# pljučnik

GLASILO BOLNIŠNICE GOLNIK – KLINIČNEGA ODDELKA ZA PLJUČNE BOLEZNI IN ALERGIJO

letnik 11, številka 1, marec 2011, ISSN 1580-7223

Intervju – Izidor Kern

Skriti predmet na zadnji strani

Zaključek projekta OPCARE9

Akreditacija za standard NIAHO

# Vsebina: Pljučnik / marec 2011


1 uvodnik

2 aktualno
2 Napovednik dogodkov ob 90-letnici Golnika
2 Obisk ministra za zdravje
4 Letno poročilo za leto 2010 in letni načrt za leto 2011
6 Uspešna akreditacijska presoja
8 Bolnišnica Golnik postala članica Mreže za promocijo zdravja v bolnišnicah
8 Donacija podjetja Iskraemeco Kliniki Golnik
9 Donacija bolnikom s cistično fibrozo
10 Prenova transformatorske postaje

11 kotiček klinične farmacije
11 O vlogi kliničnega farmacevta v bolnikovi obravnavi

12 paliativni kotiček
12 Narava upanja v paliativni oskrbi

14 HRM-kotiček
14 Ukrepi Družini prijazno podjetje

15 kakovost
15 Ravnanje z odpadki v letu 2010 – je ločevanje obrodilo sadove?
18 Vsak posameznik s svojo ustvarjalnostjo prispeva k inovativnosti

19 stroka v vsakdanjem delu
19 Dobitnica srebrnega znaka za leto 2010 je Lojzka Prestor
20 Organizirali smo strokovno srečanje o paliativni oskrbi
23 Obravnava bolnikov s pljučno embolijo
24 Evropski projekt: OPCARE9
27 Pomembnejše znanstvene objave v letu 2010

28 po svetu
28 London – mesto izpolnjenih želja?
30 Sklepna konferenca projekta OPCARE9 v Liverpoolu (28. februar–3. marec)
31 Privatklinik Maria Hilf: Kaj se lahko naučimo v tujini?
32 Generalna skupščina ENSH Barcelona 2010

33 novosti doma
33 Kadrovske spremembe: prihodi novih sodelavcev in odhodi v obdobju december 2010–februar 2011
34 Seznam aktivnih udeležb na kongresih in seminarjih za obdobje oktober 2010–januar 2011

35 intervju
35 Intervju z Izidorjem Kernom

38 moje delo (tudi) moje veselje
38 Kurirska služba
39 Čistilni servis

40 razvedrilo
40 Športno in kulturno društvo zdravje Golniku
41 Izlet članov sindikata zdravstva in socialnega varstva
42 Utrinki iz naše bolnišnice ob prazničnih dneh – in nočeh

43 po stopinjah otroka
43 Aron in njegov dan

v slovo
Skriti predmet: Kdor išče, ta najde


**Fotografija na naslovnici:** *Besežiranje v osnovni šoli*, prva iz cikla *Pozdravi iz golniške zgodvine*, je nastala med leti 1950 in 1955, avtor neznan. Zofiji Hemi Grom in Karli Bernik se zahvaljujemo za njuno prijazno pomoč in dovoljenje za objavo fotografije.


bolnišnica GOLNIK
KLINIČNI ODDELEK ZA PLJUČNE BOLEZNI IN ALERGIJO

Glavna urednica: Anja Simonič Odgovorni urednik: Mitja Košnik Tehnična urednica: Anja Blažun Uredniški odbor: Mitja Košnik, Anja Simonič, Romana Martinčič, Anja Blažun, Nina Karakaš, Renato Eržen, Katja Vrankar, Judita Žalik, Jernej Sitar, Janez Toni Oblikovanje: Maja Rebov Lektoriranje: Jasna Zupan Tisk: Tiskarna Schwarz Naslov uredništva: Bolnišnica Golnik – KOPA, Golnik 36, 4204 Golnik, E: pljucnik@klinika-golnik.si Naklada: 700 izvodov, ISSN 1580-7223

Vse pravice pridržane. Ponatis celote ali posameznih delov dovoljen samo s pisnim privoljenjem.

# Spoštovane Golničanke, spoštovani Golničani!

**Zgodba z naslovnice:** ***Boj proti tuberkulozi***
V Parizu so leta 1921 prvikrat uporabili cepivo proti tuberkulozi, ki je že takrat vsebovalo liofilizirane seve bakterije goveje tuberkuloze Mycobacterium bovis in mu s kratico rečemo BCG. Namen cepljenja, ki so mu rekli besežiranje, je bil telo aktivno imunizirati z živim cepivom, ki vsebuje antigene, proti katerim se razvije celični imunski odziv. V Sloveniji je Ministrstvo za zdravstvo 1948. leta ustanovilo Odsek za BCG, ki je v svojih obsežnih akcijah do leta 1956 besežiral več kot 300.000 otrok in mladih. Leta 1950 se je Center za BCG in fluorografijo priključil takratnemu Inštitutu Golnik ter tja prenesel tudi svoj sedež. Na naslovnici je ujet utrinek enega od številnih besežiranj, ki so potekala na šolah. Medicinska sestra na fotografiji, ki je bila najverjetneje posneta med leti 1950 in 1955, je gospa Zofija Hema Grom. (Štefan Lepoša)

V dneh, ko se narava vse bolj samozavestno prebuja v pomlad in z vsakim sončnim žarkom bolj »pomladne« dela tudi nas, vam v branje ponujamo prvo letošnjo številko Pljučnika. Nastajala je pod rokami sveže prenovljene uredniške ekipe, kjer so se že več let zvestim ustvarjalcem in sodelavcem Pljučnika pridružili nekateri novi člani. Kljub časovni stiski in zaposlenosti prav vsakega od nas smo zagnano in ustvarjalno skupaj začeli s prvimi koraki k Pljučniku, časopisu, za katerega bi si srčno želeli, da bi ga vi – drage bralke in dragi bralci – vzeli za svojega in ga z zanimanjem prelistali v prostih trenutkih. Pljučnik, ki v letošnjem letu praznuje svoj 10. rojstni dan, je z Golničani seveda že zdavnaj spletel prve vezi in njegovi koraki so danes trdni in stabilni. Da pa bi lahko bili tudi dovolj pestri, pristno navdihujoči, povezovalni in spodbudni, je pomembno, da pozorno ohranjamo vse dobro, kar nam je Pljučnik s svojimi vsebinami doslej ponujal, in s tem nadaljujemo, obenem pa tudi, da v njegov dosedanji repertoar vnesemo svež veter. Kot nova glavna urednica Pljučnika čutim še posebej veliko odgovornost in zavezanost k cilju, da Pljučnik resnično postane zrcalo Golnika in vseh Golničanov. Da bi v uredniški ekipi k spremembam pristopili usklajeno z vašimi željami in pogledi, boste v tokratnem Pljučniku našli nekaj, čemur uradno rečemo vprašalnik o zadovoljstvu uporabnikov, neuradno pa to vzemite kot priložnost, da nam poveste, kaj mislite in kako čutite o Pljučniku, kaj imate radi, kaj vas moti in česa bi si želeli več ali drugače. K prenovi bomo pristopili v čim večji meri upoštevajoč vaša mnenja in želje.

Tokratna naslovnica je prva v nizu »pozdravov iz golniške zgodovine«, ki se po marsičem zdijo daleč proč, obenem pa so tako nenavadno blizu. Letos, ko Bolnišnica Golnik praznuje 90 let svojega obstoja, je gotovo prav, da se ozremo po njenih bogatih koreninah in preteklih izkušnjah. Morda bomo z zavedanjem, koliko vsega je naša bolnišnica že preživela, vsaj nekoliko lažje zmogli čez ovire in nezadovoljstva tega obdobja, ki pred vse nas postavlja veliko najrazličnejših zahtev. S povabilom k iskanju *Skritega predmeta* na zadnji strani Pljučnika smo vas prav tako želeli spodbuditi, da se malo sprehodite po hodnikih naše bolnišnice in poskušate začutiti, koliko najrazličnejših zgodb skrivajo in razkrivajo močni golniški temelji. Sicer pa bi radi z vami podelili pomembno dogajanje za našo bolnišnico v zadnjih mesecih, vam predstavili nov strokovni kotiček klinične farmacije, se z vami spraševali, ali je ločevanje odpadkov obrodilo sadove, ter delili razmišljanje o naravi upanja ob soočanju z iztekanjem življenja. Obenem bi vam radi predstavili nov način obravnave pljučne embolije pri nas ter golniško sodelovanje pri ravnokar zaključenem projektu OPCARE9 o optimizaciji raziskovanja in klinične oskrbe bolnikov z rakom v njihovih zadnjih dneh življenja. Skupaj bomo potovali tudi po svetu – spoznali pomembno učno in življenjsko preizkušnjo naše farmacevtke Erike Oblak, pokukali v življenje in delo Izidorja Kerna, specialista patologa in vodjo našega Laboratorija za citologijo in histologijo, ujeli nekaj utrinkov o delu sodelavk in sodelavcev iz Kurirske službe in Čistilne servisa, na učni uri teka s smučmi pa spremljali Športno in kulturno društvo Zdravje Golniku. Za konec nas bo v nedolžni otroški svet oddaljene Papue Nove Gvineje popeljal tudi Aron s kužkom Pikijem in kakadujem Kokijem. Toliko in še mnogo vsega drugega, nič manj pomembnega, se skriva na naslednjih straneh. Odprite jih.

V imenu uredniškega odbora vam želim prijetno in zanimivo branje.

} Anja Simonič

# Napovednik dogodkov ob 90. Obletnici Bolnišnice Golnik

V letošnjem letu naša hiša slavi častitljivo 90. obletnico ustanovitve; hkrati pa mineva 60 let od prve opravljene bronhoskopije v Sloveniji, ki je bila prav tako izvedena na Golniku. Ker je bilo o zgodovini Golnika že veliko povedanega, nenazadnje smo izdali tudi zgodovinsko monografijo, kjer sta ustanovitev in razvoj dobro opisana, veliko pa bomo letošnje leto še slišali, smo za vas pripravili jedrnat in kratek pregled vseh dogodkov, ki se bodo odvijali v ta namen.

**24. marec**
**Slovenska akademija znanosti in umetnosti, Ljubljana:** V sodelovanju z Znanstvenoraziskovalnim centrom SAZU ter Inštitutom za zgodovino medicine bo potekala novinarska konferenca, na kateri bo predstavljena knjiga Tuberculosis (1860–1960): Slovenia's Golnik Sanatorium and TB in Central Europe, ki jo je kot tretjo v seriji golniških knjig napisala Zvonka Zupanič Slavec.

**20. september**
**Bolnišnica Golnik:** Delavnice iz klinične farmacije za zdravnike in farmacevte.

**5. oktober**
**Cankarjev dom:** Slavnostna akademija ob 90. obletnici pod častnim pokroviteljstvom predsednika države, dr. Danila Türka.

**6. oktober**
**Bolnišnica Golnik:** Delavnice »Organizirajoča pljučnica«.

**7.–8. oktober**
**Hotel Park, Bled:** Mednarodni kongres za zdravnike in medicinske sestre.

**14.–15. oktober**
**Bolnišnica Golnik:** Delavnice iz bronhoskopije z mednarodno udeležbo.

**Druga polovica oktobra**
**Bolnišnica Golnik:** Delavnice iz ultrazvoka srca.

} Anja Blažun

# Obisk ministra za zdravje

Minister za zdravje, Dorjan Marušič, v družbi direktorja Mitje Košnika in drugih gostov. Častnega gosta je pozdravila polna dvorana Golničanov. Foto: S. Papler.

Sedmega januarja nas je obiskal minister za zdravje Dorjan Marušič. Njegov obisk smo izkoristili za predstavitev dejavnosti bolnišnice, novega strateškega poslovnega načrta in vizije razvoja bolnišnice za naslednjih pet let.

Minister pa nam je predstavil vizijo razvoja zdravstvenega sistema v prihodnjih letih ter umeščenost Klinike Golnik vanj. V njegovi viziji ima Klinika Golnik samostojno vlogo in pomembno mesto tako na sekundarni kot tudi na terciarni ravni zdravstvenega varstva. Vidi nas kot samostojno torakalno kliniko. Možnost za nadaljnji razvoj vidi predvsem v širitvi onkoloških zdravljenj, vključno z razvojem radioterapije, in v izvajanju dejavnosti sistemskega zdravljenja drugih pogostih rakov za področje Gorenjske. Razumel je tudi našo prioriteto postavitve nacionalnega laboratorija in oddelka za tuberkulozo po standardih, ki jih zahteva Svetovna zdravstvena organizacija, ter posodobitev nacionalnega programa za tuberkulozo.

Minister je ob tej priložnosti odprl najsodobnejšo endoskopsko dvorano v Evropi in prenovljeni laboratorij za motnje dihanja med spanjem.

} Mitja Košnik, Jurij Stariha

Pogovor med ministrom, vodjem Oddelka za respiratorno endoskopijo, Alešem Rozmanom, in direktorjem. Foto: S. Papler.

V najsodobnejši evropski bronhoskopirnici. Minister z zanimanjem spoznava našo najnovejšo pridobitev. Foto: S. Papler.

Na poti skozi bolnišnico. Foto: S. Papler.

Minister prejema naše darilo, posnetek izobraževalnega filma o bronhoskopiji, ki si ga pri nas ogledajo vsi bolniki pred tem posegom. Minister je bil darila iz rok Anje Simonič zelo vesel. Foto: S. Papler.

Slavnostno rezanje traku prenovljenih prostorov Laboratorija za motnje dihanja med spanjem v veselem vzdušju, minister v družbi Jasmine Gabrijelčič. Foto: S. Papler.

# Letno poročilo za leto 2010 in letni načrt za leto 2011

Na kratko lahko povzamemo, da smo leto 2010 sklenili zelo uspešno: realizirali smo ves zakupljeni program, dosegli večino zastavljenih ciljev, poslovali pozitivno ter uspešno prestali akreditacijsko presojo po standardu NIAHO.

### Letno poročilo 2010

Za začetek smo lahko zadovoljni, da nam je uspelo kljub zaostrenim razmeram poslovati uspešno tudi v letu 2010. Kratek pogled na izkaz uspeha pokaže, da smo imeli skoraj 120 tisoč evrov presežka prihodkov nad odhodki. Podrobnejši pogled pa razkrije, da smo dobili kar okoli 500 tisoč evrov manj prihodkov od našega največjega plačnika, to je ZZZS.

Ugotovimo lahko, da smo naredili veliko pomembnih stvari in sklenili še eno uspešno leto:

**Nacionalni projekti**

- Sodelovali smo:
  - v Razširjenih strokovnih kolegijih za interno medicino, zdravstveno nego, paliativno medicino in za laboratorijsko diagnostiko,
  - v Zdravstvenem svetu,
  - v Nacionalni komisiji za obvladovanje bolnišničnih okužb pri Ministrstvu za zdravje,
  - v nacionalni Komisiji za razvrščanje zdravil,
  - pri pripravi zdravstvene zakonodaje,
  - pri nacionalnem programu paliativne oskrbe,
  - pri projektu e-zdravje pri Ministrstvu za zdravje,
  - pri nacionalni stroškovni analizi.

**Kadri**

- Dobili smo 2 nova doktorja znanosti in 2 magistra znanosti.
- Pridružila se nam je specialistka, usmerjena v internistično onkologijo.
- Dobili smo specializantke internistične onkologije, interne medicine in pnevmologije.

**Nove diagnostične/terapevtske metode in postopki**

- Uvedli smo nove načine kemoterapije in sistemskega zdravljenja raka pljuč.
- Na nacionalni ravni smo uvedli določevanje statusa EGFR – aktivirajoče mutacije pri bolnikih s pljučnim rakom.
- Uvedli smo biobanko za bolnike s pljučnim rakom.
- Začeli smo izvajati nevralno kontrolirano ventilacijo.
- Vpeljali smo negovalni tim za kirurške bolnike.

**Posodobitev opreme in prostorov**

- Prenovili smo prostore bronhoskopije, sedaj razpolagamo z najsodobnejšo dvorano za bronhoskopijo v Evropi.
- Kupili smo sistem za srčno kateterizacijo.
- Prenovili smo laboratorij za motnje spanja.
- Obnovili smo del negovalnega oddelka.
- Pridobili smo dodatno sobo za bolnike na intenzivnem oddelku.
- Kupili smo plazma sterilizator.
- Postavili smo nov interni portal – intranet,
- Pričeli smo prenovo trafopostaje (predviden zaključek v februarju 2011).
- Izvedli smo konsolidacijo IT-opreme (tiskalniki, računalniki, strežniki).
- Končali smo prenovo virtualizacijskih strežnikov ESX, virtualizirali smo še 6 delujočih fizičnih strežnikov.
- Sklenili smo uvedbo laboratorijskega informacijskega sistema LABEX.
- Uvedli smo sistem naročanja v zunanje lab. v lab. biokemija in uvoz izvidov v digitalni obliki (Expedit).
- Uvedli smo sistem naročanja v zunanje laboratorije in v biokemijskem laboratoriju ter uvoz izvidov v digitalni obliki (Expedit).
- Končali smo projekt postavitve brezžičnega omrežja ter izvedli njegovo predstavitev.

**Pedagoško delo in kongresna dejavnost**

- Aktivno smo vključeni v proces izobraževanja iz klinične farmacije na Fakulteti za farmacijo ter iz interne medicine na Medicinski fakulteti. V letu 2010 je pri nas opravljalo vaje in prakso 22 študentov farmacije ter 182 študentov medicine.
- Sodelujemo pri dodiplomskem in podiplomskem študiju na Medicinski fakulteti v Mariboru, na Biotehniški fakulteti, na Visoki šoli za zdravstveno nego na Jesenicah. Pri nas je klinično prakso opravljalo 131 študentov Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice, 27 študentov pa poletni praktikum.
- Aktivno smo sodelovali na več mednarodnih pulmoloških, alergoloških in kardioloških kongresih.
- Nadaljevali smo prenos znanja na zdravnike družinske medicine z astma šolo in s sodelovanjem na Tav-

| | 2010 | 2009 | $I^*_{10/09}$ | Načrt 2010 | $I^*_{r/p}$ |
|---|---|---|---|---|---|
| Število postelj | 216 | 213 | 101 | 216 | 100 |
| Število bolnikov, sprejetih na zdravljenje v bolnišnico | 7.937 | 7.403 | 107 | 7.228 | 110 |
| Povprečna ležalna doba | 6,6 | 7,2 | 92 | 7,1 | 93 |
| Število bolnikov v ambulantni obravnavi | 38.922 | 39.692 | 98 | 38.917 | 100 |
| Povprečno število zaposlenih | 495 | 493 | 100 | 493 | 100 |
| Sredstva, namenjena izobraževanju (v EUR) | 340.858 | 322.829 | 96 | 333.971 | 93 |
| Prihodki (v EUR) | 25.482.512 | 24.857.317 | 103 | 24.435.222 | 104 |
| Odhodki (v EUR) | 25.362.742 | 24.661.908 | 103 | 24.409.200 | 104 |
| Presežek prihodkov nad odhodki (v EUR) | 119.770 | 195.409 | 61 | 26.022 | 46 |

*Indeksa prikazujeta razmerje med dvema podatkoma iste vrste. Vrednost indeksa nad 100 predstavlja povečanje merjenega dejavnika, pod 100 pa zmanjšanje glede na primerjalno obdobje.

Naša bronhoskopirnica – najsodobnejša v Evropi. Foto: S. Papler.

čarjevih dnevih.
- Organizirali smo podiplomsko izobraževanje Golniški simpozij 2010.
- Organizirali smo mednarodno šolo bronhoskopije.
- Organizirali smo izobraževanje iz tuberkuloze.
- Organizirali smo delavnice iz paliativne medicine.
- Organizirali smo astma šolo za medicinske sestre.
- Kot gostujoči učitelji smo sodelovali v podiplomskih izobraževanjih s področja pulmologije in alergologije na medicinskih fakultetah na Hrvaškem in v BiH.
- Imamo stalno izobraževanje za zdravnike, medicinske sestre in laboratorijske delavce v ustanovi.
- Sodelovali smo pri izvedbi sestanka avstrijskega alergološkega združenja OGAI v sodelovanju z gostujočimi združenji iz Slovenije, Hrvaške, Madžarske, Češke in Slovaške.

**Raziskovalno delo**
- 71 registriranih raziskovalcev in 59 tehničnih sodelavcev.
- 5 mladih raziskovalcev.
- 10 projektov ARRS, 2 programa ARRS, 7 projektov EU in 7 drugih projektov.
- 16 farmacevtskih študij.
- Približno 122 internih raziskav.
- Objavili smo 14 člankov v revijah s faktorjem vpliva.

**Zaposleni**
- Implementirali smo vse ukrepe povezane s certifikatom Družini prijazno podjetje in pridobili polni certifikat.
- Sodelovali smo v projektu merjenja zadovoljstva zaposlenih.
- Nadaljevali smo programe usposabljanja za razvoj vodstvenih veščin (kompetence vodij).
- Izvajali smo proaktivno politiko zaposlovanja deficitarnih kadrov.
- Nadaljevali smo politiko štipendiranja.
- Zmanjšali smo bolniško odsotnost za 0,5 odstotne točke.

**Letni načrt 2011**
- Operacionalizacija SPN 2011–2015 prek priprave in izvajanja letnih načrtov, vključujoč nadzor izvajanja, ter hiter odziv na morebitne novonastale razmere ostajata naši vodili pri uresničevanju zastavljenih ciljev.
- Širili bomo dejavnosti sistemskega zdravljenja pljučnega raka, obravnave motenj dihanja med spanjem, rehabilitacije pljučnih bolnikov, kirurgije.
- Telemedicina bo omogočila bolj optimalno izrabo virov, predvsem na področju rentgenologije.
- Lokacijska bližina kirurgije nam bo omogočala poglabljanje sodelovanja s kirurško stroko ter povečanje varnosti in udobnosti naših pacientov.
- S prenovo bomo pridobili prostore za raziskovalno enoto, uredili bomo specialistične ambulante in pedagoško enoto.
- Za varnost bolnikov bomo skrbeli tudi z obravnavo opozorilnih dogodkov, z aktivnostmi klinične farmacije in s koordinatorjem odpusta.
- Nadaljevali bomo selektivna vzdrževalna dela v vseh stavbah bolnišnice, da bi izboljšali kakovost bivanja za paciente in zaposlene oziroma povečali bolnišnične kapacitete.
- V prihajajočem letu bo ena od prednosti pridobitev vse potrebne dokumentacije za izgradnjo oddelka ter laboratorija za TB v skladu s standardom CDC. Sredstva za izvedbo investicije, ki je nedvomno nacionalnega pomena, smo delno zagotovil s prodajo objekta Samski dom, vendar so ta sredstva trenutno še v integralnem proračunu. V sodelovanju z MZ bomo pripravili vlogo za umestitev Centra za TB v ustrezne nacionalne operativne programe.

Leto 2011 bo s finančnega vidika podobno kot leto 2010. V letu 2010 so se cene zdravstvenih storitev stabilizirale. V letu 2010 nam določenih načrtovanih investicij ni uspelo izvesti, zato smo jih vključili v načrt 2011.

Največji posamezni znesek predstavlja 1 milijon evrov za prenovo Vurnikove stavbe. V letu 2011 načrtujemo idejni projekt ter morebitno ureditev prostorov za raziskovalni oddelek in polikliniko.

