

PRENOS PROCESA ZDRAVSTVENE NEGE V PRAKSO OSNOVNEGA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA*

Silva Vuga

UDK 616-083-039.32 (497.12)

DESKRIPTORJI: *patronažna služba; nega bolnika; Slovenija*

IZVLEČEK – *Proces zdravstvene nege kot metoda je mogoče uporabiti na vsakem ožjem področju zdravstvene nege – v bolnišničnih in zunajbolnišničnih dejavnostih. Opisana je adaptacija metode zdravstvene nege na področju patronažnega varstva in oblikovanje modela navedene metode za patronažno varstvo v SR Sloveniji. Opredeljene so posebnosti nove metode dela in nove usmeritve zdravstvene nege, posebnosti celovitega patronažnega varstva, razlike med dosedanjim in novim načinom dela ter smernice za operativno delo. Predstavljeni so tudi novi dokumentacijski obrazci. Oblikovani model je v fazi drugega praktičnega preizkusa, ki bo trajal do konca leta 1986. Podobno bo treba oblikovati modele zdravstvene nege še za druga področja osnovnega zdravstvenega varstva.*

THE APPLICATION OF THE NURSING PROCESS TO THE PRIMARY HEALTH CARE

DESCRIPTORS: *primary health care; nursing care; Slovenia*

ABSTRACT – *The method of the nursing process is applicable to both the inpatient and outpatient spheres of health care. The adaptation of the new nursing method to the field of district nursing is described and the model of this method designed for the district nursing in Slovenia, is presented. Some features of this new method and present guidelines of nursing are outlined. The main traits of comprehensive district nursing and the chief differences between the previous and current methods are presented. The recently introduced record forms are described. Testing of the new model, which is now in its second phase, will be over by the end of 1986. New models will have to be worked out for other fields of primary health care.*

Naš primer prikazuje adaptacijo metode procesa zdravstvene nege na področju patronažnega varstva in oblikovanje modela procesa zdravstvene nege za patronažno varstvo v SR Sloveniji. Pri tem ne bo težko prilagoditi procesa zdravstvene nege tudi na druga področja zdravstvene nege v osnovnem zdravstvenem varstvu.

Z izrazom **celovito patronažno varstvo** poimenujemo ožje področje zdravstvene nege, istočasno pa je patronažno varstvo posebna oblika zdravstvenega varstva. Celovito patronažno varstvo opravljajo medicinske sestre in ustrezen tim sodelavcev z rednimi obiski varovancev na njihovih domovih. Naša obravnava kaže, kako pristopamo k uvajanju in uporabi procesa zdravstvene nege organizirano in ne samo posamezno, kar je tudi mogoče. Istočasno pa je tudi primer oblikovanja modela procesa zdravstvene nege.

Temeljitejše spoznavanje procesa zdravstvene nege se je pričelo s pogodbo med Zveznim komitejem za delo, zdravstvo in socialno varstvo in Regionalnim

uradom Svetovne zdravstvene organizacije za Evropo o štiriletnem sodelovanju patronažne službe Zdravstvenega doma Maribor (od leta 1980 dalje) pri prvem mednarodnem projektu znanstvenega raziskovanja procesa zdravstvene nege.

Medicinske sestre Jugoslavije so dobile prvo informacijo o procesu zdravstvene nege leta 1981 na strokovnem srečanju, ki ga je na Bledu organizirala Zveza društev medicinskih sester Jugoslavije. Naše sodelovanje s Svetovno zdravstveno organizacijo je odprlo vrata sistematičnemu širjenju metode procesa zdravstvene nege. Ugotovili smo, da mnoge medicinske sestre že delajo podobno, kot zahteva proces zdravstvene nege, vendar še ne v celoti. Za sodelovanje v mednarodnem znanstvenem raziskovanju procesa zdravstvene nege se je prijavilo trideset evropskih držav. Verificiranih jih je bilo le deset, ki so izpolnjevale pogoje za to sodelovanje. Med njimi je bila tudi Jugoslavija s skupino medicinskih sester raziskovalk v patronažni službi Zdravstvenega doma Maribor. Pričeli sta se razvijati dve smeri sodelovanja – s Svetovno zdravstveno organizacijo in z Zvezo društev medicinskih sester Slovenije kot odgovorne inštitucije za vprašanja stroke zdravstvene nege.

Zveza društev medicinskih sester Slovenije je osnovala Komisijo za razvojno-raziskovalno delo na področju zdravstvene nege. Ta je povezujoči člen širjenja metode procesa zdravstvene nege v Sloveniji. Vključevanje v mednarodno sodelovanje nam je omogočilo, da smo spoznali proces zdravstvene nege kot metodo dela in spoznavali metodiko raziskovanja procesa zdravstvene nege.

Že v času študije smo ugotovili, da spoznavanje navedene metode ni samo naša pridobitev, temveč nas to obvezuje do zdravstvene nege v naši deželi.

