskem obdobju (intra – operative care) je poškodovanca sprejela ekipa, sestavljena iz anesteziologa, medicinske sestre pri anesteziji, kirurga travmatologa, abdominalnega kirurga, dveh OPMS in bolničarja. Pri urgentnih operativnih posegih, kjer se opravljajo operativni posegi zaradi poškodb trebuha, sodeluje OPMS s področja abdominalne kirurgije in OPMS s področja travmatologije.

Poškodovanec je bil premeščen na operacijsko mizo, kjer sta bila predhodno nameščena varnostna grelna blazina in varnostni pas. Za operativni poseg je

bil nameščen v hrbtni položaj. Na stegensko mišico je bila nameščena nevtralna elektroda, ki omogoča varno uporabo elektrokoagulacijskega noža. OPMS sta pripravili kirurške inštrumente, medicinsko potrošni material, obvezilni in šivalni material. OPMS sta si razdelili opravila na umito OPMS – njena naloga je bila, da izvaja tehniko podajanja instrumentov spontano (na podlagi izkušenj) ali po zahtevi operaterja kot vodje operacije. Odgovorna je bila za nemoten potek operacije z organizacijo, za kar potrebuje znanje in izkušnje. Neumita OPMS je asistirala umiti OPMS, skrbela za varnost poškodovanca in osebja. Pripravila je operativno polje, ki je zajemalo higiensko umivanje in britje. Umita OPMS se je kirurško umila, si razkužila roke, oblekla sterilni kirurški plašč in sterilne kirurške rokavice. Pripravila si je sterilno delovno površino z vsem potrebnim materialom. Operater je razkužil operativno polje, sledilo je sterilno oblačenje kirurga operaterja in kirurga asistenta in prekrivanje operativnega polja. Abdominalni kirurg je opravil laparatomijo, ugotovil je raztrganino vranice in se odločil za odstranitev vranice. V tem času je umita OPMS podajala inštrumente in skrbela za nemoten potek operativnega posega. Njena naloga med operativnim posegom je bila, da skrbi za vzdrževanje sterilnega polja in inštrumentov med operacijo, nadzorovala je člane kirurškega tima, da so ostali sterilni ter pravočasno reagirala z ustreznim inštrumentom, šivalnim materialom in drugim ustreznim materialom. Neumita OPMS je ves čas operacije skrbela za nemoten potek aseptičnih postopkov, pravočasno je odkrivala nevarnosti v okolju, ki bi lahko vplivale na poškodovanca in operacijski tim in ustrezno ukrepala, kontrolirala in dokumentirala material (komprese, zložence, igle), skrbela je za povezavo z drugim osebjem in službami izven operacijske enote, zabeležila je vse faze medoperacijske zdravstvene nege v dokumentacijo operacijske zdravstvene nege. Po končanem operativnem posegu je umita OPMS oskrbela operativno rano in higiensko oskrbela poškodovanca. Poškodovanec je bil hemodinamsko stabilen, zato so lahko nadaljevali z diagnostiko. Rentgensko slikanje leve noge je pokazalo zlom leve stegenice, ki je bil oskrbljen z zunanjim fikstarejem.

Sledi pooperacijsko obdobje (post – operative care), ki se začne v sobi za zbujanje in se nadaljuje do popolne budnosti oziroma premestitve v enoto intenzivne terapije. V našem primeru je bil poškodovanec premeščen v enoto intenzivne terapije (Ivanuša, 2000; Žmauc, 2003; Fabjan et al., 2005).

3 ZAKLJUČEK

Obravnava poškodovancev s poškodbo trebuha zahteva hitro reagiranje, ker je čas priprave na operativni poseg pogostokrat zelo kratek. OPMS morajo svoje naloge opravljati strokovno, odgovorno in v dobro poškodovanca. Ob tem spoštujemo standarde za zagotavljanje kakovosti, ki s tem zmanjšujejo dejavnike tveganja morebitnih zapletov. S takim delovanjem in z opravljanjem racionalnih in kompleksnih nalog v kirurškem timu OPMS predstavljajo neprecenljivo vlogo v procesu operativnega zdravljenja poškodovancev z akutno poškodbo trebuha.

Literatura

1. Čretnik, A. *Poškodbe trebuha*. 2003. Dostopno na:
2. <http://www.mf.unilj.si/dokumenti/71353b06d259d89baf569e0f5f8ddca7.pdf> (2003).
3. Ivanuša A, Železnik D. *Osnove zdravstvene nege kirurškega bolnika*. Maribor; Visoka zdravstvena šola, 2000.
4. Žmauc T. *Timsko delo v operacijski zdravstveni negi*. Zbornik XVI - *Management v operacijski zdravstveni negi*. Ljubljana: Sekcija operacijskih medicinskih sestre Slovenije; 2003.
5. Fabjan M, Goltes A, Šuligoj Z, Rebernik Milič M. *Perioperativna zdravstvena nega*. Maribor: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti, maj 2005.
6. Pirnat K, Žuk T. *Operacijska medicinska sestra pri kirurškem zdravljenju možganskih tumorjev*. In: Gričar M, Vajd. *Urgentna medicina – izbrana poglavja*, Portorož, 11. – 14. junij 2008. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino; 2008: 384-6.

VSTAVITEV ZOBNIH VSADKOV – NAČIN PREMAGOVANJA DELNE ALI POPOLNE BREZZOBOSTI

Mateja Lunar¹

Izvleček

Pomena in vloge samoumevnih dejavnosti se ponavadi zavemo, ko so okrnjene ali onemogočene in ko doletijo nas. Ena takih funkcij, ki omogoča, rast, razvoj in predvsem življenje, je žvečenje in grizenje hrane. Zaradi vse večje starosti ljudi se v razvitem svetu pojavlja delna ali popolna brezzobost, ki jo rešujemo tudi z zobnimi vsadki in pripadajočimi zobnoprostetičnimi nadomestki. Prispevek zajema predvsem opis pripravljalnih postopkov na operativni poseg in operativni poseg ter zdravstveno vzgojo po operativnem posegu.

