

razvojno-raziskovalno delo

VMESNO POROČILO O SREDNJEROČNI MEDNARODNI ŠTUDIJU PROCES ZDRAVSTVENE NEGE PRI REGIONALNEM URADU ZA EVROPO SVETOVNE ZDRAVSTVENE ORGANIZACIJE (SZO)

V mesecu oktobru 1982 je v sodelujočih centrih I. reda potekala pilotska študija SZO o procesu zdravstvene nege v desetih evropskih državah (Finska, Danska, Norveška, Velika Britanija, Francija, Belgija, Čehoslovaška, Poljska, Grčija in Jugoslavija). Pilotsko študijo so zasnovali kolaborativni centri Finske, Danske, Velike Britanije, Francije, Belgije in Poljske, metodološko in računalniško pa jo je vodil danski inštitut za raziskave na področju zdravstvene nege.

Namen pilotske študije je bil, da na manjšem vzorcu preizkusimo vse instrumente, metode, primerljivost izbranih skupin populacije za študijo ter možnost računalniške obdelave trakov ali kartic.

Vse dokumente smo morali za študijo prevesti v slovenščino. Vrednost prevoda smo ocenili s tem, da je dokumente pred vrnitvijo v Köbenhaven anglist ponovno prevedel v angleščino.

V SR Sloveniji smo sicer dobili ponudbo, da bi postali kolaborativni center, vendar terja to redno nastavitev vodje raziskovalnega projekta. Razgovore o tem smo odložili na prvo polovico meseca oktobra 1983, ko bo raziskovalna skupina imela konferenco v Ljubljani. Takrat se bodo vodilni delavci evropskega Regionalnega urada SZO lahko srečali z odgovornimi delavci na Republiškem komiteju za zdravstveno in socialno varstvo.

V Sloveniji imamo en **center I. reda**, in sicer v TOZD Patronažna služba Zdravstvenega doma Maribor, računalniške naloge zanj pa opravlja računalniški center Univerze v Mariboru.

Že verificirani sodelujoči **center II. reda** pa je Oddelek za zdravstveno vzgojo Zdravstvenega centra Celje.

Za sodelujoči center II. reda sta se prijavila tudi Bolnišnica Dr. Neda Zec iz Sarajeva in Psihiatrični oddelek Bolnišnice Dr. Mladena Stojanovića iz Zagreba, vendar oba republiška komiteja za zdravstvo nista vzpostavila konkretnjšega stika z Zveznim komitejem za delo, zdravstvo in socialno varstvo ter prav tako ne z našim Republiškim komitejem za zdravstvo in socialno varstvo. Študija namreč zahteva določena materialna sredstva. Centru I. reda je potrebna sredstva dala Zdravstvena skupnost Slovenije, in sicer v letu 1981 – 20.000 din, v letu 1982 – 60.000 din, za leto 1983 pa smo zaprosili za 80.000 din, ker v tem letu poteka glavna študija.

Kot koordinatorica študije med SZO in Jugoslavijo sem na problem pisno opozorila Zvezni komite za delo, zdravstveno in socialno varstvo, Zvezni zavod za zdravstveno varstvo ter republiška komiteja za zdravstveno in socialno varstvo Hrvatske in Bosne in Hercegovine, še posebej pa tov. Pišpek, ki je na prvem sestanku v Beogradu zastopala hrvatski komite za zdravstveno in socialno varstvo, vendar odziva ni bilo.

Vsebina pilotske študije

Pilotska študija je zastavljena enako kot glavna študija. Ima dve skupini raziskovane populacije:

– bolnike od 17 do 64 let, ki so bili neurgentno sprejeti za holecistektomijo, resekcijo želodca, operacijo slepiča ali kile (te skupine v Jugoslaviji ne obravnavamo) ter

– varovance, starejše od 65 let, ki so vključeni v zdravstveno varstvo institucionalno ali v okviru lokalne skupnosti. Te zadnje obravnavamo v našem centru I. reda.

Centri II. reda so lahko vrsto populacije, ki jo bodo raziskovali, prosto izbirali. Z delom bodo pričeli, ko bo potrjen raziskovalni model na osnovi sedanje študije.

Oddelek za zdravstveno vzgojo Zdravstvenega centra Celje se je odločil za **zdravstveno varstvo družine s predšolskim otrokom**. Zajeli bodo družine z otroki, ki bodo vključeni v otroško varstvo do vstopa v prvi razred. Medicinske sestre bodo opravljale sistematično zdravstveno vzgojno delo v teh družinah na treh ravneh: v okviru patronažne službe, posvetovalnice oziroma dispanzerja za otroke ter v okviru otroškega vrtca. Predlog je bil zelo dobro sprejet, saj je zdravstvena vzgoja eden izmed glavnih dejavnikov za izpolnitev gesla Zdravje vsem do leta 2000, otroci pa so v velikih mednarodnih projektih vedno v središču pozornosti.

Metoda dela in instrumenti

V pilotski študiji smo preizkusili metodo in instrumente za glavno študijo.

Prvi del naloge – **UGOTAVLJANJE POTREB VAROVANCA PO ZDRAVSTVENI NEGI**, ob upoštevanju njegovega doživljanja teh potreb, smo ugotavljali s posebnim vprašalnikom, ki je imel tri dele:

- socialno-ekonomsko problematiko,
- splošno zdravstveno problematiko in
- registriranje vseh problemov v zvezi s funkcijami organov (dihanje, spanje, obtok itd.).

Vprašalnik je zastavljen tako, da vsebuje potrebe, kot jih na podlagi svoje strokovne usposobljenosti ter strokovnih nalog ugotavlja medicinska sestra.

Če terjajo potrebe po zdravstveni negi vključitev drugih strokovnjakov (zdravnik, socialni delavec itd.) je naloga medicinske sestre, da vzpostavi stik z določenim strokovnjakom oziroma z določeno službo.

Drugi temeljni dokument v študiji je **NAČRT ZDRAVSTVENE NEGE** za posameznega varovanca, ki vsebuje naslednje rubrike:

- vir podatkov,
 - ugotovljene potrebe po zdravstveni negi,
 - načrtovani posegi za zadovoljevanje potreb,
 - izvajanje zdravstvene nege (registriranje načrtovanih in nenačrtovanih intervencij)
- ter
- ocenitev opravljenega dela.

