

KATEGORIJE NEGE IN ZDRAVSTVENE NEGE V DOMOVIH ZA STAREJŠE

Marija Miladinović

UDK/UDC 613.98:616-083

CATEGORIES OF CARE IN HOMES FOR THE ELDERLY

DESKRIPTORJI: domovi za starostnike, zdravstvena nega

DESCRIPTORS: ethics nursing, nurses

IZVLEČEK – V članku so navedeni nekateri podatki, ki kažejo, da so problemi organiziranja kakovostne oskrbe v domovih povezani z denarnimi sredstvi in vsepovsod zelo podobni, na primer v Nemčiji, predvsem zaradi zagotavljanja uslug zdravstvene nege, ki je v domovih glavna dejavnost. S prikazom kategorij zdravstvene nege opozarjamo na specifičnost le-te v domovih in za primer predstavljamo tri kategorije. Opozarjamo na probleme, ki se kažejo v praksi, predvsem pri vrednotenju oziroma plačilu zdravstvenih uslug, zaradi nerazumevanja oziroma nepoznavanja narave dela v domovih.

ABSTRACT – In the article, some data are cited showing that the problems of organization of quality care in homes for the elderly are closely linked with funds and very similar everywhere, for example in Germany; these problems are closely connected with the assurance of the services of nursing care which is the most important activity in these homes. By the presentation of the categories of nursing care I call attention to the specificity of it in the homes. Three categories are presented as an example. Problems arising from the practice are stressed, especially in the process of the evaluation respectively assurance of funds of nursing care services, which are mainly due to the ignorance of the nature of work in the homes.

Uvod

Problem organiziranja zdravstvenih uslug v Domovih za starejše (nega, zdravstvena nega, fizioterapija, delovna terapija, zdravljenje v ožjem pomenu besede) se pojavlja tudi v bolj razvitih družbah, kot je trenutno naša. To je razumljivo, saj je tudi starejših ljudi v razvitejših družbah več in je relativno tudi več potreb po institucionalnem varstvu, čeprav se razvijajo tudi druge oblike pomoči, oziroma varstva.

Avtorji prispevkov o problematiki v Domovih v Nemčiji na primer predvsem opozarjajo na neurejene standarde in normative, na preobremenjenost zaposlenih, nemotiviranost za delo, na veliko fluktuacijo predvsem pri delavcih, ki opravljajo nego in zdravstveno nego v ožjem smislu besede (1).

Vprašanj, ki se trenutno zastavljajo kot problem in so nerešena, je več. V prispevku se bom omejila predvsem na vprašanja organiziranja nege in zdravstvene nege, na vrednotenje tega dela in na prikaz posebnih stopenj ali kategorij zdravstvene nege.

Za izvajanje nege v Domovih so potrebna finančna sredstva, ki bodo morala biti usklajena s stroški, ki nastanejo glede na kakovost in količino uslug. To je postalo v zadnjem času toliko bolj aktualno zaradi sprememb družbene ureditve

različnih področij. Domovi so postali javni zavodi, nova zakonodaja (Zakon o zdravstvenem zavarovanju, Zakon o zdravstveni dejavnosti, Zakon o socialnem varstvu) bo bistveno vplivala na razmere v Domovih. Država jim bo postavljala prek zakonov in dodatnih pravilnikov standarde in normative in bo tudi nadzirala izvajanje določil.

Vpliv strokovnih delavcev iz področja zdravstvene nege na sprejemanje in določanje teh aktov bo pomemben tako za ohranitev že dosežene kakovosti kot tudi za nadaljnji razvoj zdravstvene nege v Domovih.

Statistične ugotovitve kot pokazatelji problematike v Domovih

Stanje v Sloveniji

Večina socialnih zavodov – domov za starejše občane je bila grajena za potrebe razmeroma zdravih starejših ljudi, le 30% naj bi bilo takih, ki bi potrebovali občasno zdravstveno nego. Že nekaj let pa kažejo podatki, da se večajo potrebe po zdravstveni negi in da velja odstotek 70% za oskrbovance, ki potrebujejo kontinuirano zdravstveno nego, 30% pa občasno (2).

Za potrebe spremljanja stanja oskrbovancev v Domovih, ne pa za *obračun* (podčrtala avtorica), obstajajo štiri skupine, kamor so razvrščeni oskrbovanci glede na intenzivnost zdravstvene nege. V prvo skupino so razvrščeni nepomični, inkontinentni, duševno prizadeti, zelo bolni – v letu 1990 jih je bilo 48,9%; v drugi skupini (manj intenzivna zdravstvena nega) jih je bilo 28,5%; v tretji 20,9%; v četrti skupini so bili relativno zdravi – 1,7%. V letu 1990 se je v Domove na novo vselilo 4463 ljudi, umrlo je 3018 ljudi, kar je za 21% več kot leto prej (2).