Ključne besede: zobni vsadki, operativni poseg v ustni votlini, zdravljenje brezzobosti

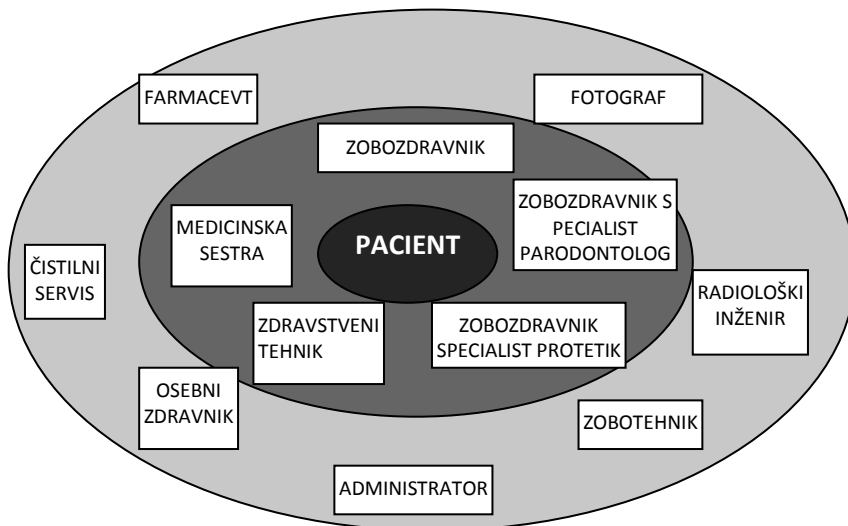
1 UVOD

Zobni vsadki so valjasto oblikovani, zobni korenini podobni vijaki, ki se jih s posebno kirurško tehniko vstavi v kost. Izdelani so iz kovine (titana) ali keramike. Pogoji za vstavev zobnega vsadka v kost so natančno opredeljeni in jih operater pacientu predstavi ob prvem obisku. Zdravljenje poteka po protokolu, ki ga narekujejo načela sodobne implantologije in se deli na naslednje faze:

- Pripravljalni postopki,
- Operativni poseg,
- Celjenje in vraščanje,
- Izdelava protetične nadgradnje. (Gorjanc 2008).

¹ *Mateja Lunar, dipl. m. s., Stomatološka klinika, Center za ustne bolezni in parodontologijo, UKC Ljubljana, Zaloška 2, 1000 Ljubljana
lunar.mateja@gmail.com*

Pri zdravljenju sodeluje celoten zdravstveni tim, ki se v proces zdravljenja vključuje po potrebi posamično in v sodelovanju z ostalimi člani. Pri tem je potrebna dobra komunikacija med člani tima, saj le ti ponavadi delujejo na različnih lokacijah.



Slika 1. Zdravstveni tim v procesu zdravljenja.

2 PRIPRAVA IMPLANTOLOŠKEGA PACIENTA

Eden od pogojev za uspešno implantološko oskrbo je sanirana ustna votlina. Za pripravo ustne votline, mehkih in trdih tkiv čeljusti veljajo za vse paciente enako. Sanirani morajo biti vsi zobje in pozdravljena obzobna tkiva. Hkrati pa morajo biti izključene vse bolezni, ki se lahko kažejo v ustih.

Kronične sistemske bolezni v današnjih časih predstavljajo relativno kontraindikacijo, vendar morajo biti pacienti dobro motivirani in ustrezno pripravljene na operativni poseg. Vendar operativni poseg odložimo za čas akutne faze sistemske kronične bolezni.

Kot kontraindikacija pa se smatra kajenje. Kadilci so bolj izpostavljeni parodontalni bolezni in tudi vnetju okoli implantatov. Prav tako pa je znano, da se rane pri kadilcih celijo počasneje. (Ihan Hren 2008).

3 POMEMBNOST IMPLANTATOV PRI ZDRAVLJENJU BREZZOBOSTI

1. Z vsadki zagotavljamo dodatno podporo in sidranje,
2. Z vsadki ohranjamo čeljustno kost,
3. Varujemo zobna in obzobna tkiva,
4. Vsadki so odporni na zobno gnilobo. (Ihan Hren 2008).

4 NAČRTOVANJE ZDRAVLJENJA

Pri pacientu, ki se odloča za implantološko zdravljenje je potreben običajen stomatološki pregled ustne votline, stomatološke rentgenske preiskave, pogosto tudi dentalni CT, specialistični pregled pri specialistu protetike in operaterju. Pred operativnim posegom je potrebno izdelati individualne diagnostične in kirurške šablone, ki omogočajo varnost in natančnost pri operativnem posegu (Rose 2004).

5 OSTEOINTEGRACIJA

Osteointegracija je biološki proces vraščanja vsadka v kost. Čas celjenja in vraščanja traja tri mesece. Pogoji za uspešno osteointegracijo so naslednji: sterilna kirurška tehnika, sterilen pravilno oblikovan vsadek, minimalno invazivna kirurška tehnika. V času osteointegracije načeloma ni dovoljeno popolno obremenjevanje vsadka. (Rose 2004).

6 PERIOPERATIVNA ZDRAVSTVENA NEGA

Sodobna perioperativna zdravstvena nega je usmerjena v celostni in individualni pristop. Operacijska medicinska sestra (OP MS) uporablja teoretične modele, proces zdravstvene nege, negovalne diagnoze in standarde zdravstvene nege.

Priprava pacienta na operativni poseg poteka od trenutka, ko je ugotovljeno, da bo za nadaljnje zdravljenje potreben operativni poseg. Pacient dobi pisna in ustna navodila v zvezi z operativnim posegom, razlago operativnega posega, pomembnost operativnega posega za nadaljnje zdravljenje in možnost zapletov med in po operativnem posegu.

6.1 *Negovalne diagnoze pred operativnim posegom*

- Strah pred operativnim posegom
- Povečana možnost infekcije
- Medoperativna bolečina.

6.1.1 Strah pred operativnim posegom

Za pomiritev in sodelovanje je pomembna dobra komunikacija, pomirjujoča glasba in sproščeno delo. Pacient je ves čas operativnega posega v kontaktu z medicinskim osebjem.

6.1.2 Preprečevanje infekcij

Pred operativnim posegom pacient spere usta z dezinficiensom za usta, očisti in razkuži se okolica ust in sterilno pokrije pacienta čez glavo. Pri delu veljajo standardi asepse. Oprema, inštrumenti in materiali, ki se uporabljajo pri operativnem posegu morajo biti očiščeni, dezinficirani in sterilni. Delo poteka v sterilni kirurški tehniki.

6.1.3 Preprečevanje bolečine med operativnim posegom

Operativni poseg poteka v lokalni anesteziji, ki jo izbere in aplicira operater. Pacient med posegom komunicira z medicinskim osebjem in verbalno ali s kretnjo lahko izrazi pojavljanje bolečine ali prisotnost neugodja ob operativnem posegu.

6.2 *Pooperativno delo OP MS*

- Ureditev pacienta
- Ustna in pisna navodila pacientu za čas po posegu
- Datum za kontrolni pregled in odstranitev šivov sedem dni po operativnem posegu
- Skrb za inštrumente, aparature in operacijsko sobo.

6.3 *Navodila pacientu za čas po operativnem posegu*

- **Nadzor nad infekcijo:** navodila v zvezi z ustno higieno, priporoča se enotedensko spiranje z dezinficiensom za usta in enotedenska antibiotična zaščita po naročilu zdravnika.
- **Nadzor nad bolečino:** priporoča se analgezija brez acetil salicilne kisline in hlajenje predela okoli operativne rane.
- **Prehrana:** prvi dan po operativnem posegu se priporoča hladna hrana, sicer pa ves teden mehka oziroma pasirana hrana.

