

PISANJE POLNOPOMENSKIH NEGOVALNIH STANDARDOV*

WRITING COMPLETE NURSING STANDARDS

Vida Purnat

UDK/UDC 614.39:614.253.5

DESKRIPTORJI: zdravstvena nega-standardi

DESCRIPTORS: nursing care-standards

Izvleček – Pisanje polnopomenskih standardov zahteva poleg znanja standardiziranja tudi izbiro določene metodologije dela.

Abstract – Writing complete nursing standards requires the knowledge of standardization as well as the choice of a definite methodology of work.

Ker metodologija Elizabeth Masonove omogoča pisanje standardov po korakih, je zelo uporabna in lahko razumljiva. Standardi bodo primerni, razumljivi, merljivi, objektivni in izvedljivi. To pa so zahtevane značilnosti polnopomenskih standardov.

The methodology of Elizabeth Mason enables a step-by-step writing of standards and is very useful and easily understood. Standards should be relevant, understandable, measurable, behavioral and attainable.

Uvod

Da bodo polnopomenski negovalni standardi izdelani v skladu z načeli teorije RUMBA (kratica, sestavljena iz angleških besed relevant, understandable, measurable, behavioral, attainable), je izredno pomembno, da je priprava na pisanje kvalitetna.

Kvaliteta v zdravstveni negi je rezultat dela vseh v ekipi, ki so vključeni v proces nege in si prizadevajo doseči naslednje cilje:

- preprečevanje napak pri delu;
- morebitne napake analizirajo sproti;
- se nenehno strokovno izobražujejo;
- so motivirani za čimboljšo kvaliteto zdravstvene nege;
- imajo razvito samokontrolo;
- razvijajo ugled stroke in zavoda;
- želijo doseči zadovoljstvo uporabnika in izvajalca zdravstvene nege.

Izbrati moramo ustrezno, najbolj razumljivo metodologijo pisanja negovalnih standardov. Definirati moramo namen standardiziranja, na kateri ravni in katerim skupinam bolnikov oziroma varovancev so standardi namenjeni. Zagotoviti moramo tudi določene strokovno organizacijske pogoje za pisanje.

Teoretične osnove za pisanje negovalnih standardov

Priprava na pisanje standardov

Definicije osnovnih pojmov

V fazi priprave na pisanje negovalnih standardov si moramo odgovoriti na nekatera temeljna vprašanja oziroma razložiti naslednje pojme:

Standard je dokument, ki natančno določa norme, ki jih mora določen proizvod oziroma storitev izpolnjevati. Te dogovorjene in ustaljene enotne mere zagotavljajo stalno kvaliteto proizvoda oziroma storitve.

Namen – zakaj bomo standardizirali:

- želimo enotno poimenovanje stroke v zavodu in v širšem družbenem okolju;
- uporabili jih bomo za vrednotenje zdravstvene nege;
- dosegli bomo višjo kvaliteto zdravstvene nege;
- imeli bomo enotne podlage za učenje in praktično delo z dijaki in študenti;
- za pripomoček pri načrtovanju, izvajanju, vrednotenju in iskanju izboljšav;

Negovalni standard je profesionalno dogovorjena raven oziroma stopnja zdravstvene nege, namenjene določeni skupini prebivalcev, ki je pomembna, primerljiva, merljiva in izvedljiva. Definira stopnjo kvalitete zdravstvene nege, saj vsebuje kriterije, s pomočjo katerih jo ocenjujemo.

Vida Purnat, vms, dipl. org. dela, svetovalka za zdravstveno nego bolnika, Splošna bolnišnica Celje

* Sestavek je sestavni del projekta, ki ga je avtorica predstavila ob zaključku podiplomskega izobraževanja za vodilne medicinske sestre na Visoki šoli za zdravstvo Univerze v Ljubljani.

- za ugotavljanje kadrovskih potreb in delitev dela;
- za dvig zadovoljstva pri delu;
- za vpogled v proces, kvaliteto in rezultate zdravstvene nege.

Delovno področje – glede na to, na kateri ravni bomo standarde uporabljali, ločimo:

- splošne, univerzalne, profesionalne, nacionalne standarde, ki se uporabljajo na ravni stroke;
- lokalne standarde, katerih veljavnost in vsebino namenimo za uporabo na ravni zavoda, klinike oziroma oddelka.

Značilnosti bolnikov oziroma varovancev, za katere standardiziramo vsebino:

- starost (otroci, mladostniki, odrasli);
- način zdravljenja (kirurško, internistično, preventiva, varstvo nosečnic);
- najpogostejše medicinske in negovalne diagnoze, ki jih uporabljamo oziroma so prisotne;
- najpogostejši negovalni problemi, medicinske in negovalne diagnoze;
- stopnja sposobnosti bolnika za samooskrbo (pokretni, nepokretni);
- najpogostejše intervencije, ki jih potrebuje bolnik oziroma varovanec v okviru zdravstvene nege.