Podatki nas opozarjajo, da je za zdravstvene usluge potrebno zagotoviti več strokovnega kadra, kot je bilo predvideno po normativih, ki še vedno veljajo in so bili sprejeti večinoma za drugačno strukturo oskrbovancev (večina naj bi bili to zdravi stari ljudje).

Zaradi vedno večjega števila težko bolnih starih ljudi se je znatno povečalo število umrlih v Domovih. Za organiziranje kakovostne oskrbe, z upoštevanjem pietete do umirajočih in umrlih je potrebno več strokovnega kadra, ki bi izvajal usluge v smislu zagotavljanja:

- znosnega življenja (brez bolečin, občutka lakote, zapuščenosti, nelagodja, strahu itn.);
- človeškega dostojanstva;
- pomoči svojcem.

Specifičen je odnos do svojcev v Domovih, ki so v večini primerov tudi delni plačniki storitev in so zato tudi bolj kritični in zainteresirani, da bi se uvedlo plačevanje po dejanskih uslugah, ki jih dobijo njihovi svojci. To se v Domovih že izvaja. Lahko rečemo, da so se začeli v Domovih razvijati posamezni elementi procesa zdravstvene nege, predvsem zaradi ekonomskih razlogov, kar je seveda pozitivno in bo pripomoglo k razvoju tega procesa iz strokovnih razlogov.

Evidenca o količini dela za posamezne oskrbovance (dokumentacija), tako s področja zdravstvene nege, kot s področja nege pozitivno vpliva na vrednotenje dela, daje možnost strokovnega nadzora, vpliva na pravočasno planiranje in daje možnost boljše komunikacije med delavci.

Stanje v Nemčiji

Na podlagi objavljenih člankov, ki obravnavajo splošne probleme staranja, demografsko situacijo zaradi naraščanja števila starih ljudi, specifično stanje v Domovih zaradi naraščanja potreb po zdravstveni negi, lahko sklepamo, da so problemi v Nemčiji podobni kot pri nas.

Avtorji, ki opisujejo specifičnosti stanja v Domovih za starejše, poudarjajo predvsem izreden porast stroškov za oskrbo v Domovih na račun zdravstvenih uslug – konkretno zdravstvene nege. Že nekaj let se zavzemajo za zavarovanje za nego – Pflegeversicherung. S tem bi zagotovili ljudem na starost možnost koriščenja zdravstvene nege na podlagi zavarovanja. Tako bi zmanjšali število ljudi, ki dobivajo socialno pomoč (Hilfe zur Pflege), ki jih je sedaj 70%. Navajajo, da so mesečni stroški v Domovih »eksplozivno narastli«, povečali so se v letih od 1980 do 1990 od 1900 na 3200 DEM. Pri tem pa so se dohodki oziroma povprečne mesečne rente oskrbovancev povečale od 1230 na 1640 DEM (1). Predlagajo, da bi z zavarovanjem za nego razbremenili plačila v Domovih za 2000 DEM mesečno in bi tako dosegli zmanjšanje »socialnih podpirancev« s 70% na 30% (1). Tudi oni navajajo, da nimajo izdelanih shem oziroma modelov ali stopenj za nego. V namene raziskovanja se je oblikovala shema za nego različnih stopenj, ki jih poimenujejo različno. Po tej shemi je struktura oskrbovancev v Domovih, kjer sprejemajo bolne stare ljudi, naslednja: 47% tako imenovane težke nege, 24% povečane nege, 27% enotne nege in približno 2% je tako imenovane oskrbe.

Avtorja raziskovalne študije prof. dr. Walter Krug in Gerd Reh predlagata standardizacijo nege in precizno definicijo stopenj potreb po zdravstveni negi (präzise Definition Pflegebedürftigkeitsgrade) (1). Menita, da bo to pripomoglo k ureditvi evidentiranja, plačevanja, k izboljšanju organizacije dela in vrednotenja dela delavcev v Domovih.

O kadrovskih in organizacijskih problemih v Nemčiji strokovnjaki za ta področja veliko pišejo. Zanimiva je raziskava, ki so jo naredili v šestih Domovih za stare v Baden-Württembergu. Naslov te študije je: Prispevek k izboljšanju notranje organizacije dela v Domovih (1). Pokrovitelj raziskave je bilo Ministrstvo za delo, zdravje, družino in ženske iz Baden-Württemberga.