Osnovna dokumenta spremlja vrsta spremnih dokumentov, predvsem listi za kodiranje, za komentarje anketarjev, koderjev, računalniškega centra ter koordinatorskega dela.

Obvezni dokument je tudi predstavitev države in njene zdravstvene službe. Ta del smo pripravili na podlagi uradnih informacij in podatkov zdravstvene statistike za leto 1981, seveda ločeno za SFR Jugoslavijo, SR Slovenijo ter za območje podravskega občin, ker bi bila predstavitev populacije, ki smo jo obravnavali napačna.

Interpretacija

Vsebinske interpretacije multinacionalnega vzorca še nismo dobili. Dobili smo le tehnično vrednotenje modela in pristopa.

Pilotska študija je v glavnem potrdila metodo in instrumente dela, tako da bodo spremembe za glavno študijo majhne.

Naš sodelujoči center I. reda, ki je v tej fazi vključen v raziskavo, je preizkus v celoti uspešno opravil, za kar gre zahvala prav gotovo strokovno visoko izobraženemu timu, ki po svoji organiziranosti dejansko lahko načrtuje, organizira, izvaja, vrednoti ter samostojno evidentira svoje delo.

Posebna prednost za raziskovalno delo je v tem, da imajo v TOZD Patronažna služba avtomatično zbiranje in obdelavo podatkov, tako da je bila metoda tega dela anketarkam znana, navajene pa so tudi vestnega evidentiranja in šifriranja.

Odlična ocena, ki jo je raziskovalna skupina, vključno z računalniškim centrom, dobila, je privedla tudi do vabila, da bi aprila 1983 kolegom iz Avstrije predstavili organizacijo zbiranja in obdelave podatkov, v novembru 1983 pa naj bi z enim glavnim referatom na kongresu avstrijskih medicinskih sester predstavili študijo, ki poteka v Sloveniji ter jim pomagali, da bi tudi Avstrija lahko sodelovala v študiji.

Vsebine ankete zaradi majhnega vzorca na nacionalni ravni nismo interpretirali. Naše anketarke, ki so izkušene patronažne sestre in že dalj časa poznajo večino obravnavanih varovancev, so ugotovile, da jim je intervju ob vprašalniku predstavil te ljudi v novi luči, zato bodo načrt zdravstvene nege osvojile za rutinsko delo.

Sklep

Glavna študija pravkar poteka in bo zaključena junija 1983. Delne nacionalne interpretacije bomo dali že oktobra 1983 na sestanku raziskovalne skupine v Ljubljani.

S pripravami za delo začenja center II. reda v Celju, vključitev več centrov pa bi bila mogoča le ob zagotovljenih finančnih sredstvih za delo koordinatorja ter za plačevanje računalniških storitev.

Že sedaj pa je mogoče prek Komisije za razvojno-raziskovalno delo na področju zdravstvene nege pri Zvezi društev medicinskih sester Slovenije predstaviti metodo in začeti z manjšimi raziskavami na različnih področjih zdravstvene nege.

Imamo tudi dovoljenje za prevod priročnika Proces zdravstvene nege (okoli 40 strani) ter za razširjanje instrumentov (vprašalnik in načrt zdravstvene nege) v slovenščini. Prevod je veljaven pod pogojem, da morebitni raziskovalci v celoti sprejmejo raziskovalni model, da ga ne spreminjajo ter da preidejo celoten predpisan »učni proces«, kot smo ga morali sodelavci v centru I. in II. reda.

Vsebinsko interpretacijo študije bomo opravili do konca decembra 1983.

(Maribor, 29. marca 1983)

Majda Šlajmer-Japelj,
koordinatorka študije SZO o procesu zdravstvene nege v SFRJ

**VEČINA LJUDI SE ZAČNE BATI STAROSTI IN JO SOVRAŽI, KO PRIDE V ZRELA LETA.
PRAV ZATO SE VEČINA STARA NEPRIJETNO IN UMRE PREZGODAJ.**

Papini

strokovno izpopolnjevanje

TEČAJ ZDRAVSTVENE VZGOJE V ZR NEMČIJI

Zvezna centrala za zdravstveno prosvetljevanje (BZgA) iz Kölna je organizirala mednarodni tečaj iz zdravstvene vzgoje. Tečaj je pripravil Inštitut za kooperativno učenje (IKOL) iz Düsseldorfa pod pokroviteljstvom evropskega urada Svetovne zdravstvene organizacije. Na tečaju sodeluje 21 udeležencev različnih strok iz osmih držav, vsebinsko pa je razdeljen na tri dele:

- enotedenska priprava programa tečaja,
- šesttedensko izvajanje programa in
- enotedensko zbiranje povratnih informacij.

Namen tečaja je predstaviti vsem, ki delajo na področju zdravstvene vzgoje in politike, boljše rešitve vsakodnevnih nalog in problemov z uporabo različnih analitičnih metod, odločitev, tehnik planiranja, sodelovanja in sposobnosti.

Program izhaja iz dejstva, da je zdravstvena vzgoja zelo pomemben del splošne politike. Kot takšna je vgrajena v vsa družbena dogajanja, ne samo v strokovne dejavnosti.

V času zaostrene gospodarske situacije v svetu, ob stalnem naraščanju nezaposlenosti, zmanjševanju stroškov za zdravstveno varstvo dobiva zdravstveno-vzgojna dejavnost čedalje večji pomen v različnih programih skrbi za človeka.

V srednjeročnem obdobju 1983–1987 ima tudi prioriteto v programih SZO. Z njenim širjenjem v človekovo okolje, v družbeni prostor krepi skrb za posameznikovo zdravje, istočasno pa zmanjšuje stroške zdravljenja in posledice obolenj.

Organizator in izvajalec tečaja sta hotela predstaviti model vgrajevanja zdravstvene vzgoje v družbo, ki je istočasno prispevek ZR Nemčije k skrbi in pripravi posameznika za doseganje lastnega zdravja, skladno s prizadevanji SZO. Podlaga zasnovi je deklaracija o primarnem zdravstvenem varstvu iz Alma Ate (Zdravje vsem do leta 2000). Iz tega sledi: **primarna prevencija – ohranjanje in utrjevanje zdravja ter uvajanje zdravega načina življenja** imajo glavno vlogo pri zdravstveni vzgoji in prosvetljevanju ljudi. Izhodišče za zdravstveno vzgojo niso več bolezni, rizični dejavniki, temveč **zdravstveni problemi v življenjskem in širšem okolju in način posameznikovega življenja**.

