

Smernice o zdravljenju in zdravstveni negi pljučnega bolnika na domu*

UDK 616.24-08:649.8

GUIDELINES FOR HOME CARE AND TREATMENT OF PATIENTS WITH PULMONARY DISEASE. These guidelines imply the organization of and the indications for, home treatment of patients with acute respiratory problems, chronic and other lung diseases, cardiorespiratory problems and conditions requiring long-term treatment by administration of oxygen in the patient's home. The guidelines also comprise instructions for the supervision of the patient's state of health at home as well as the concepts of keeping medical records, and deal with the training programmes of home treatment of pulmonary patients for nurses.

IZVLEČEK – Smernice opredeljujejo organizacijske usmeritve in indikacije za zdravstveno nego bolnika na domu. Strokovne usmeritve so podane za akutne bolezni dihal, kronične pljučne bolezni, za skupino kardiorespiratornih bolnikov, za druge pljučne bolezni in za bolnike, ki na domu trajno prejemajo kisik. Smernice vsebujejo tudi napotke za strokovni nadzor zdravstvene stanja pljučnega bolnika na domu, opredelivne o dokumentaciji ter o izobraževanju medicinskih sester na področju zdravstvene nege pljučnih bolnikov na domu.

Organizacijska izhodišča za zdravstveno nego bolnika na domu

Zdravstvena nega bolnika je del celovite medicinske dejavnosti. Proces nege bolnika je neprekinjen in prilagojen bolnikovim potrebam. Medicinska sestra, ki opravlja zdravstveno nego pri zdravih in bolnih varovancih, mora imeti bogato strokovno znanje, da lahko pomaga – kot navaja Svetovna zdravstvena organizacija – zdravemu in bolnemu človeku v aktivnostih, ki pripomorejo k ohranitvi, vrnitvi zdravja ali mirni smrti; ali pa pomaga v tistih dejavnostih, ki so v organizirani obliki namenjene le bolniku (opravlja torej zdravstveno nego bolnika). Po strokovnih kriterijih obravnavamo bolnike in izvajamo zdravstveno nego tudi v domačem okolju ob aktivnem sodelovanju strokovnega tima, bolnika in svojcev ter vseh dejavnikov v okolju, ki lahko pri tem pomagajo – **podružbljanje nege bolnika**. Iz ekonomskih in socialnih razlogov ter v interesu duševne higijene je potrebno omogočiti čim večjemu številu varovancev, bolnim in invalidom polnovredno nego bolnika na domu, ki pomeni tudi čim bolj strokovno nadaljevanje ustrezne zdravstvene nege bolnika v bolnišnici.

Na osnovi zakona o zdravstvenem varstvu iz leta 1980 in vrste drugih družbenih in strokovnih dokumentov se v SR Sloveniji organizira zdravstvena nega bolnika na domu v okviru patronažnih služb pri zdravstvenih domovih in zdravstvenih centrih.

Zdravljenje in nega na bolnikovem domu temelji na:

- določenem območju,
- določeni populaciji,

* **Smernice za delo medicinskih sester** imajo značaj enotnih doktrinarnih izhodišč za izvajanje zdravstvenega varstva. Na podlagi predloga **dr. Majde Ustar-Latković** in višje medicinske sestre **Zlate Pocajt** jih je 12. maja 1982 v skladu s samoupravnim sporazumom o svobodni menjavi dela v republiški zdravstveni skupnosti sprejel Republiški strokovni kolegij pnevmoftiziološke službe pri Univerzitetnem inštitutu za pljučne bolezni in tuberkulozo Golnik.

- timski metodi dela s polivalentno funkcijo,
- usklajevanju strokovne doktrine,
- takojšnji obravnavi potreb in izvajanju zdravstvenih storitev,
- strokovno ustrezni opremljenosti zdravstvenih delavcev,
- neprekinjenem delu pri bolniku,
- individualni obravnavi bolnika,
- koordinaciji povezujočih strokovnih dejavnosti ter
- evalvaciji dela.

Pri negovanju na bolnikovem domu so se v preteklih letih poleg manj zahtevnih nalog začele uvajati tudi zahtevnejše naloge zdravstvene nege bolnika z medicinsko-tehničnimi posegi, ki jih je mogoče izvajati v domačem okolju, pri posameznih vrstah bolnikov oziroma skupini obolenj. Ena od takšnih skupin so pljučne bolezni.