Prenos nerealiziranih investicij iz načrta za leto 2010 znaša 1.290.700 evrov. Največja nerealizirana investicija je bila energetska sanacija bolnišnice. Na razpisu smo zbrali premalo točk, zato nismo prejeli sredstev. Po razpoložljivih informacijah bo razpis v letu 2011 ponovljen, tako da bomo energetsko sanacijo predvidoma začeli v letu 2011. Med večjimi nerealiziranimi investicijami, ki se prenašajo v načrt za leto 2011, velja omeniti še prenovo dvorane, ureditev raziskovalnega oddelka in poliklinike ter zobne in splošne ambulante. Če bodo ostali zainteresirani (lokalna skupnost, občina in Zdravstveni dom Kranj) prispevali svoj delež, bomo prostore ambulant prenovili v letu 2011, v nasprotnem primeru pa ne.

Medtem ko smo na začetku leta 2010 poudarjali pomen varčevanja in pričakovali znižanja prihodkov, lahko v leto 2011 stopimo bolj samozavestno. Če bomo tudi letos poslovali tako racionalno, kot smo v letu 2010, smo lahko prepričani, da bomo letošnje leto sklenili uspešno.

} Jurij Stariha

# Uspešna akreditacijska presoja

Presojevalci z leve proti desni: Patrick Horine, Nancy Bear, Judith Purdy in Joseph Robinson. Foto: S. Papler.

V ponedeljek, 28. 2., in v torek, 1. 3. 2011, so bili v naši ustanovi presojevalci akreditacijske hiše DNV. Preverjali so, kako izpolnjujemo zahteve standarda NIAHO. Pogovarjali so se s številnimi sodelavci in ob tem oblikovali mnenje o kakovosti našega dela.

Ob koncu obiska so nas razveselili z dobro oceno. Med drugim so pohvalili:

- zelo aktivno vlogo zdravnikov pri zdravstveni oskrbi bolnikov, ki se odraža v stalni prisotnosti zdravnikov na bolniških oddelkih,
- strokovno in zavzeto skrb osebja zdravstvene nege za paciente,
- veliko čistočo vseh prostorov bolnišnice,
- procesni pristop k obravnavi bolnikov,
- dober proces vodenja, ki temelji na številnih podatkih o poslovanju in vključenosti širokega kroga zaposlenih,
- sodobno diagnostično opremo.

**DNV (Det Norske Veritas):** neodvisna globalna fundacija, ustanovljena leta 1864 na Norveškem, danes pa ima prek 300 pisarn v več kot 100 državah. Prisotna je na področju zdravstva, ladjarstva, energetike, menedžmenta in financ. Ukvarja se predvsem s certifikacijami, klasifikacijami, konzultacijami, testiranjem materialov, informacijskimi rešitvami, tehnološkimi kvalifikacijami ter verifikacijami.

Seveda so nam svetovali tudi, kaj bi lahko izboljšali. Kot najpomembnejši pomanjkljivosti so izpostavili ravnanje z narkotiki in uporabo ovirnic v procesu zdravstvene oskrbe pacientov.

Izpopolniti moramo tudi:

- popise bolezni (natančnejše predpisovanje zdravil, podpisi zdravnikov, več informacij kirurga o izvedenih pred- in pooperativnih posegih pri vsakem pacientu),
- program preprečevanja infekcij,
- zagotavljanje varnosti pri dostopu do zdravil,
- spremljanje kakovosti dela vsakega zdravnika z ustrezno povezavo rezultatov spremljanja z načrtovanjem izobraževanja,
- upoštevanje določil varnostnih listin pri delu z nevarnimi snovmi (tudi čistili),
- nadzor temperature v hladilnikih v oddelčnih ambulantah,
- odstranjevanje kartonske embalaže s tal,
- nadzor nad kajenjem v prostorih bolnišnice,
- obnavljanje in poskusno izvajanje načrta ravnanja ob izrednih dogodkih.

Vsem, ki ste aktivno sodelovali pri presoji, in vsem, ki ste s svojim dosedanjim delom pripomogli k dobremu rezultatu, čestitam in se zahvaljujem za opravljeno delo.

Vabim vas k sodelovanju pri izvedbi vseh nadaljnjih aktivnosti, ki bodo potrebne, da bomo končali naslednje formalne korake v postopku pridobitve akreditacije. Menimo, da bomo postopek končali v roku dveh mesecev po prejemu pisnega poročila o ugotovitvah presoje.

} Mitja Košnik

Akreditacijska presoja v živo, pogovor s Petro Mikloša in Tatjano Jakhel. Foto: S. Papler.

## Utrinki zaposlenih:

**Mira Šilar, ki je bila spremljevalka enega od presojevalcev**

*»Joseph ali krajše Joe (gospod je želel, da ga tako kličemo) je največ pozornosti namenil varnosti. Na vseh oddelkih je preverjal, ali si primerno in pravočasno zaščitimo oči. Vsi smo v en glas trdili, da ja, seveda, in pokazali zaščitna očala – še vedno zavita v originalno folijo. Takoj je bilo jasno, kako je z zaščito in uporabo očal. 'Ljudje, samo ene oči imate, bodite pozorni in previdni, ne glede na zahteve standardov,' nam je zabičal.*

*Sicer je bil gospod Joe (častitljivih 70 let) izjemno vešč in prijeten presojevalec, ki je naju z Boštjanom gnal po vseh prostorih znotraj in zunaj bolnišnice in po vsem sprehajanju ni bil prav nič utrujen!«*

**Anja Blažun, ki je po potrebi tolmačila**

*»Zadovoljna ugotavljam, da zaposleni z vsakim obiskom presojevalcev iz tujine, ko se morate z njimi sporazumevati v angleščini, postoma in zanesljivo izgubljate strah pred govorjenjem v angleščini. Prav vse vpletene bi pohvalila, da me tokrat niste skorajda nič rabili. Niso pomembne napake, temveč to, da se lahko sporazumete – in to vam je tokrat povsem uspelo! Naj dodam še to, da so tudi presojevalci izrecno pohvalili dejstvo, da ste se zaposleni lahko z njimi pogovarjali sami, v angleščini in brez pomoči, saj so namreč na Češkem imeli velike težave prav s sporazumevanjem.«*

**Katja Vrankar**

*»Ker sem bila sogovornica presojevalke že v prvem terminu, to je v predpresoji, sem videla, da se presojevalci »ustavijo« na čisto vsakdanjih stvareh in želijo videti realno sliko našega dela. Presoja, ki je bila 28. 2. in 1. 3., je kljub drugi presojevalki, ki je prišla na Intenzivni oddelek potekala na enak način. Za vsako vprašanje, ki ga je zastavila, je želela potrditev tudi v praksi. Odgovore je preverila v različnih situacijah. Večji del vprašanj je bil vezan na zagotavljanje kakovostne in varne obravnave pacientov, dokumentacijo in skrb za obvladovanje zdravil ter medicinsko-tehničnih pripomočkov.*

*Presojo ocenjujem kot pozitivno, saj se je izkazalo, da ponuja priložnosti za izboljšave. O nekaterih smo razmišljali že prej, druge so nove. Takšna presoja je priložnost za hitrejše ukrepanje in realizacijo predlaganih ukrepov za izboljšave.«*

**Saša Kadivec**

*»Dva dni sem bila spremljevalka Judith, ki je ocenjevala klinično delo na oddelkih/enotah. Na kateri oddelek/enoto bo šla, se je odločala sproti. Prvi dan je želela na intenzivni oddelek, na oddelek 700 in v urgentno ambulanto, naslednji dan na oddelka 200 in 600. Na oddelkih je ocenjevala predvsem ravnanje z zdravili in vodenje bolnikov z ovirnicami. Svoje sogovornike si je zbirala sproti, na 200 je odšla tudi k bolniku. Zanimalo jo je predvsem, kako se počuti in kakšna je hrana. Vprašanja, ki nam jih je postavljala, je čez nekaj časa v pogovoru preverila s kontrolnim vprašanjem.*

*Bili smo dobri – komunikativni in odprti sogovorniki. Svoje navedbe smo morali podkrepiti z dokazi. Akreditacija se mi zdi pozitivni doprinos h kakovosti in varnosti bolnikov. S svojimi ugotovitvami so nam akreditatorji pokazali nekaj vsebinskih priložnosti za izboljšanje.«*

**Tatjana Jakhel in Petra Mikloša**

*»Ker nisva bili obremenjeni s tem, da bova sodelovali pri presoji, je pogovor potekal povsem sproščeno. Tudi presojevalca sta poskrbela za sproščeno vzdušje. Nasmejali smo se na ta račun, da je presojevalka prikimavala Tatjani, ki je govorila v slovenskem jeziku.*

*Presojevalec je imel strukturirana vprašanja, zanimala so ga izključno tista o praktičnem delu in konkretnih situacijah.«*

**NIAHO:** (the National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations): standard za bolnišnice, ki ima za osnovo zahteve standarda ISO 9001 in omogoča prilagoditev nacionalni zakonodaji. Standard NIAHO je razvil organ DNV, potrdil pa ga je US Centers for Medicare and Medicaid (CSM) kot akreditacijski organ bolnišnic v ZDA.

Kot smo zapisali že v prejšnji številki, nam izpolnjevanje zahtev standarda NIAHO omogoča pridobitev in vzdrževanje mednarodno priznane akreditacije. Od akreditacije pričakujemo tako zunanje kot notranje koristi. Zunanje koristi se bodo odrazile predvsem v večji prepoznavnosti Klinike Golnik tako v domačem in še bolj v mednarodnem prostoru. Znotraj klinike pa se bo izboljšala predvsem varna oskrba bolnikov ter racionalizirali procesi medicinske oskrbe in zdravstvene nege.

# Bolnišnica Golnik postala članica Mreže za promocijo zdravja v bolnišnicah

Promocija zdravja je eden temeljnih javnozdravstvenih pristopov, katerega osrednji namen je krepitev veščin ljudi za ohranjanje zdravja in spreminjanje okolij, da bi le-ta nudila več možnosti za zdrave odločitve. Bolnišnice in drugi zdravstveni zavodi so bili v preteklosti pogosto razumljeni kot okolja, ki so izključno osredotočena na prepoznavanje in zdravljenje bolezni posameznika, in ne kot okolja s potencialom za krepitev zdravja ter izboljšanje z zdravjem povezane kakovosti življenja.

Pod okriljem Evropskega urada Svetovne zdravstvene organizacije so leta 1989 v Bolnišnici Rudolfstiftung na Dunaju začeli pilotni projekt vključevanja načel promocije zdravja v bolnišnično okolje. Kasneje so se projektu pridružile bolnišnice iz drugih evropskih držav, danes pa govorimo o Mednarodni mreži za promocijo zdravja v bolnišnicah, ki vključuje 829 bolnišnic in drugih zdravstvenih zavodov iz 40 držav sveta.

V okviru strokovnega srečanja na temo promocije telesne dejavnosti v zdravstvenih okoljih (HEPA) se je v Ljubljani mudila predsednica Mednarodne mreže za promocijo zdravja v bolnišnicah prof. dr. Hanne Tonnesen. Udeležencem je predstavila koncept, standarde in možnosti za vključitev v mrežo. Bolnišnica Golnik je aktivnosti za vključitev v mrežo začela pred časom in je uspešno izpolnila vsa merila. Prof. dr. Hanne Tonnesen je zato predstavnikom Bolnišnice Golnik predala certifikat za članstvo v Mednarodni mreži za promocijo zdravja v bolnišnicah. Več o pomenu članstva v prihodnji številki Pljučnika.

} Mitja Košnik, Jerneja Farkaš, Danica Šprajcar

HPH Membership Certificate
2011 – 2014

University Clinic of Respiratory and Allergic Diseases Golnik

Golnik
Slovenia

For the International HPH Secretariat:

Date:

Signature:

Prof. Hanne Tonnesen, Director of WHO-CC

Certifikat Mreže za promocijo zdravja v bolnišnicah.
Foto: M. Osojnik.

# Donacija podjetja Iskraemeco Kliniki Golnik

Naprava Interactive Breath Hold Control System. Vir: http://www.medspira.com/products.

Februarja 2011 je podjetje Iskraemeco, d. d., Bolnišnici Golnik – Kliniki za pljučne bolezni in alergijo za nakup naprave Interactive Breath Hold Control System, ki se uporablja za nadzor dihanja pri biopsiji pljuč, podarilo 7500 evrov.

Poleg Iskraemeca so pri zbiranju sredstev pomagali tudi dobavitelji: Cores Informacijski Sistemi, Slovenija; IBE Electronics, Kitajska; EBV Elektronik, Nemčija; Rutronik Elektronische Bauelemente, Nemčija; Shanghai Jiading, Kitajska. K donaciji so prispevali še: Tronitec, Slovenija; Plestenjak Jerneja, Slovenija; Group 4 Securicor, Slovenija; SG Guzelj, Slovenija; Changshu South-East Plastic, Kitajska; Just, Slovenija; Interkont, Nemčija; Scorp, Slovenija; Biplast, Slovenija; Perfekt, Slovenija.

Sistem Interactive Breath Hold Control System ameriškega proizvajalca Medspira, ki smo ga na Kliniki Golnik kupili z donacijo, se uporablja za interaktivni nadzor dihanja med interventnimi posegi na CT-ju. Bolnikom omogoča natančno in dosledno ponavljanje in zadrževanje vdiha na isti referenčni točki (enako globok vdih).

Dihanje oziroma dihalni gibi predstavljajo veliko težavo pri perkutanih interventnih posegih v spodnjih delih pljuč in zgornjem abdomnu, saj se spremembe (tumorji) med normalnim dihanjem gibljejo tudi za več kot 4–5 cm. Manjši tumorji (manjši od 2 cm) v teh delih pljuč so bili do zdaj skoraj nedostopni punkciji.

Napravo sestavlja zračni meh (pas), ki ga bolniku namestimo okrog prsnega koša. Naprava nato z nadzorom tlaka v mehu s pomočjo svetlobnih signalov bolniku in zdravniku omogoča nadzor nad globino vdiha.

Napravo že uporabljamo in smo navdušeni nad njeno preprosto uporabo in učinkovitostjo. Pri zahtevnih punkcijah se je čas posega z uporabo sistema Interactive Breath Hold Control System skrajšal, saj je potrebno manjše število punkcij oziroma ponovitev, kar hkrati pomeni manjšo možnost nastanka zapletov, predvsem pnevmotoraksa, in manjše obsevanje z rentgenskimi žarki.

} Igor Požek, Anja Blažun

# Donacija bolnikom s cistično fibrozo

Avtorica pesniške zbirke, Vanda Šega, v ozadju ena izmed fotografij Janeza Štrosa.
Foto: A. Blažun.

Nataša Tič Ralijan ob prebiranju poezije, v ozadju še ena izmed razstavljenih slik.
Foto: A. Blažun.

Lansko jesen se je na nas obrnila gospa Vanda Šega, ki že več kot 20 let piše pesmi in je doslej izdala 6 samostojnih pesniških zbirk. Prijetno nas je presenetila, saj sta se z gospodom Janezom Štrosom, slikarjem, odločila, da ves izkupiček od prodaje najnovejše pesniške zbirke Rezine svetlobe, v kateri so poleg Vandinih pesmi objavljene tudi reprodukcije Janezovih slik (olje na platnu), podarita naši hiši za zdravljenje bolnikov s cistično fibrozo. Veselje je bilo še toliko večje, saj je končni izkupiček znašal 10.000 evrov.

Gospa Vanda nam je zaupala, zakaj se je odločila prav za bolnike s cistično fibrozo in za Bolnišnico Golnik: »Prvotna misel naju je vodila, da bi podarila nekaj dobrega otrokom. Ko pa sem dobila informacijo, kaj pravzaprav pomeni cistična fibroza, da gre za bolezen, ki jo zaradi okvare gena otroci prinesejo na svet in so potem vse svoje življenje nekako ves čas vpeti in odvisni od staršev in stroke, da jim ta pomaga lajšati bolezen in pravzaprav tudi živeti, sva se odločila za bolnike s to boleznijo, saj ne glede na to, da ne gre zgolj za majhne otroke, ampak so bolniki tudi mladostniki, prav njim želiva pokloniti teh nekaj sredstev.«

V začetku decembra, ko se je dobrodelna akcija zbiranja (uradno) končala, smo v bolnišnici pripravili literarno obarvano prireditev Podarimo besedo. V kulturnem delu programa je z recitacijami Vandinih pesmi nastopila golniška znanka in prijateljica, igralka Nataša Tič Ralijan, trenutke med pesmimi pa je z nežno glasbo zapolnila violina izpod rok Marjane Gregorič. V strokovnem delu je dr. Matjaž Fležar predstavil novosti vitaminskega zdravljenja bolezni. Ob koncu sta avtorja dr. Fležarju simbolično predala bon z vrednostjo 10.000 evrov, ki jih bomo po zagotovilu dr. Fležarja porabili za nakup aparata za izkašljevanje West Airway Clearance System; ostanek pa za izobraževanje osebja, ki dela na tem področju.

} Anja Blažun

*Naplavina v žepu zaliva zaudarja po luskah in školjčnih lupinah.*
*Z nogami do gležnjev rišem kroge po temni vodi in odštevam čas.*
*Pomol spi.*
*Le družina galebov se leno veseli jutra. Zarezali bodo v tišino in z drgetom glasu na stežaj odprli okno dneva.*

*Kadar me zjutraj napolniš s svetlobo ljubezni,*
*je dan rožnat travnik*
*za gola stopala ljubezni.*

# Prenova transformatorske postaje

Poraba električne energije v Bolnišnici Golnik navkljub varčevanju vsako leto malo poraste. Povečanje porabe se dogaja predvsem zaradi nameščanja novih naprav, ki pa včasih niso najbolj varčne.

Leta 2010 smo na primer porabili 2,3 milijona kWh električne energije, končna moč porabe pa je znašala tudi do 490 kW, kar je skoraj na meji dovoljenega za transformator (80 % nazivne moči).

V transformatorski postaji je bil nameščen en transformator moči 630 kW, ki ni imel več rezerve v zmogljivosti. V objekt (v prostor stikališča) je zamakalo skozi strop, v istem prostoru so bile nameščene tudi nizkonapetostne (NN) razdelilne omare.

V sosednjem prostoru sta nameščena dva dizelska agregata. Novejši (2007), moči 500 kW, in starejši, moči 280 kW, ki skrbita za dobavo električne energije ob izpadu dobave s strani Elektra Gorenjske.

Po prenovi sta bila v transformatorsko postajo vgrajena 2 transformatorja, vsak z močjo 1000 kW. Ker ni pričakovati večjega zmanjšanja porabe električne energije, smo vgradili večji transformator, drugega pa smo morali vgraditi zaradi standardov, ki veljajo za bolnišnice (100 % rezerva).

Prostor je bil gradbeno obnovljen, NN-razdelilne omare pa smo prestavili v drug prostor, kajti standardi zahtevajo, da so srednjenapetostni (SN) elementi in NN-elementi v ločenih prostorih.

Prav tako je bil vgrajen centralni nadzorni sistem (CNS), prek katerega zdaj lahko nadzorujemo porabo električne energije za vsak posamezni odcep (objekt) posebej. Dobava električne energije v bolnišnico poteka po dveh dovodih Elektra Gorenjske, katerih preklop je daljinsko voden.

Vsi ti posegi v elektroomrežje pa niso izvedljivi brez popolnih izklopov dobave električne energije, ki ste jih občutili v preteklih mesecih. Delo je potekalo v celoti po naših predvidevanjih, ugotovili pa smo tudi nekaj nepravilnosti in pomanjkljivosti, ki jih drugače mogoče ne bi nikoli odkrili brez resnih posledic.

Pohvaliti je treba tudi izvajalca del, podjetje Eprojekt, d. o. o., iz Trzina, ki je svoje delo opravil profesionalno in kakovostno.

Vsem sodelavcem se zahvaljujemo za potrpežljivost in razumevanje, ki ste ju pokazali v času izklopov dobave električne energije.

} Boštjan Zakrajšek

Fotografiji povesta vse – stanje prej in potem. Foto: B. Zakrajšek.

# O vlogi kliničnega farmacevta v bolnikovi obravnavi

**Za začetek**

Ob povabilu v uredniški odbor Pljučnika s strani glavne urednice sem bil zelo počaščen, predvsem zaradi dejstva, da smo v našo revijo uvedli novo rubriko z nazivom klinična farmacija, kjer vam bom skupaj s sodelavci poskušal predstaviti našo stroko.

Klinični farmacevt ima svoje mesto na oddelku, kjer skupaj z ostalimi člani zdravstvenega tima skrbi za dobrobit bolnikov. V tem se tudi močno razlikuje od tradicionalne vloge farmacevta v bolnišnični lekarni, kjer je skrbel za dobavo in pripravo zdravil. V razvitem zahodnem svetu so že pred časom ugotovili, da farmacevt v pomembni meri pripomore k racionalizaciji terapije, zato je npr. v ZDA in Veliki Britaniji njegova vloga bolj prepoznana in tudi cenjena kot marsikje v Sloveniji.

Klinično farmacijo so v Bolnišnici Golnik začeli razvijati pred leti (članek o začetkih bo objavljen v eni izmed prihodnjih številk Pljučnika). V začetku je bila vloga farmacevta na oddelku malce nejasna, saj nihče od ostalih zdravstvenih delavcev ni točno vedel, kaj naj od farmacevtov pričakuje in kakšne so njihove pristojnosti. Sčasoma smo premagali začetne strahove in nerazumevanja ter z večino zdravstvenih delavcev razvili zelo konstruktivno sodelovanje in na nekaterih oddelkih postali nepogrešljiv člen v zdravstvenem timu pri zagotavljanju bolj kakovostne in varne obravnave bolnikov.

**Kaj počnejo farmacevti na Golniku?**

Farmacevti v Bolnišnici Golnik v sklopu nalog s področja klinične farmacije trenutno opravljamo naslednje aktivnosti:

- Pri bolnikih s kemoterapijo preverimo predpis kemoterapije (preračun odmerkov zdravil glede na telesno težo, prilagajanja glede na ledvično in jetrno funkcijo, predpis antiemetikov in druge podporne terapije). Ob morebitnih odstopanjih od klinične poti opozorimo zdravnika.
- Z vsakim bolnikom, kjer je predviden začetek zdravljenja s citostatiki, se pogovorimo o predhodnem jemanju vseh zdravil in prehranskih dopolnil. Pridobljene podatke analiziramo ter preverimo morebitne interakcije s predvideno terapijo in poročamo zdravniku.
- Pri bolnikih, ki se zdravijo za tuberkulozo, opravimo farmakoterapijski pregled, ki ga zabeležimo v BIRPISu. Opozarjamo predvsem na interakcije med zdravili, saj so pri antituberkulotikih zelo pogoste in za bolnika lahko tudi nevarne.
- Opravljamo svetovanje bolnikom s tuberkulozo o pravilnem jemanju zdravil ter morebitnih neželenih učinkih zdravil.
- Ob predpisih podkožnih črpalk preverimo ustreznost odmerkov zdravil ter ostale terapije.

Našo mlado ekipo farmacevtov sestavljamo: vodja lekarne (Maja), trije farmacevti (Erika, Nanča in Janez), mlada raziskovalka (Lea) in farmacevtka na porodniškem dopustu (Tina).

Poleg teh glavnih nalog smo večkrat poskušali doseči stalno prisotnost na posameznih oddelkih v sklopu vizit ali raportov, kar nam žal ne uspeva. Naše klinično delo je zaradi preostalih obveznosti (preskrba bolnišnice z zdravili, priprava kemoterapije, subkutanih črpalk…) v večji meri omejeno na prosti čas in v preveliki meri odvisno od samoiniciativnosti posameznika. Z racionalizacijo ostalih procesov želimo doseči, da bomo imeli na voljo dovolj časa za redno delo na oddelkih. Naša vloga pri obravnavi bolnikov s pljučnim rakom je v tujih krogih naletela na izjemno pozitiven odziv.

