

Marija Miloradović, med. sestra
vodja patronažne službe ZD Ljubljana

Kako je z nego bolnika v domači oskrbi pri nas*

Danes se osnovni zdravstveni službi vse bolj postavlja vprašanje starejših ljudi. Vsekakor moramo tej biološki skupini prebivalstva posvetiti več skrbi, zlasti še zato, ker vemo, da bo po zadevnem računu v Sloveniji leta 1970 nad 60 let starih 249.000 ljudi ali 14,45 odst. vsega prebivalstva Slovenije. Zato moramo pri razvoju zdravstvene službe upoštevati, da povprečna življenjska doba raste, da so generacije druga za drugo vse starejše in da se vzporedno s tem večja tudi število kroničnih bolnikov. Čeprav je naša družba za starejšega človeka napravila že veliko, z uspehi še nikakor ne moremo biti zadovoljni, pač zato, ker te skrbi niso deležni vsi starejši ljudje, zlasti še, kar jih je med njimi kronično bolnih. V domovih počitka, katerih je občutno premalo, seveda ne moremo dati oskrbe vsem in prav zato moramo zanje organizirati delo in pomoč zunaj teh ustanov. Tudi s stališča sodobne skrbi za starostnika ali kroničnega bolnika, ki zanj zdravljenje v bolnišnici ni indicirano, njegova oddaja v dom ni zaželena, ker slišimo tudi od naših varovancev, da je oddaja v dom počitka za prizadetega često zelo boleča. Zato nam to pač ne more in ne sme biti edina oblika za reševanje zadevnih problemov. Zdravstvena služba bo morala v prihodnje posvetiti več skrbi tej kategoriji občanov.

Ena izmed oblik dela za boljše varstvo teh varovancev je prav gotovo tudi služba nege bolnika na domu.

Danes se vse bolj uveljavlja vprašanje organizirane pomoči družini, tako glede varstva otrok kakor tudi oskrbe obolelega družinskega člana. Nove družbene razmere so omogočile ekonomsko enakopravnost in osamosvojitve žensk, ki so danes že nepogrešljiv dejavnik v našem gospodarstvu. To je pa v marsičem spremenilo nekdanji način življenja v družinah in odprlo nove probleme, katerih družina ne more reševati sama. Poleg otroškega varstva stopa v ospredje tudi problem — skrb za obolelega družinskega člana v primerih, ko so svojci zaposleni. Pri vsem tem pa ne bi smeli mimo problemov samskih oseb, ki se v primeru obolenosti znajdejo v težki situaciji.

Znano je, da so naše bolnišnice prenapolnjene. Za kronično bolne bi bila ležalna doba v bolnišnici lahko krajša, če bi jim zagotovili ustrezno nego doma. Prav gotovo bi zdravniki v bolnišnicah lahko v več primerih odpustili bolnika, če bi vedeli, da bo na domu negovan tako, kakor terja njegova bolezen, se pravi, da bo nad njegovim zdravljenjem poleg zdravnika bedela tudi sestra, ki bo sleherni dan prihajala k bolniku in poskrbela, da bo strokovno negovan kakor v bolnišnici. Dosti je tudi bolnikov, ki jim zdravljenje v bolnišnici niti ni potrebno, čeprav so priklenjeni na posteljo. Potrebovali bi le strokovno nego, prepuščeni so pa laikom. Skratka, problem je pereč in terja rešitev v čim bližji prihodnosti.

* Statistične podatke in tabele, ki jih navajam, sem povzela iz »Zdravstvenega varstva« št. 11/12 1968. — Op. pis.

Malo je zdravstvenih domov, ki bi že danes imeli dobro organizirano nego bolnika na domu, čeprav vemo, da je ta oblika zdravstvenega varstva potrebna.