V Sloveniji so dani pogoji za opravljanje tovrstne nege bolnikov na domu. V obravnavo se sprejemajo med drugimi tudi bolniki z obolenji respiratornega sistema. Za bolnike, ki nimajo pogojev za izvajanje zdravljenja in nege bolnika na domu, je potrebno urediti hospitalizacijo ali domsko varstvo.

Metode dela

Nega na bolnikovem domu temelji na naslednjih metodah dela:

- progresivna zdravstvena nega bolnika, ki vključuje zahtevnejše, zahtevne in manj zahtevne naloge oziroma osnovno in z metodo usklajevanja specialno nego bolnika,
- timska metoda dela,
- zdravstveno vzgojna metoda.

Klasifikacija progresivne zdravstvene nege bolnika

Izvajanje zdravstvene nege bolnika na domu je stopenjsko v smeri vračanja (prograsa) zdravlja in je v bistvu maksimalno in racionalno prilagajanje negovanja bolnikovim potrebam. Progresivna zdravstvena nega temelji na pravilni ugotovitvi bolnikovih potreb po negovanju. Na podlagi ocene teh potreb medicinska sestra načrtuje individualno nego bolnika oziroma delovni program, ki ga prične izvajati z drugimi člani negovalnega tima. Za določanje zahtevnosti nege je odločilno bolnikovo zdravstveno stanje ob upoštevanju narave osnovnega obolenja.

S stališča enotnosti zdravstvene nege bolnika v bolnišnični in zunajbolnišnični oskrbi velja načelo **stopenjske nege**. V zunajbolnišnični zdravstveni negi je stopenjska nega progresivna z naslednjo klasifikacijo:

- intenzivna nega
- polintenzivna nega
- standardna nega.

Pogoji na bolnikovem domu dopuščajo le polintenzivno in standardno nego. Kot pripomoček za razvrščanje bolnikov po zahtevnosti in obsegu nege se podobno kot v bolnišnicah tudi na domu lahko uporablja barvni kazalec ali indeks, ki je prilagojen negovanju na domu.

Negovanje bolnika na domu pa razvrščamo v tri skupine progresivne nege:

I. stopnja – zajema najboljše čas negovanja po dveh osebah. Medicinska

sestra opravlja zahtevnejše in zahtevne naloge zdravstvene nege bolnika, pri manj zahtevnih nalogah zdravstvene nege pa ji pomaga bolniška strežnica oziroma bolničarka. Pomoč medicinske sestre je potrebna eno do eno in pol ure. Pomoč bolniške strežnice oziroma bolničarke pa je potrebna tri do štiri ure, za ureditev bolnikovega okolja, prehrane, nakupov, higiene pripomočkov za nego itd.

II. stopnja – zajema čas negovanja po dveh osebah, ki pa delo lahko opravljata ločeno. Bolnik je sam, slabo pomičen. Pomoč medicinske sestre je potrebna za opravljanje zahtevnejših in zahtevnih nalog zdravstvene nege bolnika, bolniška strežnica oziroma bolničarka pa eno do dve uri pomaga bolniku pri osebni negi, poskrbi za čistočo prostora, prehrano itd. Opravlja torej manj zahtevne naloge zdravstvene nege bolnika.

III. stopnja – bolniku pomoč medicinske sestre ni več potrebna. Potrebuje le bolniško strežnico, občasno pa ga obiskuje patronažna medicinska sestra. Če je bolnik pomičen in ima svojce, sestra svojce pouči o pravilnem higienskem režimu in jih nauči, da ga pravilno negujejo. Obiski medicinske sestre so sprva potrebni vsak dan, ob izboljševanju bolnikovega stanja ter po posvetu z zdravnikom na timskem sestanku pa se obiskovanje zmanjšuje. Bolnika prevzame patronažna medicinska sestra, ki kronične bolnike občasno obiskuje.