Rezultate našega dela beležimo, analiziramo in podatke objavljamo v domačih in tujih publikacijah ter na kongresih in simpozijih. Sodelujemo pri izvajanju vaj iz predmeta klinična farmacija v sklopu univerzitetnega študija farmacije, pri praktičnem usposabljanju študentov farmacije in pri izvedbi podiplomskega izobraževanja. Vsako leto pod našim delovnim mentorstvom nekaj študentov farmacije izvede diplomsko delo v naši bolnišnici. Posamezne raziskave so bile zelo pozitivno sprejete v domačih strokovnih krogih.

Marsikdo nas vpraša, zakaj nismo tako kot ostali farmacevti zaposleni raje v zunanjih lekarnah ali v raznih predstavništvih. Odgovor je enostaven – želja po strokovnem izpopolnjevanju, reševanje kliničnih problemov, stik z bolnikom ter osebno zadovoljstvo.

} Janez Toni

# Narava upanja v paliativni oskrbi

Telesno zdravi posamezniki običajno pričakujemo, da bo večina neozdravljivo bolnih doživljala depresivna občutja in živela brez upanja. Največkrat gre pri tem za projekcije naših občutij in čustev na bolnika, ki je v nepredvidljivi in velikokrat težko nadzorovani situaciji.

Prve raziskave upanja, ki so primerjale prisotnost upanja pri bolnikih, ki so vključeni v akutno zdravljenje, in pri bolnikih, vključenih v paliativno oskrbo, niso našle razlik v izraženosti upanja (Ballard idr., 1997, cit. v Santani, Schrier in Stitt, 2008). Naj še zapišem, da so bili to bolniki, ki so bili seznanjeni in so sprejemali svojo napredovalo neozdravljivo bolezen. Kaj sploh je upanje v zadnjem obdobju življenja? Vsem opredelitvam je skupno to, da upanje pomeni pričakovanje pozitivne prihodnosti (Nekolsichik in Bruera, 1998). Raziskovalci se strinjajo, da z neizbežnostjo konca življenja doživljanje in izražanje upanja prehaja v izkušnjo smisla, pomena in namena življenja (Chochinov, 2006).

Upanje pri bolnikih v paliativni oskrbi tako ni le funkcija prognoze. Študije so pokazale, da je upanje v kontekstu paliativne oskrbe vezano na (i) opravljanje vsakdanjih aktivnosti čim dlje v odnosu do trenutka smrti, (ii) na družino in bližnje, ko bodo simptomi tako izraziti, da bolnik sam ne bo več zmogel skrbeti zase, (iii) na notranji mir v dnevih pred smrtjo (Benzein, Norberg in Saveman, 2001). Med intervjuji z bolniki je ista avtorica opredelila štiri teme upanja, ki so se pojavljale najpogosteje: živeti čim bolj normalno, podpirajoči medosebni odnosi, sprava z življenjem in smrtjo. Četrta tema, upanje na ozdravitev, se je pojavljala, a ob hkratnem vedenju in razumevanju, kakšna je prognoza. Bolniki so poročali, da vedo in ne verjamejo, da bodo ozdraveli, si pa želijo, da bo v tem času, ki ga še imajo, medicina toliko napredovala, da bi jim vsaj še malo podaljšala ali olajšala življenje.

V zadnjem obdobju življenja se pomen in struktura upanja spreminja. K. Herth (1990) je v pogovorih z bolniki v zadnjih šestih mesecih življenja opredelila sedem kategorij, ki gojijo upanje: medosebna povezanost, dosegljivi cilji, duhovnost, brezskrbnost, navdihujoči spomini, občutje vrednosti in smisla sebe in življenja. Od teh so le tri vztrajale med bližajočo se smrtjo. Prva, medosebna povezanost se nanaša na prisotnost pomembnih odnosov, ki jih bolnik povezuje s smiselnostjo življenja in občutkom dostojanstva. Tukaj so zajeti tako družinski člani, prijatelji kot tudi zdravstveno osebje. Pokazalo se je, da je ta prisotnost odnosov okrepila tudi občutek dostojanstva. Osebe so poročale o zaupanju v duhovnost in vero, ki jim daje tolažbo in uteho. Prinaša jim občutek smisla njihovega trpljenja. Duhovnost, vključno z vero, predstavlja drugo kategorijo. Tretji vidik upanja, ki se nanaša na živeti čim bolj vsakdanje življenje, pa zajema postavljanje ciljev. Tudi bolniki z napredovalo neozdravljivo boleznijo imajo cilje. Gre za kratkoročne cilje, ki se nanašajo na isti ali naslednji dan, teden, mesec, ali pa za cilje, ki presegajo časovne okvirje in zajemajo njihove bližnje.

Imeti dosegljive cilje in o njih govoriti je za bolnike predstavljal način, kako si osmišljajo življenje v zadnjem obdobju življenja. Ta kategorija upanja se je med napredovanjem bolezni najbolj spreminjala. Cilji namreč niso statična kategorija, ampak jih oseba neprestano redefinira in spreminja fokus v treh korakih glede na slabšanje telesnega stanja in pojavljanje vedno več fizičnih omejitev (Herth, 1992). Sprva so cilji zelo specifični, jasni, natančno določeni, kratkotrajni, osredotočeni na danes, jutri, naslednji teden itd. Tako je neka gospa povedala svoj cilj: »Do naslednjega tedna bi rada umirila svoje simptome, da lahko vsaj za nekaj dni odidem domov.« V naslednjem koraku se bolniki manj osredotočajo nase in bolj na pomembne druge. Opaziti je tudi spremembo pomembnosti posameznih vrednot. Prihodnost z napredovanjem bolezni ni več opredeljena časovno, temveč z družino, prijatelji in pomenom, ki ga bolnik pripisuje preteklim življenjskim dogodkom. Cilji postanejo bolj globalni. »Želim si, da bi vnukinja lepo rasla,« je ista gospa povedala čez nekaj tednov. Zadnji korak naj bi bil značilen za zadnji teden, zadnje dni življenja. Cilji se spet osredotočajo na osebo samo. Za razliko od prej se nanašajo na »biti« in ne na »imeti« ali »početi«. Vključujejo željo po notranjem miru, umirjenosti, odsotnosti bolečine. Ko pišem o spreminjanju vsebine upanja, se spomnim na Singha (1998, cit. v Vachon, 2010), ki je pokazal, da so takšni prehodi v kakovosti upanja lahko zelo boleči. Avtor pravi, da v času, ko upanje, vezano na preživetje, izzveni, najprej postane samo po sebi težko, saj oseba niha med željo po življenju in strahom, da bi nadaljnje življenje prineslo le še več bolečine in trpljenja. Živeti v upanju pomeni, da je bila najprej potrebna transformacija upanja, ki temelji na sprejemanju bližajoče se smrti. Šele takrat lahko oseba ponovno oceni življenje in ga osmisli. K. Herth (1992) je v kasnejših raziskovanjih naredila še korak naprej in upanju pripisala instrumentalno funkcijo, saj vidi upanje v vlogi spoprijemanja z izzivi kroničnih in neozdravljivih bolezni. To vidimo po tem, da imajo bolniki z bolj izraženim upanjem manj težav.

Raziskovanja upanja sem se ob koncu dodiplomskega študija lotila tudi sama. Prvo, glavno spoznanje je potrdilo pričakovanja; duševna in telesna stiska je bila pri bolnikih, ki so upali, manj prisotna. Ti bolniki so poročali o manjšem številu simptomov. Najpogostejše simptome, kot so bolečina, zaprtje, utrujenost in slabost, so ocenili kot manj izrazite. Bili so manj zadovoljni s kakovostjo življenja. Ne nazadnje, eksistencialna stiska se je pri teh bolnikih pojavljala manj ali pa o njej niso niti poročali.

Tudi pri težavah s težko sapo se je pokazala pomembna povezanost z upanjem. Osebe, ki so imele bolj izraženo upanje, so poročale o manj težavah. V nekaterih primerih upanje učinkuje na dihalne procese, cirkulacijo in motorične funkcije. Upanje ob težkem dihanju je morda strategija soočanja, ki osebo pomiri. Groopman (2004) je med proučevanjem interakcije med upanjem in fiziološkimi procesi našel spremembe v nevrokemičnih procesih ob prisotnosti upanja. Prepričanje in pričakovanje pozitivne prihodnosti, ki sta ključna elementa upanja, lahko blokirata določene procese s sproščanjem endorfinov in enkefa-

Tudi seme potrebuje upanje, da vzklije v cvetlico. Foto: M. Furlan.

linov, ki so telesu lastni opioidi. Nekateri avtorji so zato predlagali, da upanja ne bi smeli razumeti le kot psihološko reakcijo na zdravstveno stanje, temveč kot del zdravstvenega stanja samega (Nekolsichik in Bruera, 1998).

Večja izraženost upanja je bila v diplomski raziskavi povezana tudi z manjšo ogroženostjo dostojanstva bolnika, saj je odsotnost upanja pomemben pokazatelj eksistencialne stiske. Upanje je lastnost človeka, ki prizna, da obstajajo sile, ki so močnejše, on pa se kljub temu ne odpove svoji želji. Pričakovanje, da bo njegova pomembna želja oziroma cilj vseeno uresničen, čeprav ga sam ne more uresničiti, mu omogoča, da ohranja svojo celovitost, ki se odraža v tem cilju (Milivojević, 2008). Človek, ki verjame v prihodnost in v to, da se njegovi cilji morda lahko izpolnijo, lažje ohranja identiteto. Upanje je torej zadnji način, kako človekobdrži svoj jaz, svoj pogled na svet ter da obstaja takšen, kakršen je. Upanje se nanaša na željo po iskanju in ohranjanju povezanosti sebe v neko integrirano celoto ter povezanosti z drugimi. Zato služi tudi kot sredstvo, s katerim človek naslavlja eksistencialne skrbi in ohranja občutek dostojanstva. V zadnjem obdobju življenja upati pomeni zmoči se spoprijemati z izzivi napredovale bolezni in spremljajočih sprememb, ki se vrstijo iz ure v uro, iz dneva v dan.

Živeti z neozdravljivo boleznijo ne pomeni živeti brez upanja. Pomeni živeti v negotovosti. Ob pregledovanju raziskav in modelov upanja spoznamo, kako pomembno je, da človek sprejme svojo življenjsko situacijo, saj je le tako omogočena pot za nadaljnji razvoj upanja. Sprejeta neizbežna prihodnost je tista, ki ob prisotnosti upanja naredi sedanjost znosno. S sprejemanjem bolnik spozna pomembnost dejstva, da se končuje njegovo preteklo življenje, spremenjena sedanjost in nepreklicno spremenjena prihodnost.

} Maja Furlan


Benzein, E. N., Norberg, A., Saveman, B. (2001). The meaning of the lived experiences of hope in pateints with cancer in palliative home care. *Palliative Medicine, 15*, 117–26.

Chochinov, M. H. (2006). Dying, dignity, and new horizons in palliative end-of-life care. *CA Cancer journal for clinicians, 56*, 84–103.

Furlan, M. (2010). Dostojanstvo ljudi v terminalni fazi bolezni (neobjavljeno diplomsko delo). Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta, Oddelek za psihologijo, Ljubljana.

Gropman (2004)

Herth, K. (1992). Abbreviated instrument to measure hope: development and psychometric evaluation. *Journal of advanced nursing, 17*, 1251–9.

Herth, K. (1990). Fostering hope in terminally-ill people. *Journal of advanced nursing, 15*, 1250–9.

Milivojević, Z. (2008). *Emocije: razumevanje čustev v psihoterapiji*. Novi Sad: Psihopolis institut.

Nekolsichik, C. L. in Bruera, E. (1998). On the nature of hope in palliative care. *Journal of palliative care, 14*(1), 36–42.

Santani, M. S., Schrier, G. in Stitt, L. (2008). Level and direction of hope in cancer patients: an exploratory longitudinal study. *Support care cancer, 16*, 493–9.

Vachon, M. L. (2010). The emotional problems of the patient in palliative medicine. V G. W. Hanks, *Oxford textbook of palliative medicine* (str. 1410–36). Oxford: Oxford University Press.

# Ukrepi certifikata Družini prijazno podjetje

V predhodni številki Plju̧čnika so bili predstavljeni novi ukrepi v okviru certifikata DPP, ki bodo vpeljani postopoma, predvidoma do konca leta 2012. Novim ukrepom bo v naslednjih treh letih posvečeno kar nekaj pozornosti in časa, a ob tem ne smemo zanemariti in pozabiti na že vpeljane ukrepe.

Ukrepi, ki smo jih v preteklem triletnem obdobju uspešno vpeljali in se izvajajo v naši bolnišnici v okviru DPP:

1. Časovni konto – ukrep omogoča zaposlenim prenos presežka ur v naslednji mesec in možnost koriščenja teh ur v obliki prostih ur ali – z odobritvijo nadrejenega in ob upoštevanju delovnega procesa – v obliki prostih dni.
2. Otroški časovni bonus – ukrep omogoča staršem uskladitev družinskih obveznosti, spremstvo otroka in varstvo, ki ga šole na prvi šolski dan običajno ne nudijo.
3. Ukrepi za varovanje zdravja –zaposleni in njihovi družinski člani se lahko po ugodnih cenah športno udejstvujejo v Megacentru v Kranju. Zaposleni se lahko vključijo tudi v športno društvo ŠKD Zdravje Golniku, ki med letom ponuja različne skupinske športne aktivnosti. Zaposlenim omogoča tudi priložnostne aktivnosti (npr. vadba taj či kvan).
4. Veščine vodstva – v skladu z letnim programom izobraževanj v okviru možnosti in interesa so organizirana izobraževanja iz vodstvenih veščin.
5. Načrt uvajanja po daljši odsotnosti – ukrep zaposlenim, ki so odsotni daljše časovno obdobje, omogoča hitro osvežitev potrebnih znanj na podlagi individualno izdelanega načrta.
6. Informacijske platforme – ukrep zagotavlja stalno informiranost zaposlenih v zvezi z ukrepi DPP prek objav na domači intranetni strani in z objavami v glasilu Plju̧čnik.
7. Brošure – ob prvi uvedbi ukrepov DPP je bila izdana brošura z informativno vsebino, ki je zagotovila informiranost vseh zaposlenih.
8. Mnenjske raziskave –izvajajo se ankete, ki merijo zadovoljstvo zaposlenih.
9. Odnosi z javnostjo – Bolnišnica Golnik – KOPA se v medijih predstavlja kot družini prijazno podjetje.

Glede na to, da je naša bolnišnica v prvi generaciji podjetij, ki so se vključila v projekt DPP in ob dejstvu, da smo del občutljivega javnega sektorja, ki ima poleg vsega na skrbi še neprekinjeno skrb za bolnike, smo lahko z začetki izvajanja ukrepov oziroma njihovimi rezultati zadovoljni. Seveda pa je znotraj vsakega ukrepa še dosti možnosti za izboljšanje in to so, poleg uvedbe novih ukrepov, tudi cilji naslednjega triletnega obdobja.

In za konec še izsek iz končnega poročila o implementaciji ukrepov – revizorskega poročila za obdobje maj 2007–maj 2010: »*Bolnišnica Golnik je prva bolnišnica, ki se je vključila v certifikat Družini prijazno podjetje. Glede na delovni proces – 24-urna skrb za bolnike – je bila odločitev še toliko bolj pogumna. Vendar odločitev ne preseneča, ko se pogleda, kako bolnišnica Golnik skrbi za kvaliteto svojega delovanja in skrb za izboljševanje le tega.*«

} Tatjana Kristanc

Na slavnostni podelitvi polnega certifikata Družini prijazno podjetje decembra 2010.

# Ravnanje z odpadki v letu 2010 – je ločevanje obrodilo sadove?

Ločeni odpadki: papir in kartonska embalaža, steklo, čista plastična embalaža, nečista plastična embalaža, ob strani varilnik za citostatike. Foto: M. Novak.

Leta 2010 smo v Bolnišnici Golnik vsi po malem imeli nekaj dela z odpadki in njihovim ločevanjem. Nekateri so utrjevali že delujoče sisteme zbiranja in se trudili za »zbiranje brez napak«, drugi so se vsakih nekaj mesecev navajali na novosti in dodatne »obremenitve«. Najbolj smo z novostmi zasuli bolniške oddelke, kjer smo kar najbolj razširili sistem ločevanja, ko je le-to še smiselno in zaradi načina dela sploh še mogoče. Ob vseh teh novostih, ki so bile vpeljane zaradi dveh glavnih dejavnikov – zahtev zakonodaje in želje po ekološkem ravnanju –, se velikokrat vprašamo, ali je naše početje smiselno, ali so vidni rezultati oziroma ali se ločuje samo zato, ker se mora ločevati, rezultatov, prednosti … pa ni od nikoder. Prav temu služi pregled ravnanja z odpadki v naši bolnišnici v tokratnih Ekoloških novičkah. Leto 2010 je končano, podatki so zbrani in iz njih lahko z lahkoto razberemo, ali je bil naš in predvsem vaš trud na tem področju vreden vseh dodatnih korakov, ki ste jih naredili do košev, in vsakokratnih razmišljanj o tem, kam kaj odložiti, in ali je bilo to, kar je bilo odloženo, tudi pravilno razvrščeno.

**Ločeno zbrani odpadki**

V shemi ločevanja odpadkov smo zbiranje plastike razširili na zbiranje odpadne embalaže, ki ga uveljavlja naš odjemalec – Komunalno podjetje Kranj. Na bolniških oddelkih smo dodatno uvedli zbiranje steklovine ter onesnažene embalaže (stik s kemikalijami oziroma zdravili). Poleg odpadnega papirja in papirja za razrez so bolniški oddelki pričeli tudi zbiranje odpadne embalaže zdravil, rokavic … Na račun ločenega zbiranja smo leta 2010 zbrali in oddali kar 7640 kg manj mešanih komunalnih odpadkov kot v letu 2009. Trend zmanjševanja se kaže že od leta 2008, tako da smo v dveh letih količino mešanih komunalnih odpadkov znižali za kar 26,49 %. Cenovno se to sicer ni veliko poznalo, saj se je znatno povečal strošek odvoza odpadkov, smo pa v letu 2010 poskušali stroške znižati tudi na račun načrtovanja odvozov, kar se že pozna na izdanih računih odjemalca.

Več smo zbrali tudi iztrošenih baterij in kartuš, zato vas tudi v letu 2011 prosimo, da baterije in kartuše, ki niso več uporabne, vračate v skladišče potrošnega materiala.

**Odpadki iz zdravstva**

Pri odpadkih iz zdravstva (plenice; infektivni odpadki; ostri predmet; material, ki je prišel v stik s citostatiki; zdravila …) velikega manevrskega prostora za zmanjšanje količin nimamo. Prav je, da jih zbiramo posebej, saj tako zahteva zakonodaja in ustreznost izvajanja preverjajo tudi inšpekcijske službe. Tisto, na kar lahko vplivamo, je, da smo pozorni, da jih odlagamo namensko in s premislekom (npr. med infektivne odpadke samo material, ki sodi v to vrsto odpadka, in ne olupkov, časopisov …; med odpadke, ki jih zbiramo v rjavih vrečah, ne odlagamo embalaže …; v komunalne odpadke ne odlagamo rokavic in zaščitnih mask in podobno). Kljub temu da velikega zmanjšanja količine teh odpadkov nismo predvidevali, se je količina v primerjavi z

**Tabela 1:** Primerjava količin določenih vrst odpadkov, ki jih zbiramo v Bolnišnici Golnik v obdobju od 2008 do 2010:

| | Količina | | | Trend |
|---|---|---|---|---|
| | 2008 | 2009 | 2010 | |
| Infektivni odpadki in ostri predmeti | 20458,05 | 20617,5 | 16891,5 | Â |
| Komunalni odpadki | 101100 | 81960 | 74320 | â |
| Odpadki 18 01 04 (plenice …) | 9563 | 38843 | 37342 | â |
| Papir, karton | 12100 | 9340 | 17380 | á |
| Kartuše | 154 | 158,7 | 219,7 | á |
| 150102 – plastična embalaža | 101 | 383,5 | 1144 | á |
| 150107 – steklena embalaža | 118 | 138 | 1381 | á |
| 150106 – mešana embalaža | | | 840 | á |
| 150110* – embalaža, ki vsebuje ostanke nevarnih snovi | 172 | 349 | 1314 | á |
| 200121* – neonske žarnice | 55 | 56 | 86 | á |
| 160601*, 160604, 160605 – baterije | 25 | 62 | 295 | á |

letom poprej vseeno nekoliko zmanjšala – predvsem na račun ločenega zbiranja papirnate embalaže in plastike ter truda za prihranek pri embalaži v primeru ostrih predmetov (zabojnike oddajamo v kartonskih škatlah in ne več v dodatni plastični embalaži). Tako smo količino infektivnih odpadkov (v primerjavi z letom 2009) znižali za 18,07 %.

**Načrt gospodarjenja z odpadki**

Leta 2010 je bil izdelan nov Načrt gospodarjenja z odpadki za Bolnišnico Golnik, ki bo veljal do začetka leta 2014. Načrt se nahaja na Biportalu, v njem pa si lahko, ko potrebujete določeno informacijo, na hitro preberete o načinih zbiranja in vrstah odpadkov, ki jih ločujemo v bolnišnici. Načrt bo v letošnjem letu revidiran in dopolnjen z novostmi. Še vedno pa velja, da se za kakršna koli vprašanja glede zbiranja odpadkov in dilem s tega področja lahko obrnete name – prek elektronske pošte (mojca.novak@klinika-golnik.si) ali pa osebno, ob indikaciji – na oddelkū ali enoti.

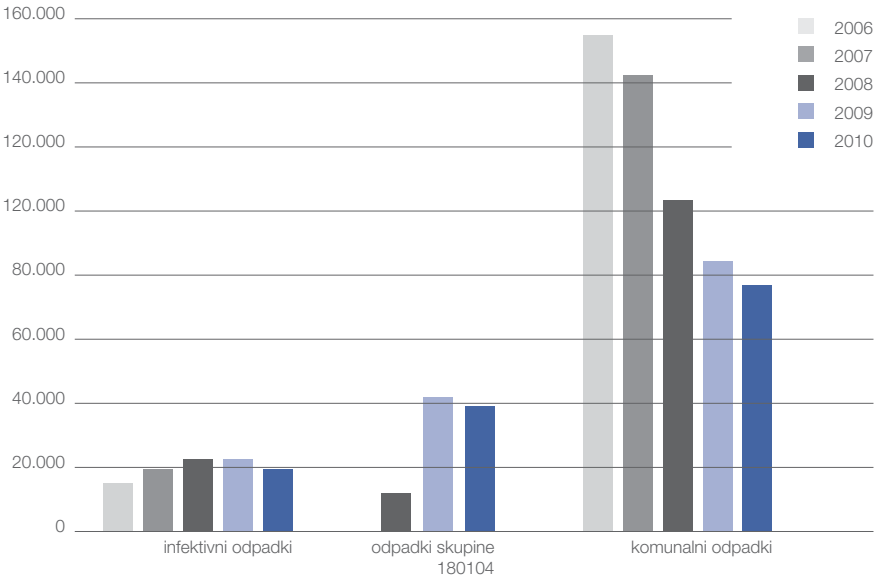
**Se torej splača?**

Glede na podane številke ste verjetno razbrali, da je bil naš trud za pripravo sheme ločevanja in vaš trud slediti navodilom in izvajanje samega ločevanja uspešen in vreden vsakega koraka. Zaradi tega je zagotovo na mestu zahvala vsem, ki odpadke ločujete in vam ni vseeno, ali bomo zaradi neločevanja dobili kazen oziroma plačali več, kot je treba, in seveda, ker vam veliko pomeni, da odpadki končajo na mestu, kjer lahko in kjer so ustrezno dokončno obdelani. Velika zahvala tudi našemu vodstvu, ki nam omogoča delo in nas podpira tudi na tem področju, ter seveda vsem službam (čistilni servis, zunanji delavci), ki zbrane odpadke bodisi razvrstijo bodisi odstranijo v ustrezne zabojnike. Nenazadnje je morda dejstvo o smiselnosti zbiranja odpadkov, kot nam veleva zakonodaja in notranji predpisi, tudi spodbuda za tiste, ki so bili do zdaj pri tem morda malo manj dosledni.

