

## ZAGOTAVLJANJE KONTINUIRANE ZDRAVSTVENE NEGE RAZPRAVA OB OKROGLI MIZI V SPLOŠNI BOLNIŠNICI MARIBOR

V prispevku je predstavljena zamisel, priprava in izpeljava projekta »Kontinuirana zdravstvena nega«. Prvi del projekta, ki je junija 2001 potekal v Splošni bolnišnici Maribor, je bil izveden v obliki okrogle mize in se je ob realizaciji izkazal kot zanimiv način razpravljanja in ugotavljanja tematske problematike.

Predstavljene so izkušnje ob zagotavljanju kontinuirane zdravstvene nege (KZN), ki povezuje zdravstvene ustanove, ki izvajajo prakso zdravstvene nege (ZN), Visoko zdravstveno šolo ter Srednjo zdravstveno šolo v Mariboru.

Zamisel se naslanja na soočenju predstavnic različnih ustanov, ki so suvereno predstavile različna področja ZN ter s širokim področjem razprave odstrle stičišča, aktualno problematiko in razmišljanja o morebitnih spremembah, v prid KZN.

V projektu se dopolnjuje tako razmišljanje ob opazovanju srečevanja pojmov teorije in prakse ZN, torej individualni, osebni razvojni vidik medicinske sestre, kot vidik zagotavljanja povezane ZN med posameznimi zdravstvenimi ustanovami. Ta pa utemeljuje neprekinjeno, torej kakovostnejšo, celostno in individualno obravnavo varovanca/bolnika.

V sklepu so podane možne perspektive projekta »Kontinuirana zdravstvena nega« v prihodnje.



Sl. 1. Zagotavljanje kontinuirane zdravstvene nege. Razprava ob okrogli mizi v Splošni bolnišnici Maribor.

### Uvod

»Vedno precenjujemo spremembe, ki se bodo zgodile v naslednjih dveh letih in podcenjujemo tiste, ki se bodo zgodile v naslednjih desetih letih« (1).

Zdravstvena nega (dalje ZN) je v svojem razvoju v preteklem desetletju dosegla hiter vzpon, če ne vrhunec. Kaj lahko pričakujemo v prihodnje, je ključno vprašanje novega tisočletja.

Zahteve okolja ZN, to je uporabnikov, politike, finančnih upraviteljev ter zaposlenih v ZN postajajo večje in bolj zapletene.

ZN ima pomembno vlogo pri doseganju in ohranjanju zdravja prebivalstva ter preprečevanju bolezni. Njena vloga postaja vidnejša in ni potrebno posebno poudarjati, da so potrebe po spremembah v stroki nujne za korak s splošnimi družbenimi tokovi. Spremenljivost je ena izmed najizrazitejših značilnosti današnje družbe in od medicinske sestre zahteva fleksibilnost in sposobnosti, ki služijo sodelovanju in prilagajanju. Obenem je sodobna vloga medicinske sestre vloga posameznice, ki bo s svojim znanjem avtonomna in kot posameznik odgovorna za svoje delo.

Varovanec oziroma bolnik postaja središče pozornosti, v katerega je usmerjena dejavnost medicinske sestre. Kot posameznik je obravnavan iz socialnega, psihološkega in fiziološkega vidika, govorimo o holističnem pristopu. Bolnik pridobiva aktivnejšo vlogo v procesu zdravljenja in v procesu zdravstvene nege, prizadevamo si vzpostaviti partnerski odnos in delo z njim.

Zahteve po znanju medicinskih sester se večajo, viša se izobrazbena raven, raziskovalno delo v zdravstveni negi pridobiva na pomenu.

ZN kot stroka s svojim neraziskanim področjem delovanja potrebuje znanstvene ugotovitve, ki so nujne za njen profesionalni razvoj in avtonomijo.

Vse povzete spremembe, ki aktualno odmevajo v sodobni slovenski ZN, podajajo smernice za zagotavljanje kakovostne ZN, torej takšne, ki se bo s svojo prožnostjo približala individualnim potrebam sodobnega človeka.

V razpravi o tej problematiki je bilo govora o tem, da se dijaki Srednje zdravstvene šole Maribor sicer seznanjajo s procesno metodo dela in dokumentiranjem v sklopu procesne obravnave varovanca/bolnika, ki mu je dodeljen na opravljanju strokovne prakse, vendar nima celostnega pogleda na dejavnost ZN na vseh ravneh njenega delovanja. Opaženo je bilo, da mu ni v celoti približana sama kontinuiteta delovanja službe ZN.

Poudarjen je bil širši pomen izobraževalnega vidika medicinske sestre, njen individualni, osebni razvojni vidik, ki ima v dijaškem obdobju svoje specifičnosti in omejitve. Vedno bolj pa je opazen pomen individualne ocene dijakovih sposobnosti in motivacije, tako pri osvajanju teoretičnih osnov ZN kot pri prenosu teh znanj v prakso, opozarjajo mentorji, ki dijaku pomagajo pri vključevanju v kontinuirano zdravstveno nego (dalje KZN).

Znano je, da je preučevanje KZN sestavni del predmetov ZN študijskega programa Visoke zdravstvene šole.

Zanimalo nas je:

- kako študent s teoretičnim konceptom KZN nadaljuje in
- kaj se od študenta pričakuje.

Znanja iz teoretičnega področja ZN študentov Visoke zdravstvene šole Maribor pridobijo nove razsežnosti. V raz-

pravi je bilo ugotovljeno, da se spretnost prenosa znanja v prakso veča, ob trditvi, da je okolje študentovega strokovnega praktikuma vedno bolj dojemljivo za prispevek novih znanj. Pridobljena znanja študent preizkuša na vseh področjih delovanja ZN. Nadaljuje s procesno obravnavo varovanca/bolnika, jo nadgrajuje, dokumentira s pomočjo študijskega negovalnega obrazca. Dobro spozna ne le delovanje ZN znotraj zavoda, oddelka oziroma službe, razume tudi pomembnost povezanosti z ustanovami, v katere je varovanec/bolnik premeščen ali iz katerih je odpuščen. Zaveda se pomembnosti informiranja in medsebojne komunikacije.

Eden izmed bistvenih kriterijev za izvajanje kakovostne ZN je zagotavljanje njene kontinuitete. Zagotavljanje le-te pomeni *procesni način delovanja, uspešno komunikacijo ter sodobni, lastni dokumentacijsko-informacijski sistem.*

- Ali takšno zdravstveno nego zagotavljamo varovancem/bolnikom?
- Kakšne so izkušnje medicinskih sester ob medsebojnem srečevanju različnih področij zdravstvene nege?
- Kakšno je razmišljanje ob srečevanju pojmov teorije in prakse zdravstvene nege in ali znanje sorazmerno raste?

Ta in mnoga druga vprašanja so idejno oblikovala nastajanje projekta, katerega osrednji namen, poiskati stičišča problemov, ki bi bili rešljivi skupaj, zagotavlja premik h kakovostnejši, neprekinjeni zdravstveni negi.

### Projekt »Kontinuirana zdravstvena nega« od zamisli do izvedbe

#### *Prikaz menedžmenta v pripravi razprave ob okrogli mizi*

**Iniciativa** za razpravo o KZN je bila dana na seji Izvršilnega odbora Društva medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Maribor, ob pripravi plana dela v takrat še prihajajočem letu 2001.

Ob pobudi Sveta za zdravstveno nego je bila Splošna bolnišnica Maribor (dalje SBM) na srečanju višjih in diplomiranih medicinskih sester konec leta 2000 predstavljena tema ter predviden terminski plan priprave podatkov za razpravo ob okrogli mizi.

Sodelovanje in neposredno vodenje razprave ob okrogli mizi so prevzele diplomirane medicinske sestre z Oddelka za internistično intenzivno medicino Splošne bolnišnice Maribor ter pričele s fazo **oblikovanja koncepta** razprave ob okrogli mizi.