- **Fizična aktivnost:** priporoča se vsaj nekaj dni počitka in bolniški stalež.
- **Moteno doživljanje telesne podobe zaradi spremenjenega izgleda po operativnem posegu:** se lahko pojavlja zaradi prisotnosti otekline, bolečine in nezmožnosti nošenja protetičnih nadomestkov. Stanje se izboljša po sedmih do desetih dneh.
- **Možnost nastanka poškodbe:** zaradi neupoštevanja navodil ali neznanja. Po operaciji lahko pride do raztrganja šivov ali poškodbe predela okoli operativne rane. Možne so tudi poškodbe ustne sluznice s konicami šivov. (Bird 1999).

7 ZAKLJUČEK

Vsak operativni poseg se na pacientu odraža kot niz fizičnih in psihičnih procesov, ki lahko povzročijo probleme z negotovim vplivom na zdravljenje in okrevanje. Na preprečevanje negativnih vplivov v veliki meri lahko vpliva operacijska medicinska sestra s svojim strokovnim in holističnim pristopom do pacienta in svojega dela. Kljub pozitivnim rezultatom pri svojem delu mora ves čas izboljševati svoje delo in z raziskavami iskati nove poti do napredka stroke. Zavedati se moramo svojih napak, sprejemati kritiko in s programom za izobraževanje medicinskih sester v zobni implantologiji skrbeti za kroženje znanja in konstanten napredek stroke.

Literatura

1. Bird D, Robinson D. Torres and Ehrlich Modern dental assisting, sixth edition. W. B. Saunders company USA, 1999: 864-71.
2. Gorjanc M. Popolni zobje od mladosti do starosti. V: Vita 2008;67: 14-6.
3. Ihan Hren N. Osnove implantološko-protetične oskrbe brezzobosti. Zbornik predavanj: kakovostna in varna zdravstvena nega oralno-kirurškega pacienta. Brdo pri Kranju 2008; 1-5.
4. Rose L F in sod. Periodontics-medicine, surgery and implants. Mosby 2004.

MREŽICE ZA KILE – UDOBJE PACIENTA

Borut Pouh¹

Izvleček

BBraun-Closure technologies je ozko specializirano področje za kirurške pripomočke, kjer ponujamo celoten, visoko kvaliteten portfolio kirurških izdelkov za vse veje kirurgije. Eno naših najkompetentnejših jeder je kirurški šivalni material, ki dosega najvišje standarde pri vsakodnevni praksi v operacijskih blokkih evropskih in svetovnih bolnišnic.

Tudi portfolio mrežic za operacije kile se razvija skupaj z vsakodnevnimi potrebami v splošni kirurgiji. Elastične, ultra lahke mrežice z velikimi porami predstavljajo novo generacijo BBraun-ovih mrežic, ki jih odlikujejo odlične lastnosti za rokovanje, hkrati pa predstavljajo maksimalno udobje za pacienta.

Našo odgovornost do pacientov in zdravnikov jemljemo resno, zato vas bomo na kratko popeljali na popotovanje skozi naš svet mrežic za operacijo kile.

Za univerzalno aplikacijo priporočamo Optilene mesh, ki je enostaven za uporabo, njegova največja prednost pa je v inovativnem filamentu, ki ima v strukturo mrežice vključene modre orientacijske črte, ki omogočajo kirurgom enostavnejšo uporabo. Teža same mrežice je močno zreducirana, vendar mehko, elastičnost in velike pore omogočajo mrežici največjo možno stabilnost, ko je implantirana.

Ključne besede: kila, mrežica, Optilene mesh

¹ Borut Pouh, dipl. zn, Medis d.o.o., Sektor bolnišnic, Brničeva 1, 1000 Ljubljana
borut.pouh@medis.si

OCENJEVANJE TVEGANJA VARNOSTI IN ZDRAVJA ZAPOSLENIH V OPERACIJSKIH PROSTORIH

Alan Ninčević¹, Miran Pavlič²

Izвлеček

V procesu dela v operacijski dvorani nastopajo številna tveganja. Vzpostavljen sistem varnosti in zdravja pri delu omogoča učinkovito upravljanje s tveganji. Integralnemu postopku obvladovanja tveganj na delovnih mestih pravimo ocenjevanje tveganja. Pri izvajanju številnih opravil in nalog v operacijski dvorani nastopajo različne obremenitve, nevarnosti in škodljivosti. Z uporabo ustrezno izbrane prilagojene metode skupina strokovnjakov za varnost in zdravje pri delu v sodelovanju z vodjo enote in delavci ocenijo dejanska tveganja na delovnem mestu. Z določitvijo primernih ukrepov za eliminacijo ali zmanjšanje ugotovljenih tveganj in s sprejemom Izjave o varnosti se delodajalec oz. vodstvo zdravstvene ustanove zaveže da bo poskrbelo za ureditev in izboljšanje stanja na delovnih mestih. Z ažurnim spremljanjem učinkovitosti izvedenih ukrepov in revidiranjem ocenjevanja tveganja dosegamo v operacijskih prostorih večjo varnost in kakovost pri izvajanju zdravstvenih storitev.

Ključne besede: *ocena tveganja, izjava o varnosti, operacijski prostor, varnost pri delu*

¹ mag. Alan Ninčević, dipl. var. inž., Služba za varnost in zdravje pri delu, UKC Ljubljana, Zaloška 7, 1000 Ljubljana
alan.nincevic@kclj.si

² mag. Miran Pavlič, dipl. var. inž., Služba za varnost in zdravje pri delu, UKC Ljubljana, Zaloška 7, 1000 Ljubljana
miran.pavlic@kclj.si