Kakšni so pogoji za pisanje:

- seznaniti se moramo s filozofijo zdravstvene nege, cilji ter stopnjo odgovornosti za strokovno delo in odločanje pri zdravstveni negi;
- vedeti moramo, ali že obstajajo pisni dokumenti (knjiga posegov, negovalni standardi);
- seznaniti se moramo z vsebino učbenika za zdravstveno nego;
- vedeti moramo ali že obstajajo navodila oziroma smernice za izdelavo standardov;
- poznati moramo kadre, ki jih bomo vključili v pisanje standardov (število, izobrazba, delovne izkušnje, funkcionalna znanja, morebitni svetovalci – fizioterapevti, učitelji);
- sestava delovne skupine za pisanje standardov mora biti takšna, da se znanja stroke dopolnjujejo s teoretičnimi znanji pisanja standardov.

Karakteristike polnopomenskih negovalnih standardov

Polnopomenski negovalni standardi in kriteriji naj bodo:

R – (relevant) primerni, realni, ustrezni glede na:

- univerzalne standarde,
- enoto, ki jo standardiziramo,
- intervencijo, ki jo standardiziramo,
- skupino bolnikov,
- kompetence in odgovornosti medicinske sestre.

U – (understandable) razumljivi za:

- medicinske sestre, ki nego izvajajo in vrednotijo,
- študente in dijake,

- financerje in kadrovske delavce.

M – (measurable) merljivi, kar dosežemo z oblikovanjem jasnih kriterijev:

- v strukturi (kje, kdo, s čim),
- v procesu z orientacijo na medicinsko sestro (kaj, kdaj, kako pogosto, kako),
- v rezultatu z orientacijo na bolnika (kakšen rezultat pričakujemo, kdaj in kako ga prepoznamo).

B – (behavioral) objektivni. Standardi in kriteriji morajo biti postavljeni na objektivnih in znanstvenih osnovah (učbeniki, članki), vendar niso učbenik temveč dokument za prakso.

A – (attainable) dosegljivi, izvedljivi glede na:

- skupino varovancev/bolnikov, ki jim je standard namenjen,
- možnosti oddelka, klinike in stroke v državi,
- sposobnosti izvajalcev in ocenjevalcev (število, znanje).

Tipi negovalnih standardov

Procesni standardi obravnavajo akcije medicinske sestre (kaj dela, kako pogosto, kdaj, zakaj) in definirajo kvaliteto zdravstvene nege.

Navedemo:

- akcije za doseganje ciljev,
- določimo trajanje akcije,
- opišemo potek akcije,
- opišemo terapevtsko komunikacijo (priprava bolnika na poseg in navodila po posegu).

Strukturni standardi so namenjeni organizaciji in vodenju zdravstvene nege, saj opredeljujejo:

- kadre (kdo dela, kakšna znanja mora imeti),
- okolje (kje dela),
- materiale (s čim delo izvaja).

Rezultatni standardi določajo kvaliteto izvajanja zdravstvene nege v pričakovani spremembi bolnikovega zdravstvenega stanja, bivalnega okolja in zadovoljstva po opravljeni negi.

Opredeljujejo:

- kakšen rezultat pričakujemo,
- kdaj lahko te rezultate pričakujemo (ves čas postopka, čez 20 minut),
- kako prepoznamo rezultat (ni znakov vnetja, ni povišane temperature, brez cianoze, odsotnost hipoksije, nespremenjen pulz, ni krvavitve).

Pedagoški standardi so namenjeni učenju bolnika oziroma varovanca. Pri tem ni pomembna metodologija učenja, temveč vsebina: Standard učenja osebne higiene, Standard učenja pravilne prehrane itn.

Enote zdravstvene nege,

ki jih bomo uporabili za pisanje negovalnih standardov:

- negovalne diagnoze,
- negovalne intervencije (postopke, posege, ki so sestavljeni iz več akcij),
- zdravstveni problemi oziroma potrebe,
- pojmi v zdravstveni negi (priprava bolnika na operativni poseg, poporodna oskrba matere in novorojenčka),
- izjemoma medicinska diagnoza, iz katere moramo izpeljati negovalni problem oziroma potrebo.

Metodologija Elizabeth Mason

Metodologija E. Mason nam omogoča, da oblikujemo negovalne standarde postopoma.

A. Procesni standardi

1. enota: Zdravstveni problem oziroma potreba, negovalna diagnoza

Negovalni standard oblikujemo v devetih korakih:

Korak 1: Določimo enoto zdravstvene nege.

Vsaki medicinski sestri, ki bo uporabljala standarde, mora biti naziv enote, ki jo standardizira, popolnoma jasen. Pomagamo si z definicijami problemov in potreb ter negovalno diagnozo (PES). Pri tem upoštevamo že prisotne in možne probleme. Upoštevamo stopnje problema (na primer lahka dehidracija, srednje težka ali težka dehidracija). Navedemo tudi vzrok (bruhanje, driska, visoka telesna temperatura). Pri problemu si pomagamo tudi z definiranjem simptomov (izsušena ustna sluznica, slab turgor kože, izguba telesne teže, povišan krvni tlak, okvare na centralnem živčevju).