**Kaj se bo na področju odpadkov dogajalo v letu 2011?**

Zastavljeni shemi zbiranja in ločevanja odpadkov želimo slediti tudi v prihodnje, saj so vidni rezultati tako v količinah zbranih odpadkov kot tudi stroških. Še laže bi delo na področju odpadkov in op-

**Graf 1:** Primerjava količin infektivnih odpadkov, odpadkov skupine 180104 (odpadki iz zdravstva) ter komunalnih odpadkov v obdobju od 2006 do 2010:



Vzorno in pohvalno ločevanje odpadkov na enem izmed bolniških oddelkov. Foto: M. Novak.

**Tabela 2:** Prikaz aktivnosti zbiranja/ločevanja odpadkov v letu 2010 in trendi za leto 2011:

| Aktivnost | Aktivnost v 2010 ustrezna/ neustrezna | Trendi za 2011 |
|---|---|---|
| količina komunalnih odpadkov | ☺ | Ostati na enaki količini oziroma še znižati na račun ločenega zbiranja. |
| odpadna embalaža (plastika, tetrapak, pločevinke …) | ☺ | Povečanje količine. |
| odpadno steklo | ☺ | Povečanje količine. |
| baterije in kartuše | ☺ | Povečanje količine. |
| infektivni odpadki | ☺ | Ostati na enaki količini; delo na stroških (izvajalec storitev). |
| odpadki iz zdravstva (plenice …) | ☺ | Ostati na enaki količini. |
| doslednost pri ločevanju odpadkov iz zdravstva/komunalnih odpadkov | količina ☺ doslednost ☹ | Rokavic, mask, tamponov … ne odstranjevati med komunalne odpadke. |
| doslednost pri ločevanju čiste plastike in stekla ter onesnažene embalaže | količina ☺ doslednost ☹ | Sistemov, brizg, $O_2$-mask, ostrih predmetov, polne embalaže (v primeru čiste plastike in stekla) ne odstranjevati v zabojnike za ločeno zbiranje odpadkov. |

timizaciji oddanih količin in vrst odpadkov organizirali na enotni lokaciji, zato bodo v letu 2011 največja prizadevanja potekala na področju priprave vsega potrebnega za izdelavo nove interne deponije, ki bi omogočala zbiranje odpadkov na enem mestu, večji pregled nad količino, lažjo koordinacijo in usklajevanje odvozov … Na posameznih bolniških oddelkih in enotah bomo nadaljevali zastavljeni sistem zbiranja, ki ga bomo morda nadgradili s kakšnim novim zabojnikom. Spremembe v zbiranju odpadkov so predvidene le v primeru sprememb zakonodaje.

Velika pozornost bo tudi v letu 2011 namenjena notranjim nadzorom ločevanja odpadkov, saj predvsem pri zbiranju odpadne embalaže (čista plastika in steklo; nečista embalaža) in odpadkov iz zdravstva (plenice) prihaja do odstopanj, saj je med čisto in nečisto embalažo mogoče najti še sisteme, brizge in pa (sicer redko) tudi ostre predmete, ki lahko privedejo do poškodb zaposlenih, ki skrbijo za to, da vsi odpadki najdejo svoje mesto v pravem zabojniku. Odpadki iz zdravstva občasno končajo v črnih vrečah za komunalne odpadke, kar nam je v preteklosti že povzročalo težave pri usklajevanju z zahtevami zakonodaje.

} Mojca Novak

# Da ne pozabimo …

Prazne kartuše od tiskalnikov zbiramo v skladišču potrošnega materiala in oddajamo Rdečim noskom.

Iztrošene baterije zbiramo v skladišču potrošnega materiala.

# Vsak posameznik s svojo ustvarjalnostjo prispeva k inovativnosti

Mnogim inovativnost pomeni sinonim za tehnološki napredek organizacije, vendar ima širše dimenzije. Gre predvsem za razmišljanje in delovanje na področju novih pristopov, pri uvajanju novosti, ki spodbujajo prilagodljivost, hitrejšo odzivnost in ustvarjalnost. Rezultati se kažejo pri boljšem optimiziranju, obvladovanju procesov, uvajanju sodobnih znanj in tehnologij za nove in izboljšane storitve. Cilj je optimalno izvajanje storitev na visoki strokovni ravni, ki poleg kakovosti zagotavlja tudi varnost pacientov.

} Danica Šprajcar

| Št. pr. | Prijavitelj | Naziv | Opis |
|---|---|---|---|
| 65/10 | Katja Vrankar | Ambulantni sprejem pacienta na operativni dan | Sprememba obravnave pacienta pred operativnim posegom. |
| 66/10 | Vidanka Pejašinović | Predavnje o stresu na delovnem mestu | Predavanje organizirati za vse zaposlene, ki so izpostavljeni vsakodnevneu stresu na delovnem mestu. |
| 67/10 | Silvija Plohl | Postavitev recepcije | Zagotoviti informatorjem – receptorjem ustrezen pregled nad dogajanjem v avli. |
| 68/10 | Silvija Plohl<br>Verica Dokša | Čakalnica pred intenzivnim oddelkom | Urediti čakanje bolnikov po vpisu v sprejemni pisarni. |
| 69/10 | Silvija Plohl | Obrazci za pridobitev soglasij pacientov | Urediti postopek za paciente, ki pridejo v bolnišnico večkrat na leto. |
| 70/10 | Jana Tršan | Stenski obešalniki v sanitarijah za paciente, obiskovalce | V sanitarijah naj se namestijo stenski obešalniki. |
| 71/10 | Urška Lunder | Specifike pri obravnavi pacientov na negovalnem oddelku | Prilagoditi velikost veljavnih pisnih informacij prostorskim možnostim oddelka.<br>Dopolniti interni standard za oskrbo ran pri paliativnih bolnikih.<br>Prilagoditi način transporta umrlega bolnika iz negovalnega oddelka. |
| 72/10 | Jana Tršan | Zbiralniki za ločeno zbiranje baterij | Na vidna mesta v bolnišnici namestiti zbiralnike za odpadne baterije. |
| 1/11 | Rudi Sluga | Orientacijski pripomočki za slepe in slabovidne | Namestiti pripomočke, ki bodo slepim in slabovidnim olajšali gibanje v bolnišničnem okolju. |
| 2/11 | Rudi Sluga | Rehidracijski pripomoček | Preveriti možnost za lažje izvajanje hidracije bolnikov z motnjo v požiranju. |
| 3/11 | Ana Delimar | Označevanje zasedenosti male sejne sobe | Ustrezna oznaka na vratih naj pove, da je prostor prost oziroma zaseden. |
| 4/11 | Jana Tršan | Ograja na stopnišču proti jedilnici | Stenska opora za pomoč pri hoji starejšim ljudem bo povečala njihovo varnost. |
| 5/11 | Rudi Sluga | Vitalogram – vnos rezultatov in norm v Birpis | Z ustrezno informacijsko podporo zagotoviti lažje delo osebju in zmanjšati možnost napak pri obdelavi podatkov. |
| 6/11 | Anja Blažun | Namestitev tabel ‘Pse na vrvice’ v parku | Na javnih površinah naj imajo lastniki pse na vrvicah, da ne bo prihajalo do neljubih dogodkov, tako kot v zadnjih nekaj mesecih |

# Dobitnica srebrnega znaka za leto 2010 je Lojzka Prestor

Lojzka Prestor, prejemnica srebrnega znaka Društva medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Gorenjske za leto 2010. Foto: J. Slak.

Ob koncu leta Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Gorenjske (DMSBZT) podeli srebrni znak, priznanje za medicinske sestre, ki vidno zaznamujejo področje zdravstvene nege. Tudi decembra smo se zbrali v Prešernovem gledališču v Kranju in podelitev popestrili z gledališko predstavo in s kratkim prednovoletnim druženjem. Iz naše bolnišnice je bila prejemnica srebrnega znaka Lojzka Prestor.

Lojzka se je na Golniku zaposlila leta 1984, najprej na pulmološkem oddelku, nato na internem oddelku, oddelku za intenzivno terapijo in nego, v urgentni ambulanti in na oddelku 600. Vmes je na Visoki šoli za zdravstvu v Ljubljani leta 2000 diplomirala.

Na intenzivnem oddelku je delala kot vodja negovalnega tima. Januarja 2006 je prevzela naloge strokovne vodje internega pulmološkega oddelka in oddelka za tuberkulozo. Pot je nadaljevala v urgentni ambulanti in zatem na oddelku 600. Delovno mesto vodilne medicinske sestre oddelka 600 ji predstavlja nov strokovni izziv. Poseben izziv ji pomeni delo z bolniki, ki potrebujejo neinvazivno mehanično ventilacijo (NIMV). Vodilna medicinska sestra oddelka je postala v obdobju, ko se je obravnava teh bolnikov zunaj intenzivne terapije in na bolnikovem domu komaj dobro začela uvajati. Bogate izkušnje pri delu z bolniki na invazivni ventilaciji na intenzivnem oddelku so ji pomagale pri usposabljanju drugih članov tima na področju zdravstvene nege bolnikov na NIMV in njihovih svojcev.

Svoje znanje in dolgoletne delovne izkušnje prenaša na mlajše kolegice in sodeluje pri izobraževanju pripravnikov in študentov Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice.

Od leta 2005 je kot predstavnica Bolnišnice Golnik – KOPA sodelovala v Izvršilnem odboru Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pulmologiji. Leta 2009 je prevzela njeno vodenje.

Lojzka Prestor je vsekakor oseba, ki se trudi razvijati in krepiti timsko delo, razumevanje in sodelovanje v širšem večpoklicnem timu. V središču njenega poklicnega delovanja je bolnik kot partner pri odločanju o svojem zdravju in v postopkih, povezanih z zdravljenjem in zdravstveno nego.

O sebi pravi:

»V življenju nisem samo medicinska sestra, temveč tudi žena in mati štirih otrok. Družina mi zelo veliko pomeni. Iz nje črpam energijo in vztrajnost za premagovanje vsakodnevnih izzivov. Veliko razumevanja najdem pri možu, ki je prav tako kot jaz delavec v zdravstveni negi.«

} Saša Kadivec

# Organizirali smo strokovno srečanje o paliativni oskrbi

Že oktobrsko strokovno srečanje ob dnevu paliativne oskrbe (PO) je pokazalo, da se zanimanje za pridobivanje znanj s področja PO zelo povečuje. Zaradi izrednega zanimanja za strokovno srečanje je Bolnišnica Golnik v okviru EU-projekta OPCARE9 in s sodelovanjem Ministrstva za zdravje februarja ponovno organizirala brezplačno strokovno srečanje z naslovom *Izbrane teme paliativne oskrbe in praktične delavnice.*

PO mora temeljiti na timskem pristopu. Zato smo že v najavi strokovnega srečanja decembra 2010 želeli za izobraževanje pridobiti poleg medicinskih sester še druge zdravstvene delavce in sodelavce, ki se vključujejo v PO, predvsem zdravnike družinske medicine. To nam je vsaj delno uspelo, saj je bilo med 268 udeleženci kar 50 zdravnikov. V manjšem številu so bili prisotni socialni delavci in psihologi. Žal tudi tokrat vsem zainteresiranim za izobraževanje nismo mogli potrditi udeležbe, predvsem zaradi izvedbe delavnic, ki zahtevajo manjše število udeležencev. Kar 200 kandidatom, ki so se zanimali za obisk strokovnega srečanja, smo morali zavrniti udeležbo. Tako veliko zanimanje kaže, da PO postaja vse bolj prepoznavna kot del celostne zdravstvene oskrbe, da se zdravstveni delavci vse bolj zavedamo, da smo bolniku tudi v zadnjem obdobju življenja dolžni zagotoviti kakovostno obravnavo, za katero pa nujno potrebujemo dodatna znanja iz PO.

**Povzetki in poudarki iz vsebin strokovnih predavanj**

Po kratkem pozdravnem nagovoru g. Bohinca iz kabineta Ministra za zdravje sta bila v uvodnem delu predstavljena projekta, ki sta vplivala na razvoj PO v naši bolnišnici in tudi v širšem slovenskem prostoru. Prvi od njiju je pilotni projekt *Izvajanje celostne PO v ljubljanski, gorenjski in pomurski regiji*, ki ga je koordinirala naša bolnišnica in je postavil čvrste temelje za nadaljnji razvoj PO v Sloveniji. Delo strokovnjakov PO, vključenih v projekt, je bilo usmerjeno v pripravo osnovne dokumentacije in standardov za izvajanje PO, v izobraževanje in sistematično vodenje bolnikov z napredovalo neozdravljivo boleznijo po klinični poti PO in v koordinacijo procesa PO oskrbe na vseh ravneh zdravstvene obravnave. Rezultati projekta, ki je bil končan septembra 2010, bodo objavljeni v tiskani publikaciji.

Drugi predstavljeni projekt je bil *OPCARE 9*, o katerem lahko preberete več v prispevku Urške Lunder.

V prvem sklopu predavanj so predavatelji predstavili izvajanje PO na različnih ravneh zdravstvene obravnave. Urška Lunder iz paliativne enote v KOPA Golnik je predstavila organizacijske značilnosti in strokovne usmeritve PO na bolnišnični ravni. Za PO niso potrebni le specifično znanje in veščine, temveč tudi organizacijski pristopi za sistematično in standardizirano obravnavo na vsej poti bolnika tudi po odpustu iz bolnišnice. Za učinkovito izvajanje PO v bolnišnici je pomembno, da vsak strokovnjak pozna osnovno PO. Najpogostejši model organizirane specialistične oskrbe v bolnišnicah je oblikovanje specialističnega tima PO, ki omogoča konzultacije na bolnišničnih oddelkih za specialistično PO, tako na sekundarni kot terciarni ravni (1). Poleg konzultacij sta na bolnišnični ravni pomembna še specializiran oddelek paliativne oskrbe in izvajanje specialistične ambulantne paliativne obravnave.

Za vključevanje bolnikov v PO je pomembno predvsem prepoznavanje teh bolnikov. To v vsakodnevni praksi še vedno predstavlja veliko oviro. Vzroki za slabo prepoznavanje bolnikov so v nepoznavanju meril za vključevanje kot tudi v slabem poznavanju pomena PO. V našem okolju je PO še vedno v začetnem razvojnem obdobju, kar se kaže, da bolnike vključujemo v PO šele v zadnjem obdobju njihovega življenja.

Specialistični timi omogočajo podporo izvajalcem, da so potrebe bolnika prepoznane celostno in da je vključen v paliativno obravnavo dovolj zgodaj, kar lahko močneje vpliva na boljše obvladovanje vseh težav in višjo kakovost življenja (1).

Primer dobre prakse na področju vodenja medicinske paliativne obravnave je predstavila doc. dr. Antonija Poplas Susič iz ambulante družinske medicine ter ga umestila v angleški model paliativne obravnave z že dolgo in bogato tradicijo. Ugotovila je, da je bila v primeru, kjer je bila izpolnjena večina meril oskrbe, bolniku zagotovljena večja kakovost življenja in tudi daljše preživetje. Model zajema sedem (sedem C-jev) ključnih vidikov oskrbe za bolnike v PO: C1 – Communication; C2 – Coordination; C3 – Control of symptoms; C4 – Continuity; C5 – Continued learning; C6 – Cancer suport; C7 – Care of the dying (2). Pri obravnavi bolnika na domu je pomembna tudi ustrezna ocena bolnikovih potreb, ki vključuje: gibljivost, prehrano, bivalno okolje, zmožnosti oskrbovalcev, zdravila, pregled bolnika, varnost, duhovne potrebe in potrebo po drugih oblikah pomoči.

Izvajanje PO na domu je predstavila Barbara Metlikovič iz Zasebnega patronažnega varstva Kranj. Prikazala je primera dobre in slabe prakse. Če je zagotovljeno dobro sodelovanje med družinskim zdravnikom in patronažno medicinsko sestro, če so bolnik in svojci pravočasno in sproti obveščeni o prognozi in možnih težavah ter je komunikacija profesionalna, je tudi v domačem okolju mogoče zagotoviti kakovostno in varno PO. Žal se srečujemo s povsem drugačnimi obravnavami, za katere lahko trdimo, da povečujejo trpljenje tako bolnika kot svojcev. S stiskami pa se pri neustrezni obravnavi na domu srečujejo tako patronažne medicinske sestre kot tudi zdravniki. Pogost problem je učinkovito obvladovanje simptomov in komunikacija z bolnikom, še posebno ko bolezen napreduje. Tudi tu je bilo izpostavljeno pomanjkljivo znanje zdravstvenih delavcev, pomanjkljivo obveščanje ter slaba komunikacija in sodelovanje v zdravstvenem timu.

Izkušnje izvajanja PO v institucionalnem varstvu je predstavila Diana Gaber iz Doma upokojencev Kranj s primerom, pri katerem so se soočili z etičnimi dilemami z vidika opuščanja določenih postopkov in spoštovanja bolnikovih želja. Kot problem v njihovem okolju je izpostavila odločanje o začetku PO. Medicinske sestre poskušajo v okviru svojih pristojnosti seznaniti bolnike in njihove bližnje, vendar odločitev o začetku PO vedno

Nabito polna dvorana udeležencev. Foto: A. Peternelj.

ostane v rokah zdravnikov. Le-ti pa zaradi pomanjkanja znanj s področja PO v praksi obravnave pogosto ne vodijo po načelih PO.

Drugi sklop predavanj je bil namenjen nekaterim specifičnim področjem PO, kot so prepoznavanje procesa umiranja, predpisovanje zdravil in lajšanje simptomov prek neprekinjene podkožne infuzije, način vodenja pogovora, ko bolnik prehaja iz kurativne v paliativno obravnavo, psihološka podpora in priprava bolnika na odpust.

Prepoznavanje procesa umiranja, ki ga je predstavila prim. Jožica Červek z Onkološkega inštituta, je zelo pomembno področje v PO. V vsakodnevni obravnavi bolnika je PO pogosto napačno enačena s procesom umiranja. Nanj se prepogosto odzivamo zelo agresivno. V pomoč pri oceni so nam lahko orientacijska merila za nastop procesa umiranja, ki vključujejo vsaj dva simptoma od štirih (bolna oseba ne more požirati hrane, pije le požirke tekočine, je nepomična in ima motnje zavesti). Ko nastopi proces umiranja, je treba zagotoviti lajšanje neugodnih simptomov, pretehtati, ali bolnik potrebuje še vse prej načrtovane aktivnosti in terapijo, spremeniti poti vnosa zdravil in o spremembi stanja obvestiti bolnikove bližnje (3).

Za vnos zdravil se pri bolnikih v PO vse bolj uveljavlja podkožni vnos, še posebno pri tistih bolnikih, ki ne morejo več požirati. Prednosti takega vnosa so možnost predpisovanja več zdravil ali zgolj hidracija bolnika. Indikacije za predpisovanje zdravil in uporabo neprekinjene podkožne infuzije, tehniko podkožne infuzije, najpogostejše kombinacije zdravil pri posameznih simptomih ter kontraindikacije nam je predstavila mag. Mateja Lopuh iz Splošne bolnišnice Jesenice. Prednosti podkožne infuzije so predvsem v manjših odmerkih zdravil, manjšem nihanju koncentracije zdravila v krvi, stalnem dovajanju, večji biološki razpoložljivosti zdravila ter mobilnosti in neodvisnosti bolnika (3).

Posledica nezadostnega ali nerazumljivega obveščanja bolnika z napredovalo in neozdravljivo boleznijo ter njegovih bližnjih je nemalokrat slabo sodelovanje, nerazumevanje procesa obravnave, odklonilno vedenje bolnika in svojcev, stiske bolnika in svojcev, ko se znajdejo pred problemom, ki ga niso pričakovali … Pogovor o vpeljavi PO lahko začnemo v različnih obdobjih napredovale neozdravljive bolezni. Sočasna vpeljava PO s kurativnim zdravljenjem do konca življenja omogoča optimalno kakovost življenja in lahko vpliva tudi na podaljšanje življenja (4). Kako voditi pogovor, nam je ob primerih s pomočjo različnih pristopov predstavila Urška Lunder. Zelo pomembno je, da bolnik prejme tiste informacije, ki jih želi, vendar tako, da lahko sam oziroma v sodelovanju s svojimi bližnjimi in strokovnjaki sprejema odločitve o poteku svoje obravnave. Zelo učinkovita oblika vodenja pogovora v PO je družinski sestanek, ki nam omogoča informiranje bolnika in njegovih bližnjih ter prepoznavanje ciljev oskrbe in bolnikovih želja.

Dr. Anja Simonič iz KOPA Golnik je

poudarila, da različni izzivi, stiske, težave in vprašanja, ki jih pred bolnika postavlja posamezno obdobje poteka bolezni in zdravljenja, pomembno sooblikujejo doživljanje bolnika in njegovo spoprijemanje z nastalo situacijo. V času, ko bolnikovo telo začne občutno pešati in bolnik postaja tudi v skrbi zase vse bolj odvisen od drugih, je vse bolj soočen tudi z eno od temeljnih bivalnih skrbi – lastno minljivostjo, umiranjem in smrtjo. Izjemno pomembno je, da potrebe, stiske in vprašanja bolnika in prav tako skrbi svojcev v tem obdobju naslovimo tudi s psihološkega vidika. Meje psihološke, duhovne in socialne oskrbe so med seboj pogosto zabrisane, saj se vse dotikajo na eni strani odnosa med bolnikom, njegovimi bližnjimi ter svetom, ki ga obdaja, na drugi strani pa bolnikovega odnosa do samega sebe in njegovega notranjega doživljanja razumevanja sebe v bolezni (5). Zelo pomembno je pri bolniku prepoznati duševno stisko in razvijati zavedanje in razumevanje njegove bolezni, saj je od tega odvisno, kako se bo z boleznijo spoprijemal. Bolnikovo duševno stisko lahko blažimo s tem, da smo ob bolniku prisotni, sočutni, prijazni in topli ter da sledimo temu, kar mu je pomembno (5).

Pomembna v procesu obravnave je tudi priprava bolnika na odpust iz bolnišnice. V prispevku, ki sem ga pripravila za strokovno srečanje, sem poudarila, da je organizirana priprava na odpust temelj, ki bolniku in njegovim bližnjim omogoči varen prehod iz bolnišnične v domačo oskrbo. Odpust bolnika je sestavni del celostne obravnave, ki ga moramo začeti pravočasno. V procesu priprave bolnika na odpust je pomemben dejavnik ustrezen pretok informacij med izvajalci, bolnikom in njegovimi bližnjimi. Celostni pristop v obravnavi bolnika lahko dosežemo le z interdisciplinarnim pristopom, horizontalnim in vertikalnim povezovanjem s službami ter izvajalci zdravstvenih kot tudi socialnih storitev, kar omogoča kontinuirano in koordinirano obravnavo (6).