Timska obravnava

Na področju zdravljenja in zdravstvene nege na bolnikovem domu deluje **zdravstveni tim**. Timska metoda združuje več profilov delavcev, ki imajo skupen cilj, da svoje sposobnosti, znanje in izkušnje medsebojno izmenjujejo in dopolnjujejo. **Vodja zdravstvenega tima je zdravnik.**

Negovanje bolnikov na domu opravlja **negovalni tim, ki ga vodi medicinska sestra**. Člani negovalnega tima so medicinska sestra, bolniška strežnica in priučene osebe oziroma svojci.

Člani zdravstvenega tima so:

- splošni zdravnik ali zdravnik ustrezne specialnosti, ki zdravi bolnika na domu;
- patronažna medicinska sestra, ki obravnava družino z zdravstveno-socialnega vidika;
- medicinska sestra, ki opravlja zahtevnejše in zahtevne naloge zdravstvene nege bolnika na domu;
- bolniška strežnica oziroma bolničarka, ki opravlja manj zahtevne naloge zdravstvene nege bolnika na domu. Med drugim skrbi za bolnikovo okolje, prehrano, higieno pripomočkov za nego in drugo.

V timu sodelujeta še fizioterapevt in socialni delavec. Osnovna funkcija tima je delitev dela in usklajevanje zdravljenja in nege na bolnikovem domu ter zagotavljanje enotne strokovne doktrine.

Strokovna izhodišča za povezovanje dejavnosti zdravstvene nege bolnika na domu s pnevmoftiziološko službo

Pljučne bolnike obravnavajo zdravniki različnih strokovnih služb, in sicer pnevmoftiziološke službe, službe splošne medicine, onkološkega (instituta), geron-

tološkega dispanzerja itd., vendar mora biti strokovni usmerjevalec obravnave vsakega pljučnega bolnika pnevmoftiziološka služba.

Indikacije za specialno nego oziroma za zahtevnejše naloge zdravstvene nege bolnika in medicinsko tehnične posege odreja specialist pnevmolog v sodelovanju z lečečim zdravnikom individualno, pri čemer upošteva starost bolnika in njegove socialnoekonomske razmere.

Obisk medicinske sestre na domu pljučnega bolnika

Ko medicinska sestra bolnika prvič obiše na domu, pojasni namen svojega prihoda ter bolnika in svojce seznanji z delom, ki ga bo opravljala. Zanima se za higienske prilike, v katerih bolnik oziroma njegova družina živi. Poizkuša vzpostaviti čim boljši stik z bolnikom in člani družine ter si s svojim nastopom pridobiti njihovo zaupanje.

K zahtevnejšim nalogam zdravstvene nege sodi še vrsta opravil, ki jih mora medicinska sestra opraviti, npr. poučitev in vključitev bolniške strežnice, bolnikovih svojcev in bolnika samega. Prav zato je zdravstveno vzgojno delo pri pljučnih bolnikih in njihovih svojcih izrednega pomena. Biti mora neprekinjeno, smotrno in kvalitetno. Medicinska sestra mora biti pri tem nevsiljiva, potrpežljiva in vztrajna, saj so varovanci na domu pretežno starostniki in kronični bolniki s svojimi navadami in čustvi, ki jih le težko spreminjajo. Varovancem je potrebno pomagati k dobremu počutju in jih pripraviti k primernemu sodelovanju. Z zdravstveno vzgojnim poučevanjem bolnika in svojcev želimo doseči njihovo aktivno sodelovanje v procesu zdravljenja, nege in rehabilitacije ter izboljšanju življenjskih navad.

Dodeljevanje zdravstvene nege pljučnim bolnikom na domu

Indikacije za zdravstveno nego

Splošne indikacije:

- socialne razmere,
- oddaljenost od centrov,
- osamelost, zanemarjenost od svojcev,
- nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja,
- nadaljevanje ambulantnega zdravljenja,
- nadaljevanje zdravljenja, ko je diagnozo postavil zdravnik na bolnikovem domu,
- lajšanje bolečin pri neozdravljivih bolnikih.

Specialne indikacije:

a) akutne bolezni dihal

– pljučnica

– bronhitis

b) kronične bolezni dihal

– kronična obstruktivna bolezen (KOB) z ventilatorno insuficienco

– bronhialna astma

– pljučni rak

– kardiorespiracijski invalidi

– zdravljenje s kisikom na domu.