V fazi koncipiranja so bile naše aktivnosti sledeče:

- **Opredelitev obsega teme:** ugotovljeno je bilo, da KZN predstavlja izredno širok pojem v okviru stroke ZN. Obsega namreč:
  - upravljanje kadrovskega virov (od priprav ustrezne sistemizacije dela preko izobraževanja do priznavanja učeče se organizacije ter sistemov vodenja ...);
  - uporabo ustreznih definiranih metod dela (proces zdravstvene nege z izpostavljenim vrednotenjem ZN, dokumentiranjem ter zagotavljanjem kakovosti);
  - uporabo sodobnih informacijskih tehnologij.
- **Opredelitev specifikacije zahtev:**
  - časovna omejitev neposredne izvedbe razprave ob okrogli mizi je 90 minut s predvidenim odstopanjem do 10 minut,

- poiskati in urediti je potrebno prostor (dvorano) ter ustrezen inventar za neposredno izvedbo in spremljanje razprave ob okrogli mizi,
- zagotoviti računalniško tehnologijo za spremljanje rdečeni razprave,
- izdelati je potrebno 6 vabil za aktivno sodelujoče predstavnice posameznih zdravstvenih zavodov in šol z opredelitvijo pričakovanih same razprave ter približno 100 vabil za pasivne udeležence (publiko),
- potrebno je narediti posnetek stanja KZN v SBM,
- potrebno je pripraviti vsebinski koncept razprave ob okrogli mizi,
- za prostorsko in vsebinsko nemoteno izvedbo je potrebno aktivirati še nekaj sodelavcev za informacijsko podporo projekta, kulturni vložek, pripravo prostora.
- **Identifikacija ciljev celotnega projekta:**
  - spoznati različne koncepte KZN v posameznih zdravstvenih ustanovah,
  - opredeliti problematiko, ki spremlja KZN v posameznih zdravstvenih zavodih ter ob njihovem medsebojnem sodelovanju,
  - seznaniti se s teoretičnimi koncepti KZN, kot so predstavljeni dijakom Srednje zdravstvene šole ter študentom Visoke zdravstvene šole.

Globalni cilj omenjenega projekta bi lahko opredelili kot začetek oblikovanja nove prihodnosti KZN ob predpostavki, da je prihodnost mogoča le z ustvarjalnostjo.

Po pripravi osnovnega koncepta razprave ob okrogli mizi je sledila priprava **planskega** dela. Izbrane so bile naslednje metode dela:

- za pripravo okrogle mize smo izbrale timsko metodo dela ob demokratičnem stilu vodenja projekta s strani Sveta za zdravstveno nego SBM, ob enakomernih obremenitvah in delitvi dela vsake posameznice,
- za pripravo posnetka obstoječega stanja KZN v SBM je bila izbrana metoda Delphi (anketni vprašalnik) ob sodelovanju glavnih medicinskih sester posameznih organizacijskih enot SBM,
- za neposreden potek razprave ob okrogli mizi je bila izbrana metoda odprte razprave ob vodenem sodelovanju šestih aktivnih udeleženk okrogle mize ter vključevanje pasivnih udeležencev (občinstva).

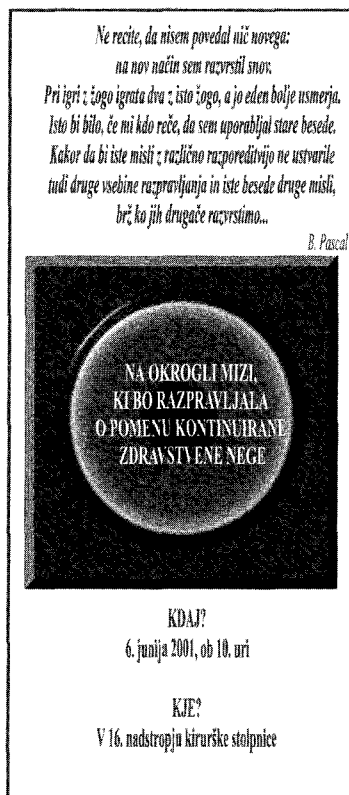
#### *Predstavitev aktivno sodelujočih predstavnikov povabljenih zdravstvenih ustanov*

Razprava ob okrogli mizi je gostila predstavnice različnih zdravstvenih zavodov:

- Srednje zdravstvene šole Juga Polak Maribor,
- Visoke zdravstvene šole Maribor,
- Zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca Maribor,
- OE Patronažnega varstva Maribor,
- Doma upokojencev Maribor,
- Splošne bolnišnice Maribor.

#### *Srečanje z aktivnimi udeleženci pred začetkom razprave*

Pred začetkom razprave smo poskrbeli za srečanje z aktivno sodelujočimi ter se ob sproščnem pogovoru pripravili na razpravo z naključnim izmenjevanjem delovnih izkušenj. Z veseljem smo ugotovili, da so tako različne, kot so



različna področja ZN, na katerih smo kot posamezniki dejavni in da bo razprava prav zaradi številnih razlik med sogovorniki izredno strokovno bogata in zanimiva. Vzpodbuda je bila tudi ugotovitev, da takšnih strokovnih ter družabnih srečanj v preteklem času ni bilo. Znani klinični večeri Društva medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Maribor so namreč s svojo pestro paletto različnih strokovnih predavanj vselej pritegnili pozornost, pa vendar je bil pred nami popolnoma nov izziv, organizacijsko, vsebinsko in predstavitveno.

#### *Pasivni udeleženci razprave pridobijo možnost aktivne vloge*

V veliki predavalnici, kjer se je odvijal osrednji dogodek, se je zbralo občinstvo, ki je bilo številčnejše, kot smo pričakovali. Prišli so iz domala vseh zdravstvenih zavodov mariborske regije in bili so zanimivi sogovorniki iz občinstva, ki so podajali mnoge koristne pripombe in izpostavili problematiko, ki jih spremlja pri izvajanju KZN.

Ob video ter avdio animaciji se je uradno začela razprava, ki jo je s svojim pozdravnim govorom otvorila Milica Lahe, predsednica Društva medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Maribor. SBM je svojo vlogo gostitelja izkazala s pozdravom ter vzpodbudnim govorom Marine Brumen, glavne medicinske sestre zavoda, ki je spregovorila o bistvenih elementih KZN v zavodu ter o pomembnem sodelovanju z ostalimi zdravstvenimi zavodi v prihodnje.

#### *Okrogla miza, priložnost razprave o celostni in kontinuirani (neprekinjeni) ZN*

Razprava v krogu je podala različna znanja, prepričanja in stališča predstavnikov različnih področij ZN, kar je bil tudi namen razprave, zasnovane z naslednjih vidikov:

- zagotavljanja,
- izvajanja,
- dokumentiranja KZN ter
- medsebojnega sodelovanja.

Osnovni motiv, ki nas je napeljal na misel k odprtem, demokratičnem dialogu, tako med aktivnimi udeleženci okrogle mize kot med občinstvom, je preprosta želja, da se o strokovni problematiki ne govori le »*ex cathedra*«. Pomembna so stališča vseh, ki zaznavajo potrebe po nadaljnjem razvoju ZN in soustvarjajo njeno prihodnost.

Razprava je potekala v štirih večjih sklopih:

- KZN v procesu izobraževanja,
- KZN znotraj posamezne zdravstvene ustanove,
- KZN med posameznimi zdravstvenimi ustanovami,
- vizija ZN v očeh sodelujočih predstavnikov ZN.

#### *Teoretična izhodišča razprave o KZN*

Izraz *kontinuiran* izhaja iz latinskega glagola *continuar* in pomeni nadaljevati, nepretrgan, zvezen, nadaljujoč se (2). Ko se govori o kontinuiteti, se govori o nepretrganosti v času, delu, razvojnem procesu. Kontinuiteta ZN torej pomeni nepretrgan proces ZN (varovanja/bolnika), tako kot kontinuiran razvoj ZN pomeni njen nenehni razvojni proces.

Kontinuirana ZN je *interdisciplinarni in multidisciplinarni proces*, ki vključuje:

- bolnika,
- svojce,
- nosilce ZN,
- nosilce drugih strok.

Temelji na načrtovanju celovite ZN za:

- neprekinjeno obravnavo bolnika,
- nemoteno premestitev bolnika in
- nadaljnjo obravnavo spremenjenih bolnikov potreb po zdravstveni negi ter na razpoložljivih možnostih v ta namen.

KZN vključuje:

- *kontinuiteto delovanja službe ZN* pomeni organizacijo neprekinjene ZN glede na čas, kadre, razporeditve in opremo;
- *kontinuiteto procesne obravnave varovanja/bolnika* odraža njegova obravnava na osnovi negovalne diagnoze, koordiniranje z drugimi strokami, službami in dejavnostmi ter dokumentiranje obravnave;
- *načrtovanje premestitve oziroma odpusta* pomeni sodelovanje pri tinskem načrtovanju odpusta bolnika z enega področja zdravstvene obravnave (oddelka, enote) v drugo, pri čemer je naloga ZN ocenjevanje bolnikovih potreb po ZN ob odpustu oziroma premestitvi ter zagotovitev, da bo bolnik po odpustu deležen neprekinjene ZN (3).