Statistični podatki o tej dejavnosti v Sloveniji so bili objavljeni v »Zdravstvenem varstvu« št. 11/12 iz leta 1968. Na podlagi teh podatkov lahko ugotovimo naslednje: V letu 1966 je v vsej Sloveniji imelo organizirano nego bolnika na domu le 15 zdravstvenih domov, oziroma 12 občin od skupnih 60 v SRS. Zdravstvenih delavcev pa je bilo zaposlenih stalno 45 in občasno 53. V letu 1967 se je število zdravstvenih delavcev celó zmanjšalo, in sicer jih je bilo stalno zaposlenih le 27, občasno pa 56. Skupno torej 15 zdravstvenih delavcev manj kakor leta 1966. Največji delež pri tem prav gotovo nosi neurejeno financiranje te dejavnosti, v nekaterih primerih pa tudi premalo zanimanja in brezbriznost zdravstvene službe za organizacijo nege bolnika na domu. Če pogledamo strukturo obiskanih bolnikov, vidimo, da so leta 1967 v največjem odstotku zastopani svojci aktivnih zavarovancev in upokoјencev, na tretjem mestu pa so aktivni zavarovanci. Kmetijske zavarovance je služba za nego bolnika na domu obiskala od vseh primerov samo v 4,2 odst., in to iz razumljivih vzrokov, ker sklad kmetijskih zavarovancev te storitve zdravstvenim domovom ne plačuje.

Struktura obiskov po plačnikih je bila naslednja:

Plačniki	Prvih obiskov		Skupaj obiski		Koliko obiskov povprečno na 1 osebo	
	število	%	število	%	1967	1966
Aktivni zavarovanci	902	22,7	6.763	10,0	7,5	7,4
Svojci	1.384	34,8	9.821	14,6	7,1	6,9
Upokoјenci	1.354	34,1	47.769	70,9	35,3	29,9
Kmetijski zavarovanci	168	4,2	1.452	2,2	8,6	9,2
Samoplačniki	9	0,2	62	0,1	6,9	12,2
Drugi	160	4,0	1.528	2,2	9,6	9,0
S k u p a j	3.977	100,0	67.395	100,0	16,9	15,0

Naslednja tabela prikazuje število obiskanih oseb na 10.000 prebivalcev v občinah, kjer je ta služba organizirana. Iz tabele je razvidno, da je ta služba zelo neenakomerno razvita in da je kvantiteta opravljenega dela odvisna samo od kadrovske zasedbe, ne pa od dejanske potrebe ali morda celo od patologije prebivalstva.

Število obiskov na prebivalce po občinah, kjer je ta služba organizirana, je bilo naslednje:

Občine	Število obiskanih bolnikov		Na 10.000 prebivalcev je bilo obiskanih oseb	
	1966	1967	1966	1967
Ajdovščina	12	35	5,7	16,5
Idrija	163	78	95,2	45,5
Nova Gorica	2474	2195	503,9	444,0
Ilirska Bistrica	184	170	119,3	109,5
Jesenice	21	—	8,0	0,0
Kranj	34	—	6,5	0,0
Škofja Loka	59	—	23,0	0,0
Tržič	282	262	241,2	221,7
Domžale	208	334	70,8	111,4

Občine	Število obiskanih bolnikov		Na 10.000 prebivalcev je bilo obiskanih oseb	
	1966	1967	1966	1967
Kamnik	55	71	26,1	33,2
Kočevje	97	105	56,7	60,8
Ljubljana-Bežigrad	92	90	23,9	22,5
Ljubljana-Center	204	137	47,4	32,0
Ljubljana-Moste	91	132	23,1	32,1
Ljubljana-Šiška	120	134	22,7	23,8
Ljubljana-Vič	223	202	39,4	33,9
Ribnica	165	84	139,3	70,6
Vrhnika	42	23	32,1	17,3
Zagorje	19	32	12,2	20,5
Maribor	566	601	34,2	35,8
S R S	5111	4685	30,7	27,8

Ob vsakem obisku na domu so bile opravljene različne storitve. Če pogledamo strukturo najvažnejših storitev, ki jih vsebuje mesečno poročilo o delu na bolniškem domu, vidimo, da so na prvem mestu injekcije, nato razgibavanje in masaža, preobvezovanje itd. Opravljene storitve so prikazane v naslednji tabeli:

Vrste storitev	1966		1967	
	Število	%	Število	%
Osnovna nega	18.003	16,4	15.309	15,6
Kopanje celega telesa	1.825	1,7	1.547	1,6
Prevezovanje	22.017	20,1	18.776	19,2
Masaža in razgibavanje	29.314	26,8	26.027	26,6
Injekcije	34.948	31,9	34.128	34,9
Klizma	410	0,4	277	0,3
Zdravstveni nasveti	501	0,5	318	0,3
Drugo	2.425	2,2	1.446	1,5
S k u p a j	109.443	100,0	97.828	100,0