Klasični definiciji zdravja je dana nova razsežnost: realna življenjska soodvisnost fizičnih, psihičnih, kulturnih, socialnih, političnih, bioloških, ekoloških dejavnikov. Dosedanja definicija izhaja iz bolezni in ne iz zdravja. Za zdravje nimamo točne opredelitve. Vsak sam je odgovoren za zdravje. Njegov odnos do zdravja je odraz sprejetih in osvojenih znanj različnih področij. Vsi, posebno tisti, ki imajo strokovno znanje, lahko človeku pomagajo, da doseže oziroma ohrani svoje zdravje z znanjem, ki ga že ima, ter tistim znanjem, ki ga vsakodnevno sprejemajo in osvajajo na različne načine.

Vsebina programa je izrazito usmerjena k tečajnikom in problemom. Zdravstveno vzgojo prosvetljevanje uresničujejo na različne načine, vendar s stališča posameznikovih potreb ter skupno s tistimi, s katerimi jih želijo reševati.

Istočasno je to k projektu usmerjeno poskusno delo z nakazano najboljšo možnostjo opravljanja lastnega dela na področju zdravstvene vzgoje. To delo temelji na spoznanjih različnih znanosti. Predvideva samostojno organiziranje delovnih in učnih procesov.

Ob praktičnem delu je skupina tečajnikov spoznala **metodo simulirane planirane igre** (Planspiel), nekatere **sprostitvene metode, analitične metode, metode planiranja, telesno reagiranje in prikaz obrazne mimike**.

S predstavitvijo delovnega področja udeležencev smo spoznali vrsto izredno zanimivih ugotovitev medicinskih in drugih znanosti, ki imajo neposreden vpliv na človekovo obnaša-



Skupinska fotografija udeležencev mednarodnega tečaja iz zdravstvene vzgoje. Med njimi je tudi višja medicinska sestra Viktorija Rehar, ki vodi Komisijo za razvoj zdravstvene vzgoje na področju zdravstvene nege pri Zvezi društev medicinskih sester Slovenije.

nje. Kot najvažnejše opozorimo na pomembnost **neverbalne komunikacije** ob srečanju varovanca oziroma bolnika z zdravstvenim delavcem.

Metode opazovanja in samoopazovanja ter telesnega izražanja pomagajo zdravstvenim vzgojiteljem bolje reševati varovančeve potrebe in probleme. Filmi o tej tematiki so zelo dobro ilustrirali predstavljena delovna področja. Serija zdravstvenovzgojnih filmov in materialov BZgA je zanimiva tudi za naše zdravstveno vzgojno delo.

Ves čas smo lahko prebirali bogato razpoložljivo literaturo v zvezi z zdravstvenovzgojno dejavnostjo, ki je strnjena v posebnem seznamu.

Udeleženci so prinesli zelo veliko kvalitetnega zdravstvenovzgojnega in propagandnega materiala, ki ga žal pri nas pogrešamo. Organizator je poskrbel tudi za dva študijska obiska: Univerza v Maastrichtu nam je prikazala program študija problemov usmerjene medicine ter preventivni program zdravstvenega varstva. V Herfordu smo si ogledali zanimivo zdravstvenovzgojno razstavo v srednješolskem centru. Predstavili so poklicno usmerjanje in varstvo pred poklicnimi obolenji. Tehnično in strokovno je bila razstava odlična ter zasnovana kot potujoča razstava.

Isti dan smo obiskali še bolnišnico v Herdecke. Zgrajena je bila z minimalnimi stroški ter ima dokaj zadovoljiv standard, seveda po njihovi oceni. Je paviljonskega tipa in prva bolnišnica brez razredov. Kot posebnost so predstavili skupinsko vodenje bolnišnice v smislu kolektivnega poslovnega organa. Poraba zdravil je glede na druge bolnišnice zmanjšana na polovico. Uporabljajo polovico zdravil naravnega izvora (zdravilnih zelišč). Hrana bolnikov je pripravljena iz živil, pridelanih na domači ekonomiji brez uporabe pesticidov. Bolniki lahko v bolnišnici razvijajo različne dejavnosti ter se glede na interese vključujejo v različne skupine prostih aktivnosti.

Delo na tečaju je bilo zelo dobro organizirano, intenzivno in natančno. Organizatorji in izvajalci so se zelo potrudili, da so pomagali tečajnikom pri delu, tako da ni ostalo nobeno vprašanje nerešeno. Z njihovo pomočjo sem dobila precej zanimivih zdravstvenovzgojnih materialov, ki jih bomo koristno uporabili.

Zanimale so jih naše zdravstvenovzgojne možnosti in izkušnje. Obljubili so mi tudi strokovno pomoč v nadaljnjem seznanjanju z materiali ter njihovim širjenjem med zdravstvenimi vzgojitelji.

V sedANJI gospodarski situaciji lahko sistematično, organizirano zdravstvenovzgojno delo prispeva k zmanjšanju stroškov za zdravstveno varstvo, k izboljšanju zdravja posameznika ter preprečevanju različnih stresnih situacij.

Zahvaliti se želim vsem, ki so soglašali z mojo udeležbo na tečaju, pridobljene izkušnje pa sem pripravljena posredovati vsem, ki se o tem zanimajo.

(Celje, 10. 2. 1983)

Viktorija Rehar,
Center socialne medicine in higijene Celje
– Oddelek za zdravstveno vzgojo

PROGRAM AKCIJE ZA NAPREDEK OSEBNE IN SPLOŠNE HIGIENE TER VARSTVO OKOLJA V LETU 1983

Rdeči križ Slovenije (RKS) je v letu 1982 skladno s svojim programom dela in ob uresničevanju programa dela RK SZDL ter zakona o zdravstvenem varstvu z željo za dosego čim boljšega zdravja delovnih ljudi in občanov, napredka zdravstvene in socialne kulture, pričel z realizacijo vseslovenske akcije za napredek osebne in splošne higijene ter varstva okolja. Glede na to, da je ta oblika dela že stalna programska naloga organizacij RKS, smo želeli izpostaviti predvsem nekatere vidike, katerih realizacija naj bi kar največ prispevala k zdravju v najširšem smislu in povečani skrbi za varstvo okolja. Uresničitev teh ciljev pa pomeni prispevek k vsesplošni stabilizaciji.