Pojem kontinuirane ZN odstira široko področje razprave, zato so podana teoretična izhodišča služila kot vodilo, ogrodje za zastavljena vprašanja.

Za boljše razumevanje koncepta KZN posamezne ustanove so predstavniki le-teh, ki so aktivno zasedali okroglo mizo, na začetku predstavili ustanovo, iz katere prihajajo. Strnjeno so podali informacije z organizacijskega vidika, z

vidika kadrovske zasedbe, izobrazbene strukture zaposlenih in z vidika dejavnosti, v katero je le-ta usmerjena.

V program razprave je bil vključen kulturni program, ki je s prijetno instrumentalno glasbo in izbrano poezijo na začetku ter prozo na koncu sprostil navzoče in zbral misli sodelujočih. V začetkih nastajanja projekta smo bili presenečeni, kako bogato kulturno zakladnico odpiramo, ko prebiramo poezijo, ki jo pesnijo medicinske sestre, in ko odkrivamo njihovo likovno izražanje. Bila je enkratna priložnost, ki je sama po sebi govorila v prid ustvarjalnosti, motivaciji in hotenjem in z veseljem smo jo sprejeli.

### Začetek razprave o KZN

#### Srečevanje teorije ZN z njeno lastno prakso Izobraževalni vidik medicinske sestre

Posameznik, zaposlen v ZN, se s pojmom KZN prvič sreča v *Srednji zdravstveni šoli*. Spregovorili smo o tem:

- kako je KZN predstavljena dijaku,
- kako se s tem pojmom dijak srečuje v praksi in
- s kakšno problematiko se srečujejo profesorji in mentorji kliničnih vaj ZN, ki delajo z njimi.

V razpravi o tej problematiki je bil govor o tem, da se dijak Srednje zdravstvene šole Maribor sicer seznanja s procesno metodo dela in dokumentiranjem v sklopu procesne obravnave varovanca/bolnika, ki mu je dodeljen pri opravljanju strokovne prakse, vendar nima celostnega pogleda na dejavnost ZN na vseh ravneh njenega delovanja. Opaženo je, da mu ni v celoti približana sama kontinuiteta delovanja službe ZN.

Poudarjen je bil širši pomen izobraževalnega vidika medicinske sestre, njen individualni, osebnostni razvojni vidik, ki ima v dijaškem obdobju svoje specifičnosti in omejitve. Vedno bolj pa opažamo pomen individualne ocene dijakovih sposobnosti in motivacije, tako pri osvajanju teoretičnih osnov ZN kot pri prenosu teh znanj v prakso, opozarjajo mentorji, ki dijaku pomagajo pri vključevanju v KZN.

Znano je, da je preučevanje KZN sestavni del predmetov ZN študijskega programa *Visoke zdravstvene šole*.

Zanimalo nas je:

- kako študent s teoretičnim konceptom KZN nadaljuje in
- kaj se od študenta pričakuje.

Znanja s teoretičnega področja ZN študentov Visoke zdravstvene šole Maribor pridobijo nove razsežnosti. V razpravi je bilo ugotovljeno, da se spretnost prenosa znanja v prakso veča, ob trditvi, da je okolje študentovega strokovnega praktikuma vedno bolj dovzetno za prispevek novih znanj. Pridobljena znanja študent preizkuša na vseh področjih delovanja ZN. Nadaljuje s procesno obravnavo varovanca/bolnika, jo nadgrajuje in dokumentira s pomočjo študijskega negovalnega obrazca. Dobro spozna ne le delovanje ZN znotraj zavoda, oddelka oziroma službe, razume tudi pomembnost povezanosti z ustanovami, v katere je varovanec/bolnik premeščen ali iz katerih je odpuščen. Zaveda se pomembnosti informiranja in medsebojne komunikacije.

V nadaljevanju nas je razprava pripeljala do povratnih informacij, ugotovitev in izkušenj posameznih zdravstvenih zavodov z dijaki Srednje zdravstvene šole ter s študenti Visoke zdravstvene šole v Mariboru.

Predstavili so, kakšno je njihovo medsebojno sodelovanje:

- kako dijak/študent v programu kliničnih vaj spoznava delovanje ZN,
- kakšna je problematika, ki jo pri izvajanju kliničnih vaj zaznavajo.

Dijak/študent je predstavljen negovalnemu in zdravstvenemu timu, katerega član je med opravljanjem strokovne prakse. Poudarjeno je bilo, da se mu poskuša približati utrinek življenja v tej ustanovi, oddelku ali službi in da se od njega pričakuje ne le opravljanje programsko načrtovanih negovalnih intervencij, pač pa samoiniciativno vključevanje in motiviranost. Opažamo, da je delovno okolje do dijaka/študenta bolj strpno in odprto, čemur so pritrtili tudi mentorji, ki spremljajo potek kliničnih vaj. Vedno bolj je zaznaven hiter razvoj znanj in zdravstvene ustanove težijo k obojestranski praksi dijakov/študentov in obratno, sprejemati ga kot posameznika s specifičnim znanjem, ki je lahko enako aplikativno kot tisto, ki ga sam prejema iz praktičnega dela ob bolniku. *Nenazadnje, pomembna ugotovitev je, da se zdravstvene ustanove odpirajo kot okolje, v katerem je zaželeno raziskovanje, v veliki meri študentov, v zadnjem času pa se v okviru svojih znanj v to dejavnost vključujejo tudi dijaki ZN.*

#### Zagotavljanje KZN znotraj posamezne ustanove

Razpravljanje se je nadaljevalo s predstavitevjo zagotavljanja KZN znotraj posamezne zdravstvene ustanove.

Koncept KZN znotraj posamezne službe ZN smo osvetlili v smislu:

- delovanja službe zdravstvene nege,
- procesne obravnave varovanca/bolnika.

Pomemben indikator uspešnosti izvajanja ZN je sprememba oziroma izboljšanje zdravstvenega stanja varovanca/bolnika. Za ocenjevanje je potrebno njegovo spremljanje, zato smo v tem sklopu spregovorili tudi o obstoječi dokumentaciji, o tem, ali omogoča evidenco kontinuitete dela ter celovito obravnavo varovanca/bolnika. Dokumentacija v ZN odraža profesionalno in sodobno ZN. Zagotavlja kontinuiteto dela, daje osnovo za vrednotenje ZN in opredelitev zdravstvenega stanja varovanca/bolnika (4).

Delovanje službe ZN poteka neprekinjeno, 24 ur na dan, skozi vse leto, na takšni organizacijski ravni, ki varovancu/bolniku zagotavlja neprekinjeno zadovoljevanje njegovih potreb po ZN. Organizacijski vidik posamezne službe ZN je prilagojen njeni specifičnosti ter potrebam njihovih uporabnikov, kar pomeni izvajanje ZN glede na čas, kadre, razporeditve in opremo.

Slednje je v tem delu razprave pritegnilo največ pozornosti. Kadrovska problematika ter razporeditev in oprema so aktualni na vseh področjih ZN. Vendar pa smo težili predvsem k strokovni vsebini ZN in ugotovili, da je procesna metoda dela način obravnave bolnika/ varovanca na vseh ravneh ZN. Razumljivo postaja prepletanje teoretičnih izhodišč ZN, njihova medsebojna povezanost in uporabnost, kar se izraža v boljšem poznavanju negovalnih diagnoz in njihovi uporabi v procesni obravnavi posameznika. Podana je bila pomembna ugotovitev kritične ocene le-teh in podatek, da posamezne zdravstvene ustanove razvijajo nove, primerne in uporabne v svojem okolju delovanja. Profesionalnost in vrednotenje dela, ki ju med drugim izraža dokumen-

tiranje, nista neznanki. Veliko vzpodbudnih informacij o razvoju dokumentiranja v ZN je prišlo iz navzočega občinstva, tudi iz najbolj oddaljenih krajev mariborske regije.

Podana je bila tudi razprava o teorijah ZN, ki po mnenju navzočih pridobivajo na pomenu in postajajo zanimivo raziskovalno področje ter so uporabne v praksi.