Marca 1985 smo bodočemu Centru za razvoj zdravstvene nege v Zdravstvenem domu Maribor prijaviли nov projekt z naslovom **Izdelava modela uporabe procesa zdravstvene nege na področju patronažnega varstva**. Predlog je bil sprejet, izvajanje projekta pa preverja Center za razvoj zdravstvene nege s svojimi sodelavci.

Pri izvajanju projekta smo se oprli na organizacijsko metodo reševanja strokovnih nalog. Ta zajema naslednje stopnje:

1. določitev cilja
2. analiza stanja oziroma razmer
3. odločitev o ukrepih
4. določitev nalog
5. izvajanje nalog in zadolžitev
6. evalviranje doseženih rezultatov
7. poročanje

Stopnje reševanja strokovne naloge so zajete v štirih fazah projekta.

-
- I. FAZA**
1. določitev ciljev
 2. pripravljalna dela

* Referat na seminarju Zveze društev medicinskih sester Jugoslavije o procesu zdravstvene nege in organizaciji sestrške službe, Bled, 21. in 22. aprila 1986

-
- II. FAZA**
1. opredelitev področja uvajanja procesa zdravstvene nege
 2. opredelitev posebnosti področja
 3. izdelava smernic
 4. določanje nalog
 5. izvajanje preizkusa v praksi – prvi preizkus (po novi miselnosti in načinu, z nespremenjenimi obrazci, spremljano z zbiranjem spoznanj, ugotovitev in predlogov)
 6. evalvacija
- III. FAZA**
1. analiza različnih modelov
 2. odločitev o oblikovanju modela
 3. izdelava začasnega modela ali predlog modela
 4. določitev nalog in zadolžitev
 5. izvajanje preizkusa v praksi (na nov način, s spremenjenimi dokumentacijskimi obrazci, z zbiranjem spoznanj, ugotovitev in predlogov)
 6. evalvacija
- IV. FAZA**
1. korekcija modela
 2. predlog za verificiranje modela
 3. poročilo
-

Oblikovanje modela predstavljamo po posameznih fazah.

I. FAZA IZDELAVE MODELA

1. Določitev cilja

S prijavo projekta je bil opredeljen cilj: adaptirati metodo procesa zdravstvene nege na področju patronažnega varstva, da bi v prihodnje varovance obravnavali po procesu zdravstvene nege.

2. Pripravljalna dela

Prvi del priprave je zajel določitev skupine delavcev oziroma tima, ki bo delal pri projektu, in vodje projekta.

V 120 članskem kolektivu TOZD-a Patronažno varstvo Zdravstvenega doma Maribor se ukvarja s to nalogo petnajst višjih medicinskih sester. Če upoštevamo odstotnosti in druge ovire, neprekinjeno izvaja projekt približno deset medicinskih sester. Delo ima razvojni značaj, zahteva posebno angažiranje in je povezano s posebnimi naporji. Potreben je še dodaten čas. V takšno delo ne vključimo vseh delavcev neke dejavnosti, ker bi to lahko motilo redno delo.

Potrebna je metoda postopnosti in malih korakov. Delavci, ki se vključujejo v razvojno nalogo, naj imajo po možnosti olajšave pri opravljanju rednega dela. Pomembno je, da so člani skupine primerno motivirani. Nosilci projekta imajo zahtevne ključne strokovne in tehnične naloge.

Drugi del priprav zajema učenje metode procesa. Projekta ne moremo izvesti, če predhodno ne spoznamo nove metode in nove filozofije zdravstvene nege.

Posebnosti nove metode dela in nove usmeritve zdravstvene nege so naslednje:

- metoda procesa zdravstvene nege vodi k spremenjeni kvaliteti zdravstvene nege in se tesno povezuje s sodobno koncepcijo zdravstvene nege;
- zdravstveno nego usklajujemo s sodobno koncepcijo zdravstvenega varstva in njegovim ciljem Zdravje za vse do leta 2000;
- zdravstvena nega ni usmerjena samo k boleznim, temveč vse bolj k varovanju in krepitvi zdravja ter preprečevanju bolezni;
- povečuje se pomoč medicinske sestre bolniku pri samopomoči v njegovi skrbi za zdravje; odgovornosti in vloge v zdravstveni negi so porazdeljene;
- varovanec je aktivni subjekt v procesu zdravstvene nege;
- obravnavanje je vselej celovito: fizično, psihično in socialno;
- zdravstvena nega ne temelji na zdravniški diagnozi, temveč na ugotovljenih potrebah po zdravstveni negi;
- zdravstvena nega je načrtovana individualno za posameznika ali družino;
- delo je sistematično in poteka skozi naslednje faze: *ugotavljanje potreb po zdravstveni negi, načrtovanje zdravstvene nege, izvajanje zdravstvene nege, evalviranje dosežkov zdravstvene nege*. Poseg pri tem ni izhodišče procesa zdravstvene nege, temveč je podrejen potrebam po zdravstveni negi;
- delo temelji na kritičnem razmišljanju in presojanju;
- zdravstvena nega je neprekinjena (kontinuirana) – medsebojno se povezuje jeta bolnišnična zdravstvena nega in zdravstvena nega osnovnega zdravstvenega varstva – med njima ni prekinitev;
- timska metoda dela in delitev dela sta nujni ne samo v negovalnem timu, temveč v celotnem zdravstvenem timu;
- celotno delo sistematično dokumentiramo, čeprav obrazec prilagajamo področju, na katerem delamo; obseg in vrste podatkov prilagajamo vrsti varovancev in posebnostim področja dela;
- slediti zastavljenemu cilju vedno pomeni možnost, da bomo rezultat dosegli;
- dokumentiranje je obvezno; brez tega proces zdravstvene nege ni mogoč, ker je dokumentacija instrument metode in ne administracija itd.