Naročanje zdravstvene nege

- Zahtevnejše naloge zdravstvene nege bolnika na domu opredeli pnevmoftiološka služba;
- posebne naloge iz zahtevnejše zdravstvene nege in medicinsko-tehnične storitve naroča zdravnik, ki bolnika zdravi;
- manj zahtevno nego in pomoč pri negi lahko naroča tudi patronažna sestra.

Izvajanje zdravstvene nege pljučnega bolnika pri posameznih boleznih.

Akutne bolezni dihal

Zdravstvena nega bolnika na domu se izvaja kot nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja in je prilagojena obolenju. V primeru primarnega zdravljenja vsebuje osnovno in specialno nego oziroma manj zahtevne, zahtevne in zahtevnejše naloge zdravstvene nege bolnika.

Akutni bronhitis

Medicinska sestra skrbi, da je bolnikova soba primerno ogrevana, zrak ovlažen. Daje navodila za lažjo prehrano, ki naj vsebuje dovolj tekočine. Če bolnik leži, mu uredi visoko vzglavje in mu pomaga pri izkašljevanju. Nadzoruje pravilno jemanje zdravil, ki jih je predpisal lečeči zdravnik. S transportnimi inhalatorji izvaja aerosol inhalacije na bolnikovem domu.

Pljučnica

Medicinska sestra bolnika obiskuje dnevno, izmeri temperaturo, srčni utrip in krvni tlak, dokler ni bolnik dva do tri dni brez temperature. Skrbi za primerno mikroklimo v bolnikovi sobi. Le-ta naj bo dobro ventilirana. Ko je bolnik febrilen, naj bo temperatura sobe 15 °C; ko postane afebrilen, pa naj bo optimalna temperatura 20 °C. Zrak naj bo primerno vlažen. Če je bolnik visoko febrilen, skuša znižati temperaturo s fizikalnimi metodami tako, da bolnika narahlo natre z alkoholom in obloži roke in noge z vlažnimi obkladki (25–30 °C). Obkladke menja na 10 minut, dokler temperatura ne pade do 38°C. Bolniku pri izkašljevanju pomaga s pogosto spremembo položaja ter vibracijsko masažo, ki jo opravlja ročno ali z električnim vibratorjem. Pri neproduktivnem dražečem kašlju ima bolnik v postelji visoko vzglavje. Po naročilu zdravnika daje sestra bolniku zdravila proti kašlju. Svetuje mu, da giblje z rokami in nogami ter jih vsak dan rahlo masira. Na ta način izboljša cirkulacijo krvi in preprečuje nastanek trombusov. Svetuje lahko prebavljivo hrano v majhnih večkratnih obrokih, ki naj vsebujejo dovolj vitaminov in veliko tekočine. Če je bolnik obstipiran, mu medicinska sestra pomaga z nizko klizmo ali glicerinsko svečko. Skrbi tudi, da bolnik redno uživa oziroma dobiva zdravila, ki jih je odredil lečeči zdravnik.

Kronične pljučne bolezni

Zdravstvena nega bolnika se izvaja pri večini bolnikov kot nadaljevanje zunajbolnišničnega zdravljenja. Izjema so bolniki v eksacerbaciji (akutno ponovitvijo) KOB.

KOB z ventilatorno insuficienco v eksacerbaciji

Bolnikova soba mora biti dobro prezračena, pravilno ogrevana in zrak primerno ovlažen. Hrana naj bo lahka (čezmerno povečan metabolizem tudi otežkoča dihanje in izkašljevanje) ter naj vsebuje dovolj tekočine. Zaradi lažjega dihanja ima bolnik v postelji zvišano vzglavje, noge pa podprte z opornikom, ki je oblazinjen. Fizioterapevtka ali medicinska sestra, ki bolnika neguje na domu in se je priučila respiratorne gimnastike, izvaja vaje za relaksacijo in izkašljevanje. Bolnika ponovno pouči o pravilni uporabi bronhodilatatorjev v obliki sprejev. Vsak pravilen vdih vsebuje natančno dozo zdravila. Pogosta uporaba spreja lahko privede do stranskih učinkov in je nevarna.