Spoznanja iz raziskave:

1. Pri kadrih se zaznavata fluktuacija in izostajanje (bolezen in drugo).
2. V Domovih so heterogene delovne skupine, ki so različno izobražene in različnih poklicev in interesov.
3. Vidne so kulturne razlike med zaposlenimi.
4. Finančne možnosti so omejene, potrebno je upoštevati tako imenovani »personalni ključ« oziroma standard, ki je še možen v okviru financ.
5. Sočasno, ko se v širši družbi potencirajo vrednote prostega časa, se poslabšuje »image« socialnih poklicev, ki imajo omejene možnosti za prosti čas.

Kategorije zdravstvene nege v Domovih v Sloveniji

Kot sem že omenila, obstojajo štiri skupine ali kategorije zdravstvene nege, v katere se razvrščajo oskrbovanci glede na intenzivnost uslug zdravstvene nege. Nastale so zaradi potreb spremljanja podatkov (statistika).

Zaradi potreb obračunavanja obsega dela je Republiška uprava za zdravstveno varstvo določila tri kategorije (Izhodišča za financiranje programov zdravstvenih zavodov v letu 1991).

Te kategorije niso usklajene z dejanskim stanjem v Domovih oziroma kategorijami ali standardi, ki se že oblikujejo na strokovnih podlagah (3). Najbolj sporna je tretja kategorija – zdravstvena nega III, v katero so lahko razvrščeni, citiram: »bolniki po insultu, rakavi bolniki, bolniki po operacijah itn., in jim je treba zagotoviti nadaljevanje že uvedenega bolnišničnega zdravljenja in zahtevnejše zdravstvene storitve. To nego lahko socialni zavod zaračunava največ 30 dni po premestitvi iz bolnišnice, klinike ali inštituta v zavod. Po enem mesecu je potrebno bolnika, premeščene iz bolnišnice, razvrstiti v II. ali I. kategorijo zdravstvene nege«.

Ta razvrstitev ne upošteva, da se direktno v Dom sprejema bolnike s poslabšani kroničnega obolenja ali pa se pri ležečih v Domu poslabša stanje prav po obdobju enega meseca, na primer pri bolnikih z rakom, po obsevanju, po citostatični terapiji itn.

Prizadevanja za drugačne standarde v Domovih so opazna že nekaj časa. Povezana so predvsem z dokazovanjem, da morajo zdravstveno nego opravljati strokovno izobraženi in ne laični delavci.

To je bistvenega pomena tudi za oblikovanje kategorij oziroma standardov. Potrebno je upoštevati, da obstajajo pri izvajanju zdravstvene nege bolj ali manj zahtevne naloge, ki pa morajo biti po strokovnih načelih in že sprejetih predpisih razvrščene med zdravstvene storitve. Le-te lahko opravljajo samo zdravstveni delavci, z različno stopnjo izobrazbe.

V nadaljevanju bom prikazala vlogo zdravstvene nege kot dejavnosti v Domovih za starejše in način oblikovanja kategorij oziroma standardov.

Trije krogi zdravstvene nege

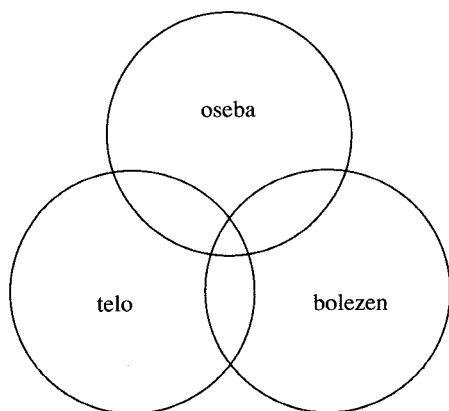
Teorijo o treh krogih zdravstvene nege, ki jo je tudi praktično preizkusila, je razvila Lidia Hall. V začetku svoje kariere je bila predavateljica za zdravstveno nego na »Teacher's College« v New Yorku, kasneje se je posvetila raziskavam konceptov za »rehabilitacijsko nego«. Praktično je razvijala svoje koncepte, ko je bila vodja Centra za nego in rehabilitacijo v Montefiore Hospital v New Yorku. Njeno stališče je bilo: »V Centru ni potrebna kontinuirana najzahtevnejša medicinska nega, s tem pa nikakor ni rečeno, da ni potrebna strokovna nega, ki jo izvaja kvalificiran kader, tudi v fazah izboljšanja rekonvalescence, zdravstvene rehabilitacije.« (3).