II. FAZA IZDELAVE MODELA

Prvi element te faze je opredeljevanje področja, na katerega bomo adaptirali proces zdravstvene nege. V našem primeru je to področje celovito patronažno varstvo. Definiramo področje dela, dejavnosti tega področja dela, splošne in posebne naloge ter pojasnimo značilnosti področja.

Opredelejevanje delovnega področja patronažnega varstva

V sodobnem osnovnem (primarnem) zdravstvu deluje sistem celovitega patronažnega varstva. Ta ima polivalentno funkcijo, ki izvira iz polivalentne funkcije zdravstvenega doma. Patronažno varstvo je v organizacijski sestavi zdravstvenih

domov. Polivalentna funkcija je zajeta v dejavnostih patronažnega varstva in nalogah izvajalcev ter pomeni nedeljivo zdravstveno nego celotne družine na njenem domu. Združuje torej specialna področja zdravstvene nege zdravih in bolnih posameznikov in družin na njihovih domovih ter skupin prebivalcev v komuni.

Patronažna medicinska sestra je nosilec, izvajalec in vodja dejavnosti patronažnega varstva. Te so:

- patronaža kot oblika aktivnega zdravstvenega varstva zdravih in bolnih posameznikov, družin in skupin varovancev,
- babiška zdravstvena nega na domu,
- zdravstvena nega bolnika na domu,
- pomoč pri zdravstveni negi bolnika na domu,
- mogoča je tudi pomoč na domu, ki jo izvajajo gospodinje ali gospodinjske pomočnice.

Na tej osnovi ima celovito patronažno varstvo z vsemi naštetimi dejavnostmi zdravstveno-socialni značaj.

Obstajata dve **obliki izvajanja patronažnega varstva**:

- združevanje vseh nalog zdravstvene nege ali sestrskih nalog v družini v dejavnosti ene medicinske sestre (kar je zaželeno na podeželskih, neurbanih območjih),

- delitev nalog zdravstvene nege ali sestrskih nalog v družini med člane tima izvajalcev patronažnega varstva (kar je zaželeno na mestnih, urbaniziranih področjih).

Medicinske sestre opravljajo delo z obiskovanjem posameznikov in družin na njihovih domovih, z obiskovanjem služb, organov in organizacij zaradi obravnave varovancev, s sprejemom in obravnavo varovancev – strank na sedežu dejavnosti, z delom med populacijskimi skupinami v krajevnih skupnostih oziroma v občini itd. Celotno delo je polivalentno, ne glede na to, ali je porazdeljeno med več medicinskimi sestrami oziroma člani tima, ki prihajajo v isto družino, ali pa vse delo v družini opravlja ena medicinska sestra. Polivalentno delo pomeni obravnavanje več ali vseh skupin varovancev – glede na bolezni, starost in glede na biološke značilnosti – na domovih zdravih in bolnih posameznikov in družin ter skupin varovancev v komuni.

Pri obravnavanju posameznikov in družin medicinska sestra upošteva psihične, fizične in socialne potrebe po zdravstveni negi, zato so lahko naloge patronažnega varstva zdravstvene, zdravstveno-socialne in socialne. Pri opravljanju teh nalog uporablja medicinska sestra različne metode dela.

Naloge za zagotavljanje polivalentnega patronažnega varstva so splošne in posebne.

Splošne naloge patronažnega varstva so:

- ugotavljanje zdravstveno-socialnih potreb posameznika, družine in skupin prebivalstva,
- načrtovanje zdravstveno-socialnih ukrepov za posameznika, družino ali skupino prebivalcev,
- izvajanje zdravstveno-socialnih ukrepov pri posamezniku, družini ali skupini prebivalcev,

- vrednotenje opravljenega dela in doseženih rezultatov,
- zagotavljanje babiške zdravstvene nege in oskrbe na domu,
- zagotavljanje zdravstvene nege bolnika na domu,
- izvajanje medicinskotehničnih posegov po zdravnikovem naročilu,
- organiziranje pomoči pri zdravstveni negi bolnika na domu,
- organiziranje gospodinjske pomoči na domu,
- vzdrževanje depoja zdravil, materiala in pripomočkov za zdravstveno nego bolnika na domu,
- izvajanje zdravstvene vzgoje na domovih posameznikov in družin in med skupinami prebivalcev v komuni,
- timsko sodelovanje in povezovanje pri obravnavanju posameznikov in družin na domovih,
- povezovanje med varovancem oziroma družino in zdravnikom oziroma zdravstveno službo,
- sodelovanje s krajevno skupnostjo obravnavanega območja,
- sodelovanje z drugimi službami, organi in organizacijami zaradi obravnavanja zajetih posameznikov in družin,
- dokumentiranje in evidentiranje opravljenega dela,
- strokovne in tehnične priprave za terensko delo,
- izvajanje prve pomoči,
- obveščanje pristojnih dejavnikov in inštitucij o ugotovitvah na obravnavanem območju,
- izvajanje mentorskega in pedagoškega dela,
- izvajanje razvojnih in raziskovalnih nalog.