1 UVOD

V vsaki zdravstveni ustanovi obstaja sistem vodenja. Od njegovega izvajanja je odvisno, kako ustanova deluje. Kljub vzpostavljenemu sistemu vodenja obstajajo večkrat zanemarjene možnosti za uvajanje ukrepov za večjo varnost in ohranjanje ter izboljševanje zdravja. Varnost in zdravje pri delu v ustanovi je potrebno voditi in nikakor ne sme biti prepuščeno naključju. Uspešno zagotavljanje varnosti in zdravja pri delu je povezano s politiko vodenja ustanove. Z Zakonom o varnosti in zdravju pri delu (ZVZD) je delodajalec dolžan zagotoviti varnost in zdravje delavcev v zvezi z delom. V ta namen mora delodajalec izvajati ukrepe, potrebne za zagotovitev varnosti in zdravja delavcev, vključno s preprečevanjem nevarnosti in škodljivosti pri delu, obveščanjem in usposabljanjem delavcev, z ustrežno organizacijo ter potrebnimi materialnimi sredstvi. Pomemben del zagotavljanja varnosti in zdravja pri delu je upravljanje s tveganji, ki se pojavijo v procesu dela. 14. člen ZVZD določa, da je delodajalec dolžan izdelati in sprejeti Izjavo o varnosti v pisni obliki, s katero bo določil način in ukrepe za zagotavljanje varnosti in zdravja pri delu. Sestavni del Izjave o varnosti je ocena tveganja, ki je pisni dokument, v katerem delodajalec identificira in ovrednoti tveganja na delovnih mestih in kar je najpomembnejše, predlaga ukrepe za odpravo ali minimizacijo ugotovljenih tveganj, ki so prisotni v procesu dela. Ocena tveganja je pripomoček oz. orodje, ki delodajalcu pomaga odkriti neustreznosti, nepravilnosti in pomanjkljivosti, ki lahko privedejo do neželenega nastanka poškodb pri delu, nezgod, nevarnih pojavov, materialne škode, bolezni v zvezi z delom, poklicnih bolezni, invalidnosti ali celo smrtnih primerov. Vsaka zdravstvena ustanova je zato obvezujoča, da vključi v sistem vodenja zavoda ustrezno Izjavo o varnosti z oceno tveganja kot temeljni dokument prizadevanja za izboljšanje kulture, motiviranosti, konkurenčnosti, kakovosti in delovanja sistema varnosti ter zdravja pri delu.

2 KAJ JE IZJAVA O VARNOSTI Z OCENO TVEGANJA?

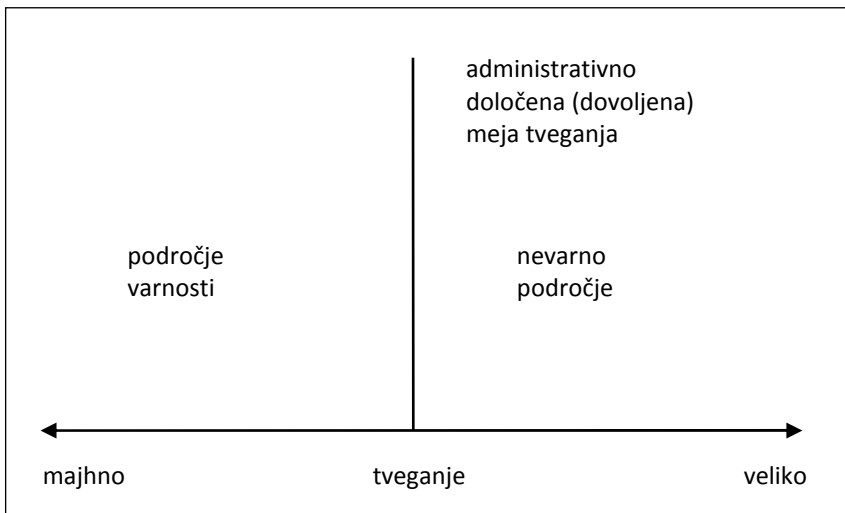
Ocena tveganja je praktično in uporabno orodje za ugotovitev realnega stanja varnosti in zdravja pri delu. Je tudi program za učinkovito nadaljnje delo (kratkoročni in dolgoročni program dela), ki temelji na objektivnih ugotovitvah. Ocena tveganja mora biti uporabna, enostavna, pregledna, učinkovita in preverljiva. Oceno tveganja je v slovenski pravni red vpeljala direktiva Evropske skupnosti št. 89/391/EEC, zato jo kot tako pozna vse

članice EU. Republika Slovenija je po vzoru Republike Irske uvedla še dodatno pisno Izjavo o varnosti, s katero se delodajalec zaveže, da bo zagotovil denar, čas, strokovnjake in druga sredstva za izpolnitev ukrepov, ki so eksplicitno navedeni v oceni tveganja, ki je sestavni del Izjave o varnosti. Izjava o varnosti z oceno tveganja je sredstvo za razbremenitev delodajalca, ki mu zagotavlja večjo gospodarnost in konkurenčnost.

Temeljna naloga ocene tveganja je strokovno in nepristransko odkriti čim več šibkih strani na delovnih mestih in jih v procesu dela identificirati ter evidentirati. Šele, ko jih poznamo, jih lahko tudi odpravimo. Natančen ogled delovnih prostorov, sredstev za delo, postopkov dela in razgovor z zaposlenimi lahko poda strokovnjaku za varnost pri delu celovito sliko nepravilnosti in pomanjkljivosti, ki povzročajo tveganja, povezana z dejavnostjo. Poudarek pri iskanju tveganj ni omejen zgolj na odkrivanje tehničnih napak in pomanjkljivosti, ampak je predvsem omejen na delovanje ter učinkovitosti sistema varnosti in zdravja pri delu. To pa med drugim pomeni:

- odnos vodstva do varnosti in zdravja pri delu,
- skrb za varnostno kulturo,
- motiviranost za zagotavljanje varnosti,
- razdelitev pooblastil in odgovornosti,
- izdelava ustreznih postopkov (način ugotavljanja in javljanja napak, takojšnja odprava pomanjkljivosti, kakovost in ažurnost komunikacije med zaposlenimi, idr.),
- upoštevanje predpisov, standardov, navodil in protokolov dela,
- periodično pregledovanje napredka in izboljšav na področju sistema vodenja in izvajanja varnosti ter zdravja pri delu.

Varnost je v neposredni povezavi s tveganjem. Visoka varnost in zdravje pri delu sta pojma, ki opredeljujeta, kakšne naj bodo kakovostne storitve, postopki dela, delovno okolje in končni rezultati dejavnosti. Kmalu lahko ugotovimo, da sta varnost in nevarnost primerljiva pojava in da absolutne varnosti ne moremo doseči. Dosežemo lahko le majhno tveganje v področju zagotavljanja visoke varnosti. Zato si moramo postaviti mejo tveganja, ki je za nas še sprejemljiva in ji pravimo administrativno določena meja tveganja. Podana je s predpisi države, obveznimi standardi, predpisi zavarovalnic in internimi predpisi posamezne zdravstvene ustanove. V zdravstveni ustanovi si zato lahko sami postavimo mejo varnosti na višjo raven varnosti od državno predpisane, ki predstavlja minimum zahtev. Takrat govorimo o tem, da je sistem varnosti in zdravja pri delu kakovosten.



Slika 1. Varnost je stanje, v katerem je tveganje za nastanek poškodbe, bolezni in škode omejeno na sprejemljivo, vnaprej določeno raven.