Njene modele oziroma tri kroge nege, kot jih sama imenuje (3), bom uporabila za prikaz stanja v Domovih. Tudi v Domovih je potreba za kvalificirano nego velika, pa četudi so pri oskrbovancih obdobja, ko ni medicinsko akutne faze bolezni.

V Domovih je največje število ljudi, ki so stari od 80 do 90 let. Spremembe zdravstvenega stanja v tem obdobju so zelo pogoste. Večina ima več bolezni. Prevladujejo bolezni srca, diabetes, zvišan tlak, zlomi kolkov, revmatizem, bolezni prebavil.

Situacijo oskrbovancev lahko pokažemo s tremi krogi, ki se medsebojno prekrivajo in vplivajo drug na drugega (slika 1).

Vsakemu krogu pripada občasna profesionalna dejavnost: »telesu« – nega, zdravstvena nega, fizioterapija; »osebi« – usluge socialnih delavcev, psihologov, duhovnikov; »bolezni« – medicinska terapija (slika 2).



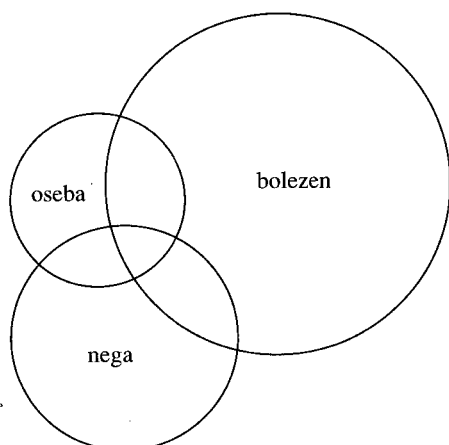
Slika 1



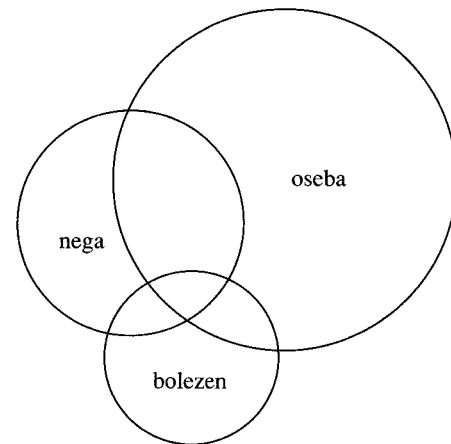
Slika 2

Zdravstvena nega ima svoje naloge v vseh treh področjih. Deli si krog »oseba« s socialnimi poklici (socialnimi delavci, psihologi itn.) in krog »bolezen« z zdravniki. V krogu »telo« ima največ nalog, ki jih pa tudi deli z drugimi dejavnostmi.

Kadar prevladuje bolezen oziroma akutni bolezenski znaki (slika 3), prevladuje zdravstvena nega, ki ima predvsem naslednje naloge: izpolnjevanja zdravnikovih naročil, opazovanje in evidentiranje sprememb, izvajanje raznih meritev, medicinsko-tehničnih posegov, izvajanje telesne nege in opravil za bolnika, ki jih ne zmore sam.



Slika 3



Slika 4

V primeru, ko ne prevladuje bolezen, je delež zdravstvene nege lahko v večji meri namenjen delu oziroma krogu »telo« in »oseba«. To pomeni, da potreba po zdravstveni negi ne preneha z akutnim bolezenskim stanjem. Potreba po profes-

onalni negi kot samostojni strokovni veji se v obdobju rekonvalescence še poveča (slika 4).

Predlog kategorij zdravstvene nege

Glede na različno intenzivnost in količino izvajanja uslug zdravstvene nege in glede na uporabo raznih pripomočkov in sredstev za delo bi se lahko oblikovale tri ali tudi več kategorij. Sedaj obstajajo tri, in sicer je tretja kategorija najzahtevnejša. V svojem predlogu bom ohranila stopnjevanje, ki že obstoja.

I. kategorija – zdravstvena nega I

– Razdeljevanje in kontrola nad jemanjem zdravil (tablete, kapljice, mazila, obkladki, inhalacije, dajanje subkutanih in tako imenovanih zdravil z blagim učinkom);

- manjše prevezave;
- kontrola hranjenja oziroma uživanja hrane, še zlasti pri diabetičnih bolnikih ali pri bolnikih z dieto, kjer sumimo, da uživanje hrane ni redno;
- nadzor nad gibanjem zaradi starostne zmedenosti;
- opazovanje vedenja;
- kontrolno merjenje vitalnih znakov (krvni tlak, temperatura, pulz);
- opazovanje oziroma nadzor nad uživanjem tekočine in odvajanjem;
- evidenca storitev in opazovanje.