Ob pripravi poročila o rezultatih akcije v letu 1982 smo ugotovili, da je že v prvem letu pokazala dobre rezultate.

Iz teh razlogov so delegati skupščine RKS na 6. seji 27. decembra 1982 obravnavali program dela za leto 1983 in sklenili, da mora akcija v že izdelani obliki postati stalna oblika dela vseh organizacij RKS. Praktično pa to pomeni nadaljevanje že začetega dela v preteklih letih, predvsem pa iz leta 1982. Zato tudi osnovne usmeritve za njeno realizacijo ostanejo takšne kot v preteklem letu. Naša želja je, da se v skrb za pozitivnejši odnos do zdravja in v večjo skrb za bivalno in delovno okolje vključijo prav vse organizacije Rdečega križa Slovenije, tudi tiste, ki so jim v preteklem letu posvetile manj pozornosti. Povežejo naj se z vsemi drugimi strokovnimi in družbeno-političnimi dejavniki, katerih osnovna naloga je prav tako skrb za zdravje v smislu preventive, kurative in varstva okolja.

Naloge organizacij RKS

a) Skupščina in predsedstvo skupščine RKS ter njihovi organi bodo skladno z že sprejetim programom dela v letu 1983 še nadalje vzpodbujali in spremljali potek akcije,

ŽIVLJENJE, KI NIMA DRUGEGA CILJA KOT KOPIČENJE DENARJA, JE KLAVRNO.

Carnegie

zagotavljali učno-vzgojne pripomočke ter propagandna gradiva, usposabljali kadre in aktiviste RK za dejansko organiziranje akcije na terenu. Ob zaključku akcije bodo pripravili poročilo in z njim seznanili vse občinske organizacije RKS.

b) Dejavnost občinskih organizacij RKS:

Občinske organizacije naj izdelajo konkretni program za leto 1982, ki naj upošteva predvsem:

- povezavo z vsemi drugimi dejavniki in službami s tega področja,
- delo z organizacijo in izvedbo akcij za očiščevanje in lepševanje okolja,
- povezava in pomoč mentorjem na osnovnih šolah pri realizaciji že sprejetega programa,
- sodelovanje pri pripravi programa krajevnih organizacij za vključevanje v delo krajevnih skupnosti,
- zdravstveno-vzgojno in prosvetno delo z organizacijo tečajev, predavanj in projekcije filmov,
- tiste občinske organizacije RK, v okviru katerih bodo delovale mladinske delovne brigade RK, naj pri programih upoštevajo tudi njihov delež kot konkretno obliko skrbi za zdravje občanov in sanacijo okolja,
- občinske organizacije RK naj svoj program uskladijo na občinskih in krajevnih konferencah SZDL.

c) Krajevne organizacije RK

Krajevne organizacije naj ob sodelovanju z občinskimi organizacijami RK usposobijo čimveč aktivistov RK in jih vključijo v konkretno delo v obliki »malih asanacij« ali drugih podobnih akcij, ki naj prispevajo k čimbolj urejenemu delovnemu in bivalnemu okolju.

- Akcije v mestnih KS naj bodo usmerjene predvsem v ukrepe za izboljšanje higienskih razmer.
 - Posvetiti je potrebno več skrbi čistoči vseh javnih objektov – na otroških igriščih, zelenicah, urejenost okolice stanovanjskih naselij itd.
 - Aktivisti RK v vaških KS naj se povežejo s strokovnimi službami in ugotovijo stanje objektov s pitno vodo, gnojišč, greznic, kanalizacij in se vključijo v njihovo asanacijo.
- Pri svojem delu naj KS upoštevajo predvsem stanje in potrebe svojega ožjega življenjskega okolja.

d) Aktivisti RK v krajevnih skupnostih, delovnih organizacijah in šolah

– Dejavnost aktivov Rdečega križa naj se navezuje na delo krajevnih organizacij in predstavlja realizacijo skupnega programa.

– Aktivisti v aktivih RK delovnih organizacij naj bodo pobudniki v svojem delovnem okolju, zavzemajo naj se za boljše higienske pogoje pri delu ter dosledno izvajanje predpisov o varstvu pri delu.

– Aktivisti RK na šolah naj izvajajo že dogovorjeni program za šolsko leto 1982/83.

Stalna skrb mladih na šolah naj bodo tudi prizadevanja za lepšo okolico, predvsem pa za zdrav način dela in življenja.

Predsedstvo skupščine je sprejelo tudi stališče, da je potrebno, da postanejo organizacije RKS in njihovi aktivisti pobudniki akcije za preprečevanje obolenj in drugih zdravstvenih okvar, ki jih povzročajo učencem osnovnih šol nezdravi pogoji in način dela v šoli. V to akcijo naj se vključijo po možnosti vsi občinski odbori RK.

Uresničevanje osnovnih izhodišč programa akcije za napredek osebne in splošne higiene ter varstva okolja predstavlja obenem tudi realizacijo smotra svetovnega dneva zdravja 1983 z geslom: **Zdravje vsem do leta 2000 – najširše akcije za ohranitev zdravja.**

Občinskimi organizacijam RK priporočamo, da izvajajo program akcije za napredek osebne in splošne higiene ter varstvo okolja vse leto, **do 15. oktobra 1983** pa pošljejo skupščini RK Slovenije podatke o vseh storjenih ukrepih, ki so ali bodo neposredno vplivali

na višjo raven zdravstvene kulture, ki so izboljšali pogoje za zdrav način življenja in dela ter ohranitev najširšega okolja.

Rezultate akcije bomo objavili v posebnem poročilu in ga posredovali občinskim organizacijam RK ter strokovnim in družbeno-političnim organizacijam SR Slovenije.

Ljubljana, marca 1983

Skupščina Rdečega križa Slovenije

organizacija dela

OSKRBA BOLNIŠKEGA ODDELKA S HRANO IN PERILOM

1. Uvod

Način poteka oskrbe bolniškega oddelka s hrano in perilom sem si ogledala na otorinolaringološkem oddelku Zdravstvenega centra Celje. Omenjeni center sestavlja 21 TOZD-ov.