Korak 2.: Določimo časovni okvir.

Odločimo se za čas, za katerega bomo pisali standard, saj se potrebe po zdravstveni negi lahko spremenjajo, zato si odgovorimo na vprašanja:

- v katerih časovnih obdobjih je potrebna bolniku različna zdravstvena nega,
- kdaj moramo spremeniti zdravstveno nego, če se spreminja zdravstveno stanje bolnika.

Korak 3: Ugotovimo cilje zdravstvene nege pri tej enoti.

Pri oblikovanju ciljev si pomagamo z odgovori na vprašanja:

- s čim pomagamo bolniku pri težavah ob tem zdravstvenem problemu,
- kakšno stanje želimo doseči z zdravstveno nego.

Pri postavljanju ciljev smo orientirani na skupino bolnikov, oblikujemo tako imenovane tipične cilje, ki so veljavni za celotno skupino bolnikov, ne za posameznega bolnika iz te skupine. Odločimo se le za najpomembnejše.

Korak 4.: Napišemo seznam posegov, s katerimi bomo dosegli cilje.

Za vsak postavljen cilj si odgovorimo na vprašanje:

- katere posege moramo izvesti, da dosežemo ta cilj.
- Navedemo lahko zelo veliko posegov (dnevno tetanje bolnika, aplikacija tekočine per os in parenteralno, nega kože in sluznic).

Korak 5: Določimo opazovanja, ki so potrebna pri posameznem posegu.

Vprašamo se:

- kaj moramo opazovati, da ugotovimo učinek posega,
- kaj je potrebno opazovati (nadzorovati), da ugotovimo, če je poseg opravljen pravilno. (Na primer: merjenje bilance tekočin.)

Korak 6: Ugotovimo, kdaj bomo opravili vsak poseg in opazovanje.

Odgovorimo si na vprašanja:

- kdaj je potrebno narediti vsak poseg, da bomo dosegli cilj;
- kako pogosto ga bomo izvajali (vsaki dve uri, enkrat dnevno);
- kako dolgo ga bomo izvajali (neprekinjeno, 10 minut);
- kako pogosto in kako dolgo je potrebno opazovanje, da ugotovimo učinek posega in natančnost izvajanja.

Na primer: dnevno vodenje bilance tekočin v skladu s programom dovajanja tekočin.

Korak 7: Procesne standarde uredimo v logično zaporedje.

Procesne standarde smiselno uredimo in napišemo:

- naziv enote,
- cilji,
- posege in opazovanja oštevilčimo, saj standardiziramo vsak poseg oziroma opazovanje ločeno.

Na primer: Nadomeščanje tekočine per os, aplikacija tekočin parenteralno (z infuzijo).

Korak 8.: Izložimo tehnike in razlage za posamezen poseg.

Ne opisujemo tehnik dela, na primer kako si umivamo roke, kaj je aseptična metoda dela, razen če ni nujno. Tudi ne pišemo, zakaj to delamo, ker je to napisano v učbenikih.

Napišemo: tekoča voda, aseptična metoda dela, čista metoda dela, higiensko umivanje rok, kirurško umivanje rok itn.

Korak 9.: Utemeljimo nespornost, točnost, veljavnost procesnih standardov.

Zapisano uredimo in primerjamo z metodologijo RUMBA.

2. enota: Negovalni posegi (intervencije)

Procesne standarde za negovalni poseg oblikujemo v sedmih korakih:

Korak 1: Določimo poseg.

Natančno, razumljivo določimo oziroma poimenujemo poseg. Naziv posega lahko že v naslovu dopolnimo s tipično skupino bolnikov, na primer za traheotomiranega bolnika. Poseg je postopek, ki ga izvede medicinska sestra pri reševanju bolnikovih problemov (spremeni bolnikovo okolje, mu olajša dihanje). V tem koraku se že globalno odločamo, kaj bomo standardizirali.

Korak 2: Določimo cilje posega.

Cilji so jasne opredelitve, ki povedo, kaj načrtujemo doseči z zdravstveno nego.

Orientirani so na medicinsko sestro in povedo, kaj mora narediti, da bo dosegla pozitiven rezultat pri bolniku. Cilji, ki so orientirani na bolnika, izražajo stanje, ki ga želimo doseči z opravljanjem posegom.

- Pri postavljanju ciljev si odgovorimo na vprašanja:
- zakaj ta poseg običajno izvajamo;
 - kaj nameravamo doseči (bolnikove težave in naše možnosti);
 - katere možne komplikacije lahko nastopijo med izvajanjem posega in ali jih lahko preprečimo.

Korak 3: Naštejemo glavne negovalne akcije za doseganje ciljev.

Za vsak cilj si odgovorimo na vprašanja:

- katere negovalne akcije so bistvene za doseganje tega cilja;
- katere negovalne akcije so bistvene za preprečevanje negativnega rezultata za bolnika glede na možne zaplete;
- kaj moramo narediti za doseganje bolnikovega ugodja med izvajanjem posega;
- ali imam vso zaščito za bolnika med izvajanjem negovalnih akcij.