Med besedami je bilo razbrati, da se pojavljajo težnje po organizacijskih in vsebinskih spremembah ZN nekaterih zdravstvenih ustanov, vendar jih nismo uspeli specifično opredeliti in poiskati odgovora na zastavljeno podvprašanje »kako?«

Pozitivni oceni razvoja dokumentiranja je sledilo *kritično razmišljanje o neenotni dokumentaciji znotraj posameznih zdravstvenih ustanov ter nezadovoljivo poznavanje dokumentacijskih obrazcev ostalih zdravstvenih ustanov*. Prav tako je *nezadovoljivo medsebojno poznavanje delovanja službe ZN*. Razprava je prešla na problematiko izvajanja KZN med ustanovami.

### Zagotavljanje KZN med posameznimi ustanovami

Lahko bi govorili o osrednjem delu razprave, ki je *osvetlil medsebojno sodelovanje*, ki pogojuje neprekinjeno ZN. Podana so bila razmišljanja ob srečevanju primarnega zdravstvenega varstva s sekundarnim, ob srečevanju preventivne vloge medicinske sestre z vlogo v kurativni dejavnosti ZN. Potekala je izmenjava izkušenj o medsebojnem sodelovanju.

Predstavnice so poudarile, da poteka načrtovanje odpusta ali premestitve varovanca/ bolnika iz ene stopnje zdravstvene obravnave v drugo timsko in da se ob tem izvaja evalvacija bolnikovih potreb po nadaljnji ZN (Obvestilo službi ZN).

V nadaljevanju je bil govor o omenjeni potrebi po medsebojnem poznavanju v smislu delovanja službe ZN in dokumentacije ZN. Kljub pozitivnim ugotovitvam niso zanemarljive ovire, ki se pojavljajo pri pretoku informacij o varovancu/ bolniku.

### Vizija ZN posamezne ustanove

Ob zaključku razprave smo spregovorili o vprašanju, ki se nanaša na hotenja v prihodnje in samo po sebi govori optimistično.

Razmišljanje, ki izhaja iz vizije organizacije, je projekcija zavoda v prihodnost, ki ima motivacijsko moč, če je izzi-valna, jasna, atraktivna, prepojena z vrednotami, usmerjena na potrebe zaposlenih in uporabnikov (5), bodisi dijakov/ študentov ZN ali pa zaposlenih v ZN in bolnikov.

### Rezultati razprave

Govorili smo o pedagoškem konceptu ZN, o vstopanju dijaka/študenta v prakso ZN, o njunem sprejemanju v zdravstvene ustanove. Izpostavljena sta bila teoretično področje ter praktično izvajanje ZN. *Razprava je potrdila, da razkorak med njima vendarle ostaja*. Dijaki/študenti ZN pridobivajo nova znanja. Raziskovalna dejavnost v ZN se razvija. Visoka zdravstvena šola Maribor si v okviru Univerze prizadeva za nove možnosti pridobivanja znanja študentov ZN, beseda je tekla tudi o prizadevanjih za uveljavitev t.i. kreditnega študija. Spremembe prinašajo večjo odgovornost zaposlenih v ZN. Predstavniki zdravstvenih ustanov se zavedajo, da predstavljajo učno bazo in podobo praktične ZN vedno bolj kritičnim dijakom/ študentom, kot tudi njihovim uporabnikom, varovancem/bolnikom. Ugotovljene so bile po-

trebe po dodatnih strokovnih izobraževanjih zaposlenih v ZN, prizadevanja, da bo znanje raslo vzporedno, tako na teoretičnem kot na praktičnem področju ZN.

Potrebno je *urejanje neurejene kadrovske politike, nedorečene delitve pristojnosti znotraj stroke, sistemizacije in zaposlitve ustreznega števila kadra, kategorizacije bolnikov*, ki bo zagotavljala primerljivost v delu in v obremenitvah med posameznimi institucijami.

Problemsko so bili predstavljeni *pomanjkljivo strokovno znanje, preobremenjenost, pomanjkljiv dostop do informacij o bolniku, neenotna dokumentacija, ki je občasno pomanjkljiva*.

Medicinske sestre so navajale tudi željo po strpnosti, boljšem medsebojnem sodelovanju in sodelovanju z zdravstvenim timom, željo po konstruktivnem koordiniranju, izboljšanju komunikacijske kulture, sodelovanju na strokovnih srečanjih in izobraževanjih, vključevanju v razne učne delavnice in podobno. Želijo si zagotavljati individualno in celostno ZN, ki bo upoštevala individualnost in avtonomnost bolnika.

Urbančičeva (6) opredeljuje filozofijo zavoda, izhajajočo iz sedanjega stanja in iz dejavnosti, ki jih vključujemo šele v prihodnosti, kot nenehno spreminjajoč se proces, ki se prižiga in ugaša, dopolnjuje v strategijah in se odziva na konkurenco.

Pomembna sklepna misel je: *»Uspelo nam je osvetliti sedanje stanje izvajanja KZN in opredeliti pričakovanja v prihodnje.«*

Vsekakor velja razmisliti o podobnih srečanjih in o možnostih nadaljnega razvoja projekta, ki je lahko dobro izhodišče za raziskovalno delo na področju zagotavljanja KZN na vseh ravneh njenega delovanja. Ponuja možnosti doslednega in konkretnega reševanja izpostavljene problematike.

Nikar ne recite, da nismo povedali nič novega. Na nov način smo razvrstili snov. Morda smo uporabljali stare besede, vendar verjamete Pascalu?

*»Kakor da bi iste misli z različno razporeditvijo ne ustvarile tudi druge vsebine razpravljanja in iste besede druge misli, brž ko jih drugače razvrstimo.« (7)*

### Literatura

1. Gates B. *Busiweess the Speed of Thought, Using a Digital Nervous System*. New York: Warner Books, 1999: 69–9.
2. Verbinc F. *Slovar tujk*. Ljubljana: Cankarjeva založba, 1991.
3. Vuga S. *Kontinuirana zdravstvena nega*. *Obzor Zdr N* 1997; 31: 259–60.
4. Šušteršič O, Rajkovič V, Kljajić M. *Nova kakovost, ki jo prinaša strukturiran zapis v dokumentiranju zdravstvene nege*. *Obzor Zdr N* 2000; 34: 185–91.
5. Mayer J. *Vizija ustvarjalnega podjetja*. Ljubljana: Dedalus, Založba Ikar, 1994.
6. Urbančič K. *Pomen praktičnega pouka pri izobraževanju za zdravstveno nego na Visoki šoli za zdravstvo v Ljubljani*. Prešernova naloga. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo Ljubljana, 1995.
7. Amalietti P. *Zbirka Misel misli misleca. O umetnosti*. Ljubljana, 1993.

Ljuba Lednik, viš. med. ses., prof. zdr. vzg.,  
pomočnica glavne medicinske sestre zavoda  
Ksenija Pirš, dipl. m. s.

Petra Kamenšek, dipl. m. s.

Barbara Donik, dipl. m. s.

vse Splošna bolnišnica Maribor

## KAKOVOST ZDRAVSTVENE NEGE

### Kakovost

Kakovost je merilo, s katerim ocenjujemo raven zadovoljevanja uporabnikovih potreb (1). Kaže se na vsakem »prehodu« med uporabnikom in izvajalcem (2).

Primer:

- Obisk bolnika v ambulanti zdravnika družinske medicine.
- Naročanje na pregled: uporabnik: bolnik, izvajalka: *medicinska sestra*.
- Sprejem bolnika: uporabnik: bolnik, izvajalka: *medicinska sestra* (možna odstopanja (nekakovosti): neprijaznost, zasedeni termini, zasedene linije, predolgo čakanje na odgovor).
- Preverjanje dokumentov: uporabnica: medicinska sestra, izvajalec: *bolnik* (možna odstopanja (nekakovost): neurejeno zavarovanje, nepotrjena kartica zdravstvenega zavarovanja, brez dokumentacije, izsiljevanje prednosti).
- Usmerjanje bolnikov v ambulanti: uporabnik: zdravnik, izvajalka: *medicinska sestra* (možna odstopanja (nekakovost): zadrževanje bolnikov v predprostoru, neprijaznost, osebna neurejenost, neurejena ambulanta).
- Posvet pri zdravniku: uporabnik: bolnik, izvajalec: *zdravnik* (možna odstopanja (nekakovost): 1. sporazumevanje: neprijaznost, ne posluša, avtoritativni slog, hladen odnos, neučakanost, 2. strokovnost: vtis negotovega odločanja, pomanjkljiva navodila, 3. zunanji videz: neurejena zunanost, neurejena ambulanta).
- Naročilo za ambulantno zdravljenje: uporabnica: medicinska sestra, izvajalec: *zdravnik* (možna odstopanja (nekakovost): nečitljivo sporočilo, nepopolno navodilo, dvoumno navodilo).
- Prejemanje ambulantnega zdravljenja, navodil in dokumentov: uporabnik: bolnik, izvajalka: *medicinska sestra* (možna odstopanja (nekakovost): nepravilno izpolnjeni dokumenti, pomanjkljiva navodila).