Posebne naloge patronažnega varstva se oblikujejo s sodelovanjem z drugimi strokovnimi službami, zlasti z dejavnostjo splošne medicine in z dispanzerskimi dejavnostmi.

Posebne naloge so namenjene posameznim skupinam varovancev glede na biološke, bolezenske ali starostne skupine in temeljijo na strokovni doktrini posameznega področja zdravstvenega varstva. Posebne skupine varovancev so: nosečnice, otročnice, novorojenčki, mali in predšolski otroci, učenci in mladina, rejenci, alkoholiki, psihiatrični bolniki, tuberkulozni bolniki, kronični pljučni bolniki, bolniki z rakavo boleznijo, diabetiki, bolniki z drugo akutno ali kronično boleznijo, borci NOB, delavci – varovanci obratnih ambulant, starostniki in drugi.

Posebnosti patronažnega varstva

S podrobnejšim analiziranjem in opredeljevanjem področja dela in nalog patronažnega varstva smo zbrali glavne posebnosti patronažnega varstva. Te so naslednje:

- individualna celota na področju patronažne obravnave je družina; člani družine so individualni členi njene celote;
- celovito zdravstveno-socialno obravnavanje je usmerjeno na družino in na posameznika – v individualni medsebojni odvisnosti;
- praviloma so obravnavanja dolgotrajna; cilji so kratko- in dolgotrajni;
- patronažno varstvo ne izvajamo samo za eno kategorijo varovancev na domu, temveč za vse varovance v družini – glede na biološke ali starostne skupine,

skupine bolnikov ali druge vrste varovancev, ki so povezani s posebnostmi obravnavane kategorije;

- mogoče je, da isti družinski član ali posameznik v daljšem obdobju spremeni svojo kategorijo, kar pomeni, da spremeni posel nosti svojih potreb;

- v patronažnem varstvu so obvezne komuni kacije, koordinacijske in timske zveze za potrebe varovancev in družin, prvenstveno z območno zdravstveno postajo in krajevno skupnostjo;

- sprejem varovanja ali zajetje varovanca je lahko urgentno in nenačrtovano ali pa načrtovano in sistematično, v stanjih zdravja in bolezni, v obdobju od rojstva do smrti; spreminja se stopnja socialnih, psihičnih in fizičnih potreb;

- za izvajanje dela v patronažnem varstvu so zato značilne različne metode dela, ki so povezane z osnovno metodo dela;

- patronažna medicinska sestra dela v družini posamično (zunaj ekipe), vendar se vključuje v številne timske obravnave in koordinacije ter sodeluje praktično z vsemi strokovnimi službami zdravstvenega doma in s številnimi v bolnišnici;

- dokumentiranje je v patronažnem varstvu obvezno;

- enotnost dela in izboljšanje delovnih pogojev odločilno vpliva na sistematičnost dela.

Razlike med dosedanjim in novim načinom dela

Za uvajanje nove metode dela je treba zbrati razlike med dosedanjim in novim načinom dela po procesu zdravstvene nege. Dogovorili smo se za poskusno spremembo pri delu. Uvedli smo praktični preizkus obravnave varovancev po novem načinu, vendar s staro dokumentacijo. Dovoljene so bile samo dodatne improvizacije.

Dogovor o spremembah načina dela smo oblikovali v smernice ali navodila za delo izvajalcev.

Med deset patronažnih sester smo razdelili šestdeset družin, pretežno takih, ki so že bile v naši obravnavi (najmanjši mogoči vzorec je bil 40 družin). Menili smo, da bomo s pomočjo dosedanjega poznavanja družin in dela z njimi lažje spoznali zahteve procesa zdravstvene nege. Za preizkus smo določili šestmesečno obdobje.

Vsaka patronažna medicinska sestra je v času preizkusa vodila zvezek opomb, ugotovitev in predlogov. Skupina se je sestajala občasno, obravnavala odprta vprašanja in izpopolnila smernice. Po končanem delu na terenu je sledila evalvacija dela s sklepi.