Popoldanski čas je bil namenjen štirim delavnicam, ki so bile, tako kot predavanja, polno obiskane. Strokovnjaki s področja PO so posredovali svoje dobre prakse. Udeleženci so se na delavnicah seznanili z izkušnjami neposrednih izvajalcev PO, pridobili tehnične veščine rokovanja z elastomerno črpalko in nastavitvijo podkožne kanile, seznanili so se s tehnikami komuniciranja z bolnikom, načinom vodenja družinskega sestanka, z veščinami prepoznavanja procesa umiranja in lajšanja prisotnih simptomov. Da so delavnice zelo aktiven del strokovnega izobraževanja, so udeleženci tudi tokrat potrdili z zelo aktivnim vključevanjem v delo in posredovanjem svojih dobrih in tudi slabih izkušenj ter pogledov.

Vera Benedik in Urška Lunder na delavnici o spretnostih in veščinah vodenja pogovora o vpeljavi paliativne oskrbe z bolnikom in njegovimi bližnjimi. Foto: A. Peternelj.

### Sklep

V zadnjem letu je bil v razvoju PO v Sloveniji narejen velik korak. Vsi, ki se v naši bolnišnici intenzivneje vključujemo v PO, smo ponosni, da smo k temu razvoju pripomogli tudi mi. V KOPA Golnik smo že pred več leti zaznali potrebo po razvijanju PO v zdravstveni obravnavi bolnikov s kronično neozdravljivo boleznijo. Organizirali smo številna izobraževanja, tako z domačimi kot tujimi strokovnjaki, ki so bila vedno dobro obiskana, in tako pripomogli k širjenju znanj. Od vsega začetka se vključujemo tudi na drugih področjih, pomembnih za PO, skupine in projekte. Znanje in izkušnje, ki jih imamo in jih nenehno nadgrajujemo, ter velik odziv udeležencev pa vsekakor prepričljivo govorijo, da smo na pravi poti v prepoznavanju potreb strokovne javnosti. Za našo bolnišnico ostaja izziv, da redno enkrat na leto organizira strokovno izobraževanje, ki bo namenjeno vsem strokovnjakom, vključenim v PO.

} Andreja Peternelj

**Literatura**


1. Lunder U. Paliativna oskrba v bolnišnici – Organizacijske značilnosti, strokovne usmeritve. V: Lunder U, eds. Izbrane teme paliativne oskrbe in praktične delavnice. Zbornik predavanj, Ljubljana, 3. februar 2011. Ministrstvo za zdravje, Bolnišnica Golnik – Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo v okviru EU-projekta OPCARE; 2011: 3–8.
2. Poplas Susič A. Vodenje bolnikov v paliativni medicinski obravnavi na domu. V: Lunder U, eds. Izbrane teme paliativne oskrbe in praktične delavnice. Zbornik predavanj, Ljubljana, 3. februar 2011. Ministrstvo za zdravje, Bolnišnica Golnik – Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo v okviru EU-projekta OPCARE; 2011: 9–12.
3. Lunder U. Proces umiranja. V: Lunder U, eds. Zbornik predavanj. Izbrane teme paliativne oskrbe in praktične delavnice. Zbornik predavanj, Ljubljana, 3. februar 2011. Ministrstvo za zdravje, Bolnišnica Golnik – Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo v okviru EU-projekta OPCARE; 2011: 21–23.
4. Lunder U. Bi se radi pogovorili o možnostih v prihodnost? Vodenje pogovora o prehodu v paliativno obravnavo. V: Lunder U, eds. Zbornik predavanj. Izbrane teme paliativne oskrbe in praktične delavnice. Zbornik predavanj, Ljubljana, 3. februar 2011. Ministrstvo za zdravje, Bolnišnica Golnik – Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo v okviru EU-projekta OPCARE; 2011: 29–35.
5. Simonič A. Psihološka obravnava v paliativni oskrbi. V: Lunder U, eds. Izbrane teme paliativne oskrbe in praktične delavnice. Zbornik predavanj, Ljubljana, 3. februar 2011. Ministrstvo za zdravje, Bolnišnica Golnik – Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo v okviru EU-projekta OPCARE; 2011: 37–42.
6. Peternelj A. Priprava bolnika na odpust iz bolnišnice v domačo oskrbo – organizirana koordinacija odpusta. V: Lunder U, eds. Izbrane teme paliativne oskrbe in praktične delavnice. Zbornik predavanj, Ljubljana, 3. februar 2011. Ministrstvo za zdravje, Bolnišnica Golnik – Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo v okviru EU-projekta OPCARE; 2011: 37–42.

# Obravnava bolnikov s pljučno embolijo

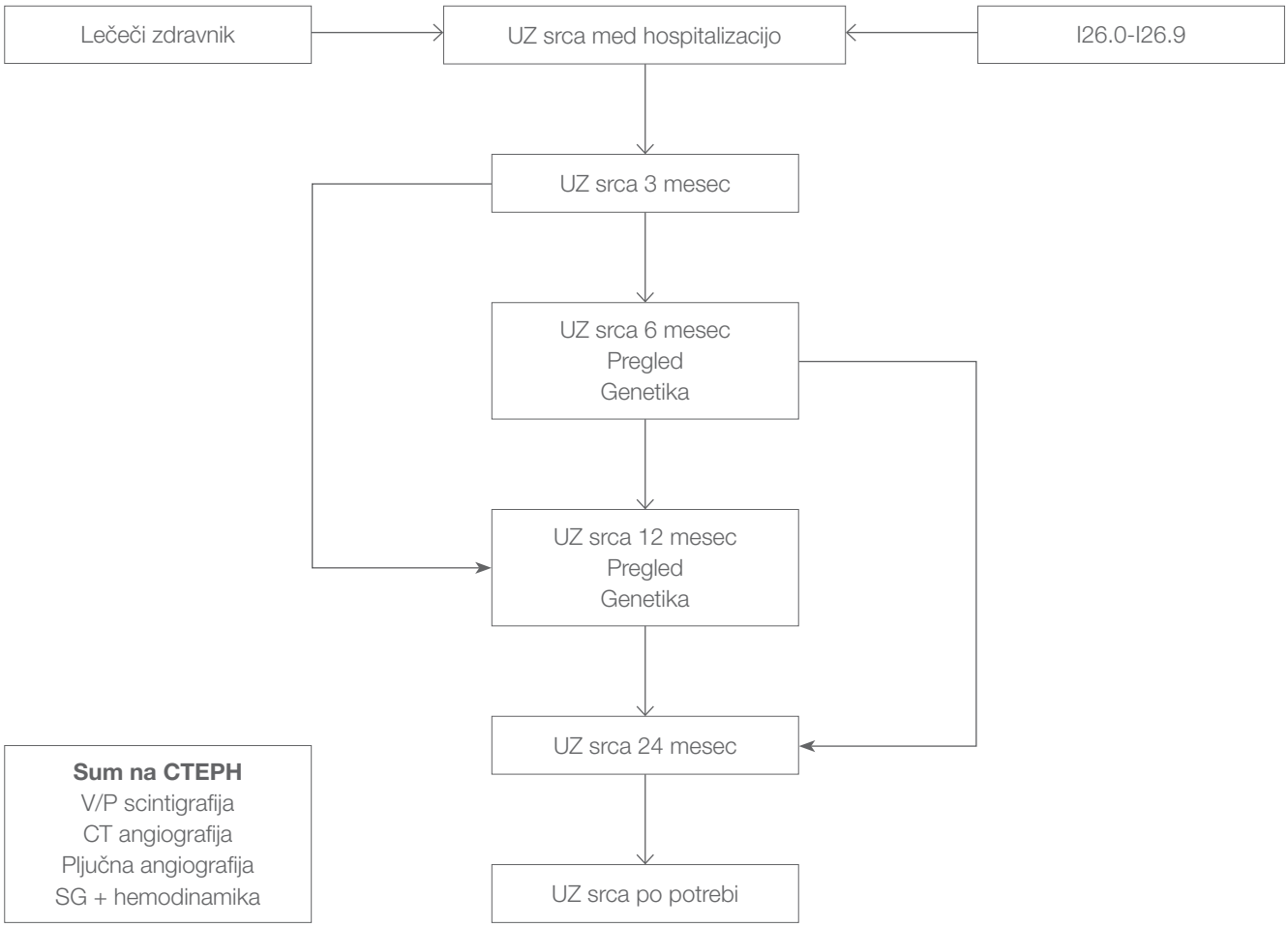
Pljučna embolija še vedno predstavlja pomemben diagnostični in terapevtski problem moderne medicine. Kljub antitrombotičnemu zdravljenju določen delež bolnikov (do 5 %) razvije kronično trombembolično pljučno hipertenzijo. Ti bolniki so kandidati za kirurško zdravljenje, ki je po dosedanjih izkušnjah učinkovito in varno ter pomembno spremeni napoved teh bolnikov. Bolnikom, ki niso kandidati za operacijo ali operacije ne želijo, lahko omogočimo zdravljenje z zdravili za pljučno hipertenzijo, večinoma v okviru kliničnih raziskav.

V Sloveniji nimamo sistematičnih podatkov o spremljanju bolnikov s pljučno embolijo in podatkov o incidenci ter prevalenci kronične trombembolične pljučne hipertenzije. V Kliniki Golnik letno obravnavamo do 120 bolnikov s pljučno embolijo. Opredelitev vzroka pljučne embolije in vpletenih mehanizmov nastanka tromboze med hospitalizacijo pogosto ostane nedokončana. Bolnike redko vključimo v sistematično obravnavo po odpustu iz bolnišnice, kjer bi lahko nadaljevali diagnostiko in spremljanje morebitnega nastanka kronične trombembolične pljučne hipertenzije.

V naši ustanovi smo zato 1. januarja letos začeli sistematično spremljati vse bolnike s pljučno embolijo. Ob postavitvi diagnoze je treba obvestiti koordinacijski center na Oddelku za intenzivno terapijo in nego in v roku 48 ur (čim prej, po možnosti pred prvim odmerkom specifičnega zdravljenja) želimo pri vseh bolnikih opraviti ultrazvočno preiskavo srca z oceno morfologije in funkcije desnih srčnih votlin in z oceno trikuspidalne regurgitacije. Bolniki bodo po odpustu iz bolnišnice redno spremljani v ambulanti na Oddelku za intenzivno terapijo in nego, kjer bomo po vnaprej določenem protokolu (slika) opravljali preglede ter ultrazvočne preiskave srca. Pri vseh bolnikih bi radi opredelili vzrok za pljučno embolijo in etiološke dejavnike nastanka tromboze, vključno z morebitnimi dednimi ali genetskimi obolenji.

V primeru suma na kronično trombembolično pljučno hipertenzijo bomo opravili nadaljnje diagnostične preiskave ter kandidate za kirurško zdravljenje predstavili za nadaljnjo obravnavo.

} Mitja Lainščak, Franc Šifrer




**Preglednica 1:** Protokol pregledov ter preiskav pri bolnikih s pljučno embolijo po odpustu.

# Evropski projekt: OPCARE9

Celotna OPCARE9 ekipa na zaključnem srečanju v Liverpoolu marca letos. Foto: arhiv projekta OPCARE9.

Marca letos se je sklenil triletni projekt Evropske unije OPCARE9 z naslovom »Evropsko sodelovanje za izboljšanje raziskovanja oskrbe bolnikov z rakom v zadnjih dneh življenja«. Prvega marca 2008 smo s prvim sestankom sodelujočih iz 9 držav zastavili ambiciozno delo – s sodelovanjem najvidnejših strokovnjakov s tega področja iz Evrope (in širše) sistematično raziskati obstoječo literaturo ter oceniti veljavne dokaze o oskrbi in kulturološke značilnosti, ob tem pa ugotoviti najpotrebnejše prihodnje raziskovalne teme. V tem članku predstavljamo **zasnovo in opis projekta**, v nadaljevanjih pa bomo opisali značilnosti metode dela, izsledke in vplive za klinično prakso ter raziskovanje v prihodnosti.

Obdobje zadnjih dni življenja iz vidika bolnikovih potreb in oskrbe je med najmanj raziskanimi v medicini. Pri raziskovanju na tem ozkem področju paliativne oskrbe bolnikov z rakom v zadnjih dneh življenja gre zagotovo za številne etične, moralne in praktične ovire, zato je baza dokazov bolj siromašna kot v drugih obdobjih bolezni, znanja in prakse neenotne, težave in stiske tako bolnikov, njihovih svojcev kot tudi zdravstvenega osebja pa velike. V projektu OPCARE9 smo še posebej izpostavili pomembnost bolj "globalnega" razumevanja najboljše prakse ob upoštevanju kulturoloških razlik v tem obdobju. Želeli smo optimizirati znanja iz vseh držav iz že veljavnih dokazov, znanj in praks ter razviti učinkovito sodelovanje za nadaljnje raziskovanje in učinkovito ukrepanje. Povezali smo se strokovnjaki devetih držav (Tabela 1).

Skupna motivacija izboljševanja oskrbe neozdravljivo bolnih v zadnjih dneh življenja je bila za delovanje skupine strokovnjakov iz devetih držav temeljna. Povezovala nas je skupna izkušnja uporabe Liverpoolske klinične poti umiranja, ki nam je omogočala vedno tesnejše povezovanje in sodelovanje v praktičnih kliničnih rešitvah in raziskovanju. Z izgradnjo trdne osnove z dokazi podprte klinične prakse in s sodelovanjem za izboljšanje znanj in raziskovanja na področju paliativne oskrbe v zadnjih dneh življenja (na sliki 1 obdobji 3 in 4) smo že leta 2006 na sestankih v Londonu in Kölnu snovali idejo velikega triletnega projekta.

### Razvoj slovenske skupine sodelavcev OPCARE9

Iz Slovenije sem se iz takratnega Zavoda za razvoj paliativne oskrbe v dogo-

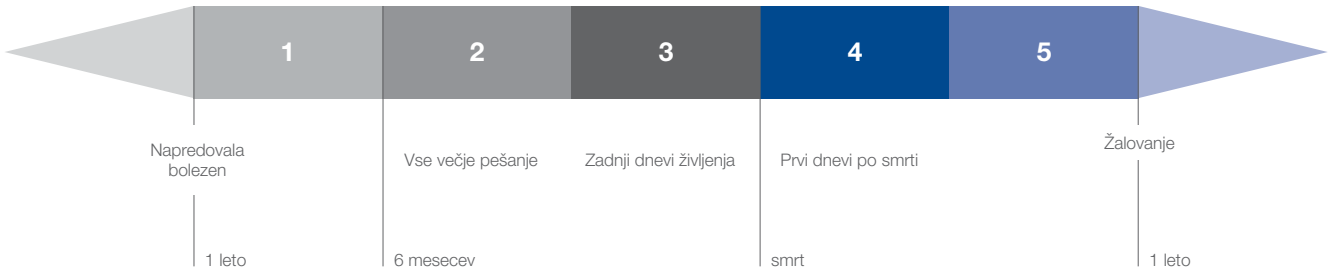
vorih dejavno vključevala Urška Lunder. Z zaposlitvijo v Bolnišnici Golnik sem, poleg zunanjih sodelavk Branke Červ in Majde Pahor, pritegnila še golniške sodelavce: Anjo Simonič, Andrejo Peternelj, Danico Šprajcar in Tino Jerič. V referenčni skupini ugotavljanja kulturoloških značilnosti v klinični praksi oskrbe zadnjih dni življenja pri bolnikih z rakom v Sloveniji je sodelovalo 34 zdravnikov in nekaterih drugih zdravstvenih delavcev. V raziskovanju vloge prostovoljcev v tem obdobju pa se je skupaj povezalo nekaj najvidnejših oseb na področju prostovoljstva pri nas, ki so k raziskovanju pritegnile tako prostovoljce iz različnih okolij v zdravstvu kot tudi zaposlene, ki se ob svojem delu bolj ali manj aktivno srečujejo tudi s prostovoljci oziroma pomagajo pri organizaciji ter koordinaciji njihovega dela.

**Metode dela**

Poleg sistematičnega pregleda literature o najbolj relevantnih strokovnih temah oskrbe v zadnjih dneh življenja pri bolnikih z rakom v Evropi in svetu smo raziskali tudi mnenja strokovnjakov o kliničnih pristopih v vsaki državi udeleženki po večstopenjskih vprašalnikih z metodo delfi, da bi tako zaznali kulturološke značilnosti.

**Tabela 1:** Seznam strokovnjakov devetih držav

| Country | Organisation | Lead |
|---|---|---|
| Velika Britanija | Marie Curie Palliative Care Institute, University Liverpool | Professor John Ellershaw |
| Nemčija | University Hospital of Colonge (PMC) | Professor Raymond Voltz |
| Nizozemska | Erasmus MC (University Hospital Rotterdam) | Dr. Lia van Zuylen / Dr. Agnes van der Heide |
| Italija | Istituto Nazionale per la Ricerca sull Cancro Genoa | Dr. Massimo Costantini |
| Švedska | Stockholms S julchen Foundation | Dr. Carl Johan Fürst |
| Slovenija | University Clinic for Raspitory and Allergic Diseases Golnik | Dr. Urška Lunder |
| Švica | Center for Palliative Care, Kantonsspital St Gallen | Dr. Stefan Eychmüller |
| Argentina | Pallium Latinoamerica - Non Governmental Organisation (NGO), Buenos Aires | Professor Gustavo De Simone |
| Nova Zelandija | Arohanui Hospice, Palmerston North | Dr. Simon Allan / Dr. Jean Clark |




**Slika 1:** V projektu smo se odločili raziskovati potrebe in oskrbo bolnikov z rakom in njihovih bližnjih v zadnjih dneh življenja bolnikov in v prvih dneh po smrti: obdobji 3 in 4.

Timsko delo v eni od delovnih skupin v Stockholmu, Švedska. Foto: arhiv projekta OPCARE9.

Živahna diskusija v eni od delovnih skupin v Weggisu, Švica. Foto: arhiv projekta OPCARE9.

Temeljito smo se posvečali načinom in potem našega sodelovanja. Za učinkovito povezovanje smo se v šestmesečnih presledkih srečevali v vedno drugi državi udeleženki in se tako tudi osebno srečevali v skupini, ki je do konca projekta štela že nekaj čez sedemdeset udeležencev. Štiri- do petdnevne sestanke smo nadgradili z rednimi mesečnimi poročili in tesnejšimi sodelovanji med posameznimi državami. V posameznih delovnih »paketih« so odgovorni vodje organizirali zbiranje sistematično zbranih podatkov na specifične teme, poročali o izsledkih, vodili diskusijo, sintezo in oblikovanje razumevanja določenega problema. Omogočali smo proces skupnega konsenza in vključitev kulturoloških značilnosti iz držav udeleženk. Vodje skupin vsake države smo se srečevali še v vmesnih obdobjih in snovali potrebne korake in povezovanja z drugimi svetovnimi strokovnjaki. Slovenija je še posebej dobre delovne odnose navezala s švedsko raziskovalno skupino, sodelovala pa je v vseh temah z vsemi državami udeleženkami. Na skupni spletni strani projektne skupine, ki smo jo poimenovali VOCAL, smo sproti izmenjevali delovne korake, ideje in izkušnje. Redne telekonference in internetne povezave so nam omogočale učinkovito ustvarjalnost in izmenjavo.

**Razdelitev glavnih tem**

1. V prvem sklopu smo raziskovali znake in simptome za opredelitev zadnjih dni življenja pri bolniku z rakom kot pogoj za prepoznavo procesa umiranja in s tem za spremenjeno ukrepanje.
2. Svoje mesto v raziskovanju so dobile tudi težavne etične odločitve v zadnjih dneh življenja: hidracija in asistirani vnos hranil ob koncu življenja, sedacija, prenehanje postopkov vzdrževanja življenja, kot so ventilacija, dializa ter odločitve o opustitvi reanimacije.
3. Oskrba bolnikovih motečih simptomov je v zadnjih dneh še posebej pomembna in poleg lajšanja simptomov vključuje tudi prilagajanje obstoječe terapije bolnikovim potrebam in ciljem oskrbe. Pri tem so poleg farmakoloških ukrepov pomembni celostni pristopi s primernimi komunikacijskimi veščinami, psihološkimi in socialnimi ter duhovnimi postopki za največjo možno kakovost življenja bolnika vse do smrti in njegovih bližnjih tudi po njej.
4. Psihološka in psihosocialna podpora je manj raziskovana prav v zadnjih dneh življenja bolnikov, zato je v projektu posvečena tema ponudila prostor za sistematičen pregled obstoječih dokazov o tovrstnih potrebah in učinkovitih ukrepih. Diskusija o tem, kaj naj vsebuje primerna psihološka in psihosocialna oskrba v zadnjih dneh življenja je prispevala k identifikaciji ovir v različnih državah in kulturah po Evropi.
5. Prostovoljstvo je v zadnjih dneh življenja za podporo umirajočemu in njegovim bližnjim velik izziv. V projektu smo raziskovali, izmenjali in primerjali organiziranost, vlogo in naloge prostovoljcev ter njihovo izobraževanje v paliativni oskrbi v vseh državah udeleženkah.
6. Skupina za diseminacijo rezultatov našega dela je delovala od vsega začetka in bo nadaljevala svojo nalogo še nekaj časa po uradno končanem projektu.
7. Osnovana je bila mednarodna referenčna skupina za Liverpoolsko klinično pot umiranja, ki je s predlogi iz klinične prakse in s sistematičnimi pregledi literature glede oskrbe v zadnjih dneh življenja prispevala k učinkovitim izboljšavam klinične poti. Liverpoolska klinična pot umiranja je v Angliji sestavni del »bele zdravstvene knjige« in je v praksi v uporabi skoraj v celotnem javnem zdravstvenem sistemu.

Poleg osrednjih tem našega delovanja smo raziskali in se dogovorili tudi glede kazalnikov kakovosti v oskrbi zadnjih dni življenja. Zbrali smo vsa »orodja« oziroma tehnologije, kot so skupne dokumentacije, registri oziroma načini učinkovitega enotnega izboljševanja kliničnega dela oskrbe bolnikov v zadnjih dneh življenja.

Izkušnja sodelovanja v projektu OPCARE9 nam je vsem sodelujočim omogočila ne le optimizirano sodelovanje v skupnem raziskovanju, temveč še posebej bogate izmenjave ne le v zadanem obsegu projekta, temveč širše in tudi na osebni ravni. Z rezultati in sklepi našega skupnega dela smo obogatili možnosti resničnega izboljšanja oskrbe bolnikov z rakom in prenosljivih spoznanj tudi za bolnike z drugimi diagnozami v zadnjih dneh življenja in njihovih bližnjih. Upamo trditi, da smo pripomogli k razmeram za resnično izboljšanje izkušnje umiranja v Evropi in svetu.

P. S.: Nekaj strani naprej lahko ujamete še kanček atmosfere iz našega sklepnega srečanja v Liverpoolu.

} Urška Lunder

# Pomembnejše znanstvene objave v letu 2010

V spodnji tabeli je navedenih 14 najpomembnejših člankov golniških avtorjev v letu 2010, ki so bili objavljeni v mednarodnih strokovnih revijah s faktorjem vpliva. Pa še nekaj številk za primerjavo: vseh znanstvenih objav v revijah s faktorjem vpliva leta 2010 je bilo 16, leta 2009 jih je bilo rekordnih 40 (veliko teh na račun redne številke revije Wiener Klinische Wochenschrift, ki je bil posvečena naši bolnišnici), 2008. pa 12. Vseh objav naših avtorjev leta 2010 je bilo 336, leta 2009 jih je bilo 386 in 2008. 281. Pohvale avtorjem za dobro delo in še tako naprej!