Otorinolaringološki oddelek je v okviru TOZD Operativni oddelki z anestezijsko, kamor sodijo še kirurški oddelki, urologija, okulistika in skupne službe (kirurške). Otorinolaringološki oddelek je v drugem nadstropju in obsega približno 1200 m². Število obstoječih postelj je 55, od tega 27 moških, 12 ženskih in 16 otroških postelj. Na bolniškem oddelku je glede na strukturo izobrazbe zaposlenih: 12 bolniških strežnic, 16 srednjih medicinskih sester, dve višji medicinski sestri in štirje zdravniki.

Namen naloge je, da se seznanim s potekom oskrbe bolniškega oddelka s hrano in perilom in le-to kritično spremljam. Naloga vsebuje prikaz dejanskega stanja na oddelku, poskus analize stanja ter nekaj stališč in predlogov študenta Višje šole za zdravstvene delavce (VŠZD), oddelka za medicinske sestre za izboljšanje oskrbe s hrano in perilom.

2. Prikaz oskrbe bolniškega oddelka

2.1. Oskrba oddelka s hrano

Čas, namenjen pripravi jutranjega obroka hrane in samemu zajtrku, je na oddelku nekako med 6.40 in 7.30 uro.

Ob 6.40 uri gre bolniška strežnica s košaro v kuhinjo po zajtrk. Do centralne kuhinje Zdravstvenega centra Celje pride strežnica tako, da se pelje najprej z dvigalom za tovor, nato gre po pokritem hodniku in se pelje z dvigalom v I. nadstropje. V kuhinji odda dva dietna lista, enega za odrasle in enega za otroke. Na dietnih listih so napisani zahtevki za razne diete za ves dan, za vse obroke. Dietni list napiše medicinska sestra popoldne. Nočna sestra pa ga glede na spremembe zaključí. Nato dietni list glavna medicinska sestra pregleda in podpiše. V kuhinji na podlagi dietnega lista izdajo hrano; v posebnem delu kuhinje se izdaja hrana za odrasle, v drugem delu kuhinje pa hrana za otroke. Bolniška strežnica naloži kruh in hrano v košaro. Tekočine so v posebnem vozičku, ki je ogrevan tako, da je priključen na električno, ki segreva vodo pod posodami. V vozičku je tudi del, ki ni ogrevan, in sicer za hrano, ki ne sme biti topla. Bolniška strežnica pelje hrano po isti poti na oddelek.

V čajni kuhinji strežnice in sestre razdelijo hrano za odrasle bolnike. Za otroke že nočna sestra pripravi pribor, hrano pa razdelijo dopoldanske sestre v otroških sobah. Pred razdeljevanjem hrane si osebe umije roke, nekatere bolniške strežnice in medicinske sestre si nadenejo tudi zaščitne kape.

Pri razdeljevanju hrane si pomagajo z listom, kjer je napisana številka bolniške sobe, število bolnikov v sobi in številčno označeno, kakšne diete so v posamezni sobi. Razporcionirano hrano medicinske sestre odnesejo na pladnjih ali z vozičkom. Čajna kuhinja ima kuhalnik, da lahko po potrebi hrano pogrejejo, skuhamo čaj, kavo ipd. V čajni kuhinji je tudi hladilnik, kjer so poleg hrane shranjena tudi zdravila, npr. inzulin, serumi in druga. Po končanem zajtrku mora bolniška strežnica pomiti posodo, zato si nadene predpasnik in vso posodo pomije ročno. Posodo perejo z detergentom in razkužijo s halamidom, s katerim po navodilu pripravijo 3–5 odstotno raztopino. Bolniška strežnica umije tudi zaprti voziček za prevoz hrane iz kuhinje in voziček za hrano na oddelku. Po pomivanju posode pomije korito za posodo, kuhinjsko pohištvo – po policah in tla po vsakem glavnem obroku. Če imajo na oddelku onkološke bolnike, imajo zanje posebno posodo, spravljeno v posebni omari. Ti bolniki vedno jedo v sobi in njihovo posodo po uporabi operejo in razkužijo s halamidom v posebnem koritu.

Dopoldanska malica jo med 9.30 in 10.15 uro. Dopoldansko malico dobijo operiranci, oslabei in tisti, ki imajo tekočo hrano. Prinese jo bolniška strežnica s posebno posodo, obenem pa zapelje voziček za hrano nazaj v kuhinjo, da je pripravljen za kosilo.

Kosilo je med 11.10 in 12.00 uro. Po kosilo gresta dve bolniški strežnici, ker je potrebno pripeljati dva vozička s hrano, in sicer enega za odrasle in drugega za otroke. Hrano za otroke razdelijo v otroških sobah, voziček s hrano za odrasle bolnike pa zapeljejo na hodnik in hrano tam razdelijo. Najprej dobijo hrano bolnice, ki jedo v dnevnem prostoru, če so nepomične, pa v sobi. Enako store za moške, le da zanje razdelijo hrano v čajni kuhinji. Večina medicinskih sester je pri razdeljevanju hrane zaščitene s kapo. Popoldansko malico dobijo vsi bolniki, razdeli pa se okoli 15. ure. Posebnost pri popoldanski malici je, da kombi iz kuhinje pripelje čaj v posebni posodi za vsak posamezni oddelek in ga pusti v pritličju. Prinese ga bolniška strežnica.

Večerja poteka podobno kot kosilo, in sicer med 17. in 18. uro.

2.2. Oskrba oddelka s perilom

Vsak dan zjutraj med 6. in 7. uro sortira bolniška strežnica v prostoru »čistilnica« umazano perilo. V svežnje iz rjuhe zloži posebej žensko, moško in otroško perilo, v poseben sveženj pa zaveže plenice. Kose posameznega perila prešteje in zapiše na obrazec Seznam pralnici – oddelku umazanega perila število posameznih kosov umazanega perila. Delo opravlja z rokavicami za enkratno uporabo. V svežnje zavito umazano perilo postavi na hodnik, da počaka na transport. Umazano perilo prevažata dva tako imenovana transporterja, ki ga najprej naložita na odprt voziček za perilo; z vozičkom ga prepeljeta v dvigalo, v pritličju naložita v kombi in odpeljeta do pralnice. Pred pralnico, pred vhodom v nečisti del, zložita svežnje perila, ki jih istočasno pripeljeta iz različnih oddelkov. Ves postopek z umazanim perilom transporterja opravljata brez rokavic in druge zaščite. V pralnici oddata obrazec s seznamom perila. Delavke v pralnici perilo z oddelkov ponovno preštejejo. Delo opravljajo brez osebne zaščite. Umazano perilo sortirajo po vrstah perila. Perilo stehtajo in zložijo na tekoči trak, ki ima devet prekatov. Pralni stroj jemlje perilo avtomatično s tekočega traku.