Ugotovili smo naslednje:

- že doslej smo delali zelo podobno, kot zahteva proces zdravstvene nege, vendar samo v patronaži, v drugih dejavnostih patronažnega varstva pa ne;

- v patronaži smo že doslej delali po naslednjih fazah: *ugotavljanje razmer, načrtovanje dela, izvajanje dela, delno pa smo opravljeno delo tudi evalvirali*;

- to pomeni, da se je od vseh štirih dejavnosti patronažnega varstva doslej patronaža najbolj približala procesu zdravstvene nege;

- dokumentiranje je bilo že doslej v vseh dejavnostih patronažnega varstva obvezno in obširno; vendar se porajajo zahteve dokumentiranja z novega vidika;

- pri novem načinu dela je največ težav povzročalo dvojce:

- a) upoštevanje varovančevega mišljenja v vseh fazah procesa zdravstvene nege in način aktiviranja varovanca in njegovega okolja,
- b) poenotenje strokovnega izrazja, opredelitev sestrskih diagnoz in ciljev (manjka katalog sestrskih diagnoz in enoten strokovni jezik);
- pri obravnavi varovancev si nalagamo preveč nalog; te niso racionalno porazdeljene med varovance, okolje in profesionalno zdravstveno nego;
 - zlasti manjkajo izvajalci pomoči v komuni oziroma krajevni skupnosti, Rdečem križu, društvu upokojencev, manjkajo klubi samopomoči občanov in podobno;
 - proces zdravstvene nege zahteva načrtovanje, neprekinjenost in sistematičnost. Boljše ali slabše doseganje tega je povezano z delovnimi pogoji, kot so npr. mikrorajonizacija, kadrovske normativi, izpopolnjenost zasedbe z delavci, delovne norme, materialna sredstva in oprema itd.;
 - pri izvajanju dela ni mogoče hiteti. Delo zahteva čas, da bi spoznali varovanca oziroma njegove potrebe, opravili ustrezne ukrepe in dosegli primerno kvaliteto (to je treba vnesti v točkovne norme). Povečuje se potreba po večji mobilnosti medicinskih sester;
 - cilji, časovni načrti in nenehno preverjanje rezultatov ne dovoljujejo opuščanja nalog, kar pričakuje tudi varovanec;
 - dosednji dokumentacijski obrazci ne ustrezajo več takšni, kot so. Morali bi jih spremeniti zaradi nedeljivosti varovanca kot osebe. To pomeni, kadar je oblika dela polivalentna in je ena in ista oseba obravnavana v različnih kategorijah, morajo biti dokumentacijski obrazci vezani na eno osebo in ne na kategorijo te osebe kot varovanca različne vrste v različnem okolju. Drugače je v tistih dejavnostih, kjer izvajajo varstvo ene vrste varovanca, npr. samo bolnika, samo otroka;
 - enotna metoda procesa zdravstvene nege odpira vprašanja enotnosti dokumentacije v patronažnem varstvu, ne glede na vrsto njene dejavnosti;
 - vse bolj je potrebno, da poleg članov negovalnega tima tudi člani zdravstvene (multidisciplinarnega) tima osvojijo metodo timskega dela;
 - ni povezave zdravstvene nege med obravnavo varovanca v bolnišnici in v osnovnem zdravstvenem varstvu;
 - cilji so bili z uporabo procesa zdravstvene nege hitreje doseženi;
 - odgovornost medicinskih sester za izvajanje nalog se povečuje.

III. FAZA IZDELAVE MODELA

Model ali vzorec procesa zdravstvene nege za specialno področje dela pomeni več kakor samo metodo dela. Pomeni vzorec delovanja celovite zdravstvene nege po novem načinu dela. Koncept, funkcija, naloge, organizacija in način dela so elementi, ki jih nismo mogli med seboj ločiti. V nekem smislu smo usklajevali celovito delovanje patronažnega varstva s procesom zdravstvene nege. Kopiranje

drugih modelov pri tem ni mogoče, ker je potrebno zajeti v uporabo metode posebnosti obravnavanega področja zdravstvene nege, čeprav nam lahko koristi seznanitev tudi z drugimi modeli.

V svetu so dokaj dostopna navodila o bolnišničnih modelih procesa zdravstvene nege za delo zunaj bolnišnice. Pregledali smo nekaj teh modelov. Vendar so ti praktično vselej vezani na delo z bolnikom in ne z zdravim varovancem. Razen Finske težko najdemo državo, ki bi poznala sistematično sestrsko obravnavo zdravih skupin populacije na njihovih domovih s ciljem ohranjanja zdravja, kakor delamo mi. Še manj so v svetu razviti modeli procesa zdravstvene nege za celovito obravnavanje družin, njenih zdravih in bolnih posameznikov. Ni čudno, da se Svetovna zdravstvena organizacija usmerja k popravljanju tega stanja, vendar je to odvisno od sistema zdravstvenega varstva v posameznih državah.

V mednarodni študiji smo bili praktično edini, ki smo prikazali sistematično zajetje zdravih, a biološko občutljivih skupin populacije zaradi ohranitve in utrjevanja zdravja. Naš sistem zdravstvenega varstva je med najnaprednejšimi v svetu glede pravic varovancev do tega varstva.