Po zdravnikovem naročilu medicinska sestra intravensko injicira aminophylin bolniku, ki je enako zdravilo že večkrat dobival. Injiciranje mora trajati najmanj 10 min., po injekciji pa medicinska sestra počaka pri bolniku vsaj še 15 minut.

Ko spazem gladkih mišic sapnic popusti, sestra pomaga bolniku pri izkašljevanju. Bolnik izkašlja v stekleno posodo, da lahko sestra vsebino kontrolira. Po potrebi odvzame sputum za bakteriološko preiskavo (po zdravnikovem naročilu) in ga čimprej dostavi laboratoriju za bakteriološko diagnostiko. Odvzema tudi kri in urin za laboratorijsko preiskavo, če je bolnik nepomičen ali pa ima močno diuretično terapijo.

Sestra kontrolira temperaturo, frekvenco dihanja in srčnega utripa. Ko se bolniku stanje izboljša, mu pomaga, da se začne gibati najprej v sobi ter mu pomaga pri izvajanju dihalnih vaj, ki se jih je že prej naučil. Bolnika ponovno pouči o nevarnosti smoga in megle za njegovo bolezensko stanje. V času prehladnih obolenj medicinska sestra odsvetuje obiskovanje bolnika.

Bronhialna astma

Zdravstvena nega bolnika se dodeli starejšim, oddaljenim bolnikom s kronično astmo, ki imajo pogoste napade. Medicinska sestra zdravstvene nege ne opravlja v obdobju astmatičnega statusa. Bolnik v takšnem stanju potrebuje takojšnjo zdravnikovo pomoč in največkrat tudi bolnišnično zdravljenje.

Medicinska sestra, ki bolnika neguje na domu, bo poskrbela za higienske ukrepe v njegovi spalnici, ki mora biti zračna, primerno ogrevana, v zraku pa naj bo dovolj vlage. Iz prostora mora biti odstranjen prah, ki je pomemben dejavnik med številnimi sprožilci astmatičnega napada. Bolnik leži v postelji z visokim vzglavjem. Medicinska sestra bo poizkušala pomirjevalno vplivati na bolnika. Po zdravnikovem navodilu bo intravensko injicirala aminophylin in dexamethason (vendar nikoli prve injekcije!) samo tistemu bolniku, ki je že dalj časa prejemal to obliko terapije. Preverila bo, ali bolnik upošteva zdravnikova navodila pri jemanju zdravil. O morebitnem poslabšanju bolnikovega stanja bo medicinska sestra takoj obvestila lečečega zdravnika.

Pljučni rak

Bolniki po uspešni radikalni odstranitvi tumorja ne potrebujejo zdravstvene nege. Pooperativno zdravljenje, nega in rehabilitacija poteka v bolnišnici.

Bolnikovo zdravstveno stanje po obsevalnem ali citostatičnem zdravljenju spremljajo redno na Onkološkem inštitutu in v pristojnem pljučnem dispanzerju.

Mnogi bolniki imajo v tem obdobju postiradiacijske komplikacije in so potrebni nege na domu. Zaradi imunosupresivnega zdravljenja so dovzetni za okužbe. Pogosto jih muči kašelj in bolečina.

Pri teh bolnikih opravljamo le osnovno nego oziroma zahtevne in manj zahtevne naloge zdravstvene nege, pri čemer predvsem krepimo psihofizično kondicijo bolnika. Specialna nega oziroma zahtevnejše naloge zdravstvene nege so usmerjene glede simptomov kot pri akutnem bronhitisu, KOB in pljučnici.

Pri bolnikih, ki prejemajo le simptomatično terapijo, opravljamo osnovno nego oziroma zahtevne in manj zahtevne naloge zdravstvene nege. Specialno nego oziroma zahtevnejše naloge zdravstvene nege opravljamo le pri bolnikih, pri katerih so v ospredju respiracijski simptomi: kašelj, dispnoa, hemoptize. Če nastopi respiratorna stiska, medicinska sestra takoj obvesti lečečega zdravnika, ki redno obiskuje bolnika na domu.