} Anja Blažun

| | Referenca, naslov in avtorji članka | Faktor vpliva revije |
|---|---|---|
| 1. | Eur J Heart Fail. 2010 Feb;12(2):193-6.<br>Clinical trials update from the Heart Failure Society of America Meeting 2009: FAST, IMPROVE-HF, COACH galectin-3 substudy, HF-ACTION nuclear substudy, DAD-HF, and MARVEL-1.<br>Lainščak M, Coletta AP, Sherwi N, Cleland JG. | 3,706 (2009) |
| 2. | Clin Res Cardiol. 2010;99:107-13.<br>Anaemia is an independent predictor of death in patients hospitalized for acute heart failure.<br>von Haehling S, Schefold JC, Majc Hodošček L, Doehner W, Mannaa M, Anker SD, Lainščak M. | 2,958 (2009) |
| 3. | Chest 2010; 138: 323-330.<br>Self-rated health predicts acute exacerbations and hospitalisations in patients with COPD.<br>Farkaš J, Košnik M, Fležar M, Šuškovič S, Lainščak M. | 6,36 (2009) |
| 4. | J Allergy Clin Immunol. 2010 125 (6): 1300-7.<br>Recombinant allergen-based IgE testing to distinguish bee and wasp allergy.<br>Mittermann I, Zidarn M, Šilar M, Markovic-Housley Z, Aberer W, Korošec P, Košnik M, Valenta R. | 9,165 (2009) |
| 5. | Respir Med 2010; 104(4):571-7.<br>Deficiency of pulmonary Valpha24 Vbeta11 natural killer T cells in corticosteroid-naïve sarcoidosis patients.<br>Korošec P, Rijavec M, Šilar M, Kern I, Košnik M, Osolnik K. | 2,331 (2009) |
| 6. | Clin Exp Allergy. 2010; 40 (8): 1186-93.<br>Immunoglobulin G-dependent changes in basophil allergen threshold sensitivity during birch pollen immunotherapy.<br>Lalek N, Košnik M, Šilar M, Korošec P. | 4,084 (2009) |
| 7. | Scand J Immunol. 2010 May;71(5):386-91.<br>Complement factor C5a in acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease.<br>Marc Malovrh M, Kristan Škrgat S, Rozman A, Kern I, Fležar M, Košnik M, Korošec P. | 2,108 (2009) |
| 8. | Wien Klin Wochenschr. 2010 Jun;122(11-12):368-79.<br>Current standards in the treatment of metastatic breast cancer with focus on Lapatinib: a review by a Central European Consensus Panel.<br>Steger GG, Abrahámová J, Bacanu F, Brincat S, Brize A, Cesas A, Čufer T, Dank M, Duchnowska R, Eniu A, Jassem J, Kahán Z, Matos E, Padrik P, Pläte S, Pokker H, Purkalne G, Timcheva C, Tzekova V, Vyzula R, Zielinski CC. | 0,955 (2009) |
| 9. | J Natl Cancer Inst. 2010 Apr 7;102(7):456-63.<br>International guidelines for management of metastatic breast cancer: can metastatic breast cancer be cured?<br>Pagani O, Senkus E, Wood W, Colleoni M, Čufer T, Kyriakides S, Costa A, Winer EP, Cardoso F; ESO-MBC Task Force. | 14,069 (2009) |
| 10. | Breast Cancer Res Treat. 2010 Jun;121(3):615-24.<br>High levels of uPA and PAI-1 predict a good response to anthracyclines.<br>Borštnar S, Sadikov A, Možina B, Čufer T. | 4,696 (2009) |
| 11. | Int J Cardiol 2010; 144(1):92-3.<br>Education, knowledge, and self-management strategies in patients with chronic heart failure.<br>Lainščak M, Farkaš J, Jaarsma T. | 3,469 (2009) |
| 12. | Eur J Clin Microbiol Infect Dis 2010; 29: 661-8.<br>Characterisation of invasive Haemophilus influenzae isolates in Slovenia, 1993-2008.<br>Kastrin T, Paragi M, Kolman J, Čižman M, Kraigher A, Gubina M, Muller-Premru M, Štrumbelj I, Žohar Čretnik T, Fišer J. Berce I, Ribič H, Novak D, Kavčič M, Harlander T, Piltaver-Vajdec I, Tomič V. | 2,605 (2009) |
| 13. | Tumori 2010; 96: 667-73.<br>No implication of Simian virus 40 in pathogenesis of malignant pleural mesothelioma in Slovenia.<br>Hmeljak J, Kern I, Cör A. | 0,863 (2009) |
| 14. | Acta Ophthalmol. 2010 Dec;88(8):e311-6.<br>Association of preoperative vitreous IL-8 and VEGF levels with visual acuity after vitrectomy in proliferative diabetic retinopathy.<br>Petrovič MG, Korošec P, Košnik M, Hawlina M. | 2,441 (2009) |

# London – mesto izpolnjenih želja?

Za mano je nepozabno leto. Nepozabno zaradi dragocenih življenjskih in poklicnih izkušenj ter spoznavanja novih prijateljev iz dežel, ki jih je še pred kratkim poznal samo moj prst, drseč po zemljevidu. V Londonu ni manjkalo koncertov in razstav svetovnih umetnikov, gurmanskih užitkov, igranja nogometa pred Buckinghamsko palačo z ekipo s slovenskega veleposlaništva, branja knjig v čudovitih parkih, angleškega vremena, angleških vljudnostnih fraz, raznolikih kultur in obrazov na ulici ter vsakodnevne množice na podzemni železnici. To je bilo obdobje neprespanih noči zaradi glasu sirene, ki je vsakih nekaj minut neprizanesljivo vdiral v mojo sobo v severovzhodnem delu centralnega Londona, in seveda zaradi družbe mojega prenosnika, s katerim sva skupaj prebredla študijske obveznosti.

Naš razred (sem edina svetlolaska na sliki). Foto: E. Oblak.

Pred fakulteto na dan podelitve magisterijev. Foto: E. Oblak.

Zakaj sem se pravzaprav podala v tujino? Glavna razloga sta bila podiplomski študij iz klinične farmacije in samostojno življenje v tujem okolju. Vsekakor je bilo zame raziskovanje velemesta velik izziv, saj sem 26 let živela v idilični vasici v Polhograjskem hribovju, a želja po novih izzivih in poznanstvih je v meni tlela že nekaj let. Na koncu sem vse te želje združila in se vpisala na enoletni magistrski študij klinične farmacije. Ko sem februarja 2009 poslala prijavo na londonsko univerzo, je bilo v zraku še na stotine odprtih vprašanj, vendar sta na koncu trdna volja in zavzetost zmagali. Uspelo se mi je prebiti med 30 izbranih študentov iz vsega sveta in pridobiti štipendijo na Skladu RS za razvoj kadrov in štipendije. Službo na Golniku sem za eno leto prekinila in se s štiridesetimi kilogrami prtljage sama podala v London, kjer nisem poznala žive duše in nisem imela zagotovljene strehe nad glavo. Začetki so bili težki, vendar sem si osnovne razmere za bivanje v metropoli dokaj hitro uredila.

Prvi šolski dan sem bila šokirana, ker sem pričakovala vsaj še kakega sošolca iz stare celine. V razredu sem bila namreč edina Evropejka, večina jih je bila iz držav Bližnjega vzhoda ter iz Irana, Iraka, Kuvajta, Somalije ter Azije in Afrike. Na pisano družbo sem se kar hitro privadila in ugotovila, da tako lahko dobim vpogled v popolnoma drugačne kulture ter šolske in zdravstvene sisteme. Študij je bil razdeljen na dva dela. V prvem smo poslušali predavanja iz farmakoterapije. Končal se je januarja z obsežnim izpitom; temu pa je sledil drugi, bolj praktično usmerjen del. V tem delu sem dobila mesto v ugledni zasebni kliniki – The Harley Street Clinic (HSC), ki je specializirana za srčno kirurgijo, pediatrično onkologijo in plastične operacije. Sodelovala sem predvsem na intenzivnem oddelku pediatrične kirurgije in na oddelku za srčno kirurgijo odraslih. Klinika je od zunaj videti kot tipična londonska hiša, pa tudi znotraj ni prav nič drugačna – ozka stopnišča, relativno nizki stropi, a za razliko od naših bolnišnic je imel tu vsak bolnik svojo sobo, podobno hotelski. Klinika je znana predvsem po zelo uglednih gostujočih specialistih (»consultants«), zato se za zdravstvene storitve v njej tudi primerno plačuje: 10-minutni kontrolni (ambulantni) pregled npr. stane 150 evrov. Večina bolnikov je zato iz arabskih držav, saj jim zdravljenje v tujini plača država, veliko pa je tudi znanih osebnosti.

Vsak študent je v bolnišnici dobil mentorja, kliničnega farmacevta, ki ga je uvedel v farmacevtske vizite, mu svetoval pri iskanju koristne literature ter ga usmerjal pri analizi kliničnih primerov. Izbrati smo morali tri klinične primere, jih natančno analizirati, napisati poročilo in ga zagovarjati pred komisijo. Mojo mentorico najbolje opiše pogosto uporabljani angleški pridevnik »brilliant«. Bila je zelo zahtevna, vendar sva se odlično razumeli in jo kot osebo in kot farmacevtko visoko cenim.

Farmacevti v britanskih bolnišnicah so za razliko od naših vpleteni v redno obravnavo vsakega bolnika; proučijo terapijo z zdravili doma in v bolnišnici ter ob odpustu svetujejo bolnikom o jemanju zdravil. Odgovarjajo na vprašanja zdravnikov in medicinskih sester, sodelujejo pri pisanju bolnišničnih protokolov, sooblikujejo sisteme za zagotavljanje kakovosti in varnosti zdravljenja bolnikov ter nenazadnje izdajajo zdravila na bolnika –

Čudoviti parki v središču Londona. Foto: E. Oblak.

vsak predpis zdravila torej preveri farmacevt. Da lahko te storitve redno izvajajo, ima vsak oddelek vsaj enega kliničnega farmacevta, ki v povprečju skrbi za 10 bolnikov dnevno. V dodeljeni zasebni kliniki sem v poletnih mesecih izvedla tudi raziskovalno nalogo na temo varnosti bolnikov, hospitaliziranih v HSC, pri uvajanju varfarina. Pregledala sem 150 popisov bolnikov, ugotavljala sledenje bolnišničnemu protokolu uvajanja varfarina, beležila morebitne zaplete, sočasno predpisano terapijo in ostale parametre, ki jih je predlagala britanska agencija za varnost bolnikov (National Patient Safety Agency).

Poleg kliničnega dela smo morali v zadnjem semestru napisati teoretičen, a hkrati dokaj realen načrt farmacevtske dejavnosti v svoji državi. Naš načrt naj bi ponujal alternativo, ki bi pripomogla k izboljšavi obravnave bolnikov in zdravstvene oskrbe. Moral je biti osnovan na konkretni lokaciji, s konkretnimi finančnimi sredstvi in kadri. V svoji nalogi sem celovito proučila, zakaj bi bilo v slovenski izobraževalni program farmacije smiselno vpeljati načelo učenja in razvijanja poklicnih sposobnosti na delovnem mestu na osnovi kompetenčnih modelov ocenjevanja, ki se izvajajo v Angliji in nekaterih drugih državah sveta. V nalogi je zajet tudi finančni načrt vpeljave tega modela v program zdajšnje specializacije iz klinične farmacije, njegovo oglaševanje in trženje ter seveda zagotavljanje kakovosti ponujene storitve. V Sloveniji raste zanimanje za vpeljavo kompetenčnih modelov v izobraževanje in veseli me, da je moja naloga navdušila odgovorne ljudi in pripomogla k začetku vpeljave tega modela v izobraževalni program farmacevtov pri nas.

Študij je bil nadvse intenziven. Poimenovala sem ga kar »ekstremni šport«. V intenzivnih obdobjih sem namreč spala samo po nekaj ur, živela od kave, mleka in banan, »presedenine«, pekoče oči in neznosne bolečine v vratu pa so tipične poškodbe tega »športa«. Ni bilo lahko, vendar ko sedaj pogledam 500 strani debelo knjigo »Portfolio«, ki sem jo napisala v pičlih 6 mesecih, sem vesela uspešnega zaključka in znanja, ki mi ga je uspelo pridobiti v tako kratkem času. Pogrešam marsikaj, predvsem prijatelje in pestro kulturno življenje velemesta. Se pa že veselim prihodnjih potepanj, saj nameravam obiskati vsaj nekaj sošolcev v njihovih rodnih državah. Ko se enkrat zaljubiš v potovanja, poti nazaj ni več.

Ali bi na koncu kratkega povzetka enoletnega potepanja lahko odgovorila na naslovno vprašanje? Da, London mi je res izpolnil marsikatero željo, vendar kot pravijo: »Brez muje se še …« Sedaj verjamem, da ni treba daleč, da naredimo iz življenja tisto, kar si želimo. Kratek umik iz znanega okolja, ljudi in kulture je bil koristen tudi zato, da sem ugotovila, kaj v življenju je zame res pomembno, čemu se ne želim odreči, in nenazadnje, ker sedaj bolj cenim, kar imam doma, v tej zeleni deželici na sončni strani Alp.

} Erika Oblak

# Sklepna konferenca projekta OPCARE9 v Liverpoolu (28. februar–3. marec)

Z leve proti desni nasmejane Slovenske udeleženke konference: Zdenka Tičar, Tatjana Žargi, Anja Simonič, Urška Lunder in Andreja Peternelj. Foto: T. Jerič.

Liverpool ni samo dom slavnih Beatlov, temveč tudi zagnane in predane ekipe sodelavcev, ki se je zbrala okrog Johna Ellershawa, onkologa in profesorja paliativne medicine, da bi pomagala k bolj kakovostnemu umiranju v sodobnem času. Da smo se ob sklepnem srečanju v okviru projekta OPCARE9 zbrali ravno v Liverpoolu, kjer je bila razvita t. i. liverpoolska klinična pot umiranja in ima vodstvo projekta svoj sedež, torej nikakor ni bilo naključje. V preteklih treh letih že naše sedmo srečanje je bilo še posebej intenzivno. Med našim skupnim delom so se med sodelujočimi iz devetih držav namreč spletle številne vezi, ki jih bo vsak od vpletenih lahko ohranjal ali gradil na sebi lasten način še naprej. Vendar pa nikoli več tako, kot je bilo to lastno druženju in ustvarjanju znotraj projekta OPCARE9, ki je vsekakor bilo nekaj neponovljivega. Ob kompleksnosti projekta, ki je med seboj skušal povezati znanja in veščine o paliativni oskrbi različnih kultur z različnimi stopnjami razvoja paliativne oskrbe, iskanje ustreznega mesta zase v raziskovalnih skupinah nikakor ni bilo nekaj, kar se zgodi prek noči, temveč se je prej gradilo korak za korakom vsa tri leta. Ob tem nemalokrat ni manjkalo utrujenosti ter izzivov v medsebojni komunikaciji posameznikov s tako različnimi osebnimi in profesionalnimi ozadji ter izkušnjami. Kljub temu je bilo duha neponovljivosti projekta OPCARE9 mogoče v polni meri začutiti tudi na štiridnevni konferenci v Liverpoolu, kjer je en dan potekala odprta mednarodna konferenca z 250 udeleženci, na kateri so tudi ugledni »zunanji« gostje imeli priložnost slišati sklepna spoznanja in ugotovitve projekta. Poleg stalnih slovenskih članic projekta, Urške Lunder, Andreje Peternelj, Branke Červ, Anje Simonič in Tine Jerič (Majda Pahor), so se konference udeležile tudi posebne gostje iz Slovenije – Zdenka Tičar iz Ministrstva za zdravje, Tatjana Žargi, nekdanja predsednica Slovenskega društva Hospic, in Janja Šešok, zdravnica v Hospicu, ter Maja Šeruga, internistka in pobudnica paliativne medicine v murskosoboški bolnišnici.

Pod pronicljivim vodstvom prof. Lukasa Radbrucha, predsednika Evropske zveze za paliativno oskrbo (EAPC) smo lahko sledili celotnemu mozaiku spoznanj projekta. Prvi govornik Howard Newby, prodekan liverpoolske univerze, s katero je bilo v svoji karieri pomembno povezanih kar osem Nobelovih nagrajencev, je srčno poudaril vitalni pomen izmenjave znanja in izkušenj v Evropi ter širše pri izboljšanju kakovosti umiranja po svetu. Po predstavitvi glavnih značilnosti projekta s strani Johna Ellershawa so vodje posameznih delovnih skupin – Steffen Eychmueller iz Švice, Lia Van Zuylen iz Nizozemske, Carl Johan Furst iz Švedske, Raymond Voltz iz Nemčije ter Ruthmarijke Smeding iz Velike Britanije – predstavili razvoj dela posameznih delovnih skupin. Od predstavnikov preostalih sodelujočih držav – Jean Clark iz Nove Zelandije, Urške Lunder iz Slovenije, Massima Constantinija iz Italije in Gustava de Simona iz Argentine – smo lahko izvedeli o stanju paliativne oskrbe pri njih doma, obenem pa o njihovi perspektivi sodelovanja v projektu. Nenazadnje so nam raziskovalci Franziska Domeisen iz Švice, Natasja Raijmakers iz Nizozemske, Olav Lindquist iz Švedske, Maren Galushko iz Nemčije ter Margarita Jorge iz Argentine v svojih predavanjih predstavili esenco spoznanj posamezne delovne skupine. Več o tem, kot je zapisala v svojem prispevku že Urška Lunder, pa v naslednjih številkah Pljučnika.

Od Dominike Trzaske iz direktoratov Evropske komisije za splošno raziskovanje in inovacije ter področje zdravja smo lahko slišali, kako se deli kos pogače na področju raziskovanja v Evropi, kako in

kam v mreži projektov je umeščen projekt OPCARE9 in kakšna bo njegova prihodnost. Odlična priložnost za medsebojno izmenjavo izkušenj, trenutnega stanja in vizije o paliativni oskrbi za prihodnost je bilo tudi dvourno zasedanje snovalcev političnih temeljev paliativne oskrbe iz posameznih držav. Sodelujoči v projektu smo bili hvaležni tudi prof. Susan Block, profesorici na Oddelku za medicino in psihiatrijo harvardske univerze, ki je, kot "kritična prijateljica", s svojim izjemnim darom za opazovanje z nami podelila svojo refleksijo projekta – nas opozorila na še vedno odprte izzive ter obenem pohvalila našo ustvarjalnost in medsebojno sodelovanje.

Da bi gostom čim bolj približali ugotovitve projekta, so tako člani posameznih delovnih skupin kot tudi predstavniki sodelujočih držav svoje dosežke promovirali na nam dobro znanih stojnicah. Tam so se, poleg zloženk in publikacij o spoznanjih projekta OPCARE9 ter razvoju paliativne oskrbe v posamezni državi, znašle tudi školjke iz Nove Zelandije, odlična švicarska čokolada, argentinska kava, idrijska čipka in še mnogo vsega pisanega. Te drobne, domače vsakdanjosti v družbi »paliativnih vsebin« so nenamerno, a zato nič manj povedno sporočale, kako zelo so tudi bolezen, umiranje, smrt in žalovanje naraven del našega življenja.

} Anja Simonič

# Privatklinik Maria Hilf: Kaj se lahko naučimo v tujini?

Privatklinik Maria Hilf v Celovcu.
Vir: http://www.humanomed.at/privatklinik-maria-hilf/.

Računalnik ob postelji, kot ga imajo v Klinika Maria Hilf.
Vir: brošura Klinike Maria Hilf.

Vse odkar imamo program Birpis, se pogovarjamo o tem, kako nadomestiti papirne terapevtske liste z računalniškimi zasloni. Hkrati je zanimivo, da do sedaj nismo še nikoli šli pogledat, kako taki sistemi delujejo v ustanovah, kjer jih imajo. Glavni razlog za to pasivnost je bilo dejstvo, da za ustanovo, kjer bi tak sistem deloval, nismo vedeli. A dobili smo informacijo, da so tako ustanovo pred kratkim odprli 50 km stran od Golnika.

Zasebna klinika Maria Hilf je stara celovška bolnišnica, zdaj predelana v diagnostični in rehabilitacijski center, izvajajo pa tudi operacije po programu. Za urgentne in akutne probleme gredo Celovčani v Deželno bolnišnico. In seveda tudi če nimajo dodatnega zdravstvenega zavarovanja.

Sobe so eno- ali dvoposteljne z lastno kopalnico. Nekoliko spominjajo na naše v prenovljenem delu Vurnikove stavbe.

Klinika Maria Hilf je del večje mreže podobnih bolnišnic, ki imajo skupen informacijski sistem in seveda temu primerno število informatikov, ki sistem razvijajo. Ker se te ustanove ne ukvarjajo z akutnimi bolniki in dragimi zdravili, je najbolj razvit del informacijskega sistema rezervacija postelj. Zdravstvena nega je glede informatizacije podobno urejena kot pri nas. Zdravstveno nego načrtujejo, vendar njene realizacije ne spremljajo prek računalnika. Podobno kot mi ocenjujejo tveganje pri bolnikih za nastanek razjed zaradi pritiska ali za padec.

Ker imajo informacijski sistem, ki so ga razvili v sodelovanju z ostalimi bolnišnicami v mreži, jim ta lahko uresniči bistveno več »želja« kot naš, pri katerem smo odvisni od zunanjega ponudnika. Vendar nimajo vsega, kar omogoča sodobna tehnologija. Tako, na primer, nimajo elektronskega terapevtskega lista, poleg tega je njihov računalnik ob postelji prvenstveno namenjen bolnikom. V praksi je to videti tako, da ima vsaka postelja držalo z računalniškim monitorjem, katerega cena je okrog 4000 evrov, njegov glavni namen pa je gledanje filmov in dostopanje do interneta – seveda s kartico, na kateri se odšteva kredit. Edina enota, kjer v informacijskem smislu ažurno sledijo poteku obravnave, je operacijska dvorana. Tam operacijski zapisnik resnično nastaja v realnem času.

V bolnišnici je 210 zaposlenih. V uporabi imajo 90 računalniških delovnih postaj, od katerih je le peščica prenosnih računalnikov. Če preračunamo to število na velikost Golnika, bi bili primerljivi z njimi, če bi zmanjšali število računalnikov za 120.

Sklenemo lahko, da so obiski podobnih ustanov koristni, saj nam omogočajo, da na lastno ustanovo pogledamo skozi drugo prizmo. Čeprav smo na Golniku razočarani, ko bi želeli določene procese informatizirati (in nam naš ponudnik programske opreme pri tem ne sledi vedno), pa nas takšni obiski in izkušnje prepričajo, da je naša osnovna dejavnost vrhunsko organizirana.

} Mitja Košnik, Jurij Stariha, Mihaela Zidarn, Saša Kadivec, Tomaž Knific

Presenečeni smo ugotovili, kako dobro je pri nas v primerjavi z zasebno kliniko Maria Hilf poskrbljeno za parkiranje: za poslovne partnerje imajo dovolj parkirišč – za 2 evra na uro. Za 60 ključnih lastnih kadrov (zdravnikov in nekaj medicinskih sester) imajo kartico, s katero lahko cel mesec parkirajo za 50 evrov. Precej zdravnikov tam dela pogodbeno in tudi oni lahko parkirajo za 2 evra na uro.