V tem koraku se opredelimo, kaj naredimo.

Korak 4: Napišemo, kdaj je potrebno izvesti posamezno akcijo.

Vsako akcijo, za katero smo se odločili, časovno opredelimo (kdaj, kako pogosto, pred posegom, med njim ali po njem).

Korak 5: Glede na potek posega uredimo procesne standarde v logično zaporedje.

Napisane akcije uredimo v logično zaporedje, kot si sledijo, ali pa jih združujemo po pomenu. Napišemo dokument (naziv negovalnega posega, cilje in procesne standarde).

Korak 6: Izložimo opisane tehnike akcij in razlago.

Ne opisujemo tehnike posameznih akcij (kako to izvajamo) ter tudi ne razlagamo posamezne akcije (zakaj to izvajamo).

Korak 7: Utemeljimo veljavnost, točnost in nespornost standardov.

Pri tem primerjamo, ali napisani standardi odgovarjajo načelom polnopomenskih standardov (RUMBA).

B. Rezultatni standardi**I. enota: Negovalni poseg:**

Rezultatne standarde za negovalni poseg oblikujemo v osmih korakih:

Korak 1: Določimo poseg zdravstvene nege.

Določimo poseg, za katerega pišemo rezultatne standarde. Poseg je lahko ena ali več akcij medicinske sestre za zadovoljevanje bolnikovih potreb.

Na primer: Aspiracija traheobronhialnega vejevja pri traheotomiranem bolniku.

Korak 2: Določimo cilje posega.

- Pri oblikovanju ciljev si pomagamo z vprašanji:
- zakaj delamo ta poseg (učinkovito čiščenje dihal);
 - kaj lahko dosežemo pri bolniku s tem posegom (čista dihalna pot);
 - katere možne zaplete med posegom lahko preprečimo (aspiracija brez vnosa bakterij, krvavitve iz traheobronhialnega vejevja).

Korak 3: Ugotovimo pozitivne rezultate, ki jih lahko pričakujemo.

Pozitiven rezultat lahko pričakujemo, če je zdravstvena nega dobro prilagojena bolnikovim potrebam. Za vsak cilj si odgovorimo na vprašanje:

- Kakšen rezultat lahko pričakujem, če dosežem ta cilj? (v bolnikovi dihalni poti ni sekrecije, bolnik bo bolje oskrbljen s kisikom).

Korak 4: Ugotovimo negativne rezultate, ki jih lahko preprečimo:

Pri ugotavljanju negativnih rezultatov, ki jih lahko preprečimo, si odgovorimo na vprašanja:

- katere negativne rezultate lahko preprečimo, če dosežemo ta cilj;
- če zdravstvene nege za doseganje tega cilja ne izvedemo, kakšen negativni rezultat lahko pričakujemo;
- kaj lahko pričakujemo, če tega cilja ne dosežemo.

Preprečevanje negativnih rezultatov lahko izrazimo z besedo »odsoten« ali pa napišemo pozitivno trditev (na primer odsotnost respiratorne infekcije, odsotnost dispnoe in cianoze).

Korak 5: Določimo, kdaj nameravamo doseči posamezni rezultat.

Pri določanju, kdaj bomo dosegli pozitivni ali preprečili negativni rezultat, se vprašamo, kdaj lahko tak rezultat pričakujemo (ves čas intervencije, 20 minut po aspiraciji).

Korak 6: Razjasnimo, kako spoznamo pričakovani rezultat.

Opišemo tipično vedenje bolnika ali njegovo reakcijo, ki ju pričakujemo, če dosežemo pozitivni rezultat ali preprečimo negativnega.

(Ni znakov vnetja, odsotnost hipoksije, brez cianoze, nespremenjen pulz, brez krvavitve iz traheobronhialnega vejevja.)

Korak 7: Uredimo standarde v logično zaporedje.

Vsak rezultat in opazovanje napišemo za zaporedno številko:

Na primer:

- Po aspiraciji so bolnikova dihala prosta mikoze, vdihni so nehrumeči, izboljššan je zvok dihanja, dihanje je mirno.
- Bolnikova stopnja anksioznosti je med posegom manjša ali enaka kot pred posegom, saj je bolnik miren, ne kaže neugodja in nima pospešenega pulza.
- Ves čas je odsotna respiratorna infekcija, kar kaže normalna telesna temperatura, pričakovana količina negojenega in nesmrdečega izločka iz dihal, odsotnost kašlja in normalna krvna slika.
- V eni uri po aspiraciji pri bolniku ne opazimo hipoksije, bolnik je brez dispnoje in cianoze, nima pospešenega pulza in spremenjenega krvnega tlaka.
- Med aspiracijo ni bilo poškodovano traheobronhialno vejevje, na katetru po aspiraciji ne opazimo krvi.

Korak 8: Utemeljimo veljavnost in točnost standardov.