Bolnik v terminalnem obdobju pljučnega raka sodi v bolnišnično ustanovo. Če bolnik hospitalizacijo odkloni, ga oskrbuje medicinska sestra na domu po zdravniškem naročilu. Redno je potrebno aplicirati analgetike, sicer pa izvaja medicinska sestra le manj zahtevne in zahtevne naloge zdravstvene nege, zahtevnejše pa le v posameznih primerih.

Kardiorespiracijski invalidi

Vsaka akutna dekompenzacija respiracijskih invalidov sodi v bolnišnico na intenzivni oddelek. Medicinska sestra opravlja zdravstveno nego bolnika na domu samo pri bolnikih, ki so v kompenziranem stanju. Seznanjena mora biti s kliničnimi znaki akutne dekompenzacije, ki se izražajo z raznovrstnimi cerebralnimi, kardio-cirkulacijskimi in respiracijskimi znaki. Nekateri od teh so: jutranji glavobol, motnje vida in akomodacije, zaspanost preko dneva in nespečnost ponoči, sprememba pisave, apatije in depresije, ki se jim pridruži tudi evforija in agresivnost.

Pogosto se pojavi pospešen pulz in le redko zvišan krvni tlak. Bolnik, ki ga je prej mučil daleč slišen piskajoč kašelj, ne kašlja več, temveč postane na videz miren. Včasih še komaj slišimo dihanje, kar pogosto privede do nepravilnega zaključka, da se je stanje izboljšalo. Dejansko je bolnik težko dekompenziran in potreben čimprejšnje hospitalizacije. Pogosto privede bolnika v dekompenzacijo banalna okužba v obliki akutnega bronhitisa ali pljučnice.

Medicinska sestra skrbi za bivalni prostor bolnika, da je prezračen, ogrevan in da vsebuje dovolj vlage. Občasno izmeri bolniku krvni tlak, kontrolira dihanje, pulz in diurezo. Dihalne vaje za izkašljevanje in trebušno dihanje opravlja sama ali pa fizioterapevt. Če ima bolnik sam inhalator za aerosol inhalacije, ga pouči o pravilnem čiščenju aparata. Po zdravnikovem naročilu daje intravensko injekcije aminophylina s kortikoidi ali brez njih. Kontrolira pravilno jemanje zdravil.

V primeru okužbe (kašelj, gnojni izmeček, temperatura) takoj obvesti lečečega zdravnika. Če bolnik prejema sočasno tudi diuretik, odvzema po zdravnikovem naročilu tudi kri za določitev elektrolitov.

Druge pljučne bolezni

Medicinska sestra opravlja specialno nego bolnika oziroma zahtevnejše in zahtevne naloge zdravstvene nege samostojno ali po naročilu lečečega zdravnika in specialista pulmologa.

Zdravstvena nega bolnika, ki trajno prejema kisik na domu

V Sloveniji le posamezni bolniki prejemajo trajno kisik na domu kot nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja. Kot trajno aplikacijo kisika na domu razumemo le primere, če bolnik prejema kisik po katetru ali maski vsaj 15 ur dnevno. Zdravljenje se vedno prične v bolnišnici.

Pred odpustom bolnika iz bolnišnice je potrebno preveriti, ali obstajajo na bolnikovem domu pogoji, ki omogočajo varno obliko aplikacije kisika. Med pogoje sodi prosvetljenost bolnika in njegovih svojcev, da pravilno ravnajo z jeklenkami in zamenjujejo reducirni ventil. Patronažna služba preverja pogoje in posreduje podatke bolnišnici.

Medicinska sestra, ki bolnika neguje, ter bolnik in njegovi svojci prejmejo tehnična navodila za shranjevanje jeklenk, ravnanje z njimi in navodilo za uporabo kisika. Tehnična služba regionalne bolnišnice ali zdravstvenega doma mora skrbeti za zamenjavo jeklenk (v Ljubljani to opravlja Univerzitetni klinični center). Pristojna tehnična služba sprejme obvestilo o odpustu bolnika z bolnikovimi podatki, kopijo obvestila pa prejme tudi Univerzitetni inštitut Golnik s telefonsko številko tehnične službe. Lečeči zdravnik in pljučni dispanzer sta obveščena o odpustu in bolezenskem stanju bolnika. Lečeči zdravnik predpiše na recept kateter ali masko, nemasten žele, sterilno gazo in lepilni trak. Predpiše način uporabe (kateter, maska), litre na minuto, trajanje aplikacije in dnevno porabo kisika. Bolnika vsaj dvakrat tedensko obišče zdravnik, ki poleg kontrole zdravstvenega stanja preveri, če se upoštevajo vsi varnostni predpisi in navodila za ravnanje s kisikom. Sestra, ki neguje bolnika na domu, ga bo oskrbovala tako kot kardiorespiracijske invalide. Preverjala bo tudi varnostne predpise za ravnanje s kisikom po priloženih navodilih. Poučila bo bolnika in svojce, kako se čisti maska in kateter ter to tudi kontrolira.