Vidimo, da se v dolgi verigi obravnave določene zdravstvene težave bolnika pojavljajo številni uporabniki, ki so že naslednji trenutek lahko v vlogi izvajalca. Izvajalec mora svoje delo opraviti tako, da bo uporabnik čim lažje opravil svoj delež (sl. 1). Na ta način je zagotovljeno večje sodelovanje in zmanjšana možnost odstopanj oziroma napak (3).

Kakovost tako pokriva široko pahljačo različnih načinov oskrbe. Razlike v nujenih storitvah so lahko sprejemljive ali nesprejemljive. Nesprejemljive so takrat, če se pojavljajo zaradi slabega znanja, nesposobnega vodenja ali vpliva sistema zdravstvenega varstva, nepoznavanja ali namerne neupoštevanja strokovno priznanih spoznanj za dobro delo. Takrat govorimo o odstopanjih. Odstopanja na področju kakovosti se lahko pojavljajo v treh oblikah: v pretirani rabi, premajhni rabi in neustrezni rabi zdravstvene oskrbe (2). Za *pretirano rabo* smatramo tiste storitve, kjer je tveganje (zavestno) večje od možnih koristi (npr. uporaba antibiotika pri virusnem respiratornem infektu). V tem primeru lahko nastane škodljiva zaradi zavestno večjega tveganja (npr. odpornost na antibiotike) ali zaradi opravljene oskrbe pri bolniku z večjim tveganjem (npr. alergična reakcija). *Premajhna raba* je tista, kjer bi koristi presegle možna tvega-



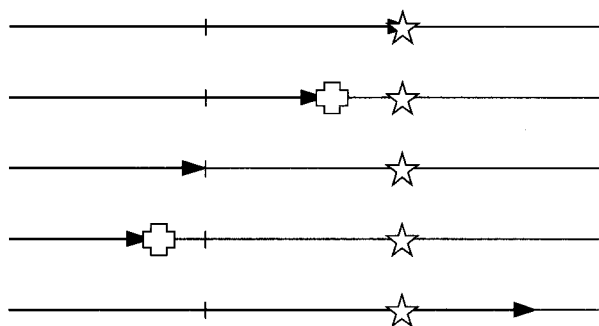
Sl. 1. Pri »uporabniškem« načinu razmišljanja o kakovosti vidimo, da poteka pretok »storitev« v smeri od trenutnega izvajalca k »trenutnemu« uporabniku, ki mu po povratni zanki lahko daje koristne podatke o kakovosti njegovega dela. Trenutni uporabnik je v naslednjem postopku lahko izvajalec, kot je bil tudi trenutni izvajalec v nekem drugem postopku lahko uporabnik.

nja (npr. bolnik v sekundarni preventivi koronarne bolezni ne dobiva acetilsalicilne kisline). Dosegljiva korist v tem primeru ni dosežena (sl. 2). *Neustrezna raba* pa se pokaže pri slabo opravljenih, čeprav pravilno izbranih storitvah tako, da bolnik ni deležen vseh možnih koristi storitve (npr. uporaba antibiotika širokega spektra pri streptokokni angini). Zaradi teh odstopanj ne moremo doseči pričakovane koristi zdravstvenih storitev (npr. večji stroški zdravljenja), lahko pa se pojavijo tudi različne oblike škode (npr. rezistenca na antibiotike).

### Kako vemo, kaj je kakovost?

Meja med kakovostno in nekakovostno oskrbo je dogovorna (4). Izkušnje, medicinsko izobraževanje, raziskave in dogovori kažejo, kje je ta meja, ustrezne strokovne ali druge organizacije in institucije pa poskrbijo za njihovo določitev in uveljavitev (5). Pri ocenjevanju se zatečemo k izbiri kazalcev kakovosti, na podlagi katerih nato sklepamo o celotni kakovosti (2). *Kazalec* (kakovosti) je merljivi del (prvina) zdravstvene oskrbe, za katerega je dokazano (znanstveno – z raziskavami) ali zanj velja splošno soglasje, da odraža kakovost pogojev in postopka oskrbe ter ga zato lahko uporabimo za oceno kakovosti in s tem oceno nastalih sprememb v kakovosti (npr. preležanine pri bolnikih v bolnišnici, tromboza spodnjih okončin pri operiranih: za oboje je dokazano, da se da z ustreznimi ukrepi zmanjšati).

Kazalcem potem pripišemo določena merila. *Merilo* (kakovosti) je sistematično oblikovano stališče, ki ga lahko uporabljamo pri ocenjevanju ustreznosti določene odločitve, postopka, posamezne storitve, posega in izida oskrbe. To je lahko le opredeljena in merljiva prvina oskrbe, ki se nanaša na kakovost oskrbe tako natančno, da lahko jasno vidimo,



DOSEGLJIVA		NEDOSEGLJIVA
LASTEN IZID	DODANA	PREUSMERJANJE VIROV, RAZISKAVE IN IZNAJDBE
DOSEŽENA	NEDOSEŽENA	
SPREMLJANJE IN ZAGOTAVLJANJE		IZBOLJŠANJE

Sl. 2. Prikaz teoretičnih izidov oskrbe glede na pričakovano kakovost (korist), odstopanja in škodljivosti, ki pri oskrbi lahko nastanejo: celotna dolžina premice predstavlja dosegljivo korist oskrbe, črtica označuje lasten izid, puščice kažejo doseženo korist (kakovost), zvezdice označujejo pričakovano kakovost in križi odstopanje v negativno smer. V primeru oskrbe A je bila dosežena pričakovana kakovost, ki je večja od lastnega izida in manjša od dosegljive kakovosti. V primeru oskrbe A1 je prišlo do odstopanja in pričakovana kakovost ni bila dosežena (škodljivost). V primeru B vidimo, da je zaradi opustitve oskrbe izid enak lastnemu izidu. V primeru B1 je zaradi opustitve oskrbe (neuporabe) prišlo do škode. V primeru C oskrbe je prišlo do pozitivnega odstopanja (izboljšanja) kakovosti. Kakovost presega pričakovano in se približuje najboljši možni oskrbi.

ali je prisotna ali ne. Merilo je opredeljeno zaželeno ali nezaželeno stanje kazalca zdravstvene oskrbe (npr. noben bolnik v bolnišnici ne bo dobil preležanine, noben bolnik v bolnišnici ne bo dobil tromboze spodnjih okončin). Vsi dobro vemo, da kljub najboljši možni oskrbi do takih zapletov še vedno prihaja, zato si moramo poleg teh idealnih mej postaviti tudi razumne cilje našega prizadevanja.

Najpogosteje so meje našega delovanja zapisane v priporočilih za delo, doseganje določenih ciljev kakovosti pa imenujemo smernice ali standardi. *Smernica* (angl. standard) je pričakovana raven doseganja merila oziroma odstotek posameznih postopkov oskrbe, ki dosegajo merilo. S smernicami določimo, do katere mere mora biti določeno merilo izpolnjeno, da lahko smatramo prikazano oskrbo za sprejemljivo. Oskrba, ki ne dosega postavljenih smernic, ni sprejemljiva oziroma boljše rečeno: pri oskrbi, ki ne dosega smernic, so potrebne spremembe. Smernice si navadno določimo v odstotkih doseganja naših meril in so lahko podane v naslednjih dveh oblikah:

- npr. manj kot 10 % bolnikov bo dobilo preležanine v času hospitalizacije ali
- npr. več kot 95 % operiranih bolnikov bo prejelo antiokagulantno zaščito.

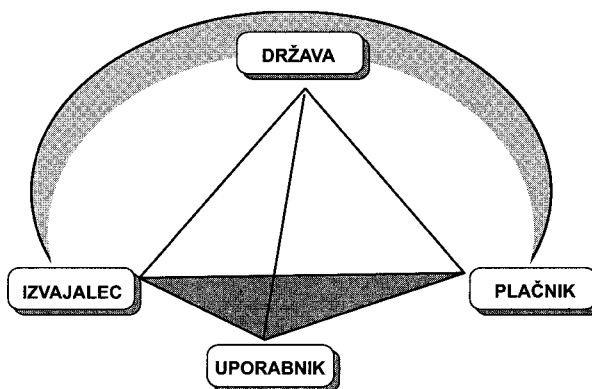
Jasno izbrani kazalci, merila in smernice nam omogočajo primerljivo ocenjevanje kakovosti našega dela. Izvajalec na osnovi teh ocen prilagaja raven kakovosti storitve željam, potrebam in finančnim možnostim uporabnika (slika 3).