Izdelava modela temelji na odločitvi, da bo celotno patronažno varstvo z vsemi njegovimi dejavnostmi izvajano po novi osnovni metodi dela. Tako bomo v vseh dejavnostih patronažnega varstva obravnavali posameznike in družine tako, kot uči metoda procesa zdravstvene nege, in sicer po fazah: **ugotavljanje potreb po zdravstveni negi, načrtovanje zdravstvene nege, izvajanje zdravstvene nege in vrednotenje doseženih rezultatov.**

Pričakujemo, da bomo s tem načinom izvajanja celovite zdravstvene nege dosegli večji učinek, ker bomo istočasno delo racionalizirali. Zato bomo strokovno, organizacijske in materialne možnosti usmerili tako, da bomo z njimi pospeševali uresničevanje procesa zdravstvene nege.

Izdelava modela zajema:

- *oblikovanje smernic oziroma navodil za delo* po novem načinu, t.j. za obravnavanje posameznika in družin po metodi procesa zdravstvene nege;
- *oblikovanje prilagojenih dokumentacijskih obrazcev* kot obveznega instrumenta v procesu zdravstvene nege, ki dokumentirajo uporabo metode;
- *oblikovanje smernic oziroma navodil za izpolnjevanje in vodenje dokumentacijskih obrazcev.*

Smernice za delo

Smernice zajemajo prikaz specialnega postopka obravnave varovanca po fazah procesa zdravstvene nege (v zdravstveni negi patronažnega varstva). Značilnosti postopka smo zajeli v proces dela tako, da z njimi poučujemo medicinsko sestro za to delo. V smernicah razložimo pojme, elemente in postopke vsake posamezne faze dela. Medicinska sestra spozna, kako naredimo sestrsko anamnezo v dejavnosti, o kateri govorimo, kaj je anamneza, katere podatke zbiramo, kako imenujemo anamnezo v naši dejavnosti, kako jo dokumentiramo. Spozna tudi, kaj pomeni sestrsko diagnozo, kako jo poimenujemo v celovitem patronažnem varstvu, katere življenjske aktivnosti varovanca nas še posebej zanimajo, kakšno zdravstveno nego kot pomoč pri življenjskih aktivnostih izvajamo v naši dejavnosti, npr. zdravstvena nega zdravega otroka.

V naši deželi še nimamo kataloga sestrskih diagnoz, ki bi bile univerzalne za delo v patronažnem varstvu. Zato npr. za potrebe družine navedemo sestrsko diagnozo opisno. Za sestrsko diagnozo o potrebah varovancev se opiramo na kategorije potreb, ki smo jih spoznali v študiji Svetovne zdravstvene organizacije.

Sestrsko diagnozo je potrebno določiti v obdobju 48-urnega dela z bolnikom v bolnišnici, na področju dejavnosti v osnovnem zdravstvenem varstvu pa po največ treh do štirih obiskih.

Smernice za dokumentiranje dela

Dokumentacijski obrazci so priloga smernicam. Od dejavnosti, v kateri delamo, je odvisno, ali bomo proces zdravstvene nege lahko dokumentirali na obrazcih, ki smo jih doslej uporabljali, ali pa bo treba izdelati nove. Vsekakor je treba, da medicinska sestra dokumentira vse delo z varovancem in družino, in to na poseben dokumentacijski obrazec zdravstvene nege in ne na zdravniški obrazec (razen morda medicinskotehnične posege).

Dokumentacijski obrazci

V našem primeru smo menjali dokumentacijske obrazce z obrazci, prilagojenimi celoviti metodi dela po procesu zdravstvene nege. Pri presojanju obstoječih dokumentacijskih obrazcev, ki so številni in vsebujejo odlične in obširne (včasih preobširne) značilne podatke in so v uporabi že nad dvajset let, smo se odločili za eksperimentalno spremembo obrazcev.

Novi dokumentacijski obrazci

Izdelali smo naslednje nove dokumentacijske obrazce:

- DRUŽINSKI OMOT, ki je nov le po velikosti, obdržal pa je dosedanje besedilo. Doslej smo namreč uporabljali polovico manjši omot, ki ni več primeren.
- Karton SOCIALNA ANAMNEZA smo zamenjali z obrazcem ZDRAVSTVENO-SOCIALNA OCENA DRUŽINE (obsega dva lista).
- Vse dosedanje kartone za posamezno vrsto varovanca, in teh je sedem, smo zamenjali z enim samim enotnim obrazcem, ki je namenjen osebi – ne glede na to, v katero kategorijo varovanec sodi. Obrazce imenujemo UGOTAVLJANJE VAROVANČEVIH POTREB PO ZDRAVSTVENI NEGI (obsega štiri liste).
- Izdelali smo nov dokumentacijski obrazec PLAN ZDRAVSTVENE NEGE (obsega en list).
- Izdelali smo univerzalni obrazec NAROČILNICA. S tem obrazcem je mogoče naročiti vse dejavnosti patronažnega varstva, torej katerokoli storitev, ki jih izvaja (obsega en list).
- V uporabi ostane nespremenjena KARTICA PLANIRANJA OBISKOV.

V dokumentacijskih obrazcih uporabljamo naslednje izraze:

- sestrsko anamnezo družine imenujemo **zdravstveno-socialna anamneza družine**;
- sestrsko anamnezo varovanca imenujemo **zdravstveno-socialna anamneza varovanca** in pripišemo vrsto ali kategorijo tega varovanca (npr. otrok, bolnik);

- sestrsko diagnozo za družino imenujemo **skupne potrebe družine po zdravstveni negi**;
- sestrsko diagnozo za varovance imenujemo **varovanceve potrebe po zdravstveni negi**.