Pri tem primerjamo, ali napisani standardi ustrezajo kriterijem polnopolnomoških standardov (RUMBA).

2. enota: Zdravstveni problem, negovalna diagnoza

Rezultatne standarde oblikujemo v devetih korakih:

Korak 1: Določimo enoto zdravstvene nege.

Enoto zdravstvene nege, za katero bomo pisali rezultatne standarde, opredelimo zelo natančno, da bo vsaka medicinska sestra imela jasno predstavo o bolnikovih potrebah. Pomagamo si z definicijami določenega stanja (kaj je opstipacija) in popolno predstavivijo negovalne diagnoze (PES).

Korak 2: Določimo časovni okvir.

Vsaka enota zdravstvene nege ima časovni okvir. Pri tem si pomagamo z naslednjimi vprašanji:

- v kakšnih časovnih obdobjih bo bolnik potreboval različno zdravstveno nego;
- kdaj moramo spremeniti zdravstveno nego za tega bolnika ob spreminjanju njegovega zdravstvenega stanja.

Korak 3: Ugotovimo cilje zdravstvene nege.

Osvežimo si definicije ciljev in si odgovorimo na vprašanji:

- kako lahko z zdravstveno nego pomagamo bolniku s tem problemom;
- kakšno stanje želimo doseči.

Korak 4: Ugotovimo pozitivne rezultate, ki jih pričakujemo.

Odgovorimo si na vprašanje, katere pozitivne rezultate lahko pričakujemo, če je ta cilj dosežen kot je načrtovano.

Na primer:

- izboljšanje bolnikovega zdravstvenega stanja;
- bolnik je zadovoljen z zdravstveno nego;
- bolnik bo imel več znanja za sodelovanje pri zdravljenju;
- čista dihalna pot, lažje dihanje;
- ohranimo ustno sluznico vlažno.

Korak 5: Ugotovimo negativne rezultate, ki jih lahko preprečimo.

Preprečimo okužbo ali upočasnimo razvoj mikroorganizmov.

Preprečimo nastanek zobnih oblog, zobne gnilobe, vnetja ustne sluznice.

Preprečimo nastanek dekubitusa.

Preprečimo prihofizično neugodje bolnika.

Preprečimo pomanjkljivo urejeno bolnikovo okolje.

Korak 6: Določimo čas, kdaj pričakujemo posamezen rezultat.

Opredelimo, kdaj lahko posamezen rezultat pričakujemo.

Korak 7: Razjasnimo, kako spoznamo pričakovane rezultate.

Opišemo, kako bomo vsak rezultat spoznali (vedenje ali reakcija bolnika, dosežemo sožitje med materjo in dojenčkom, znižamo število pojavov inkontinence, ozdravljenje preležanine itn.).

Korak 8: Rezultatne standarde uredimo v logično zaporedje.

Vsak rezultat in opazovanje zapišemo za zaporedno številko.

Korak 9: Utemeljimo točnost in veljavnost rezultatnih standardov.

Napisani standard primerjamo s kriteriji polnopolnomoških standardov (RUMBA).

C. Strukturni standardi**Korak 1:**

Pri oblikovanju strukturnega standarda si pomagamo z odgovori na vprašanja:

- kdo bo opravil intervencijo, kakšna temeljna in specialna znanja mora za to imeti;
- koliko izvajalcev je potrebno;
- kakšna znanja in usposobljenost mora imeti izvajalec posega;
- kakšne informacije o bolniku potrebuje izvajalec in na kakšen način si jih pridobi;
- kakšna je vsebina komunikacije medicinske sestre z drugimi izvajalci in kakšne odločitve mora sprejeti;
- kakšne materiale potrebuje za izvedbo posega;
- v kakšnem okolju izvaja poseg.

Korak 2:

Oblikujemo standard:

- cilje,
- strukturo,
- proces,
- rezultate.

Praktični primeri pisanja standardov

A. Procesni standard

Enota: negovalni poseg

Korak 1: Določimo poseg.

Dajanje zdravila skozi usta (per os) odraslemu bolniku.

Korak 2: Določimo cilje posega.

- Bolnik bo použil zdravilo. Dobil bo predpisano zdravilo. Spremljan bo terapevtski učinek apliciranega zdravila. Bolnik se bo ugodno počutil.
- Da preprečimo zamenjavo zdravila, upoštevamo pravilo 5 P (pravo zdravilo, pravemu bolniku, o pravem času, na pravilen način in v predpisani količini).
- Zaradi lomljenja tablet lahko poškodujemo sluznico prebavil.
- S čistimi rokami preprečimo prenos okužbe.

Korak 3: Napišemo glavne negovalne akcije za doseganje cilja.

- priprava na terapevtski voziček: zdravila, vrč vode ali čaja, PVC kozarce, žličke, drobilec tablet, posodo z razkužilom, papirnate brisače, vrečko za odpadke;
- higijensko umivanje rok;
- upoštevanje pravila 5 P;

- kontrola, ali je bolnik zdravilo pogoltnil;
- kozarec in žličko odložimo v ledvičko;
- beleženje použitja zdravila na temperaturni list.