Stanovalci, ki bi bili razvrščeni v prvo kategorijo, so ponavadi stacionirani na tako imenovanih hotelskih oddelkih. Stari in kronično bolni stanovalci so pogosto še delno zmožni skrbeti zase. Potrebujejo pa stalen nadzor zaradi pravočasnega odkrivanja poslabšanja zdravstvenega stanja (pojavi vrtoglavice, nerazločen govor in pareza obraznega živca, opstipiranost, diareja, depresivnost, zmedenost). Pravočasno odkriti znaki največkrat preprečijo večje zlo, na primer padec in razne poškodbe.

II. kategorija – zdravstvena nega II

Oskrbovanci, ki bi bili razvrščeni v to kategorijo, večinoma stanujejo na tako imenovanih negovalnih oddelkih, kjer so pogoji in prostori prirejani njihovim potrebam. Potrebujejo stalno pomoč in nadzor srednjih zdravstvenih delavcev, pogosto pomoč višjih zdravstvenih delavcev (višja medicinska sestra, delovni terapevt, fizioterapevt) in občasno pomoč zdravnika. Teh oskrbovancev je v domovih največ.

Potrebujejo:

- posebno pripravljeno in vzdrževano bolniško posteljo s trapezom ali s prilagodljivim ležiščem, ki je zaščiteno s posebnimi podlogami;
- kontinuirano vzdrževanje telesne higiene;
- negovanje lasišča, nohtov, ustne votline;
- hranjenje po žlici ali po cevki (nazalna sonda);
- redno nadzorovanje hranjenja in izločanja;
- posebno pripravo hrane (tekoča, kašasta);
- masažo telesa in obračanje za preprečevanje dekubitusa;

- pomoč pri vstajanju, namestitvi v voziček in razgibavanje;
- opazovanje zavesti in obnašanja;
- dajanje zdravil po žlici ali na drug predpisan način;
- prevezovanje ran;
- pomoč pri vzdrževanju raznih ortopedskih in drugih pripomočkov (npr. trajnih kanil);
- pomoč pri premagovanju slabega počutja, osamljenosti, depresije;
- opazovanje in evidentiranje fizičnih in psihičnih sprememb.

III. kategorija – zdravstvena nega III

Tu prevladujejo akutni bolezenski znaki in slabo splošno stanje bolnika. Bolniki večinoma ležijo na negovalnih oddelkih, pogosto pa jih je potrebno na ta oddelek zaradi poslabšanja premestiti iz drugih oddelkov vsaj začasno. Pri izvajanju zdravstvenih uslug sodelujejo vsi zdravstveni delavci.

Tretjo kategorijo opredeljujejo naslednje naloge:

- izpolnjevanje zdravnikovih naročil – meritve vitalnih znakov, popite in izločene tekočine – dajanje zdravil na določene ure, ki imajo močen učinek in je zato potrebno bolnika opazovati (alergične in druge reakcije);
- izvajanje medicinsko tehničnih posegov (kateterizacija, EKG, nastavitev infuzije);
- posebna priprava hrane ali pijače po želji;
- specialna nega prilagojena stanju (aspiracija, nega traheostome, gastrostome, intenzivna telesna nega);
- opazovanje bolnika in evidentiranje vseh zapažanj;
- natančno pripravljena dokumentacija za domskega zdravnika ali za zdravnika, ki je poklican k bolniku;
- vzdrževanje primerne vzdušja v neposrednem okolju bolnika.

Kategorije, ki sem jih opisala, so le primer in jih je možno tudi drugače oblikovati. Nujno pa je, da bi jih enotno sprejeli Domovi v Sloveniji in da bi jih priznali tudi plačniki zdravstvenih storitev.

Literatura

1. Dahlem O. Absicherung der Pflegebedürftigkeit. *Altenheim* 1991; 30: 518–29.
2. Pflegebedürftige in Heimen: Statistische Erhebungen und Ergebnisse. *Altenheim* 1991; 30: 543–7.
3. Knapple A. Weiterentwicklung von Leitungsstruktur. *Altenheim* 1991; 30: 566–70.
4. Klose H-U. Altersstruktur und Sozialpolitik. *Altenheim* 1991; 30: 460–9.
5. Letopis o zdravstvenem in socialnem varstvu v Sloveniji 1990. Ljubljana: Ministrstvo za zdravstvo, družino in socialno varstvo, 1991.
6. Steppe H, Folge Hall LE. Die drei Kreise der Pflege. *Die Schwester Der Pfleger*. 1991; 30: 134.