Sl. 3. Povratna zanka sooblikovanja kakovosti storitve med izvajalcem in uporabnikom.

### Koga zanima kakovost?

Poleg izvajalcev in uporabnikov kakovost zdravstvene oskrbe zanimata še plačnike zdravstvenih storitev in zdravstveno politiko (sl. 4).



Sl. 4. Sooblikovalci kakovosti zdravstvene storitve. Povratna zanka se porazgubi med številnimi udeleženci, zato je pomemben sistematičen pristop k celovitemu obvladovanju kakovosti v sistemu zdravstvenega varstva.

Podrobneje zainteresirane za kakovost zdravstvene oskrbe lahko naštejemo (2):

- **izvajalci** zdravstvene oskrbe:
  - a) izvajalci – kot posamezniki: zdravniki, medicinske sestre, medicinski tehniki in drugi zaposleni v zdravstveni službi in
  - b) izvajalci – kot organizirane skupine: zdravstvene ustanove v celoti, deli zdravstvenih ustanov, oddelki, službe, strokovna združenja, skupine izvajalcev;
- **uporabniki** zdravstvene oskrbe:
  - c) bolniki,
  - d) državljani,
  - e) združenja potrošnikov in druga interesna združenja,
  - f) delodajalci;
- **plačniki** zdravstvene oskrbe:
  - g) snovalci zdravstvene politike,
  - h) upravljalci zdravstvenih skladov,
  - i) posamezniki,
  - j) podjetja in organizacije.

Nad njimi bdi država z institucijami, ki na različne načine skrbijo za kakovostno izvajanje plana zdravstvenega varstva v celoti in za kakovost dejanske zdravstvene oskrbe:

- k) Svet za zdravstvo RS,
- l) Ministrstvo za zdravstvo (Zdravstveni svet, Republiški strokovni kolegiji),
- m) Inštitut za varovanje zdravja z regijskimi Zavodi za zdravstveno varstvo,
- n) Zdravniška zbornica Slovenije,
- o) Združenje zdravstvenih zavodov,
- p) Zbornica zdravstvene nege,
- q) Lekarniška zbornica idr.

Zaradi tako številnih sooblikovalcev se vloga uporabnika in izvajalca, odvisno od naloge, pogosto menjava (sl. 1). Bistvena je odločitev, čigavi opredeliti kakovosti bo sledila zdravstvena ustanova ali posameznik (6). V drugih storitvenih organizacijah je uporabnik nedvomno glavni razsodnik glede kakovosti. Zlasti zdravstvena oskrba je storitev, ki ji družba pripisuje veliko stopnjo pravičnosti. To pomeni, da naj bi bil vsak državljan deležen tolikšnega obsega zdravstvene oskrbe, kolikor jo potrebuje, in ne samo toliko, kolikor si je lahko glede na svoj gmotni položaj lahko privoščiti. Prispevek posameznika k stroškom oskrbe je skoraj popolnoma neodvisen od obsega njegovega izkoriščanja zdravstvenih storitev. Neposredni uporabnik – bolnik – je tako samo eden izmed udeležencev – sooblikovalcev kakovosti, čigar mnenje morajo izvajalci upoštevati. Upoštevati moramo tudi možnost, da bolnik zaradi svojega zdravstvenega stanja niti ne more izraziti svojih želja.

Odstopanja od zaželeno kakovosti, kot jih zaznajo različni sooblikovalci kakovosti nam ponazarja slika 5. Za uporabnika – bolnika je najpomembnejši 5. razkorak med pričakovano storitvijo in dobljeno storitvijo.



Sl. 5. Razkoraki kakovosti, kot jih pri določenem delovnem postopku občutijo sooblikovalci kakovosti.

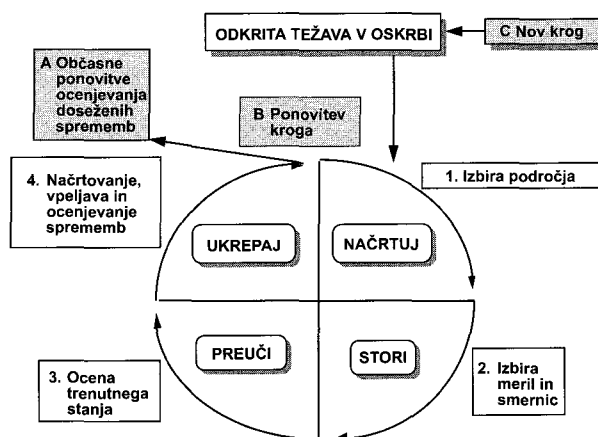
### Kaj lahko storimo za boljšo kakovost?

Za kakovost zdravstvenega varstva v celoti je odgovorno državno vodstvo z Ministrstvom za zdravje kot neposrednim izvršnim delom oblasti za to področje, za kakovostno izvajanje oskrbe pa so odgovorni poslovodniki zdravstvenih ustanov (4, 7). Ključni za zagotavljanje in izboljševanje kako-

vosti pa so neposredni izvajalci oskrbe. Izvajalci si že po naravi prizadevajo za čim boljše delo. Ker je delež vzrokov za odstopanja le 15–20 % na strani izvajalcev, 80–85 % pa na strani sistema (zdravstvene ustanove ali sistema zdravstvenega varstva), prevzema vodstvo večji delež odgovornosti.

Zadovoljivega nadzora kakovosti ni mogoče opravljati niti v preprostejših proizvodnih in storitvenih dejavnostih, kaj šele v zdravstvu. Kljub splošno negativnemu ozračju v zvezi z izvajalci zdravstvene oskrbe moramo spoznati, da se izvajalci neprestano trudijo, da bi svoje delo opravljali čim bolje. K temu jih ženejo predvsem notranje spodbude, močno pa jim manjka zunanjih spodbud (5). Zato je za izvajalce zdravstvene oskrbe pomembna zamisel o stalnem izboljševanju kakovosti, ki se resnici na ljubo (sicer nesistematično) v zdravstvu stalno dogaja (4). Stalno izboljševanje kakovosti od izvajalcev zahteva (sl. 2) (4, 5):

- stalno spremljanje lastnega dela z namenom odkrivanja težav, ki nastajajo pri izvajanju oskrbe;
- izbiro kazalcev, meril, priporočil, smernic in ciljev, ki jih želimo doseči, da bi se čim bolj približali potrebam uporabnikov in jim ponudili celo več;
- sistematično zbiranje in obdelavo potrebnih podatkov in
- načrtovanje, vpeljavo in spremljanje potrebnih sprememb.



Sl. 6. Krog kakovosti je eden izmed modelov, kako pristopiti k reševanju problemov, ki se pojavljajo pri našem delu. V množici težav pri oskrbi moramo najprej izbrati prednostno nalogo, na podlagi pričakovanj (smernic – standardov) analizirati vzroke za nastale težave, vpeljati popravne (korektivne) ukrepe in obdobjno preverjati učinke sprememb ter dejavnosti prilagajati primerno nastalemu stanju.

To lahko dosežemo s sodelovanjem pri različnih oblikah samoocenjevanja kakovosti dela, analizah izjemnih dogodkov, sodelovanjem v različnih projektih, pri oblikovanju priporočil, izbiri kazalcev in smernic kakovosti ter pri uporabi pritožnega sistema.

### Sklep

Izboljševanje kakovosti postaja pomembno torišče naših prizadevanj. Čeprav je končna odgovornost za kakovost oskrbe v rokah vodilnih v zdravstveni ustanovi, je kakovost od-



visna od ravnanja vsakega posameznega izvajalca in od vseh izvajalcev skupaj. Z ustrezno organiziranostjo našega dela je zdravstvenim delavcem potrebno omogočiti, da delajo kakovostno, jih o tem ustrezno podučiti in nagradjevati prizadevanja za večjo kakovost.