Dokumentacijski **obrazci za izdelavo anamneze in diagnoze** so sestavljeni tako, da lahko izrazimo naše celotno opazovanje družine in posameznika s fizičnega, psihičnega in socialnega vidika ter v kronološkem zaporedju. Omogočajo tudi vpisovanje vseh potrebnih specifičnih podatkov o zdravstvenem in socialnem stanju, ki se nanašajo na družino ali na posamezno kategorijo varovanca.

Besedilo anamneze in diagnoze vpisujemo samo v ta dokument, ki ocenjuje družino in posameznika. Beležimo v kronološkem zaporedju vsa leta obravnave.

Planski dokument z naslovom PLAN ZDRAVSTVENE NEGE je oblikovan racionalno in je istočasno prilagojen vzorcu bolnišnične eksperimentalne skupine. Z njim usmerjamo k metodološkem pristopu po fazah načrtovanja, da bi ohranili sistematičnost dela. Obrazec ima svoj levi in svoj desni del. Prvi, levi del je namenjen načrtovanju dela, drugi, desni pa izvedbi programa.

V prostor za programiranje dela beležimo:

- signaturo, ki povezuje plan z anamnezo,
- ugotovljene potrebe (na katere bomo navezali posege, storitve oziroma ukrepe),
- postavljene cilje, ki se nanašajo na zaželeni rezultat zdravstvene nege in katere naj bi dosegli pri varovancu. Rezultat je izražen s pričakovanjem v obliki cilja;
- načrtovane posege, s katerimi bomo zadovoljili potrebe po zdravstveni negi.

V naši deželi nimamo enotne terminologije za izražanje ciljev. Zato uporabljamo kategorije ciljev, ki smo jih spoznali v študiji Svetovne zdravstvene organizacije. V patronažnem varstvu je treba določati kratkoročne in pogosto tudi dolgoročne cilje. Pomislimo samo na dolgoletne obravnave varovancev in na dolgotrajnost zdravstvenovzgojnega procesa.

V prostor za realizacijo programa vpisujemo naša opazovanja varovanca, izvajanje zdravstvene nege in vrednotenje opravljenega dela oziroma doseženih rezultatov zdravstvene nege.

Planski dokument je oblikovan tako, da na njegovo levo stran, v prostor za programiranje dela, vpisuje, t.j. dokumentira samo nosilec zdravstvene nege (ki je lahko kasneje tudi izvajalec). Na desno stran dokumenta, v prostor za prikaz realizacije programa vpisuje samo izvajalec zdravstvene nege (ki seveda ni vselej tudi nosilec zdravstvene nege, kar je npr. pri delitvi dela v timu za nego bolnika in prihaja zlasti do izraza pri zdravljenju in zdravstveni negi bolnika na domu).

Za zdravstveno nego bolnika na domu v patronažnem varstvu, ki se timsko povezuje v zdravljenje in nego bolnika na domu, smo izdelali poseben obrazec LIST ZDRAVSTVENE NEGE. Ta pripada k PLANU ZDRAVSTVENE NEGE, npr. kadar negujemo bolnika na domu. To je edini dokument, ki lahko ostane na domu varovanca oziroma bolnika.

Tako smo kompletirali dokumentacijo, ki jo uporablja tim za zdravljenje in nego bolnika na domu in se na bolnikovem domu tudi odloži. Komplet te dokumentacije sestavljajo:

- zdravniški karton ZDRAVSTVENI KARTON SPLOŠNE PRAKSE,
- vložek zdravniškega kartona LIST JEMANJA ZDRAVIL,
- sestrski obrazec LIST ZDRAVSTVENE NEGE BOLNIKA.

Komplet navedene dokumentacije je namenjen povezovanju tima izvajalcev zdravljenja in nege bolnika na domu. Po potrebi spremlja bolnika komplet zdravljenja in nege bolnika na domu, ko je napoten v bolnišnico. S tem je storjen korak naprej tudi v smislu neprekinjene zdravstvene nege bolnika.

Obrazec NAROČILNICA, na katerem naročniki naročajo storitve patronažnega varstva, ima med drugim enako vlogo zagotavljanja neprekinjene zdravstvene nege, t.j. povezovanje bolnišnične zdravstvene nege in zdravstvene nege v osnovnem zdravstvu. Obrazec ima oznako OBVESTILO, PRIJAVA, NAROČILNICA.

Ko smo izdelali smernice, ki razlagajo ali prikazujejo, kako obravnavamo varovanca po procesu zdravstvene nege v patronažnem varstvu, kako naše delo dokumentiramo ter smo izdelali dokumentacijske obrazce, tedaj je pred nami **predlog modela procesa zdravstvene nege** ali metoda za obravnavanje varovanca po procesu zdravstvene nege.