V pralnem stroju perejo z detergentom Rio, kislino in s klorom za razkuževanje. Iz pralnega stroja pride perilo iz nečistega dela v čisti del pralnice. Nato pride perilo v stroj, ki ga ožme, dalje v stroj, ki ga posuši in nato, odvisno od velikosti perila, v dva različna likalna stroja. V pralnici so še posebej stroji za likanje uniform, neravnih stvari in stroji za zlaganje perila. Zadnja faza delovnega procesa v pralnici je izdajanje perila.

Perilo izdajajo na osnovi števila kosov umazanega perila, ki je bilo prineseno pralnici prejšnji dan. Izdajajo ga zavitega v svežnje iz čistih rjuh. Na omenjenem obrazcu označi delavec, ki izdaja perilo, v rubriki »oddelku oddanega perila« število kosov svežega perila, ki je številčno enako številu umazanega perila, prevzetega prejšnji dan.

Perilo bolnišničnega osebja izdajajo ločeno od ostalega perila. Čisto perilo prevzame bolniška strežnica z oddelka, ki se na obrazec podpiše in perilo ponovno prešteje. Nato transporterja zložita perilo na voziček za perilo, ga peljeta s kombijem in nato z dvigalom za tovor na oddelek. Na oddelek pride čisto perilo med 9. in 10. uro. Bolniška strežnica na oddelku perilo sortira ter ga namesti v oddelčno skladišče perila za moške in v manjše priročno skladišče perila za ženske. Sobne medicinske sestre sortirajo otroško perilo v majhnem skladišču perila v otroški kopalnici in v priročnih skladiščih v otroških sobah. Uporabljeno oziroma umazano perilo medicinske sestre odlagajo v eno vrsto vreč za umazano perilo, ki so pritrjene na vozičke, namenjene za prestiljanje. Polne vrečke umazanega perila pripeljejo v čistilnico in ga stresejo v lesene zaboje. Perilo sortirajo medicinske sestre tako, da stresejo v posebna zaboja osebno perilo, v drug zaboj pa uniforme, prte, zavese ipd. Naslednji dan bolniška strežnica ponovno delno sortira umazano perilo, prešteje kose perila in to zapiše. Krogotok perila se ponovi.

3. Analiza oskrbe bolniškega oddelka

3.1. Analiza oskrbe oddelka s hrano

Pri oskrbi oddelka s hrano so zaradi stare bolniške zgradbe, kjer zaenkrat ni mogoče vsesplošne horizontalne in vertikalne povezave z dvigali in hodniki, ki je potrebna za uvedbo »tablet sistema«, še določene zastarelosti v oskrbi s hrano.

Menim, da je velika pomanjkljivost, ker se poti hrane, čistega in umazanega perila, bolnikov, osebja in celo prevoz mrličev križajo, ker vsem tem potrebam služi eno samo dvigalo. Včasih pride tudi do časovnega križanja med umazanim perilom in zajtrkom. Ker ni »tablet sistema«, se hrana deli šele v čajni kuhinji. Pri delitvi hrane si vse bolniške strežnice in medicinske sestre ne nadenejo pokrivala. Veliko časa porabijo za razdeljevanje hrane, poleg tega pa še za ročno pomivanje posode po obroku. Centralna kuhinja namreč nima pomivalnega stroja, zato morajo vso posodo pomiti in razkužiti na oddelku. Pri tem bi bilo potrebno razkužiti tudi voziček za hrano, kar pa bolniške strežnice večkrat opustijo. Prednost tega vozička pa je, ker s pomočjo ogrevane vode ostane hrana topla.

Zaradi gospodarske stabilizacije sedaj ne dobijo več dopoldanske malice vsi bolniki kot prej, prikrajšani so tudi otroci.

Bolniška strežnica je delno razbremenjena, ker pripelje posode s čajem iz kuhinje kombi za popoldansko malico in jih odloži v pritličju. Vse to pa bi seveda odpadlo, če bi uvedli »tablet sistem«.

Positivno pri preskrbi s hrano je, da so zaposlene v čajni kuhinji kvalificirane bolniške strežnice z dvoletno končano šolo. Vse morajo ob vstopu v službo opraviti higienski minimum. Higieno v čajni kuhinji in pri pripravi hrane nadzorujejo glavna medicinska sestra oddelka in sobne medicinske sestre. Na oddelku je medicinska sestra s posebno zadolžitvijo za nadzorovanje bolniških strežnic. Urejeno je tudi, da se medicinske sestre ne zadržujejo v čajni kuhinji, temveč le v svojih prostorih.

3.2. Analiza oskrbe oddelka s perilom

Analiza kroženja perila pokaže že pri jutranjem sortiranju perila določene pomanjkljivosti oziroma napake. Bolniška strežnica pri sortiranju umazanega perila v svežnje iz rjuh ni