} Mitja Košnik

# Generalna skupščina ENSH Barcelona 2010

V Barceloni je bila 15. in 16. oktobra 2010 generalna skupščina ENSH (Global Network for Tobacco Free Health Care Services). Srečanje je potekalo na Onkološkem inštitutu Katalonije.

ENSH je mednarodna neprofitna organizacija. Leta 1999 je začela delovati v smislu nadzorovane rabe tobačnih izdelkov v bolnišnicah. Leta 2009 se je organizacija iz evropske preimenovala v globalno.

Na srečanju je sodelovalo 22 udeležencev iz 17 držav. Predstavljali so koordinatorje ENSH v svojih državah. Koordinatorji delujejo na ravni ministrstva oziroma nekateri na ravni, primerljivi z našim Inštitutom za varovanje zdravja.

Srečanje se je začelo s predstavitvijo novosti organizacije: prenovljena je spletna stran, izbran je bil nov logotip. Predstavljeno je bilo delovanje nekaterih koordinatorjev držav članic. Vsem predstavitvam najdem skupno izhodišče. Poudarjen je bil posluh politike za delovanje koordinatorja, poznavanje problematike posameznega področja in sredstva za delovanje.

Predstavitev pristopa na Irskem:

V bolnišnicah so o svojem delovanju obvestili vodje oddelkov, med zaposlene so razdelili ankete. Prav tako so anketirali paciente, obiskovalce in raziskali, koliko pacientov ima v medicinski dokumentaciji šifrirano diagnozo kajenja. Podatki, ki so jih potrebovali, so bili seznam vodij oddelkov, število zaposlenih, število pacientov in število oddelkov. Pripravili so vprašalnike za vodje oddelkov, zaposlene, paciente in obiskovalce. Določili so osebo v bolnišnici, ki je zbrala vprašalnike, in določili njen delovni. Pri anketah so upoštevali anonimnost, zaupnost, tajnost.

Tako pridobljeni podatki so bili podlaga za načrtovanje aktivnosti koordinatorja.

Predstavitev pristopa na Švedskem:

Dobra komunikacija in svetovanje ne zadostujeta kot spretnost za spremembo vedenja. Za spremembo vedenja se zahteva več kot znanje in spretnost. Potrebna je motivacija. Pacient v tem odnosu pričakuje sodelovanje, partnerski odnos in predvsem, da mu pustimo, da na koncu sam odloči o tem, kaj bo storil. Izvajalci zdravstvenih storitev radi določijo stvari, ki pa sčasoma postanejo samoumevne. Tako naletijo na odpor pacienta.

Nazorno je bil predstavljen primer kratkega nasveta, ki je učinkovit v 3 %. Nasvet je uporaben na vseh ravneh zdravstvenih storitev.

V primerjavi z nekaterimi državami imamo v Sloveniji sicer dober zakon o dovoljeni rabi tobačnih izdelkov, žal pa smo manj aktivni pri dajanju kratkega nasveta pacientom glede opuščanja kajenja. Kot zdravstveni delavci, ki smo zavezani zdravstvenovzgojnemu delu, smo pri pacientu, ki kadi, odgovorni na primeren način preveriti, kako motiviran je za opustitev kajenja, ter mu v skladu s tem ponuditi ustrezno podporo. Kratek nasvet pri opuščanju kajenja naj bi obvladala vsaka medicinska sestra in vsak zdravnik. Glede na naravo specialistične usmerjenosti naše bolnišnice je v lastnih zdravstvenovzgojnih programih še posebej pomembno, da namenimo nekaj besed tudi opuščanju kajenja.

Organizacija ENSH v svojem programu obravnava tako paciente kot tudi zaposlene v bolnišnicah. Zaposleni v bolnišnici, kot je Golnik, naj bi s svojim vedenjem predstavljali vzor pacientom, kajti njih želimo odvrniti od kajenja oziroma jim predstaviti prednosti opustitve kajenja. Zato zame jutranji pogled, ko prihajam v službo, na kadilce, ki pred vstopom v garderobo še pokadijo cigareto, ni prijeten. Poleg lastne izbire, da ne kadimo, pa dajemo pomemben zgled svojim bolnikom tudi s tem, kako podajamo kratek nasvet o opuščanju kajenja.

Vsekakor nas na področju opuščanja kajenja v naši bolnišnici – imenovani Bolnišnica brez tobaka – čaka še veliko dela. V napredovanju smo pomembni vsi, zaposleni in uporabniki naših storitev, pacient in njegova družina.

} Barbka Štalc

Udeleženci konference ENSH v Barceloni. Foto: osebni arhiv B. Štalc.

# Kadrovske spremembe: prihodi novih sodelavcev in odhodi v obdobju december 2010–februar 2011

## Prihodi sodelavcev

| Ime in priimek | Prihod | Delovno mesto | Zaposlitev za: | Oddelek |
|---|---|---|---|---|
| Nanča ČEBRON LIPOVEC, mag. farm. | 28. 12. 2010 | Farmacevtka III | Določen čas | Lekarna |
| Mirjana FEMIĆ | 1. 1. 2011 | SMS v negovalni enoti | Določen čas | Bolniški oddelek 200 |
| Veronika JELENC | 1. 1. 2011 | SMS v negovalni enoti | Določen čas | Bolniški oddelek 100 |
| Mateja MALI | 1. 1. 2011 | SMS v negovalni enoti | Določen čas | Bolniški oddelek 600 |
| Katarina KRAJNIK | 17. 1. 2011 | SMS v negovalni enoti | Določen čas | Bolniški oddelek 300 |
| Katja SOKLIČ | 3. 2. 2011 | SMS v negovalni enoti | Določen čas | Bolniški oddelek 600 |

## Prihodi specializantov

| Ime in priimek | Prihod | Delovno mesto | Zaposlitev za: | Oddelek |
|---|---|---|---|---|
| Alja KLEŠNIK, dr. med. | 12. 2010 | Zdravnica specializantka | Določen čas | Oddelek za radiologijo |
| Nina FILIPIČ BABNIK, dr. med. | 12. 2010 | Zdravnica specializantka | Določen čas | Bolniški oddelek 300 |
| Ksenija ROVAN KRIVEC, dr. med. | 12. 2010 | Zdravnica specializantka | Določen čas | Bolniški oddelek 300 |
| Maša KNEHTL, dr. med. | 1. 1. 2011 | Zdravnica specializantka | Določen čas | Bolniški oddelek 600 |
| Katja ADAMIČ, dr. med. | 1. 2. 2011 | Zdravnica specializantka | Določen čas | Odd. za int. nego in terapijo |
| Marija MRAVLJAK, dr. med. | 1. 2. 2011 | Zdravnica specializantka | Določen čas | Bolniški oddelek 200 |

## Odhodi sodelavcev

| Ime in priimek | Prihod | Odhod | Delovno mesto | Oddelek | Razlog odhoda |
|---|---|---|---|---|---|
| Nina TRDINA, dipl. inž. radiol. | 15. 3. 2010 | 14. 12. 2010 | Radiološka inženirka - pripravnica | Oddelek za radiologijo | Prenehanje DR za DČ |
| Kristina RITONJA | 19. 10. 2009 | 18. 12. 2010 | SMS v negovalni enoti | Bolniški oddelek 700 | Prenehanje DR za DČ |
| Mojca GABER, dipl. ekon. | 1. 11. 2009 | 31. 12. 2010 | Strok. sodelavka za ekon. področje | Finančno-računovodski oddelek | Sporazumno prenehanje DR |
| Nika LALEK, dr. med. | 1. 12. 2008 | 31. 12. 2010 | Zdravnica specializantka | Bolniški oddelek 300 | Prenehanje DR za DČ |
| Alja KLEŠNIK, dr. med. | 1. 12. 2010 | 31. 12. 2010 | Zdravnica specializantka | Oddelek za radiologijo | Prenehanje DR za DČ |
| Martin HREN, dr. med. | 15. 11. 2010 | 14. 1. 2011 | Zdravnica specializantka | Bolniški oddelek 600 | Prenehanje DR za DČ |
| Nina FILIPIČ BABNIK, dr. med. | 1. 12. 2010 | 31. 1. 2011 | Zdravnica specializantka | Odd. za intenz. nego in terapijo | Prenehanje DR za DČ |
| Maša KHEHTL, dr. med. | 1. 1. 2011 | 31. 1. 2011 | Zdravnica specializantka | Bolniški oddelek 600 | Prenehanje DR za DČ |
| Urška LOŽAR | 1. 1. 2010 | 11. 2. 2011 | SMS v negovalni enoti | Bolniški oddelek 700 | Sporazumno prenehanje DR |
| Marija MRAVLJAK, dr. med. | 1. 2. 2011 | 28. 2. 2011 | Zdravnica specializantka | Bolniški oddelek 200 | Prenehanje DR za DČ |
| Ksenija ROVAN KRIVEC, dr. med. | 1. 12. 2010 | 28. 2. 2011 | Zdravnica specializantka | Bolniški oddelek 700 | Prenehanje DR za DČ |
| Mirko LEKIĆ, dr. med. | 1. 11. 2010 | 28. 2. 2011 | Zdravnik specializant | Bolniški oddelek 200 | Prenehanje DR za DČ |

## Upokojeni sodelavci

| Ime in priimek | Prihod | Odhod | Delovno mesto | Oddelek | Razlog odhoda |
|---|---|---|---|---|---|
| Dragica POŽENEL, vms | 1. 8. 1973 | 14. 12. 2010 | Dipl. med. sestra v specialistični ambulanti | Internistična in diabetološka amb. Kranj | upokojitev |
| Savka JEFTENIĆ | 26. 2. 1974 | 15. 12. 2010 | Strežnica | Pomivalnica | upokojitev |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Vukosava MIJAILOVIĆ | 31. 5. 1974 | 26. 12. 2010 | Strežnica | Pomivalnica | upokojitev |
| Jana VERTOVŠEK | 1. 9. 1972 | 26. 12. 2010 | Laboratorijska tehnica | Laboratorij za respiratorno mikrobiologijo | upokojitev |

**Napredovanja in dosežki**

**Zdenka LIKAR** je 26. novembra 2010 končala študij na Višji strokovni šoli in pridobila višjo izobrazbo za poklic ekonomist.

Na Visoki šoli za zdravstvo v Izoli je **Damjana ZAKRAJŠEK** 11. novembra 2010 uspešno končala študij po visokošolskem strokovnem študijskem programu zdravstvena nega in pridobila strokovni naslov diplomirana medicinska sestra.

Na Fakulteti za socialno delo je 5. januarja 2011 končala študij po programu socialno delo **Petra MIKLOŠA** ter pridobila strokovni naziv univerzitetna diplomirana socialna delavka.

Asist. dr. **Mateja MARC MALOVRH**, dr. med., spec., je 28. januarja 2011 opravila specialistični izpit in pridobila naziv specialistka pnevmologije.

} Helena Štern

# Seznam aktivnih udeležb na kongresih in seminarjih za obdobje oktober 2010–januar 2011

| | | | |
|---|---|---|---|
| 30. 9.–2. 10. 2010 | Golniški simpozij | Eva Topole, Viktorija Tomič, Jasmina Gabrijelčič, Renato Eržen, Nissera Bajrović, Matija Rijavec, Katja Pilar, Mitja Lainščak, Jasna Dobelšek Fürst, Nina Sobotkiewicz, Petra Svetina Šorli, Teja Dolhar, Judita Slak, Tatjana Jakhel, Vera Benedik, Ivanka Kržišnik, Katja Vrankar, Maruša Ahačič, Slavi Pešak, Katja Mohorčič, Katarina Osolnik, Darja Polak Jenko, Nadja Triller, Martina Košnik | Bled |
| 4. 10.–5. 10. 2010 | Predavanje na šoli pulmologije | Nadja Triller | Helsinki |
| 12. 10. 2011 | Pljučnice – preventiva | Katarina Osolnik | Kranj |
| 28. 10.–1. 11. 2010 | EORTC Lung Cancer Group | Tanja Čufer | Kairo |
| 1. 11.–3. 11. 2010 | Mednarodni seminar študentov | Barbara Zadnik | Dublin |
| 4. 11.–6. 11. 2010 | 52. Tavčarjevi dnevi | Tina Jerič, Nina Turnšek, Janez Toni, Lea Knez, Tomaž Hafner | Portorož |
| 12. 11. 2010 | Strokovno srečanje sekcije za klinično mikrobiologijo in bolnišnične okužbe | Viktorija Tomič | Celje |
| 12. 11. 2010 | Astma šola | Barbka Štalc | Kranjska Gora |
| 17. 11. 2010 | Srečanje združenja za patologijo | Izidor Kern | Celje |
| 18. 11. 2010 | Mednarodni dan preudarne rabe antibiotikov | Viktorija Tomič | Ljubljana |
| 19. 11. 2010 | Interdisciplinarna obravnava pacienta s pljučno hipertenzijo | Marjana Bratkovič, Janez Toni, Franc Šifrer, Iris Gramc | Bled |
| 22. 11. 2010 | RIGHT DRUG FOR THE RIGHT PATIENT | Katja Mohorčič | Brdo pri Kranju |
| 25. 11. 2010 | Podporno zdravljenje z rastnimi dejavniki v onkologiji in hematologiji | Katja Mohorčič | Ljubljana |
| 26. 11. 2010 | Sodobnim znanjem postopkov v zdravstveni in babiški negi naproti | Peter Koren | Ljubljana |
| 26.–27. 11. 2010 | Mariborski kongres | Matjaž Fležar | Maribor |
| 3. 12. 2010 | Šola za vodenje bolnika s TB | Katja Pivk, Marjana Bratkovič, Barbara Zadnik | Golnik |
| 3. 12.–5. 12. 2010 | ÖGAI – Alergološko imunološko srečanje | Eva Topole, Mira Šilar, Renato Eržen, Matija Rijavec, Nina Čelesnik, Nika Lalek, Peter Korošec, Mateja Balantič, Peter Kopač | Dunaj |
| 10. 12.–11. 12. 2010 | Združenje pnevmologov Slovenije | Stanislav Šuškovič, Mitja Košnik, Robert Marčun, Izidor Kern, Nina Turnšek, Urška Lunder, Mitja Lainščak | Laško |
| 11. 1. 2011 | Kaheksija | Mitja Lainščak | Ljubljana |
| 13. 1.–11. 2. 2011 | Usposabljanje »Mediacijske veščine in mediator v zdravstvu« | Romana Martinčič | Ljubljana |
| 28. 1. 2011 | Astma šola | Karmen Perko | Kranjska Gora |

} Romana Bajželj

# Intervju z Izidorjem Kernom

Izidor Kern, v ozadju golniški park. Foto: B. Komac.

Izidorja Kerna sem prvič srečal junija 1979. Na avtobusni postaji v Kranju, ko smo odhajali na republiško tekmovanje iz kemije. Nekatera srečanja si zapomnimo. Takrat nisva vedela, da bova sošolca v gimnaziji, kolega na fakulteti, sodelavca ... Kot odličen študent je bil golniški štipendist. Po končanem pripravništvu in specializaciji iz patologije se je zaposlil na Golniku. Golniku ostaja zvest po 20 letih delovne dobe. Izidor Kern, dr. med., specialist patolog. Šef Laboratorija za citologijo in histologijo Klinike Golnik.

*Kateri del dolgotrajnega izobraževalnega procesa ti je najbliže?*

Rad se učim in sprejemam nova znanja. Tri šole – tri obdobja ocenjujem za pomembna v mojem oblikovanju: gimnazijo, medicinsko fakulteto in specializacijo.

*Je samodisciplina ena tvojih vrlin?*

Ne vem, če je samodisciplina moja vrlina. Zdi se mi, da sem do sebe strog in pošten, da imam visoka pričakovanja in cilje (najbrž še precej neuresničenih). Tudi do svojih sodelavcev sem precej zahteven. Ne domišljam si, da sem dober šef (šef z negativno avro). Moji sodelavci me delajo boljšega, skupaj imamo veliko entuziazma, pozitivne energije in izžarevamo pripadnost do skupnega dobrega. Cenim delo svojih kolegov na Golniku, ki imajo visoko stopnjo profesionalnosti, ki jih ni zanesla pogoltnost, ki so samokritični, sposobni priznati napake in zagovarjati svoje odločitve. Veliko sem spoznal ob nastajanju zgodovinskega pregleda golniške bolnišnice. Sodelovanje z Zvonko Zupanič Slavec, podrobnosti iz življenja ustanove in posameznikov, vzponi in padci so mi pomagali pri razumevanju pomembnih osebnosti na Golniku in izostrili vrednostna merila. Črtim blef. Priznati pa moram, da rad uživam. Ni ga čez dobro hrano in vino. Tudi zabava, še posebej v aktivni obliki mi je blizu.

*Zakaj odločitev za patologijo?*

Krivec je prof. Jurij Šorli, za kar sem mu zelo hvaležen. Kako je v meni prepoznal patologa, mi ni jasno, a sem prepričan, da se ni zmotil. Ni mi žal, da sem patolog, v svojem delu uživam in me zadovoljuje. Zelo pomembna je bila podpora prof. Šorlija tudi na nadaljnji poti. V procesu šolanja je bilo odločilno izobraževanje v Lyonu pri prof. Francoise Bejui Thivoletu, kjer sem se naučil sistematičnega pristopa pri reševanju primerov, osnovnih principov v citologiji in histologiji, dobil sem temeljna znanja v pljučni patologiji, spoznal sem organizacijo dela in tehnične metode v laboratoriju. Metode raziskovalnega dela in povezavo raziskovalnega dela z rutinskim strokovnim delom sem spoznal pri prof. Jimu Hoggu v Vancouvru, kjer sem eno leto študiral vplive latentne adenovirusne okužbe v razvoju KOPB in možne učinke adenovirusnih vektorjev pri zdravljenju cistične fibroze.

*Kako bi predstavil patologijo nekomu, ki je ne pozna?*

Delo patologa je vpeto v diagnostično obravnavo bolnika, sledenje njegove bolezni in spremljanje uspešnosti zdravljenja. Gre za pestro in široko področje v medicini, ki temelji na mikroskopskem

pregledovanju celičnih in tkivnih vzorcev, ki jih odvzamemo bolniku z manj ali bolj invazivnimi posegi. Sodi med laboratorijske discipline, ki pa je bogato nadgrajena s kliničnim pristopom pri ocenjevanju sprememb. Patologija povezuje temeljna, predklinična znanja z različnimi specialnimi medicinskimi vejami, je kot deblo košatega drevesa s širokim koreninskim sistemom. Vključuje uveljavljene, starejše dopolnilne (histokemija, elektronska mikroskopija) in novejše metode (imunohistokemija, pretočna citometrija, molekularna patologija) ter je tudi s tega vidika zelo multidisciplinarna. Diagnoze slonijo na vse bolj jasno opredeljenih merilih in so vse manj subjektivne. Manjši obseg mojega dela zavzema obdukcijska dejavnost. Pri iskanju vzroka smrti, ne dovolj pojasnjenih spremembah za časa življenja ali pri redkih boleznih se zdravniki odločijo za zadnjo možnost, s katero lahko pridobimo nove informacije, znanja, ki nam pomagajo pri obravnavi drugih bolnikov. Z obdukcijsko dejavnostjo spremljamo tudi kakovost dela v naši bolnišnici.

*Imaš tudi znotraj stroke kakšno ljubezen?*

Dve področji pljučne patologije sta mi zelo blizu: pljučni rak in intersticijske pljučne bolezni. Pri pljučnem raku smo priča prelomnici predvsem v zdravljenju in boljših možnostih za bolnike. Zelo rutinska diagnostika pljučnega raka, ki je bila podcenjena v ožjem in širšem strokovnem krogu, se sooča s spremembami. Zanesljivejša diagnostika, vključujoč pregledovanje več različnih vrst vzorcev in njihovo primerjanje, skrben izbor optimalnega vzorca za dodatne preiskave določanja prediktivnih in prognostičnih dejavnikov postavlja pljučnega patologa na ključno mesto timske obravnave bolnika s pljučnim rakom. Delo nosi višjo stopnjo odgovornosti. Intersticijske pljučne bolezni predstavljajo pestro področje pljučne patologije. Za uspešno delo je nujno obvladati temeljna znanja s področja klinike, pljučne funkcijske diagnostike in radiologije kot makroskopkega pogleda na dogajanje v pljučih. Če kje, potem prav na področju intersticijskih pljučnih bolezni patolog postaja »klinični patolog«. Diagnostika teh bolezni zahteva široko klinično-radiološko-patološko korelacijo in v tej luči poteka interpretacija patoloških sprememb. Obe omenjeni področji pljučne patologije pomembno osmislita in bogatita moje delo na Golniku, saj imam veliko možnosti neposrednega sodelovanja s kliniki, radiologi in kirurgi – torej pravega timskega pristopa, ki sem ga spoznal med izobraževanji v tujini.

*Kaj naredi patolog, kadar diagnoza ni jasna?*

Patologija zavzema v medicini pomembno, celo ključno mesto. Je zelo subjektivna, a hkrati skuša biti objektivna. Za diagnozo morajo biti izpolnjena določena merila. Pojavljajo se napake (lažno pozitivne in lažno negativne diagnoze) in zato patologijo lahko vrednotimo povsem laboratorijsko. V vsaki diagnozi moramo videti neko stopnjo verjetnosti. Patolog naj bi skušal verjetnost diagnoze oceniti in to sporočiti svojemu kliniku. Tako pridemo do situacije, ko je določena diagnoza manj verjetna in hkrati ni druge bolj verjetne možnosti. Sprijazniti se moramo s situacijo nemoči, manjkom znanja in izkušenj ter se potruditi poiskati pomoč pri kolegih. Imam srečo, da osebno poznam več odličnih pljučnih patologov, ki takšne situacije razumejo in pomagajo najti rešitev.

*Si na kakšno trofejo (beri: diagnozo) še posebej ponosen?*

V nas zdravnikih je lovski nagon po trofejah. Vsi bi jih radi zbirali in se proslavili s primeri. Patologi nismo izjeme, niti jaz. Trofeje pridejo same, treba je imeti odprte oči in jih seveda pravočasno prepoznati. To pa pomeni kilometre in kilograme premetanih dolgočasnih, vsakodnevnih, običajnih primerov, analiz. Skratka z znanjem in izkušnjami je treba spoznati pomen in lepoto gozda, da si sposoben odkriti in videti eno drevo v njem. Trofeje so pomembne za samopotrditev, nekako osmislijo trud in niso same sebi namen. Lepo je, če se z njimi lahko postavimo pred kolegi. Nekaj prvobitno moškega se skriva v tem.

*Kakšni so izzivi sodobne patologije?*

Usmerjenost, specializiranost patologov, podobno kot to vidimo pri internistih in kirurgih, kar praktično že deloma poteka. Digitalizacija – virtualni preparat (»ležanje v postelji in gledanje preparatov«). Nove metode molekularne patologije z genskimi čipi na stekelcu s tkivno rezino. Vse bolj objektivizirana in standardizirana diagnoza, kar omogoča lažje primerjave in bolj zanesljivo obravnavo bolnika. Ni več dovolj napisati diagnozo, podati je treba informacijo o napovednih dejavnikih in pomembnih fenotipskih lastnostih, kar vpliva na odločitev o vrsti zdravljenja.