Ker je izvajanje sistema varnosti in zdravja pri delu (VZD) pogosto povezano s finančnimi sredstvi, se ga vodstvo nemalokrat otepa. Vsakdanje pometanje nepravilnosti in pomanjkljivosti na področju varnosti ter zdravja zaposlenih pri delu pod preprogo je vsakdanji pojav. Gospodarsko razvite države (ZDA, Nemčija, Francija, Švica, Velika Britanija, Japonska) so spoznale slabosti ignoriranja tveganj na področju VZD. Veliki stroški zdravljenja zaposlenih, invalidnine, odškodnine, visoki stroški zaradi bolniške odsotnosti, slab ugled podjetij navzven, slaba kakovost izdelkov in storitev ter veliki stroški na sredstvih za delo so glavni dejavniki, ki so prepričali vodstvene kadre v teh državah, da so pričeli z načrtnim odkrivanjem slabosti delovanja sistema. Zato je pristop, v ZDA ga imenujejo »safety first«, ključni interes lastnika podjetja (delodajalca).

3 TRIJE TEMELJNI STEBRI VZD

Celovita ocena stanja varnosti in zdravja na delovnih mestih je možna le preko poznavanja treh temeljnih parametrov sistema VZD.

Človek je izvor vseh zamisli in gibalo vseh procesov dela. Njegovo ravnanje, zavest, disciplina, znanje, izkušnje, kultura in odnos do dela so gibalno, ki v največji meri vpliva na končni rezultat vsake dejavnosti.

Organizacija določa organiziranost in način dela. To vključuje sodelovanje, obveščanje, ukrepanje, vzdrževanje, usposabljanje, nadzor, preverjanje, vzpostavitev in delovanje sistema nabave ter dobave sredstev za delo, prilagajanje zahtev zmoglostim zaposlenih idr.

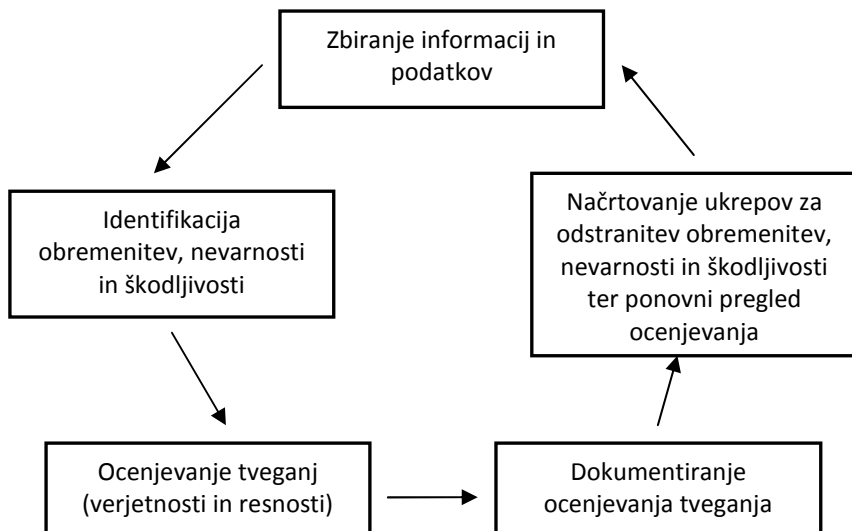
Delovna oprema in okolje sta sredstva za delo, s pomočjo katerih je možno izvajati dejavnost. Stanje tehnike v delovnem okolju odraža realne možnosti za kakovostno izvedbo procesa dela. Stanje delovne opreme in razmere v delovnem okolju sta poglobljena izvora nevarnosti in škodljivosti, ki sestavljajo delavčevu zunanje okolje.

4 KAKO IZDELAMO OCENO TVEGANJA?

Ocenjevanje tveganja na delovnem mestu izvaja skupina:

- strokovnjak za varnost pri delu (varnostni inženir ali usposobljeni inženir določene tehnične stroke),
- pooblaščen zdravnik (specialist medicine dela, prometa in športa),
- odgovorni vodja delovne enote, za katere delovno mesto se izvaja ocenjevanje tveganja,
- zaposleni na tem delovnem mestu.

Tveganja na delovnem mestu se lahko ocenjuje na osnovi različnih mednarodnih in domačih priznanih metod. Večino mednarodnih metod kot so BG, AUVA, MSP, FTA, ADM, ODM, GB in IR so razvili različni tehniški inštituti in zavarovalnice, ki se profesionalno ukvarjajo z varnostjo pri delu. Osnova vsem metodam je koračni sistem.



Slika 2. Pet-koračni sistem poteka ocenjevanja tveganja.

Tveganje za določeno obremenitev, nevarnost ali škodljivost določimo po enačbi:

$$R = V \times \check{S}$$

R = tveganje

V = pogostost (verjetnost) nastanka nevarnega dogodka

Š = škoda (resnost)

V proces ocenjevanja tveganja je potrebno obvezno vključiti tudi delavce oz. njihove predstavnike. Posvetovanje z delavci je sestavni del ocenjevanja, ob tem pa so tudi seznanjeni s sklepi, do katerih je privedlo ocenjevanje in tudi o predvidenih ukrepih, ki se bodo izvedli. Izvajanje ocenjevanja tveganja »za mizo v kadrovske službi ali preko telefona« brez ogleda delovišča, merjenjem časa trajanja posameznih opravil, poznavanja dejanskega stanja opravil in sredstev za delo, podatkov o nezgodah, okvarah, evidencah, izkušnjah in vsebin listin delovnega procesa ter brez prisotnosti vseh naštetih oseb, ki sestavljajo skupino ocenjevalcev tveganjam, je nestrokovno. Takšno

ocenjevanje je samo sebi namen, zato v praksi praviloma ne prinaša koristnih rezultatov za delavce in zdravstveno ustanovo. Načini, s katerimi se lahko pristopi k ocenjevanju tveganja, običajno temeljijo na:

- ugotavljanju, katera dela, opravila in naloge se izvajajo na delovnem mestu,
- oceni vseh nalog, ki se izvajajo v delovnem okolju iz predhodne točke,
- opazovanju razmer v delovnem okolju (npr. ogled delovne opreme, razporeditev sredstev za delo, detekcija nevarnosti in škodljivosti, način organiziranosti in nadzora nad delom idr.),
- ovrednotenju strukture dela,
- obravnavanju zunanjih dejavnikov, ki bi lahko vplivali na počutje in zdravje (npr. ustreznost materialov, opreme in mikroklimatskih razmer),
- spremljanju poteka dela (preverjanje, ali se postopki izvajajo po protokolih in dobri praksi),
- pregledu psiholoških, fizioloških in socioloških dejavnikov, njihovem vplivu drug na drugega, na elemente delovnega okolja ter na organizacijo dela,
- organiziranje dejavnosti za ohranjanje varnosti, da je možno sprotno pridobivanje informacij o tveganjih.