### Literatura

1. Steffen GE. Quality medical care. A definition. JAMA 1988; 260: 65–66.
2. Kersnik J. Kakovost v splošni medicini. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino – SZD, 1998.
3. Williamson JW. Health care quality management in the 21<sup>st</sup> century. In: Selbmann HK, editor. Evaluation of quality assurance in medicine. Gerlingen: Bleicher Verlag, 1995: 15–39.
4. Blomhoj G. Continuous quality development: a proposed national policy. Copenhagen: World health organization, 1993:1–42.
5. Kersnik J, Šorli J. Kakovost v zdravstvu: Predlog za razpravo o politiki kakovosti v zdravstvu. Zdrav Vestn 1997; 66: 205–8.
6. Lohr KN. Guidelines for clinical practice: Applications for primary care. International Journal for Quality in Health care 1994; 6: 17–25.
7. Grol R, Wensing M, Jacobs A, Baker R. Quality assurance in general practice. The state of the art in Europe. Utrecht: NHG, 1993: 1–115.

Asist. dr. Janko Kersnik, dr. med.,  
ZP Kranjska Gora, ZD Jesenice,  
Koroška 2, 4280 Kranjska Gora

## AKTIVNOST IZLOČANJA IN ODVAJANJA PRI DEMENTNEM VAROVANCU

### Uvod

O demenci je napisanega zelo veliko. Med prebiranjem literature me je najbolj pritegnil članek, objavljen v lanskoletni izdaji Obzornika zdravstvene nege z naslovom Individualni pristop v zdravstveni negi dementnega varovanca v okviru življenjskih aktivnosti, ki ga je napisala Stanka Majerle. Porodila se mi je ideja, da bi nadaljevala njeno delo tako, da bi se osredotočila na eno od štirinajstih aktivnosti po Virginiji Henderson, na aktivnost izločanja in odvajanja pri dementnem varovancu.

### Demenca

V slovenski psihiatrični terminologiji opredeljujemo demenco kot izrazit in očiten sekundarni upad inteligentnosti. Opišemo jo lahko v okviru posameznih kliničnih slik (pri epilepsiji, pri različnih intoksikacijah, pri vaskularnih motnjah, kot posledico nekaterih okužb, pri biomolekularnih spremembah v celici) ali pa le kot psihopatološki sindrom, upoštevaje, da vse demence niso iste vrste (Kobal, 1999).

Demenca je opredeljena kot sindrom, ki ga povzroča možganska bolezen, ponavadi kronična ali progresivna, ki primarno ali sekundarno prizadene možgane. Za demenco je značilen:

- upad spominskih sposobnosti, ki se običajno nanašajo na pomnjenje in priklic novih informacij, čeprav je z napredovanjem bolezni lahko prizadet tudi spomin na davne dogodke;
- poleg motenj spomina je opazno osiromašeno mišljenje, zmanjšana je sposobnost orientacije, razumevanja, računskih zmožnosti, učnih sposobnosti, govornega izražanja in presoje;
- upad omenjenih višjih živčnih dejavnosti je tako izrazit, da prizadene vsakodnevne dejavnosti. Posledica je tudi pomembno zmanjšanje sposobnosti za obvladovanje čustev, socialnega vedenja ali motivacije;

– zavest pri demenci ni motena (Kogoj, 1999).

Čeprav je za varovanca z demenco najprimernejše okolje dom, v katerem je živel večino svojega življenja, pa je pomembno pravočasno razmišljanje o namestitvi v ustrezen zavod, saj za mnoge svojci zaradi zaposlenosti ne morejo poskrbeti doma (Kogoj, 1999).

### Motnje izločanja pri dementnem varovancu

Najpogostejše motnje izločanja pri varovancih z demenco so inkontinenca blata in/ali urina ter kronična zapeka ali opstipacija. Normalno izločanje urina in blata pomeni, da se varovanec zaveda potrebe po izločanju, da najde sanitarije in jih tudi prepozna, da zadrži izločanje, dokler ne doseže cilja in da izloča v stranišče. Pravimo, da je takšen varovanec kontinenten. Ob odsotnosti enega ali več pogojev pa je inkontinenten.

Pri varovancih z demenco nastajajo težave z držnostjo urina in/ali blata zaradi pešanja duševnih funkcij in zaradi različnih telesnih obolenj – na primer povečana prostata, rakasta obolenja rodil ali sečil.

Tudi pri dementnih so opazni občutki sramu, nelagodnosti in strahu, če se ponečediijo ali pomočijo, zlasti na začetku bolezni, ko duševne motnje še niso tako izrazite. Težave imajo lahko z iskanjem in prepoznavanjem sanitarij, z zadrževanjem in izločanjem preden pridejo do sanitarij, nekateri pa se potrebe po izločanju ne zavedajo ali pa je ne prepoznajo (Mikluž, 1996).

### Naloge medicinske sestre pri aktivnosti izločanja in odvajanja

Ob sprejemu dementnega varovanca v zavod se pogovorimo s svojci o njegovi kontinenci, povprašamo jih kakšne ima navade v zvezi s to aktivnostjo, če sam poskrbi za odvajanje in higieno, če potrebuje kakšne pripomočke... in si vse sproti

vestno zabeležimo. Naša naloga je, da v prvi vrsti zadovoljimo varovančeve telesne potrebe, poskrbimo za varnost in ga zaščitimo pred škodljivimi vplivi iz zunanje okolja.

### *Opstipacija ali zapeka*

Najpogostejši vzrok je nezadostna količina vlaknin v prehrani, ker te preskrbijo maso, ki jo mišice kolona potebujejo, da spodbujajo pomikanje blata po črevesju.

Drugi vzrok za zapeko so neredne navade pri iztrebljanju, na primer neupoštevanje nuje za iztrebljanjem. Pri starejših je zapeka včasih posledica nezadostnega gibanja ali šibkosti trebušnih mišic in mišic medeničnega dna, ki ne dopuščajo ustreznega pritiskanja pri poskusu iztrebljanja (Smith, 1990).

Z vsakim posameznikom se o njegovem problemu pogovarjamo na samem, v miru, poskrbimo, da nas v tem trenutku nihče ne moti, torej obravnavamo ga individualno. Počasi in z njemu razumljivimi besedami mu razložimo, da je potrebna skrb za redno izločanje in odvajanje. Pri zaprtju mu svetujemo, naj uživa hrano z veliko balastnih snovi, naj spije 1,5 litra tekočine dnevno, naj se veliko giblje, naj takoj reagira na refleksi za defekacijo in mu zagotovimo intimnost. Četudi imamo občutek, da nas ne razume, ga vseeno večkrat in vztrajno motiviramo, da upošteva naša navodila. Hkrati ga moramo nadzirati, da zares zaužije svojo porcijo hrane in zanj namenjene tekočine. Lahko se zgodi, da moramo bolnika rektalno pregledati, če nismo povsem gotovi, da je res opstipiran.

Nekateri varovanci zaradi spominskih motenj pozabijo, da so odvajali. Tudi po opravljeni potrebi trdijo nasprotno. Zelo radi segajo po odvajalih, ki jih uživajo v prekomernih količinah. Paziti moramo, da med njimi ne prezremo tistih, ki so dejansko zaprti, zato moramo imeti pregled nad odvajanjem in jemanjem odvajalnih sredstev (Mikluž, 1996).

Majerletova (2000) navaja, da moramo spodbujati varovance k posedanju na straniščno školjko ob ugodnih urah, na primer po obrokih, in da je potrebno označiti sanitarije z znanimi oznakami, ki naj bodo dovolj velike in živih barv.

Če opazimo v blatu primesi (sluz, gnoj, kri...) ali nenavaden vonj, to sporočimo zdravniku. Prav tako mu povemo, če se pri defekaciji pojavljajo bolezenski znaki, kot so na primer kolike, bolečine, tenezmus – občutek stalnega pritiska na blato. Če zdravnik predpiše odvajala, poskrbimo, da jih varovanec dobi in nadzorujemo, da zdravilo zares vzame.

Veliko skrb moramo medicinske sestre posvetiti anogenitalni negi in menjavi osebne perila. Pri tistih varovancih z demenco, katerih bolezen se začne že v reproduktivnem obdobju, maramo posvetiti pozornost tudi menstruaciji. Sicer pa vsak krvav izcedek kasneje zahteva ginekološko obravnavo. Če opazimo značilen vonj urina in/ali blata v bolnikovi okolici, ta pa nam zatrjuje, da se redno umiva, moramo sami prevzeti nadzor nad opravljanjem aktivnosti odvajanja in osebne higijene.