primerno opremljena, ker jo samo rokavice za enkratno uporabo ne zaščitijo dovolj, da bi ne prišlo do prenosa okužb iz včasih dokaj kužnega perila na bolniški oddelk. Perilo se ne bi smelo prevažati na odprtih vozičkih. Transporterja bi morala biti zaščitena, ne pa, da ne uporabljata niti rokavic. V dostavnem avtomobilu, ki služi za prevoz do pralnice, se perilo pomeša, tako da npr. ne ločijo posebej perila z infekcijskega oddelka. V sami pralnici je skorajda nepotrebno ponovno štetje perila. Tudi tukaj delavke niso zaščitene in brez kakršnekoli zaščite odmotavajo svežnje perila ter ga polagajo v pralni stroj. Perila v pralnici ne sortirajo po stopnji umazanosti, niti po stopnji okuženosti. Razkuževanje s klorom ni najbolj ustrezno. V pralnici perejo posebej le perilo iz operacijske in porodne sobe. Neustrezno je tudi izdajanje svežega perila, ker se izdaja le na osnovi količine prejšnji dan prinešenega umazanega perila. Tako izdano perilo količinsko ne ustreza vedno potrebam po perilu na oddelku. V pralnici slabo sortirajo perilo, tako npr. dobi oddelk neenake dele pižam. Vedno tudi ne dobijo po velikosti enakega perila, kot so ga oddali v pralnici, ker je za dvig perila vrstni red v pralnici za posamezne oddelke. Ob dvigu perila lahko že zmanjka potrebne velikosti perila, pralnica pa zalog perila nima. V pralnici so pri izdaji perila včasih premalo kritični, ko oddajo oddelku strgano, zamazano perilo ali celo perilo s krvavimi madeži. Pri transportu čistega perila do oddelka se ne uresniči načelo čisto-nečisto, ker se čisto perilo transportira po isti poti kot umazano perilo. Perilo prevzame ista bolniška strežnica, ki skrbi za umazano perilo. Pozitivno pri tem je le to, da se bolniška strežnica med tem časom delno preobleče. Tudi transporterja za umazano in čisto perilo sta ista, pred prevzemom čistega perila si le umijeta roke, obleke pa ne zamenjata. Čisto perilo odpeljejo na oddelk v istem kombiju, v istem dvigalu in na istem odprtem vozičku, skratka uporabljajo iste transportne pripomočke kot za umazano perilo. Zdravstveni center ima sicer kupljen poseben avtomobil za dostavo čistega perila, vendar ga še ne uporabljajo. Voziček za perilo včasih uporabljajo tudi za prevoz potrošniškega materiala in inventarja.

Na samem bolniškem oddelku je neustrezno skladiščenje perila. Oddelčno skladišče perila ima odprte police za perilo; priročno skladišče za žensko perilo pa je v premajhnem prostoru, tudi z odprtimi policami. Pri adaptaciji oddelka so za priročne zaloge perila namenili omare v sobah, vendar se je pokazalo, da so premajhne. Le v otroških sobah imajo priročne zaloge perila. Tudi oskrba perila za osebje ni ustrezna, ker pralnica to perilo pere samo enkrat tedensko.

Neustrezno je, da se umazano perilo ne razvršča po stopnji umazanosti, ker imajo na oddelku le eno vrsto vreč za umazano perilo. Perilo se po stopnji umazanosti ne razvrsti niti v čistilnici.

Pralnica Zdravstvenega centra Celje je sicer med najmodernejšimi pri nas, zgrajena leta 1979. Vendar so nekatere pomanjkljivosti tako tehnične narave (tako npr. poseben čistilni stroj ne deluje, ker ni uvoza ustreznih detergentov), kot tudi v delu delavcev pralnice, ki vedno ne ravna ustrezno s perilom. Pozitivno pa je, da ima večina delavcev opravljen tečaj iz higienskega minimuma.

Na otorinolaringološkem oddelku so nameravali nabaviti nove vozičke za prestiljanje s štirimi vrečami, kjer bi se perilo lahko sortiralo po stopnji umazanosti, vendar pa zaradi gospodarske stabilizacije trenutno nimajo denarja za njihov nakup. Zaenkrat tudi ni mogoče urediti boljšega oddelčnega skladišča za perilo, ker je nemogoča nadaljnja adaptacija zaradi dograditve novih prostorov.

4. Projektiranje oskrbe bolniškega oddelka (predlogi)

4.1. Projektiranje za oskrbo oddelka s hrano

Idealno bi bilo, da bi namesto dosedanjega načina oskrbe oddelka s hrano uvedli »tablet sistem« po vzorcu kliničnega centra v Ljubljani. To zaenkrat ni mogoče, ker vsi deli

bolnišnice niso povezani vertikalno in horizontalno z dvigali in hodniki. »Tablet sistem« bi omogočil odpravo razdeljevanja hrane na oddelku in s tem prihranek dragocenega časa medicinske sestre. Pri tem sistemu bolniški strežnici tudi ni potrebno pomivati umazane posode. Zdravstveni delavci menijo, da bo »tablet sistem« uveden z zgraditvijo oziroma razširitvijo bolnišnice.

V obstoječih razmerah pa je potrebno začeti z dosledno higieno že v kuhinji. Okužba se lahko širi prek posode in jedilnega pribora, ker pridejo ti predmeti v neposreden stik z bolniki. Vzrok povzročenih okužb s priborom so napačen način dela pri pomivanju posode. Pri tem je najpomembnejša osebna higiena delavcev, ki imajo opravka z jedilnim priborom in posodo. V kuhinji velja posebna pozornost pripravi hrane, da ne pride do zastupitve z živili. Potrebno je storiti vse, da ne pride do razmnoževanja bakterij v hrani.

Pomembno je pogosto umivanje rok delavcev v kuhinji, tveganje zastupitev pa se zmanjša z uporabo antibakteričnih mil in čistih brisač. Oseba z gnojnimi okužbami kože, vnetjem obnosnih votlin ali prehladom ne sme sodelovati pri pripravi hrane. Do črevesnih okužb lahko pride, če živila kontaminirajo bacilonosci, paziti pa moramo, da je meso dobro prekuhano. Pri transportu hrane se ne smejo v dvigalu križati poti perila, hrane, bolnikov, osebja itd. Poti hrane in umazanega perila ne smejo časovno sovpadati. Pri razdeljevanju hrane naj imajo vse bolniške strežnice in medicinske sestre pokrivala. Vozički, ki so namenjeni razdeljevanju hrane po oddelku, naj služijo le svojemu namenu. Primerno bi bilo, če bi imeli v centralni kuhinji pomivalni stroj, ker bi tako odpadlo zamudno pomivanje na oddelku. Tudi zaprti vozički za prevoz hrane bi morali biti večji. Tako bi – ob pogoju, da je v kuhinji pomivalni stroj – v posebnem predalu vozička odpeljali v kuhinjo umazano posodo in nato čisto posodo dobili s hrano vred. Če bolniška strežnica ne bi pomivala posode po zajtrku, bi lahko čas dopoldanske malice določili v ustreznem razmiku od začetka kosila. Idealno bi bilo, da bi vsi bolniki dobili dopoldansko malico, zlasti otroci. Po vsakem večjem obroku bi morali razkužiti tudi transportni voziček za hrano.