Uredila bo bolniku ležišče in opravljala higieno ust. V primeru gnojnega izmečka ali težjega dihanja, ki nastopi kljub aplikaciji kisika, bo takoj obvestila lečečega zdravnika. V takem primeru je idicirana čimprejšnja hospitalizacija. Število obiskov sestre, ki bolnika neguje, je odvisno od sodelovanja bolnikovih svojcev in je individualno. Vsekakor mora bolnika obiskati vsaj trikrat tedensko.

Kontrole zdravstvenega stanja pri pljučnem bolniku in povratne informacije

Kontrole zdravstvenega stanja

Predvideno kontrolo se lahko vpiše že na prvi naročilnici za zdravstveno nego bolnika na domu.

Kontrole zdravstvenega stanja po končani negi in zdravljenju na domu so v dispanzerju za pljučne bolezni.

Kontrole zdravstvenega stanja v primeru poslabšanja pred končano nego in zdravljenjem na domu so v dispanzerju za pljučne bolezni na pobudo medicinske sestre, ki bolnika neguje, ali lečečega zdravnika.

Povratne informacije

Povezovanje in usklajevanje celotne obravnave bolnika na domu – tudi pljučnega – se izvaja na **timskih posvetih**. Zato so timski posveti tudi oblika

sprejemanja povratnih poročil o zdravljenju in negovanju bolnikov, obsegajo pa:

- timske posvete z zdravnikom, ki je odgovoren za zdravljenje bolnikov na domu na določenem območju;
- sodelovanje s specialistom pnevmologom, praviloma in redno na timskih posvetih enkrat mesečno, po potrebi pogosteje;
- v akutnih situacijah se medicinska sestra z zdravnikom posvetuje neposredno.

Strokovni nadzor zdravstvene nege pljučnih bolnikov

Medicinska sestra ugotavlja bolnikove potrebe, načrtuje, izvaja in nadzoruje negovalni proces. Na tej osnovi opravlja medicinska sestra, ki je vodja negovalnega tima, strokovni nadzor negovanja bolnikov. Ob tem upošteva zdravnikovo mnenje o stanju bolnika in o njegovih potrebah. Prav tako izvaja strokovni nadzor nad načinom izvajanja medicinsko-tehničnih storitev.

- Pnevmoška služba opravlja strokovni nadzor nad izvajanjem specifičnih medicinskih in medicinsko-tehničnih storitev za pnevmološke bolnike.
- Strokovni nadzor dela negovalnega tima se opravlja na več ravneh: sprotno pri usmerjanju in kontroli dnevnega delovnega procesa ter občasno neposredno na bolnikovem domu.

Dokumentacija, ki se uporablja pri zdravstveni negi pljučnih bolnikov na domu

- **Naročilnica za zdravstveno nego bolnika na domu** vsebuje bolnikove osebne podatke, diagnozo, vrsto storitve, pogostnost obiskovanja na domu, žig ustanove ter podpis in žig zdravnika ali medicinske sestre, ki nego naroča.

- **Bolniški list ali karton bolnika** vsebuje bolnikove osebne podatke, diagnozo, vrsto storitve, datume obiskovanja, opazovanje bolnikovega stanja ter potek negovanja. Na karton medicinska sestra beleži vse obiske, delo in spremembe pri bolniku. Karton bolnika se hrani v ustanovi, kjer tim združuje delo.