V letih 1966 in 1967 so bile pri nanovo sprejetih bolnikih registrirana naslednja obolenja:

Vrsta obolenj	Leta 1966 (v %)	Leta 1967 (v %)
Bolezni dihal	31,8	31,4
Bolezni kože in podkožja	10,7	6,7
Živčne bolezni	9,2	11,8
Bolezni srca in ožilja	8,3	10,7
Maligne novotvorbe	6,0	6,4
Revmatična obolenja	5,9	6,3
Bolezni čutil	5,9	5,6
Poškodbe	3,9	3,4
Bolezni kosti in sklepov	2,4	7,3
Druge bolezni	15,9	10,4
S k u p a j	100,0	100,0

Starost nanovo sprejetih bolnikov in njih struktura po spolu pa je bila naslednja:

Starost	Skupaj		Moški		Ženske	
	1966	1967	1966	1967	1966	1967
0—6	17,0	16,4	22,1	20,3	13,3	13,5
7—14	7,3	7,3	8,6	8,9	6,3	6,1
15—24	6,7	5,7	7,1	5,4	6,5	5,9
25—49	21,5	20,7	18,6	20,4	23,7	21,0
50—59	11,0	9,4	10,4	9,0	11,4	9,7
60 in več	36,5	40,5	33,2	36,0	38,8	43,8
S k u p a j	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Po navedenih statističnih podatkih lahko ugotovimo, da se glede na majhno število kadra v tej službi lahko rešujejo samo najnujnejši problemi, medtem ko je večje število oseb prepuščenih samim sebi ali pa se njih vprašanje rešuje na ta način, da se po možnosti uredi podaljšano bivanje v bolnišnici ali pa se posreduje za sprejem v dom počitka. Skratka, sedanja zdravstvena služba si premalo prizadeva, da bi v marsikaterih možnih primerih zdravljenje v bolnišnicah nadomestila z domačo oskrbo ali da bi bolniku, ki se nadalje zdravi doma, zagotovila boljše nego in s tem tudi bolnikom, ki se glede na naravo bolezni lahko zdravijo v domačem okolju, pripomogla do občutka večje varnosti.

Vsekakor bi k prizadevanju, da bi se sestrsko delo za nego bolnika razvijalo v smeri, ki je bilo načrtano že leta 1963, ko so bila izdana strokovna navodila za opravljanje nege na bolnikovem domu, morali prispevati svoj delež zdravniki. Zdravniki splošne medicine, ki določajo delo sestram v negi, bi morali bolj upoštevati delovno področje negovalk, tako pa jih največ uporabljajo za dajanje injekcij, namesto da bi se posvetile negi, ki jo morajo zaradi preobremenjenosti z drugimi opravili pogosto prepuščati svojcem ali drugim laičnim osebam.

Ker z razvojem službe za nego bolnika v domači oskrbi ne moremo biti zadovoljni, pač zato, ker se ne razvija v načrtano smer in tudi ne tako hitro, da bi mogla zadovoljiti ogromne potrebe, kot jih narekuje teren, je treba v bližnji prihodnosti nujno rešiti naslednje probleme:

1. V že obstoječih službah za nego bolnika se mora delo usmeriti v opravljanje nege. Doseči moramo, da bo služba zagotovila strokovno nego ter pomoč vsem tistim bolnikom, ki na svojem domu nimajo potrebne nege, ali pa bolnikom, pri katerih bi nega na domu lahko pospešila njihovo ozdravljenje ali celo nadomestila zdravljenje v prenapoljenih bolnišnicah. Ob vsem tem pa je treba natančno določiti delovno področje medicinske sestre.

2. Treba je urediti okvirne in sprejemljive normative za delo pri negi bolnika, zlasti še zato, ker vemo, da bo leta 1970 v Sloveniji 14,45 % vseh prebivalcev starih nad 60 let.

Spričo dejstva, da spremljajo starost tudi razne kronične bolezni, je vrh tega nujno treba spremeniti sedanji normativ, ki za 11.000 prebivalcev določa namestitev ene same sestre.