Korak 4: Napišemo, kdaj je potrebno izvesti posamezno akcijo.

Bolnik dobi zdravila v skladu s terapevtskim programom.

Kontrolo použitja zdravila opravimo takoj.

Roke si umijemo pred razdeljevanjem zdravil.

Terapevtski voziček si pripravimo pred odhodom v bolniško sobo in ga ne puščamo brez kontrole.

Korak 5: Procesni standard uredimo v logično zaporedje.

- Naziv negovalnega posega: Dajanje zdravila skozi usta (per os)
- Cilji: Bolnik bo použil predpisano zdravilo. Spremljan bo terapevtski učinek apliciranega zdravila. Bolnik se bo dobro počutil.
- Akcije: – na voziček si pripravimo: zdravila, vrč vode ali čaja, PVC kozarce, žličke, drobilec tablet, posodo z razkužilom, papirnate brisače, vrečko za odpadke;
- higijensko si umijemo roke;
- zdravila delimo po principu pravila 5 P;
- kontroliramo ali je bolnik pogoltnil zdravilo;
- zabeležimo zaužitje zdravila na temperaturni list;
- kozarec odvržemo med komunalne odpadke, žličko odložimo v posodo z razkužilom.

Korak 6.: Metode delitve zdravil 5 P ne opisujemo.

Korak 7.: Po primerjavi napisanega standarda z metodo RUMBA ga izpišemo v ustrezen obrazec:

SPLOŠNA BOLNIŠNICA CELJE UPRAVA – ZDRAVSTVENA NEGA STANDARD ZDRAVSTVENE NEGE ŠT. – vzorčni primer	
Avtorica standarda: Vida PURNAT, VMS – dipl. org. dela Svetovalka za zdravstveno nego bolnika	Standard je sprejet na seji Sveta za zdravstveno nego dne 1996
NAZIV POSEGA: DAJANJE ZDRAVILA SKOZI USTA – PER OS odraslemu bolniku / varovancu	Pooblastilo izvajalca: <input checked="" type="checkbox"/> samostojna izvedba – asistenca – priprava bolnika na poseg – koordinacija z drugo enoto
1. NAMEN POSEGA (CILJI)	– bolnik bo použil zdravilo v skladu s terapevtskim programom – spremljan bo terapevtski učinek apliciranega zdravila – bolnik se bo dobro počutil

2. IZVAJALEC POSEGA	– MS ali ZT
3. ŠTEVILO IZVAJALCEV	– eden
4. ČAS IZVAJANJA POSEGA	– 5 minut
5. NAČIN IZVEDBE	– čista metoda dela
6. PRIPRAVA NA POSEG 6.1 priprava izvajalca posega 6.2 priprava materiala 6.3 priprava prostora 6.4 priprava bolnika	Roke si higiensko umijemo Na terapevtski voziček si pripravimo: – zdravila – vrč z vodo in čajem – PVC kozarce – čajne žličke – drobilec tablet – posodo z razkužilom – papirnate brisače – vrečko za odpadke – poseg izvajamo v bolniški sobi – bolniku povemo, kakšno zdravilo mu dajemo – bolnika zaščitimo s papirnato brisačo – položaj bolnika med požiranjem je odvisen od njegovega psihofizičnega stanja (stoje, sede, z dvignjenim vzglavjem)
7. IZVEDBA POSEGA	– vzamemo predpisano zdravilo in preverimo rok uporabe zdravila – preverimo skladnost zdravila s podatki bolnika (pravilo 5 P) – v skladu z navodilom in obliko zdravila izberemo pravi način uporabe (tablete, dražeje, kapsule, lingvete, efervete, oriblete, praški, sirupi, miksture, solucije) – zdravilo pripravimo na žličko in ga damo bolniku v usta – vsako zdravilo naj zaužije ločeno – ponudimo mu kozarec vode ali čaja – kontroliramo ali je zdravilo pogoltnil – žličko odložimo v posodo z razkužilom – bolniku obrišemo usta s papirnato serveto
8. OSKRBA BOLNIKA PO POSEGU	– po zaužitju zdravila bolnika povprašamo kako se počuti
9. OSKRBA MATERIALA PO POSEGU	– žličko speremo in umijemo v pomivalnem stroju – papirnato brisačo in PVC kozarec odvržemo v vrečko za komunalne odpadke – terapevtski voziček z zdravili, linca s čajem in vodo, ledvičko in drobilec tablet pospravimo na določeno mesto
10. UREDITEV IZVAJALCA PO POSEGU	– umijemo si roke
11. OPOZORILA	– apliciramo farmacevtsko originalno pripravljeno zdravilo

	<ul style="list-style-type: none"> – če se bolnik po zaužitju zdravila počuti slabo, bruha, se pojavita alergični izpuščaji ali driska, takoj obvestimo zdravnika – preverimo, ali je bolnik zdravilo pogoltnil
12. DOKUMENTACIJA	<ul style="list-style-type: none"> – použite zdravila vpišemo na temperaturni list

B. Rezultatni standard

Enota: negovalni poseg

Korak 1: Določimo poseg zdravstvene nege.