5 KONTROLNIK ZA ODKRIVANJE POMANJKLJIVOSTI NA DELOVNEM MESTU

Dejanske nepravilnosti, nevarnosti, ogrožanja in obremenitve, ki se pojavijo pri delu, se ugotavlja (identificira) na osnovi posameznih, prej pripravljenih kontrolnih točk. Zato si pripravimo seznam pomembnejših dejanskih možnih obremenitev, nevarnosti in škodljivosti. Za delo v operacijski dvorani uporabimo lahko naslednji seznam:

Organizacija in politika VZD:

1. seznanjenost vodstva z ukrepi ocene tveganja/učinkovitost preventive
2. pravna urejenost sistema v internih aktih zdravstvene ustanove
3. sodelovanje z delavci pred nakupom nove delovne in medicinske opreme
4. odnos do obstoječih možnih nevarnosti pri uporabi medicinske opreme

5. kakovost razporeditve odgovornosti (organogram odgovornih oseb)
6. odnos vodstva do poznanih obremenitev, nevarnosti in škodljivosti
7. vpeljane spremembe v operacijskem prostoru po nezgodah pri delu
8. sistem hranjenja dokumentacije o nezgodah pri delu in nevarnih pojavih
9. sistem nadzora nad zdravjem zaposlenih v operacijskih prostorih – evidence
10. sistem nadzora nad varnostjo pri delu – strokovnjak za varnost pri delu
11. kakovost vzdrževanja prometnih poti do operacijskih prostorov
12. kakovost vzdrževanja področja gibanja v operacijskih prostorih
13. ločitev čistih in nečistih območij
14. informiranost zunanjih in notranjih sodelavcev o pravilih vedenja
15. vzdrževanje območij za dostop do operacijskih prostorov (peš in transportnih poti)
16. vzpostavljen sistem pregledovanja amortiziranosti in nabave nove delovne opreme
17. seznanjanje delavcev o novih strojih, napravah, aparatih in medicinskih pripomočkih
18. evidenca vzdrževanja medicinskih naprav
19. kakovost vzdrževanja sistema ogrevanja in hlajenja prostorov
20. vzdrževanje sistema prezračevanja (čiščenje dovodnih kanalov, menjava filtrov)
21. načrt vzdrževanja in čiščenja svetil
22. vzdrževanje in pregledi gasilnih sredstev (gasilniki in hidranti)
23. vzdrževanje prehodov, dovozov in evakuacijskih poti
24. izvedba periodičnih protipožarnih vaj
25. hramba nevarnih snovi (varnostne omare, posebni prostori)
26. hramba in vzdrževanje posod s stisnjenim zrakom - jeklenke
27. omejenost dostopa nepooblaščenim osebam
28. preizkusi mikroklimatskih razmer v operacijskih prostorih
29. meritve koncentracij kemijskih škodljivosti v zraku
30. tehnični pregledi in redni servisi medicinske opreme
31. pregledi ustreznosti stanja priključkov za dovod medicinskih plinov
32. pregledi ustreznosti elektroinstalacij, ozemljitve in prevodnosti tal
33. odnos do bolniškega staleža, odsotnosti iz dela, poklicnih bolezni in invalidnosti
34. označenost prostorov in mest z omejenim dostopom
35. ukrepanje v primerih višje sile (prva pomoč, reševanje) – usposobljenost in oprema

36. vodenje evidenc (pregledi opreme in delovnega okolja, usposabljanja, zdravniških pregledov, nezgode in nevarni pojavi, tehnična dokumentacija opreme, dovoljenja idr.)
37. opozorila o vzdrževalnih delih in odpravah napak (znaki, ograjevanje področij)
38. zagotavljanje odmorov, počitka, prostih dni in primerna razporeditev delovnega časa
39. ustreznost organizacije dela, ki teži k dobremu počutju delavcev
40. vzpodbujanje delavcev k sodelovanju in reševanju konfliktov
41. sodelovanje delavcev z delavskim zaupnikom ali delavskim svetom

Delovno okolje in oprema:

1. spremljanje tehnološkega razvoja
2. prilagajanje dela posamezniku – ergonomija
3. kolektivna in osebna varovalna oprema
4. varnost talnih površin (poškodovanost, dotrajanost, drsnost, nivojske razlike, ovire)
5. ustreznost sredstev za vertikalni dostop do operativnih prostorov (dvigala, stopnišča)
6. ustreznost transportnih sredstev za bolnike (postelje, vozički)
7. varnost medicinske opreme (periodični pregledi, vzdrževanje, kalibracije, varovala)
8. zagotavljanje ustrezne temperature, relativne vlažnosti in gibanja zraka
9. kakovost zraka (kontrola števila izmenjav zraka v prostoru in njegove onesnaženosti)
10. ustreznost osvetljenosti v prostorih (raven, kontrasti, barva svetlobe, bleščanje)
11. zasilna razsvetljava in označenost poti za evakuacijo
12. protipožarne ločitve
13. nameščenost izvlečka požarnega reda in načrta za evakuacijo
14. sistem alarmiranja v primeru pojava požara
15. zaščita prostorov pred vplivi hrupa in sevanja
16. nameščenost varnostnih in reducirnih ventilov na opremi
17. ustrezna moč napajanja električnih naprav
18. sistem ničanja medicinskih naprav in pripomočkov
19. ustreznost varovanja pred vplivom električnega toka
20. sistem zagotavljanja električnega toka v primeru izpada električnega omrežja
21. kakovost in jasnost označevanja opreme in inštalacij

22. ravnanje z nevarnimi snovmi – nabava, označevanje in odsesavanje hlapov v zraku
23. ravnanje z nevarnimi snovmi – ločevanje, odlaganje in odvoz nevarnih odpadkov
24. hramba, vzdrževanje in preizkušanje osebne varovalne opreme
25. sistem odsesovanja aerosolov in par kemikalij
26. hramba tekočih nevarnih odpadnih snovi
27. higiena in čistost delovnih površin
28. ustreznost garderob in toaletnih prostorov za osebno higieno

Človek v procesu dela:

1. kakovost informacij o izpostavljenosti nevarnostim in škodljivostim
2. navodila za varno delo (poznavanje, razumevanje in hramba)
3. navodila za uporabo delovne opreme in medicinskih pripomočkov
4. protokoli in kontrolniki dela (razumevanje, izvajanje in hramba)
5. varnostni listi za nevarne snovi (pravilno ravnanje, hramba in ukrepanje ob nezgodah)
6. poznavanje požarnega reda in načrta za evakuacijo v primerih višje sile
7. varnost pri uporabi ostrih predmetov
8. red in čistoča v operacijskem prostoru
9. lokalne vibracije pri uporabi delovne opreme (npr.: vrtalnik, žaga)
10. kontrola ravni anestetikov v zraku v operacijskem prostoru
11. mehanske nevarnosti (možnost ureza, zdrsa, padcev, stiska, vkleščenja in udarcev)
12. varovanje in zaščita gibljivih delov opreme
13. možnost odletavanja delcev, kapljic in tujkov
14. velikost delovne površine (omejen delovni prostor – utesnjenost)
15. nevarnost dotika z električnim tokom (posredni in neposredni dotik)
16. statična elektrina
17. delo v območju virov ionizirajočega sevanja
18. delo z laserjem
19. delo z ultrazvočno napravo
20. delo s citostatiki
21. izpostavljenost infrardečemu sevanju
22. izpostavljenost ultravijoličnemu sevanju
23. hrup (vrsta, raven in frekvenčno področje)
24. prah (inertni, fibrogeni)
25. izpostavljenost snovem z visoko/nizko temperaturo