3. Nujno je organizirati strežniško pomoč. Bolnik v domači oskrbi potrebuje poleg zdravstvene oskrbe še strežniško pomoč, zato bi morali vzporedno s strokovnim delom razviti tudi to obliko pomoči. Ni namreč dovolj, da sestra umije bolnika, da mu uredi posteljo in položaj, da mu preveže rano itd., če pa bolniku sicer ne zadovoljimo niti najosnovnejših potreb, se pravi, če nima zakurjene sobe, opranega perila in nima nikogar, ki bi mu skuhal ali prinesel hrano. V ljubljanski regiji je ta služba organizirana le v občini Moste-Polje. Delo opravljajo 4 strežnice, ki so bile s posebnim tečajem usposobljene za to delo. To dejavnost v celoti financira občinska skupščina Moste-Polje.

4. Vzporedno z razvojem strokovne in strežniške pomoči pa bi morala biti organizirana tudi izposojevalnica pripomočkov za nego. Izkušnje so pokazale, da so družine zelo slabo opremljene z različnimi pripomočki, ki so bolniku nujno potrebni. Prenekateri družine nimajo niti termometra ali termofora, da o raznih drugih pripomočkih (kot npr. o sobnem stranišču, posteljni posodi itd.) sploh ne govorimo.

5. Za uspešno delo pri bolniku v domači oskrbi pa bi moralo biti razvito tudi stalno strokovno izpopolnjevanje. Le-to bi moralo biti vezano na Institut za geriatrijo in gerontologijo, v nekaterih primerih pa tudi na oddelke tistih bolnišnic, ki pošiljajo največ bolnikov v domačo oskrbo. Le tako bomo lahko zadostili enotnim konceptom nege, se pravi po istih načelih nadaljevali že v bolnišnici začetno zdravljenje.

6. Iz sedanjih izkušenj v prizadevanju, da bi organizirali službo za nego bolnika v domači oskrbi, vemo, da je največja težava ravno v vprašanju finančnih sredstev. Storitve v strokovni negi na domu financira socialno zavarovanje. Problem glede plačevanja strokovne nege pa nastopi pri kmetijskih zavarovancih. Ti imajo sicer pravico do strokovne nege na račun socialnega zavarovanja, kadar gre za zdravljenje raka v bolnišnici ali v splošni ambulanti. Če pa bolezen napreduje in bolnišnica zaradi prenatrpanosti bolnika ne more sprejeti v oskrbo, se plačevanje socialnega zavarovanja preneha. Torej mora v primerih, ko bolezen priklene bolnika na posteljo in ko bi nego najbolj potreboval, plačati morebitne storitve na domu sam.

7. Rešeno tudi še ni vprašanje glede plačevanja bolniške strežbe, ki je prizadetemu poleg strokovne oskrbe nujno potrebna. Mislim, da bi v primerih, ko je zdravnik mnenja, da je komu za hitrejšo ozdravljenje potrebna tudi strežniška pomoč, moral plačati stroške KZSZ.

Tu mislim na vse kronične in akutne bolnike. Dalje naj bi KZSZ prispeval tudi sredstva k storitvam za nego družinskih članov, delno pa bi lahko te stroške krile tudi tiste delovne organizacije, katerih zaposleni imajo bolne svojce — seveda če se z uvedbo strežbe zmanjša pri njih izpad delovnih dni. V nekaterih primerih pa bi uživalci strežniške pomoči lahko del stroškov prispevali tudi sami, v vseh drugih primerih pa naj bi delo strežniške pomoči krila občinska skupščina. Vsekakor bi morali biti viri za financiranje razvidni iz pravilnika, ki naj bi ga imeli zdravstveni domovi posebej za to službo. Seveda bi morala ob organizaciji strežniške službe vsaj za začetek pretežni delež financiranja prevzeti občina, saj so, kot je razvidno iz podatkov, v oskrbi pretežno starejše osebe. Vsekakor je dolžnost občin, da pospešuje zdravstvene dejavnosti, ki služijo občanom — družinam za zadovoljevanje njihovih potreb, kamor prav gotovo spada v boleznih tudi pomoč družinam na domu.