- **List zdravstvene nege bolnika na domu** je dokument, ki je namenjen samo najtežje prizadetim bolnikom in na domu nadomešča temperaturni list. Nanj se vpisujejo osnovne vitalne funkcije bolnika. Je tudi informacija zdravniku, ki bolnika zdravi na domu. Dokument ima vlogo povezovanja bolnišnične in zunajbolnišnične zdravstvene nege ter bo bolnika spremljal ob morebitnem sprejemu v bolnišnico.

- **Protokol bolnikov z indeksom**
- **Evidenčna knjiga narkotikov**
- **Dežurna knjiga**

Izobraževanje medicinskih sester za zdravstveno nego pljučnih bolnikov

Z reformo šolstva, ki je zajela tudi delavce v zdravstvu, medicinske sestre ne dobijo ustrezne specialne izobrazbe. Zaradi naraščajoče nacionalne patologije, ki jo predstavlja KOB, astma, pljučni rak in druge bolezni, bi morali medicinske sestre za zdravstveno nego bolnika izobraževati tudi iz pnevmologije.

Izobraževalni proces mora biti sicer neprekinjen, vendar bi bila potrebna temeljna izobrazba medicinskih sester za zdravstveno nego bolnika o najpogostejših pljučnih boleznih. Potrebno bi bilo, da bi Univerzitetni inštitut za pljučne bolezni in tuberkulozo Golnik organiziral vsakoletne seminarje za skupine 20 do 30 medicinskih sester. Na takih seminarjih naj bi se medicinske sestre seznanile s teoretičnimi osnovami in praktičnim poukom zdravstvene nege bolnika, specialnimi medicinsko-tehničnimi storitvami in fizioterapijo pri KOB, pljučnici, astmi, kardiorespiracijskem invalidu in pljučnem raku. Zaključek seminarja naj bi vseboval tudi kratek preizkus znanja. Po potrebi si medicinske sestre za zdravstveno nego pljučnih bolnikov pridobijo potrebno praktično usposobitev tudi na ustreznih oddelkih bolnišnic.

Nadaljnje **strokovno izpopolnjevanje** bi lahko razvijali pnevmologi pljučnih dispanzerjev osnovne zdravstvene službe v obliki stalnih konziliarnih sestankov tima ali v obliki predavanj.

ZDRAVSTVENI OBZORNIK: POMOČ HEMOFILIKOM

Ljubljana, 5. januarja – Na pobudo Društva hemofilikov Slovenije je izšla prva tematska številka Zdravstvenega obzornika, strokovnega glasila medicinskih sester, posvečena hemofiliji. To je redka, kronična bolezen, pri njenem zdravljenju pa morajo sodelovati bolnik, medicinska sestra in zdravnik. Danes je v Sloveniji približno 140 hemofilikov. Zdravniške ekipe, ki jim lahko takoj nudijo primerno oskrbo, imajo po zaslugi republiškega centra za hemofilijo, že v vseh slovenskih bolnišnicah. Članki in ilustracije, zbrani v Zdravstvenem obzorniku, seznanjajo bolnika, kako lahko živi s svojo boleznijo, služijo kot učbenik v tečaju za zdravljenje hemofilikov na domu, pa tudi pri študiju medicine, saj govorijo o bolezni, načinih zdravljenja in o tem, kako si lahko bolnik pomaga sam.

Živa Paulin, Delo, 6. januarja
1984, str. 2.

V TRENUTKU, KO JE POPUSTIL OPRIMEK, MI JE BILO POPOLNOMA JASNO, DA BOM PADEL IN DA BOM UMRL. NOBENEGA STRAHU NISEM OBČUTIL, ČUTIL PA SEM, DA SE PREVRAČAM, IN BIL SEM CELO PRESENEČEN, DA ME NI NIČ ZABOLELO, KO SE JE NAENKRAT VSE STEMNILO OKROG MENE. POTEM VEM SAMO ŠE TO, DA MI JE V TEMI, KI ME JE OBDAJALA, SRCE DIVJE BOLEČE RAZBIJALO, IN SPET ME JE SPRELETELO SPOZNAVANJE, V KATEREM NI BILO NITI TROHICE STRAHU, DA BOM ZDAJ UMRL, IN SEM SE ČUDIL, DA JE TO TAKO LAHKO, IN VESELIL, DA ME KMALU NE BO NIČ VEČ BOLELO.

Reinhold Messner, alpinist