26. delo z nevarnimi snovmi in razkužili (etilni alkohol, formalin, bencin, jod betadin)
27. prisotnost senzibilizatorjev (alergenov)
28. prisotnost bioloških škodljivosti (bakterije virusi, glive, paraziti)
29. fizične obremenitve (statične, dinamične; premeščanje bremen, prisilni položaji)
30. psihične obremenitve (intelektualne, emocionalne, psihosenzorne, psihomotorne)
31. senzorne obremenitve (vid, sluh, voh, otip)
32. toplotne obremenitve
33. obremenitve povezane z izmenskimi, nočnim, nadurnim delom, pripravljenost
34. osebna varovalna oprema
35. usposobljenost za varno delo in varstvo pred požarom
36. stres, nasilje, konflikti, nadlegovanje (šikaniranje)
37. izgorevanje na delovnem mestu
38. prehrana in uživanje tekočine na delovnem mestu
39. prisotnost alkohola in drog na delovnem mestu
40. nastopajo kritične situacije
41. odnos do ustreznega odstranjevanja odpadkov
42. posvetovanje z delavci o organizaciji, vsebini, počutju in količini dela.

Kontrolniki so lahko različno podrobni. Zgoraj navedeni kontrolnik je zgolj primer neke vrste opomnika, da katere pomembne vrste nevarnosti, škodljivosti ali obremenitve ne prezremo pri analizi stanja. Vsaka metoda podaja primer druge vrste izgleda kontrolnika. Ko smo zbrali podatke, na delovnem mestu nadaljujemo s presojo. Posamezni parameter iz kontrolnika nato ocenimo s stopnjo tveganja. Ocena je lahko kvantitativna ali kvalitativna. Ob tem si sprti označimo, zakaj smo ocenili določen parameter z določeno stopnjo, da bomo kasneje lažje izbrali ustrezne ukrepe. Pri ocenjevanju tveganja si pomagamo s spodnjo matriko tveganja.

Tabela 1. Nohl-Thiemeckova matrika tveganja.

Poškodba (Š)	Zelo lahka	Lahka	Srednje težka	Težka	Zelo težka
Zdravstvena okvara	Brez trajnih posledic	Posledice, ki bistveno ne vplivajo na delovno sposobnost	Posledice lahko povzročijo omejeno delovno sposobnost	Trajne posledice, ki povzročijo izgubo delovne sposobnosti	Posledice, ki omejujejo življenjsko sposobnost, smrt zaradi bolezni iz dela
Verjetnost (V)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Komaj verjetno	1	2	3	4	5
Verjetno vendar redko	2	4	6	8	10
Verjetno pod določenimi pogoji	3	6	9	12	15
Lahko se pričakuje	4	8	12	16	20
Z gotovostjo nastane	5	10	15	20	25

Tveganju priredimo ustrezno stopnjo/razred. Čim višje je ocenjeno število, večje tveganje obstaja za neželjen pojav, poškodbo ali bolezen. Kjer ne uporabljajo matrike tveganja, običajno ocenjujejo stopnjo številčno od 1-5, kjer predstavlja stopnja 1 dobro stanje, ki je za nas sprejemljivo, stopnja 5 pa stanje, v katerem je potrebno takojšnje ukrepanje oz. tudi ustavitev dela. Pri ocenjevanju tveganja je potrebno poudariti, da gre za subjektivno oceno, ki je v pomoč ocenjevalcu, da ve kam mora najprej usmeriti svoja prizadevanja in prizadevanja vodstva zavoda.

Na osnovi opravljenega ocenjevanja določimo možne ukrepe za odstranitev oz. če to ni možno, za zmanjšanje nevarnosti. Izmed več možnih ukrepov izberemo najprimernejše(ga). Navedeni ukrepi morajo biti jasno določeni in

konkretni. V nadaljnjih stolpcih pa morajo biti poimenske zadolžitve za odgovorne osebe (definirane so v organogramu oseb, odgovornih za izvajanje sistema varnosti in zdravja pri delu) za izvedbo ukrepov ter jasno določeni datumski roki za izvedbo. Poleg rokov v sosednjem stolpcu kasneje v opombah navedemo, ali je bil ukrep izvedb izvršen in ali je bil uspešen.

Tabela 2. Preglednica tveganj in ukrepov.

Stopnja tveganja	Nevarnost	Ukrep	Odgovorna oseba	Rok izvedbe	Opomba

Z dokumentiranjem (evidentiranjem) dejanskih nevarnosti in predvidenih ukrepov seznanimo vodstvo in delavce. S preizkusom uspešnosti izvedenih ukrepov (revizijo) in navedbo rokov za ponovni preizkus vzdržujemo sistem upravljanja s tveganji ter s tem povečujemo stopnjo varnosti in zdravja pri delu v zavodu.

Ne smemo pozabiti, da je zakonska obveznost delodajalca, da seznanijo delavce z dejanskimi tveganji na njihovem delovnem mestu in zagotovi izvajanje ukrepov za varnost ter zdravje pri delu. Delodajalec na ta način organizira delo tako, da odgovorne osebe na posameznih oddelkih v fazi usposabljanja in informiranja delavcev o njihovem delu seznanijo delavce o nevarnostih na njihovem delovnem mestu. Skladno z 32. členom Zakona o varnosti in zdravju pri delu ima vsak delavec pravico in dolžnost, da je seznanjen z varnostnimi ukrepi in ukrepi zdravstvenega varstva ter da je usposobljen za njihovo izvajanje. Hkrati pa 33. člen tega zakona dopolnjuje predhodno zahtevo z določilom, da ima delavec pravico odkloniti delo, če ni bil predhodno seznanjen z vsemi nevarnostmi in škodljivostmi pri delu.