Dajanje zdravila skozi usta – per os odraslemu bolniku oziroma varovancu.

Korak 2: Določimo cilje posega.

- Zakaj: bolnik bo použil zdravilo v skladu s terapevtskim programom.
- Spremljan bo terapevtski učinek apliciranega zdravila.
- Kaj dosežemo: boljše počutje bolnika.
- Katere zaplete med intervencijo lahko preprečimo;
- prenos boleznih umazanih rok,
- poškodbo sluznice prebavil,
- zadušitev pri požiranju zdravila,
- zastrupitev zaradi napačnega zdravila.

Korak 3: Ugotovimo pozitivne rezultate, ki jih lahko pričakujemo.

- bolnik bo použil zdravilo brez vnosa bakterij,
- bolnik bo zdravilo z lahkoto pogoltnil,
- pravi bolnik bo dobil pravo zdravilo, na pravi način, o pravem času, v pravilni količini.

Korak 4: Ugotovimo negativne rezultate, ki jih lahko preprečimo:

- odsotnost težav pri požiranju,
- odsotnost slabosti ali bruhanja,
- odsotnost infekcije prebavil,
- odsotnost bolečine pri požiranju,

- absorpcijski čas zdravila ne bo moten (drobljenje zdravila, po hranjenju, zaužitje s premalo tekočine).

Korak 5: Določimo, kdaj nameravamo doseči posamezen rezultat.

- bolnik se bo dobro počutil med zaužitjem zdravila in tudi po zaužitju;
- bolnikovo zdravstveno stanje bo spremljano ves čas terapevtskega programa.

Korak 6: Kako spoznamo pričakovani rezultat.

- bolnik po zdravilo použil brez težav pri požiranju;
- po zaužitju zdravila se bo dobro počutil;
- bolnik ne bo tožil o bolečinah med požiranjem ali po zaužitju zdravila;
- nobenih zapletov (driska, slabost, bruhanje, napet želodec).

Korak 7: Uredimo akcije v logično zaporedje.

- Med požiranjem zdravila se bo bolnik dobro počutil.
- Bolnik je umirjen, ne izraža neugodja in zaskrbljenosti.
- Ko uživa zdravila, nima infekcije prebavil, ker nima prebavnih motenj (slabost, bruhanje, driska, povišana telesna temperatura).
- Pred aplikacijo zdravila je opravljena identifikacija bolnika in zdravila.

Korak 8: Utemeljimo veljavnost in točnost standarda.

SPLOŠNA BOLNIŠNICA CELJE
UPRAVA – ZDRAVSTVENA NEGA

REZULTATI NEGOVALNI STANDARD ŠT.

– vzorčni primer

Avtorica standarda:

Standard je sprejet na seji

Vida PURNAT, VMS – dipl. org. dela

Sveta za zdravstveno nego

Pomočnica direktorja za zdravstveno nego

dne 1996

1. Naziv intervencije: DAJANJE ZDRAVILA SKOZI USTA – PER OS

odraslemu bolniku / varovancu

2. PROCESNI STRUKTURNI KRITERIJI	REZULTATNI KRITERIJI
2.1. Pred razdeljevanjem zdravil si higiensko umijemo roke	<ul style="list-style-type: none"> – ves čas uživanja zdravil je odsotna infekcija prebavil – bolnik nima prebavnih motenj (slabost, bruhanje, driska, povišana telesna temperatura)
2.2. Terapevtski voziček si pripravimo pred razdeljevanjem zdravil	<ul style="list-style-type: none"> – voziček v času razdeljevanja zdravil ves čas nadzorujemo in preprečimo odtujitev zdravil
2.3. Preverimo ime in priimek bolnika, ime zdravila na temperaturnem listu in na kozarčku, obliko zdravila, dozo, čas použitja, način použitja	<ul style="list-style-type: none"> – pravi bolnik bo dobil predpisano zdravilo, ob pravem času, na pravilen način in v pravilni količini
2.4. Preverimo rok uporabe zdravila	<ul style="list-style-type: none"> – po zaužitju zdravila preprečimo zastrupitev oz. slabosti in bruhanje
<p>2.5. V skladu z navodilom in obliko zdravila izberemo pravilen način použitja</p> <ul style="list-style-type: none"> – tablet ne lomimo temveč prerežemo; lahko jih drobimo ali raztopimo (v čaju, vodi ali mleku) Nekatere dajemo pred obrokom, druge po obroku – efervete so šumeče tablete, ki jih raztopimo v kozarcu vode – dražeje ne drobimo ali režemo – lingvete položimo pod jezik – oriblete položimo med lica in dlesen – kapsule se uživajo cele z nekaj tekočine – tekoča zdravila (solucije, mešanice) dajemo z žličko pomešane z vodo, sokom, mlekom ali čajem <ul style="list-style-type: none"> – <i>kapljice</i> so zelo skoncentrirana tekoča zdravila ali raztopine, ki jih doziramo v kapljicah – praški so pakirani v škatlici, kot granulirani praški ali že pakirani v določeni dozi. Dajemo jih raztopljene v vodi, čaju ali soku 	<ul style="list-style-type: none"> – preprečimo poškodbo sluznice ust in požiralnika – bolnik bo zdravilo pogoltnil brez težav – absorpcijski čas zdravila ne bo moten – bolnik bo použil predpisano količino zdravila – preprečimo poškodbo sluznice ust in požiralnika – zagotovimo pravilno dozo zdravila – zagotovimo pričakovan resorpcijski čas zdravila – zagotovimo pričakovan resorpcijski čas zdravila – obloga (s sladkorjem, čokolado) izboljša okus, ščiti tableto pred vlago in želodčno kislino – zagotovimo pričakovan resorpcijski čas in mesto resorpcije zdravila – dosežemo hiter učinek zdravila – zaobidemo želodčno kislino in črevesne sokove (inaktivirajo zdravilo) – zagotovimo pričakovan resorpcijski čas zdravila – zagotovimo lokalni učinek zdravila – dosežemo podaljšano delovanje zdravila – raztapljajo se v želodcu oz. tankem črevesu – zagotovimo pričakovan resorpcijski čas – zagotovimo mesto resorpcije zdravila in pričakovan resorpcijski čas zdravila – s slabim učinkom – z močnejšim učinkom – z močnim učinkom – zagotovimo pričakovan resorpcijski čas zdravila
2.6. Bolniku povemo, kakšno zdravilo mu dajemo	<ul style="list-style-type: none"> – zagotovimo pravico bolnika o informiranosti, katera zdravila bo pojedel – bolnik nas lahko opozori na težave pri predhodnem uživanju enakega zdravila (alergija, bruhanje, slabost, omotice, zaspanost)
2.7. Položaj bolnika med požiranjem zdravila je odvisen od njegovega psihofizičnega stanja: stoje, sede, z vzdignjenim vzglavjem	<ul style="list-style-type: none"> – med požiranjem zdravila preprečimo aspiracijo zdravila oz. zadušitev
2.8. Opravljeno delo zapišemo na temperaturni ali negovalni list	<ul style="list-style-type: none"> – preprečimo predoziranje zdravila – obvestilo sodelavcem v zdravstvenem in negovalnem timu, da je bolnik zaužil zdravilo

	<ul style="list-style-type: none"> – omogočena je kontrola opravljenega dela – zagotovljeno je spremljanje terapevtskega učinka apliciranega zdravila
3. TEMELJNA IN SPECIALNA ZNANJA MEDICINSKE SESTRE	<ul style="list-style-type: none"> – opravljen strokovni izpit – poznati mora pravilo 5 P in ga uporabiti pri dajanju zdravila – poznati mora učinke zdravila, kontraindikacije in možne komplikacije po zaužitju zdravila ter ev. neskladnosti v kombinaciji z drugimi predpisanimi zdravili – poznati mora oblike zdravil za aplikacijo per os (tablete, tablete film, dražeje, kapsule, lingvate, eferve ali šumeče tablete, oriblete, praške, sirupe, miksture, čaje, zdravilne raztopine) – vedeti mora, kako shranjujemo zdravila (pri sobni temperaturi, v temi, v hladilniku)
4. STROKOVNE INFORMACIJE	<ul style="list-style-type: none"> – količina in vrsta zdravila je napisana na temperaturnem listu bolnika – ime zdravila, rok uporabnosti zdravila, način shranjevanja in jakost zdravila so napisani na embalaži zdravila – podatke o indikacijah, kontraindikacijah in spremljajočih pojavih ter načinu zaužitja zdravila so napisani na spremnem listu zdravila – predhodne specifične reakcije bolnika na zdravilo so zapisane v negovalni anamnezi ali na negovalnem listu

Sklep

Polnopomenski negovalni standard postane obvezen dokument za izvajanje zdravstvene nege, ko ga sprejme določen organ v zavodu, na primer Svet za zdravstveno nego zavoda, ki ima ta pooblastila navedena v Statutu zavoda ali drugem ustreznem aktu zavoda.

Standardiziranje na področju zdravstvene nege na lokalni ravni bi bilo bistveno olajšano, če bi imeli veljavne splošne negovalne standarde.

Literatura

1. Filej B. Nove usmeritve v razvoju zdravstvene nege. Maribor: Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego, serija LEMON, 1995.
2. Fučkar G. Proces zdravstvene nege. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 1993.
3. Mc Farland GK. Negovalne diagnoze – Uvod v študij negovalnih diagnoz: prevod NANDA diagnoz. Maribor: Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego, 1993.
4. Skupina avtoric. Nursing quality assurance in practise. Utrecht: Royal College of Nursing (RCN) and National Organisation for Quality Assurance in Health Care in the Netherlands (CBO), 1990.
5. Giebniig H. Quality assurance in nursing care. Utrecht: CBO, 1993.