Modeli zdravstvene nege naj bodo enotni za posamezna specialna področja zdravstvene nege npr.:

- za področje patronažnega varstva,
- za področje zdravstvene nege v medicini dela,
- za področje dispanzerske pediatrične zdravstvene nege itd.

Model ali vzorec procesa zdravstvene nege zajema navodila ali smernice in dokumentacijske obrazce.

Naš predlog modela procesa zdravstvene nege za obravnavo varovanca v patronažnem varstvu je izdelan. Eksperimentalna skupina, ki izdeluje predstavljeni model, izvaja sedaj drugi preizkus v praksi po novem načinu dela in s spremenjenimi dokumentacijskimi obrazci. Ta preizkus spremlja z zbiranjem spoznanj, ugotovitev in predlogov. Trajal bi naj do konca leta 1986, ko bo končno vrednotenje (evalvacija) preizkusa.

IV. FAZA IZDELAVE MODELA

Zadnja faza izdelave modela bo sledila vrednotenju (evalvaciji) drugega preizkusa v praksi. Na podlagi vrednotenja bomo predlog modela izpopolnili in ga predložili v verifikacijo Inštitutu za socialno medicino, socialno varstvo, organizacijo, družbenoekonomske odnose in informatiko v zdravstvu pri Univerzitetnem zavodu za zdravstveno in socialno varstvo v Ljubljani.

Zahvala

Zahvaljujem se celotnemu timu medicinskih sester – sodelavk, ki razvijajo predstavljeni model.

LITERATURA

1. Anon. Proces zdravstvene nege. Priročnik. Ljubljana: Zveza društev medicinskih sester Slovenije, 1984.
2. Hale R. The principles and practice of health visiting. Oxford: Pergamon Press. 1968.
3. Henderson V. Grundregeln der Krankenpflege. Weltbund der Krankenschwestern und Krankenpfleger (ICN). Frankfurt: Deutscher Berufsverband für Krankenpflege, 1977.
4. Urbančič D, Gradišek A. Osnove zdravstvene nege bolnika. Ljubljana: Univerzum, 1985.
5. State wide nursing program. Design and management of nursing care. Long Beach: The Consortium of the California State University, 1985.
6. Higgs Z, Dell Gustafson D. Community as a client. Philadelphia: F. A. Davis Company. 1985.
7. Anon. Curry college. Division of nursing studies. Forms. USA, 1985.
8. Anon. Children's hospital Boston. Department of nursing. Forms. Massachusetts, USA, 1985.
9. Kavalič S. Sodobni koncept za nego bolnika. Zdrav Obzor 1970; 4: 125–31.
10. Gradišek A. Kaj je novega na področju sestrske dejavnosti širom po svetu. Zdrav Obzor 1977; 11: 186–95.
11. Dokumenti z okrogle mize o procesu zdravstvene nege. Zdrav Obzor 1984; 18: 180–95.
12. Kavalič S. Ocenjevanje bolnikovih potreb v negovalnem procesu. Zdrav Obzor 1981; 15: 112–8.

FILOZOFIJA ŠPORTA

Medtem ko tekmovalni športi posameznika spodbujajo k večjemu naporu za zmago, pa je zaščitni znak nekaterih najstarejših iger in vaj spretnost, ki jo lahko vsakdo pridobi. Nič ni bolj očarljivo kot počasni, lagodni in elegantni gibi starejših ljudi na Kitajskem, ko se ob zori z največjo natančnostjo urijo v borbi z umišljenim nasprotnikom.

Inuiti, Eskimi, ki so na redko naseljeni okoli severnega pola od Aljaske prek Grenlandije do Sovjetske Sibirije, ne poznajo tekmovalnih iger z zmagovalci in poraženci. Nad tekmece ne občutijo nikakršnega zmagoslavja; nasprotno, za igre je značilna telesna spretnost, urna uporaba glave in spomina in čeprav so tekmovalnega značaja, ni njihov namen, da bi izničili nasprotnikovo vrednost.

Sporočilo je pomembno za nas vse – smisel športa in telovadbe ni v strategiji za prevaro drugega človeka, ampak v skupinskem obvladovanju težkega okolja. Ostro podnebje in nevarnosti arktičnih pustinj so enako zahtevne kot betonske džungle mnogih mestnih četrti.

Iz gradiva Svetovne zdravstvene organizacije za svetovni dan zdravja 1986

OBVESTILO ZA ZDRAVSTVENE DELOVNE ORGANIZACIJE

Kadrovska služba Univerzitetnega kliničnega centra je skupaj z vodilnimi delavci na področju zdravstvene nege in oskrbe pripravila **PROGRAM PRIPRAVNOSTI ZA ZDRAVSTVENE TEHNIKE IN BOLNIČARJE**. Pri pripravi je bil upoštevan program, ki ga je pripravil Zavod SRS za šolstvo in ga je sprejela Izobraževalna skupnost za zdravstveno usmeritev v SR Sloveniji (Novis št. 9/1984).

Program pripravnosti je tiskan v drobni knjižici, naročite pa jo lahko pri Zvezi društev medicinskih sester Slovenije, 61000 Ljubljana, Vidovdanska 9, telefon (061) 316-055.

M. Miladinović