6 ZAKLJUČEK

Večina tveganj pri delu je predvidljivih, zato se lahko nezgodam, okvaram in drugim nevarnostim pri delu izognemo. Delo je mogoče organizirati tako, da poteka varno in ne povzroča nastanka bolezni in nevarnih pojavov. Ocena tveganja je program, ki v pisni obliki uvaja ukrepe za zmanjšanje tveganj na delovnih mestih in se nanaša na vse zaposlene, ki delajo v zdravstveni ustanovi. Zato mora biti v interesu vseh zagotavljanje ustreznih delovnih

razmer. Še enkrat več se moramo namreč zavedati, da ocenjujemo nevarnosti za delavce pri njihovih opravilih in ne delovnega mesta v ožjem pomenu besede (mesta dela, naprave). Zato je pomembna naloga zaposlenih v operacijskih prostorih, da v primeru kakršnekoli nepravilnosti ali pomanjkljivosti na delovnem mestu takoj obvestijo svojega nadrejenega. S pravočasnim ukrepanjem bo omogočena čimprejšnja aktivnost v smeri preprečevanja nastanka poškodb ali bolezni. S takšnim ravnanjem pa ne varujemo le sebe, ampak tudi druge zaposlene, obiskovalce in paciente. Poleg ustreznega evidentiranja odkritih nepravilnosti na ta način omogočimo tudi pravočasno planiranje investicij, ki bodo potrebne za sanacijo stanja in odpravo nepravilnosti.

Z ustreznim sodelovanjem vodstva s strokovnjaki za varnost in zdravje pri delu ter pravočasnim ukrepanjem je možno zagotavljanje visokega nivoja varnosti in zdravja pri delu. S takšnim sodelovanjem bodo tudi zaposleni začutili, da si vodstvo prizadeva urediti in izboljšati delovne razmere. Takšno ravnanje pa neposredno vpliva na povečanje zaupanja, boljše počutje in rezultate dela zaposlenih.

Literatura

1. Dolenc J. Varnostni inženirji – ocenjevalci tveganj v delovnem okolju. Zbornik referatov - Ocena tveganja delovnega okolja, Portorož, 1995. Ljubljana: Zveza društev varnostnih inženirjev in tehnikov Slovenije, 1995: 6–10.
2. Drusany V. Varnostnotehniški priručnik. Ljubljana: Vladimir Drusany – VZA – grafično oblikovanje, 1999.
3. Drusany V. Osnove varnostne politike je v odkrivanju nevarnosti in škodljivosti. Varnost in zdravje pri delu 2000. Zbornik referatov 5. simpozija. Ljubljana: Zveza društev varnostnih inženirjev Slovenije, 1999: 1–10.
4. Drusany V. Vodenje tveganja v podjetju z ukrepi varnosti in zdravja pri delu, kakovosti, varovanja okolja. Ljubljana: Vladimir Drusany – VZA – grafično oblikovanje, 2001.
5. Gspan P. Ocena tveganja v smislu direktive EU 391. Zbornik referatov - Ocena tveganja delovnega okolja, Portorož, 1995. Ljubljana: Zveza društev varnostnih inženirjev in tehnikov Slovenije, 1995: 51–64.
6. Gspan P. Analiza in presoja varnosti pri delu. Ljubljana: ZVD, 1996.
7. Gspan P. Ocena tveganja navodila za prakso. PPT prezentacija. Ljubljana, 2006. Dostopno na: <http://www.fkkt.uni-lj.si/attachments/1337/uvod-v-oceno-tveganja.pdf> (2006).

8. Markič M. *Ocenjevanje kakovosti sistema varstva pri delu, zdravstvenega varstva in delovnega okolja. Nekaj modelov organiziranosti varstva v podjetjih. Zbornik referatov. Brdo : Višja tehniška varnostna šola, 1993: 42–58.*
9. Markič M. *Ocena tveganja za varnost in zdravje pri strojih. Zbornik referatov - Ocena tveganja delovnega okolja, Portorož, 1995. Ljubljana: Zveza društev varnostnih inženirjev in tehnikov Slovenije, 1995: 134–45.*
10. Markič M. *Management varnosti in zdravja pri delu. Zbornik referatov VI. Simpozija o varnosti in zdravju pri delu RS z mednarodno udeležbo, Nova Gorica, 1997: 135–51.*
11. Pozvek R. *Vzorec za oceno tveganja v operacijskih dvorinah (diplomska naloga). Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za kemijo in kemijsko tehnologijo – Oddelek za tehniško varnost, 2004.*
12. *Pravilnik o načinu izdelave izjave o varnosti z oceno tveganja. Komentar z nasveti delodajalcem, Metoda za oceno tveganja ZVD, Delo + varnost. Ljubljana: Zavod za varstvo pri delu, 2000: 119.*
13. Srna M. *Ocenjevanje tveganja pri delu. Zbornik referatov VI. Simpozija o varnosti in zdravju pri delu RS z mednarodno udeležbo. Nova Gorica, 1997: 152–78.*
14. Strašek V. *Ocena tveganja – izhodišče za vzpostavitev sistemov varovanja okolja, zdravja in varnosti. Varnost in zdravje pri delu 2000. Zbornik referatov 5. simpozija. Ljubljana: Zveza društev varnostnih inženirjev Slovenije, 1999: 58–66.*
15. *Pravilnik o načinu izdelave izjave o varnosti z oceno tveganja. Ur. l. RS, št. 30/00.*
16. *Zakon o varnosti in zdravju pri delu z uvodnimi pojasnili Boruta Brezovarja. Ljubljana: Bonex založba d.o.o., 2000.*



VARNOST IMA PRI
OP NAJVIŠJO MOŽNO
PREDNOST ...

J.S.EVRO®

Kirurški Instrumenti, Implantati, Endoskopija
in Oprema za Operacijske Sobe



» ... s preciznimi inštrumenti iz Nemčije stavite na zelo kakovostno delo.

J.S.EVRO nudi široko paleto inštrumentov ter aparatov za kirurgijo, endoskopijo, ortopedijo in travmatologijo ter pribor in kompletno opremo za operacijske sobe. Ob tem vsebuje naša ponudba prvostvne inštrumente za minimalno invazivno abdominalno kirurgijo. Poleg prodaje izdelkov uglednih podjetij s področja medicinske tehnike izdelujemo na sedežu podjetja v Tuttingenu tudi naše ekskluzivne lastne znamke. Po poštenih cenah prodajamo medicinski program – od skalpelov do operacijskih miz – preskušene nemške in tuttlinške kakovosti.



SEZNAM AVTORJEV PO STRANEH

Avtor	stran	Avtor	stran
Marjeta Berkopec.....	119	Alan Ninčević	140
Aldijana Beganović	130	Maša Novak	87
Mateja Božič	127	Manca Pajnič.....	54
Blaž Bradač	21	Miran Pavlič	140
Irena Špela Cvetežar.....	37	Dean Pekarovič	25
Boštjan Gajšek	25	Borut Pouh.....	118, 139
Fatima Halilović	130	Tatjana Požarnik	125
Milena Klopčič	33	Jože Šimenko	13
Jana Korinšek.....	113	Nika Škrabl	71
Miljana Kraševc	81	Aleš Tomažič	125
Mateja Lunar	134	Marija Tomažič	37
Barbara Luštek.....	119	Aleš Tomšič	24
Maja Marolt.....	81	Blaž Trotovšek.....	100
Peter Mulec	127	Tanja Žmauc.....	64