*Kakšna je tvoja vizija Laboratorija za citologijo in histologijo v naši bolnišnici?*

Vodenje laboratorija sem sprejel zelo na začetku svoje poklicne kariere. Za marsikoga prezgodaj. Imel sem veliko srečo, da sem delal z ljudmi, ki so imeli zelo pozitiven odnos do sprememb, ki so odprto sprejemali izzive razvoja, ki so prenašali svoja znanja in izkušnje in so me zelo toplo sprejeli. V prvih letih vodenja smo vpeljali imunohistokemijo, pomembno metodo v patologiji, brez katere si danes ne moremo zamisliti ustrezne diagnostične zanesljivosti. Dobrih deset let je, odkar smo laboratorij v celoti obnovili in ga opremili. Kljub začetnemu odporu smo utrdili sistem zagotavljanja kakovosti, pridobili dovoljenje za delo in svoje izkušnje širili v druge laboratorije. Molekularna patologija je v zadnjem letu postala rutinska metoda in prav z njo se odpirajo novi svetovi. Pomembno je, da je laboratorij usmerjen najprej v bolezni pljuč in prsnega koša. Težko si je zamisliti, da bi zagotavljali strokovno visoko kompetenčnost tudi na drugih področjih. Upamo, da bomo v nekaj letih medse sprejeli mlajšega kolega patologa in omogočili bogatejšo raziskovalno dejavnost. Ključ do uspešnega razvoja so ljudje in veliko truda je usmerjenega v ustvarjalno vzdušje znotraj kolektiva v laboratoriju. Trenutno se soočamo s hudo prostorsko stisko, deležni smo pomoči in potrpežljivosti drugih laboratorijev in računamo na naklonjenost vodstva k odpravi ovire v razvoju.

*Pred kratkim si prejel Hribarjevo nagrado. Kaj ti pomeni in kakšen je tvoj odnos do nagrad nasploh?*

Hribarjevo priznanje je najvišja nagrada, ki jo podeljuje Inštitut za patologijo Medicinske fakultete v Ljubljani za dosežke na strokovnem področju. Gre za nagrado med kolegi, ki s tem izkažejo spoštovanje do opravljenega dela, strokovne usposobljenosti, priznanje za trud pri organizaciji in vodenju aktivnosti na področju patologije. Bil sem zelo prijetno presenečen, ker nagrade nisem pričako-

Izidor se sladicam ne more upreti, še toliko manj v Franciji. Foto: osebni arhiv I. Kerna.

val. Sprejel sem jo kot spodbudo za uresničevanje novih idej, kakovostnejše delo stroke v državi in krepitev znanja. Nagrade sem zelo vesel tudi zato, ker svoje kolege, patologe, usmerjene v druga področja, zelo cenim. V nagradi se skriva več kot samo moje osebno delo, gre za odsev okolja, v katerem delam, kjer sem dobil izkušnje, gre za moje sodelavce v laboratoriju, brez katerih mi ne bi uspelo.

*Nekateri se te spomnimo tudi v vlogi televizijskega voditelja. Kakšni so tvoji spomini na obdobje, ko si nas pozdravljal s TV-ekranov?*

Včasih se v življenju ponudijo izzivi, ki jih velja sprejeti. V začetku študija sem se bolj iz radovednosti prijavil na avdicijo za televizijskega voditelja. Enoletno šolanje v nastopanju pred kamero in učenje govora sta dragoceni izkušnji. Pridobil sem samozavest, občutek za obvladovanje treme in sposobnosti govornega organa. Kariera na TVS je bila kratkotrajna, saj sem hitro ugotovil, da mi medicina pomeni več in da se lahko predam le enemu področju.

*Sinova odraščata ...*

Na sinova sem zelo ponosen. Stopata na samostojno pot. Skupaj smo preživeli marsikateri zanimiv, avanturističen trenutek. Veselje je videti, da si znata poiskati pot do cilja.

*Kako preživljaš prosti čas?*

Počitnice in konce tedna skušam preživeti čim bolj razgibano. Rad se gibljem v naravi, zato sem pogosto v hribih, na kolesu, smučeh ali v potovalnem kajaku. Skušam vzdrževati telesno kondicijo, si nabrati moči in se hkrati sprostiti. Pri tem izbiram neobičajne cilje in neutečene, zahtevnejše poti. Vsaka oblika gibanja po snegu je izziv (alpsko smučanje, spusti zunaj urejenih prog, tek na smučeh, turnosmučarski pohodi, zimski vzponi). S kolesom sem odkril marsikateri del Slovenije in sosednjih držav. S kolegi smo se petkrat udeležili ekipnega kolesarjenja po Sloveniji, kjer uživamo v druženju, zabavi, dobri hrani in znoju. Rad gledam filme in prebiram knjige, za katere pa včasih zmanjkuje časa.

*Nam pojasniš svoj odnos do slivove marmelade?*

To so najini skupni spomini na gimnazijska leta. Verjetno eno najbolj razgibanih obdobij. Obiskovala sva kranjsko gimnazijo. Pojasnilo za bralce. Pri pouku slovenščine smo vsak teden imeli minute za lep slovenski jezik. Na trgovskih policah se je pojavil izdelek z etiketo »češpljeva marmelada« in profesorica me je vprašala, ali je raba pravilna. Brez zadržkov sem odgovoril, da je vseeno, ali piše češpljeva ali slivova, pomembna je vsebina, kaj je v kozarcu, da je marmelada dobra. S prostodušnim odgovorom sem si nakopal nekaj jeze in iz tega je nastala anekdota. Zdi se, da sem takšno držo ohranil do danes. Cenim vsebino in ne imena, kar spominja na Julijine besede »Samo ime je tvoje moj sovražnik …«. Na pouk slovenščine me vežejo lepi spomini: veliko truda, bogastvo znanja, skrben odnos do jezika, spoštovanje kulture. To je povezano z izjemno osebnostjo prof. Mire Avsec, ki je pustila neizbrisen pečat, vzgojni in pedagoški.

} Renato Eržen

# Kurirska služba

Kurirke in spremljevalke bolnikov z vodjo in novo pridobitvijo: z novim vozičkom za močnejše bolnike. Tako bomo lahko tudi bolnike, ki so močnejši, na preiskavo pripeljali na prijazen način. Prejeli smo ga 15. marca in je bil prvič – testno – uporabljen za malo drugačen namen. V akciji Moj predlog je tovrstno pridobitev predlagala ga. Katarina Dragojlovič, ki ga je tudi sama prvič preizkusila. Foto: S. Papler.

Pod besedo kurir si večina ljudi predstavlja osebo, ki v podjetju ali ustanovi raznaša različna sporočila. Vendar je naše delo veliko več kot samo to, kar ga na eni strani dela zanimivega, po drugi pa tudi napornega.

Veliko smo v stiku z bolniki. Premeščamo jih z enega oddelka na drugega ter jih spremljamo in vozimo na razne preiskave (rentgen, endoskopija, ultrazvok srca in trebuha …). Velikokrat nam ljudje zaupajo svoje strahove, težave in skrbi. Naše spodbudne besede, tolažba in iskren nasmeh včasih naredijo več kot zdravila. Kadar nam uspe komu polepšati dan, smo dobre volje. Dosedanje izkušnje so pokazale, da nas imajo bolniki radi in da večkrat upoštevajo naše nasvete. To nas zelo veseli, zato se skušamo, tudi kadar nismo ravno najbolje razpoložene, vživeti v vlogo bolnikov in se potruditi, da svoje delo opravimo vestno in do bolnikov čim bolj prijazno.

Na žalost pa se pri našem delu srečujemo tudi s smrtjo, saj moramo umrle odpeljati v prosekturo. Čeprav je to vse prej kot prijetno opravilo, ga vedno opravimo sočutno in s spoštovanjem do umrlega.

Velik delež našega dela predstavlja tudi dostava dokumentacije po različnih oddelkih in transport vzorcev v laboratorije. Pri tem delu morajo biti naši možgančki vedno na preži, da ujamejo kakšno napako, ki se prikrade zraven.

Skratka, naše delo nas sili in nam omogoča, da smo vedno v dobri fizični kondiciji, da so naše možganske celice vedno v akciji, da spoznavamo različne ljudi in da nam v službi res ni nikoli dolgčas. Je pa res, da nas vse to, verjetno tako kot tudi vse ostale zaposlene, včasih spravlja v dobro, spet drugič v slabo voljo.

} Kurirska služba

# Čistilni servis

To smo mi. Foto: S. Papler

Čistilni servis je ena od podpornih služb v naši bolnišnici. Bolniške strežnice skrbijo za red in čistočo v celotni bolnišnici. Svoje delo rade opravljajo, velikokrat pa omenijo, da so se odnosi spremenili, da ni več tako, kot je bilo včasih. Jaz tega ne poznam, ker sem »nova« na Golniku. Tu sem osmo leto in rada prihajam na Golnik. Že sam prihod iz po navadi meglene, sive Ljubljane v sončno jutro na Golniku je nekaj lepega. Dobro se počutim in rada hodim v službo. So tudi dnevi, ko gre vse narobe, vendar je hkrati lepo slišati, ko je čistilni servis tudi pohvaljen, opažen …, ko rečejo, pri vas je pa tako lepo, vse čisto. To so zasluge bolniških strežnic. Takrat so vse slabe stvari pozabljene.

*"Služba je zagotovo številka 1 za jamranje ..., pa vendar, mogoče bi bilo tudi prav, da se kdaj pa kdaj opomnimo in na glas povemo, kaj nas v naši službi veseli, katere stvari nam privabijo nasmeh na obraz, s čim smo zadovoljni, na kaj smo ponosni, kaj smo sami naredili za to, da se v službi bolje počutimo ..."* je bilo izhodišče, ki sem ga ponudila bolniškim strežnicam v premislek. Prvič, ko smo se o tem pogovarjale, nismo prišle daleč. Same negativne misli: *»Saj ni nič lepega, saj nas nihče ne opazi in pohvali. Vidite samo slabe stvari. Slaba komunikacija …«* so bile izjave tisto popoldne. Mogoče je bil za njimi slab dan. Pa sem jih nekaj časa pustila in smo se iste teme še enkrat dotaknile čez en teden. Našle smo kar nekaj lepih stvari, lepih misli, ki dokazujejo, da se splača tudi o tem pogovarjati. Saj se znamo tudi skupaj zbrati in se poveseliti.

Nekaj izjav bolniških strežnic, ki sem jih zapisala:

»Naša bolnišnica je zelo lepa, zaposleni v njej smo lahko ponosni nanjo. Rada grem v službo, ker sem rada med ljudmi, med bolniki … Že 37 let sem na Golniku in sem zadovoljna s svojim delom. Med sodelavci in bolniki se dobro počutim.«

»**Na svoje delo bolniške strežnice sem izjemno ponosna, sem najšibkejši člen v verigi, ampak sama bolnišnica je kot veriga močna toliko kot njen najšibkejši člen.** Brez mojega kvalitetnega dela tudi operacija najuspešnejšega kirurga ne bi bila uspešna, če moje delo ne bi bilo kvalitetno opravljeno, ker bi se bolnik okužil in lahko celo umrl. Med osebjem in bolniki se počutim zelo dobro. Največje darilo je iskreno podarjen nasmeh pacienta ali sodelavca. Z veseljem povsod povem, da sem zaposlena na Golniku v čistilnem servisu, ker naša ustanova velja kot zelo dobra v slovenskem okviru. Hvala za golniške novoletne zabave, kjer se vsi sodelavci skupaj zabavamo in ne gledamo, kdo je kdo.«

»Meni je služba všeč, ker sem vseskozi med ljudmi. Velikokrat se sploh ne zavedamo, da nam je lepo in samo jamramo. Malo tudi zato, ker ne vemo, kako je drugje. Ker smo majhni, smo povezani in se imamo zato tudi lepše kot v velikih ustanovah, kjer se ne poznajo med sabo.«

»Vesele smo, da imamo vsaj enega fanta v kolektivu, da nismo same ženske.«

»Saj nas velikokrat samo kritizirajo, nas pa znajo tudi pohvaliti. Hvala za vse pohvale vsem, ki vidijo tudi naše delo.«

»Po drugih bolnišnicah so ljudje številke, pri nas smo še vedno ljudje.«

»Zadovoljna sem, ko vidim, da so sodelavci zadovoljni z mojim delom, da sem jim s kakšno stvarjo ustregla. Najlepše pa je, ko prideš na kakšen oddelek, in te sprejmejo z besedami: »A ti si ta teden naša, kako lepo.«

} Tatjana Kosten

# Športno in kulturno društvo zdravje Golniku

Gasilska. Foto: J. Stariha.

**Načrt 2011 ŠKD Zdravje Golniku**

Leto 2010 za člane ŠKD Zdravje Golniku ni bilo najbolj aktivno. Zato pa smo v leto 2011 zakorakali s toliko večjo voljo in motivacijo. V letošnjem letu načrtujemo:

Redne tedenske aktivnosti:

- mali nogomet enkrat na teden v hladnem delu leta,
- v toplejšem delu leta bo dvakrat na teden na voljo igrišče za odbojko na mivki v športnem parku,
- na voljo so tudi vstopnice za plavanje v bazenu.

Enkratni dogodki:

- vsaj en izlet v hribe,
- vsaj en kolesarski izlet,
- ena vodna dogodivščina (rafting ali podobno),
- vsaj en turnir v odbojki na mivki.

In še mnogo drugih dogodkov, za katere še iščemo vsebino in organizatorja. Prostovoljci so dobrodošli.

Hkrati vabimo vse, da se nam pridružite, kot člani ali kot organizatorji katerega izmed dogodkov.

Da pa ne bi ostali le pri besedah, vam kot dokaz predstavljamo reportažo z letošnjega prvega športnega dne.

**Športni dan, 5. 2. 2011**

5. 2. 2011 smo se zbrali v Ratečah, da bi se preizkusili v teku na smučeh. Osebje Pulz športa nam je razdelilo potrebno opremo. Razdelili smo se v dve skupini, ena se je mučila s klasično tehniko, druga pa z drsalno. Začeli smo z razgibavanjem, nato so sledile osnovne vaje. Do kosila smo se za silo že naučili racati na smučeh. Kosilo smo dobili šele v Planici, tja pa je bilo treba priteči na smučeh. Po kosilu smo si ogledali kratko predavanje o smučanju v Avstraliji. Naš trener Blaž je namreč Avstralce eno sezono učil smučati (in to v Avstraliji med evkaliptusi in kenguruji ☺). Predavanje je bilo zanimivo, verjetno pa smo bili vsi še bolj veseli počitka. Potem je bilo treba nazaj na smuči in še dve uri piliti tehniko. Če bi se šli demokracijo, bi verjetno skoraj enoglasno ugotovili, da bomo popoldanski del preskočili.

Po koncu uradnega dela se je večina udeležencev sestala še na analizi doseženih rezultatov v bolj domačem (gostilniškem) okolju.

Ko je po nekaj dneh popustila bolečina v mišicah, se je večina udeležencev strinjala, da je bil športni dan dobra popestritev vsakdanje rutine, tako da bomo v letu 2011 organizirali še kakšen pester športni dan.

} Jurij Stariha

# Izlet članov sindikata zdravstva in socialnega varstva

V soboto, 4. 12. 2010, smo imeli organiziran izlet na Primorsko. Naša prva postaja je bila Frančiškanski samostan Kostanjevica, kjer nas je skozi zgodovino nastanka samostana popeljal prijazen pater. V tem samostanu smo si ogledali grobnico Bourbonov. Zanimivo je bilo videti Škrabčevo knjižnico, kjer hranijo zanimive in zelo stare knjige.

Pot nas je vodila do Dobrovega. Ogledali smo si vinsko klet Goriška brda in nam prikazali čudovit svet vin, okusili pa smo tudi zelo dobro vino.

Ker so naši želodčki postali lačni, nas je pot vodila do Vipave, kjer smo odšli na kmetijo Avin (znano kot osmica) in se prijetno podkrepili, saj so nas postregli s pristnimi domačimi dobrotami in vinom.

Po celodnevnem izletu smo se polni lepih vtisov in dobre volje odpravili nazaj proti Gorenjski.

} Špela Jekovec

Kostanjevica. Foto: J. Žalik.

Skupaj zbrani na Dobrovem v Goriških brdih. Foto: J. Žalik.

Na zdravje! Foto: J. Žalik.

# Utrinki iz naše bolnišnice ob prazničnih dneh – in nočeh

1. januarja 2011, malo po polnoči, silvestrska nočna ekipa. Foto: G. Gruić.

Ekipa imunološkega laboratorija pridno išče zdrave ledvice za bolnika, ki jih nujno rabi. Foto: J. Žalik.

Na pustni torek sta informacije delili vila in čarovnica. Foto: J. Žalik.

# Aron in njegov dan

Glasni zvoki gozda so ga prebudili v jutro. Pomel si je oči in stekel za svojim Pikijem, malim kužkom. Preskočil je lestev, ki služi namesto stopnic iz lesene kolibe, narejene iz vejevja in palminih listov, ter pospešil korak čez prašno dvorišče. Mama, ki je pripravljala nadvse slasten zajtrk iz pečenih banan, svežega ananasa in kokosovega soka, ga je skušala ustaviti. Vendar je, kot večina navihanih otrok, tudi on le izmaknil banano in z nasmehom, namenjenim mami, stekel za Pikijem.

Prah med hiškami se še ni polegel, ko je dohitel Pikija pri potoku. Hlastal je po sveži vodi. Tudi deček si je umil oči z bistro vodo. Bila je mehka kot njegova črna koža in slastnejša od svežega kokosovega mleka. Odžejal se je in pogledal v tolmun. V njem je sem in tja švignil potočni rakec, tudi ribe so hlastale po žuželkah. Zazrl se je v svoj odsev na gladini. Nakodrani temni lasje in igriv nasmeh z odsevom snežno belih zobkov in oči. Tu ni snega, ni ga še videl. Lesket sončnih žarkov, ki so se prebijali skozi krošnje visokih tropskih dreves, se je poigraval s

Na Papui. Foto: L. Strniša.

**Papua Nova Gvineja** je otoška država v Oceaniji. Otoška država se imenuje zato, ker leži na otoku Nova Gvineja, ki je drugi največji otok na svetu, takoj za Grenlandijo.

Država leži na vzhodnem delu tega otoka, drugi del otoka, ki se imenuje Irian Džaja, pa sodi pod državo Indonezija. Vsebuje še veliko otočkov in atolov, ki so redko poseljeni, nekateri pa še vedno vulkansko aktivni. Prvi je otok raziskal Portugalec z imenom Jorge de Meneses in ga poimenoval »Otok kodrastih las«. Morda veš, zakaj je dal otoku tako ime? V zadnjih desetletjih je zahodna civilizacija prodirala v državo, vendar je država še vedno zakladnica raznolike narave in številnih divjih plemen. Skoraj vsako pleme govori svoj jezik, zato se v državi govori okoli 700 jezikov. Koliko jezikov pa govorimo v Sloveniji?

Večina države je pokrita s tropskim deževnim gozdom, kjer je veliko eksotičnih ptic. Še posebej lepa ptica je rajska ptica. To ptico najdeš tudi na državni zastavi. V kakšni barvi so jo narisali? V gozdovih je tudi veliko divjih orhidej, več kot kjerkoli drugje na svetu. Podnebje je tropsko, saj otok leži ob ekvatorju. Tropsko podnebje pomeni, da je zelo vroče in vlažno. Pade veliko dežja, predvsem od decembra do marca, veliko pa lahko dežuje kadarkoli med letom.

Na Papui. Foto: L. Strniša.

sencami. Palmini listi so plapolali v vetru, v krošnjah gostega tropskega gozda so se skrivale ptice. Lahko je slišal njihovo žvrgolenje in petje. Papigi, ena zelena in druga rdeča, sta preleteli na drugo stran. Takrat ga je zanimalo, kje je njegov Koki. Tudi Koki, bel kakadu, ni bil daleč. Priletel mu je na ramo in s kljunom ščipal fantkovo banano. Nasmehnil se je.

Od daleč je zaslišal zvon. Bong bong bong. Zven je postajal vse glasnejši, ko mu je sledil skozi visoko travo. Prijatelji iz vasi so že sedeli v učilnici. Pripravili so si lesene deščice, na katerih so reševali naloge. Ponavljali so za učiteljico in z zanimanjem poslušali o seštevanju, črkah in daljnih deželah. Bong bong bong. Takrat se je šele prašilo, ko so se po pouku zapodili za nogometno žogo. Čas je ob igri vse prehitro mineval in skorajda bi pozabil. Obljubil je, da bo pomagal na vrtu, zato se je hitro poslovil od prijateljev. Piki je stekel za njim. Na vrtu sredi gozda so se pod težo plodov šibila drevesa. Koliko banan, papaj, gredica arašidov in ananasov. Pomagal je očetu pri kopanju sladkega krompirja, ki ga ima najraje. Oče ga je pohvalil in skupaj sta odšla proti domu.

Zaostal je in se zopet ustavil pri potoku. Kako ne, saj se je najraje igral tu. Čof, že je pristal v vodi. Prijetna je bila. Bil je vesel in srečen v svojem potoku, v svojem tropskem gozdu. Ime mu je Aron in je fantek iz daljne Papue Nove Gvineje. Ga najdeš?

} Jernej Sitar

Tradicija slovenskih študentov medicine, ki se izobražujejo, zbirajo denar in organizirajo odprave v nerazvite tropske dežele, se je začela z željo in nadobudnostjo prof. Piklja z Infekcijske klinike pred več kot 30 leti. Sam je odpotoval v osrčje črne celine, kjer je delal med ljudmi brez zdravniške oskrbe. Od takrat se je po njegovih stopinjah v države tako imenovanega tretjega sveta vrnilo že več kot 50 slovenskih odprav. Kmalu po vrnitvi iz prve odprave 2006 nas je leta 2009 ponovno pritegnilo humanitarno medicinsko delo s plemeni v osrčju Papue Nove Gvineje. Širok nasmeh zadovoljnih, ki se mu ne moreš upreti. Na sliki udeleženci odprave Papua 2009: Lan Novak, Brin Štabuc, Jernej Sitar in Luka Strniša. Foto: L. Strniša.

Ob izgubi moža se iskreno zahvaljujem za izrečena sožalja in ostalo pomoč.

Erna Juršinič

Foto: M. Furlan.

Nasmejan Bojan, kot se ga bomo spominjali. Foto: B. Komac.

Spominjali se ga bomo kot prijaznega sodelavca, ki je bil vedno pripravljen pomagati in poslušati. Po besedah ene izmed telefonistk v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana je imel žametni glas in prav zaradi njega je zmeraj rada poklicala na Golnik. Vsi zaposleni ga bomo ohranili v lepem spominu.

} Judita Žalik s sodelavkami

Vsem, ki ste nam stali ob strani!

Iz srca se vam zahvaljujemo
za izrečeno sožalje, pomoč in podporo
ob izgubi našega

**Bojana Zajca**

Marta, Matej in Teja z družinama

# Skriti predmet: Kdor išče, ta najde

**Spoštovani bralci in bralke!**

Za zadnjo stran Pljučnika smo vam v letošnjem letu pripravili novo nagradno igro.

Odgovore na vprašanje **Kaj je skriti predmet in kje se nahaja?** nam pošljite v uredništvo Pljučnika do petka, 6. maja 2011, in sicer na *pljucnik@klinika-golnik.si* ali po interni pošti (Uredništvo Pljučnika).

Pravilni odgovori, ki bodo prispeli v naše uredništvo, bodo sodelovali v žrebanju za nagrado. Srečni izžrebanec bo objavljen v naslednji izdaji Pljučnika.

***Sprehodite se po naši bolnišnici, odprite oči, našpičite ušesa in nam sporočite, kje ste se srečali s prijazno gospo na sliki, ki skozi leso vstopa v vrtiček …***