Mogoče bi bilo v danih razmerah bolje, da bi hrano namesto v čajni kuhinji ali na hodniku delili (porcionirali) pred bolnikom in tako skušali delno ustreči željam bolnikov. Strokovna komisija za bolniško higieno naj nadzoruje oskrbo in razdeljevanje hrane, sproti izobražuje delavce o higieni pri pripravi hrane, o pripravi primernih razkužil za umazano posodo ipd. Tako lahko med drugim vsak oddelek učinkovito preprečuje bolnišnične okužbe oziroma prispeva k njihovi preikinitvi.

4.2. Projektiranje oskrbe oddelka s perilom

Bolniško perilo naj se sortira po stopnji umazanosti že takoj ob bolniški postelji. Perilo bi brez otresanja in metanja po tleh odvrgli v posebne raznobarvne vreče po stopnji umazanosti. Za uresničitev tega bi bilo potrebno nabaviti posebne vozičke s štirimi raznobarvnimi vrečami. Uporabili naj bi PVC vreče, ki bi se zapirale s kolagenskimi vlakni, ki se v topli vodi pralnega stroja raztopijo. Posebej naj bi bilo označeno močno kužno perilo. V pralnico naj bi perilo transportirali v posebnih, zaprtih vozičkih. Umazano perilo naj bi namesto enkrat, odvažali trikrat dnevno. Bolniške strežnice oziroma transporterji, ki imajo opravke z umazanim perilom, naj bi bili ustrezno oblečeni. Imeli naj bi pokrivalo, posebno haljo za umazano perilo, rokavice za enkratno uporabo in zaščitno masko. Vsa zaščitna sredstva naj bi po uporabi odvrgli. V danih razmerah, ko je za transport umazanega perila potreben kombi, naj bi posebej prepeljali npr. perilo iz infekcijskega oddelka. Bolniška

NEKAJ NAJGROZOVITEJŠEGA NA SVETU JE PRAVIČNOST BREZ USMILJENJA.

Mauriac

strežnica oziroma transporterji za umazano perilo naj ne bi imeli opravka s čistim perilom. Transport umazanega in čistega perila ne bi smel potekati po isti poti. V pralnici bi morali imeti vsi delavci opravljeni higienski minimum.

Za dezinfekcijo perila naj bi v pralnici uporabljali sodobnejše razkužilo. Dosledneje naj bi izločevali: še umazano, strgano ali porozno perilo. Perilo naj bi izdajali na osnovi zahtevkov posameznih oddelkov, ki bi izhajali iz dejanskih potreb oddelka. Pralnica naj bi pogosteje prala uniforme osebja, ker bi bilo idealno, da se zdravstveni delavec dnevno obleče v čisto delovno obleko, po končanem delu pa jo odda v vrečko za umazano perilo. Na oddelku naj bi bili primernejši prostori za perilo z zaprtimi omarami. Oddelek naj ne kopiči prevelike količine čistega perila. Do določenih izboljšav bi lahko prišlo tudi pri oskrbi osebnega perila za bolnike; tako bi bilo bolje, da bi imeli npr. posebej označene pižame glede na tri velikosti.

Tako kot ravnanje s hrano naj bi tudi oskrbo in ravnanje s perilom nadzorovala komisija za bolnišnično higieno, ker je pravilno ravnanje s perilom pomembno tudi za preprečevanje bolnišničnih okužb.

Marija Rebeušek,
študentka VŠZD, oddelek za
medicinske sestre v Ljubljani (1980)

slikovno sporočilo

12. MAJ – MEDNARODNI PRAZNIK MEDICINSKIH SESTER



*Doprsni kip Florence Nightingale v Royal United Service
Institution – London*

■ 12. maj je Mednarodna zveza medicinskih sester (International Council of Nurses) v Ženevi leta 1965 razglasila za mednarodni praznik medicinskih sester.

■ Na praznik se spominjamo rojstva utemeljiteljice in organizatorice nege bolnika ter vzornice **Florence Nightingale** (1820–1910).

■ Skrivnost njenih uspehov ter razlaga njene odločnosti, prizadevnosti in vztrajnosti: **NIKOLI NISEM NAŠLA IZGOVORA – IN NIKOLI GA NISEM SPREJELA. NAMEN VSAKEGA SPOZNANJA NAJ BO POVEČANA AKCIJA.**

■ Moto letošnjega praznika:
VLOGA MEDICINSKIH SESTER V OSNOVNEM ZDRAVSTVENEM VARSTVU

■ **Varovanje, ohranjanje in krepitev zdravja** je za vse nas odgovorna naloga. Zdravje je temelj za ustvarjalno življenje, za človekovo osebno srečo. Na njem temelji družbeni napredek in blaginja. Biti zdrav je naša pravica in dolžnost. To pravico in dolžnost moramo čimbolj približati ljudem. In prav vsi jo morajo spoznati.

Varovanje človekovega zdravja in njegovih delovnih sposobnosti je merilo za humanizacijo dela, človeka in samoupravljanja ...

Marija Geč (1980)

■ **Kvalitetna zdravstvena nega** je vsebinsko in metodološko usklajena s sodobnimi načeli in ugotovitvami prirodnoslovnih in družboslovnih znanosti (še posebej medicinske znanosti, s katero se neposredno povezuje) in v največji mogoči meri upošteva individualne potrebe bolnikov oziroma varovancev, katerim je namenjena. Temeljni pogoji za kvalitetno zdravstveno nego so zlasti:

- **teoretično in praktično strokovno znanje**, ki si ga medicinska sestra pridobi v zdravstveni šoli, pozneje pa ga dopolnjuje z individualnim študijem ter z udeleževanjem v programih stalnega strokovnega izpopolnjevanja na delovnem mestu. Svoje znanje bogati tudi z delovnimi izkušnjami, ki si jih pridobiva, če kritično in analitično spremlja uspehe in neuspehe lastnega dela;

- **dobro poznavanje bolnika oziroma varovanca**, njegovih dejanskih in mogočih zdravstvenih problemov ter individualnih potreb;

- **ustrezni delovni pogoji**, ki medicinski sestri omogočajo uporabo strokovnega znanja v praksi ter spodbujajoče vplivajo na njena prizadevanja pri iskanju novih, uspešnejših in sodobnejših načinov dela ...

Stana Kavalič (1981)