### *Inkontinenca*

Zelo veliko dementnih varovancev je inkontinentnih oz. nezmožnih zadržati blato in/ali urin. Inkontinenca je pojav, ko bolnik nehote odvaja ali urinira – ali oboje (incontinentio alvi, incontinentio urinae, incontinentio alvi et urinae). Inkontinenca blata so največkrat vzrok obolenja in poškodbe osrednjega živčevja in druga živčna obolenja, paraliza analnega sfinktra in nekatera psihiatrična obolenja (Urbančič, Gradišek, 1985), na primer paraplegija (paraliza nog in spod-

njeva dela trupa), duševna manjrazvitost in demenca (Smith, 1990).

Inkontinenca blata, zlasti pri priletnih ljudeh, običajno povzroči fekalna impakcija, ta pa je pogosto posledica dolgotrajne zaprte. Zastalo blato v danki draži sluznico, da se vneme in posledica je, da se nehoteno iztrebljajo tekoče blato in njegovi delci. Ne glede na starost pa je začasna izguba kontinence včasih posledica hude driske, ko postane nuja izprazniti črevo nevzdržna. Inkontinenci blata zaradi zaprte pri ljudeh z demenco ali živčnimi motnjami se da izogniti z rednimi klistirji ali s svečkami, da se danko izprazni (Smith, 1990).

Inkontinenca urina so največkrat vzrok nenadno povečanje pritiska v trebušni votlini (kihanje, kašljanje), številni porodi, izpad maternice (prolapsus uteri), vnetje sečil, poškodbe hrbtenjače, patološkoanatomske spremembe na mehurju ali sečnici... (Urbančič, Gradišek, 1985).

Inkontinenca urina zaradi pomanjkljivega možganskega nadzora nastane navadno pri mladih, pri priletnih in duševno nerazvitih. Okvara možganov zaradi poškodbe ali bolezn, stres, jeza, tesnoba, slabotne medenične mišice, zlom medenice ali rak prostate lahko prizadenejo nadzorovanje mehurja. Tudi iritabilni (razdražljivi) mehur lahko povzroča inkontinenca zaradi siljenja na mokrenje (Smith, 1990).

Nenadzorovano uhajanje urina in/ali blata pogosto spremljajo občutki sramu in nelagodnosti zaradi neprijetnega vonja, izguba samospoštovanja, stiska in bojazen zaradi izgube nadzora nad lastnim telesom ter strah pred socialno osamitvijo (Mikluž, 1996).

S stališča zdravstvene nege in v skrbi za pravilno odvajanje nasploh moramo posebej opozoriti na inkontinenca urina, ki je zlasti pri starejših ljudeh, lahko tudi posledica hujše zaprte. Blato, ki se zadržuje v danki in v spodnjem delu debelega črevesa, mehanično ovira praznjenje mehurja. Mehur se polni do skrajnih meja, nakar se zaradi premočnega pritiska nehotno izprazni ali pa urin po kapljicah nenehno uhaja (Urbančič, Gradišek, 1985).

Če je dementen varovanec kontinenten, težko najde stranišče. Včasih se zaklene v stranišče in ne zna odkleniti. Še huje je pri inkontinentnih varovancih. Motijo jih pripomočki za inkontinenca (plenice, vložki), večkrat jih sami odstranijo in strgajo. Pogosto se namažejo z blatom in seveda tudi vso okolico, ki jo dosežejo. Težavno je kontrolirati odvajanje. Ali trdijo, da so odvajali pa niso, ali neprestano želijo odvajala (Gašparovič, 1999).

Medicinske sestre moramo biti pri inkontinentnih varovancih zelo pozorne na higieno rok. Večkrat dnevno, predvsem pa pred jedjo in po uporabi straniščne školjke jih kontroliramo, da si umijejo roke. Če tega niso sposobni, to opravimo same. Kar velikokrat se zgodi, da dementni varovanec prime blato, nato na primer kruh, kljuko, obleko... ne da bi si roke umil. Najtežje je kontrolirati pokretne inkontinentne varovance.

Pri inkontinenci je potrebna redna menjava predlog in plenice, poostrena anogenitalna nega in uporaba medicinske kozmetike. Menjava plenice je potrebna glede na pogostost mokrenja in blatenja. Anogenitalna nega mora biti skrbna in pravilna. Potrebna je uporaba zaščitne kreme, ki preprečuje stik urina in blata s kožo. Nujno je potrebno spremljanje in evidenca izločanja blata, pri nekaterih tudi urina (Hitejc, 2000).

Ena izmed nalog oddelčne medicinske sestre je, da delegira naloge in izvaja redni nadzor nad čiščenjem sanitarij, bolnikove sobe, dnevnih prostorov, sestrskih sob, itd.

### *Diareja in flatulenca*

Občasno pride tudi do diareje ali flatulence. Vzroki za diarejo so vse prej kot okužena voda ali hrana. Največ diarej nastopi v času praznikov, ko svojci prinesejo na obisk različne prigrizke. Ob nastopu diareje poskrbimo za dieto in zadostno hidracijo, vsekakor pa stopimo v kontakt z zdravnikom.

Pozorni smo na pogostost defekacij, količino, vonj in primesi v blatu. Varovancu večkrat dnevno ponudimo kamilični ali ruski čaj sladkan s saharinom. Če ni prehuda diareja (oz. če ni potrebna čajna pavza), za obroke ponudimo kašaste jedi na primer rižev sluz, korenčkov pire, nastrgana jabolka, banane, prepečene, zelenjavni pire... Dementnemu varovancu razložimo, zakaj smo uvedli dieto v njegovo prehrano in zakaj je potrebno, da jo upošteva.

O flatulenci govorimo, kadar varovanci tožijo, da so napeti. Bolečina se olajša s spahovanjem. Iz prehrane črtamo živila, ki napenjajo. Opazujemo jih pri obedu. Če hitro jedo in hlatajo zrak pri pitju, jih opozorimo, naj bodo bolj zmerni. Če znaki napetosti ne minejo, se posvetujemo z zdravnikom. Flatulenca (Smith, 1990) je značilnost številnih bolezni prebavil, posebno dispepsije, iritabilnega kolona in bolezni žolčnika.

### **Sklep**

V svojem vsakodnevnem delu z dementnimi varovanci se medicinske sestre in ostalo osebje srečujemo z različnimi situacijami. Včasih se jim prav pristrčno in toplo nasmejemo. Trudimo se, da lajšamo njihove vsakodnevne stiske, da

spodbujamo umske dejavnosti, da vzdržujemo ostale sposobnosti bolnika, prilagajamo okolje potrebam bolnika in uvajamo dodatne ukrepe, če so ti pomembni. Redno organiziramo srečanja naših varovancev s svojci.

Vse potrebe moramo enakovredno upoštevati v procesu zdravstvene nege. Potreba po izločanju in odvajanju je le ena od štirinajstih po Virginiji Henderson.

### *Literatura*

1. Gašparovič M. Zdravstvena nega dementnega bolnika. Zbornik referatov 7. strokovnega seminarja sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v socialnih zavodih. Zbornica zdravstvene nege Slovenije, 1999: 31–2.
2. Hitejc Z. Uporaba teorije Dorothy Orem v procesu zdravstvene nege otroka z motnjo v duševnem in telesnem razvoju. Obzor Zdr N 2000; 34: 121.
3. Kobal MF. Znaki in simptomi duševnih motenj. V: Tomori M (ur.), Zihertl S (ur.). Psihijatrija. Ljubljana: Litterapicta, Medicinska fakulteta UL, 1999: 75.
4. Kogoj A. Organske duševne motnje. V: Tomori M (ur.), Zihertl S (ur.). Psihijatrija. Ljubljana: Litterapicta, Medicinska fakulteta UL, 1999: 101–35.
5. Majerle S. Individualni pristop v zdravstveni negi dementnega varovanca v okviru življenjskih aktivnosti. Obzor Zdr N 2000; 34: 73.
6. Mikluš D. Pomoč varovancu a demenco. V: Kogoj A (ur.). Varovanec z demenco v družini. Ljubljana: Narodna in univerzitetna knjižnica, 1996: 42–9.
7. Smith T (ur.). Družinska zdravstvena enciklopedija. Ljubljana: DZS, 1998: 390, 1052.
8. Urbančič D, Gradišek A. Osnove zdravstvene nege bolnika. Ljubljana: Dravska tiskarna Maribor, 1985.

Natalija Koprivnik, dipl. m. s.,  
Dom upokoencev in oskrbovancev Impoljca,  
Sevnica