

IDEJNI PROJEKT NEGOVALNEGA ODDELKA V BOLNIŠNICI GOLNIK

CONCEPTUAL PROJECT OF A NURSING DEPARTMENT AT THE HOSPITAL GOLNIK

Andreja Peternelj

UDK/UDC 616-083-039.32

DESKRIPTORJI: zdravstvena nega bolnišnična; zdravstvena nega

DESCRIPTORS: nursing service hospital; nursing care

Izvleček – V svetu sta kratkotrajna – prehodna zdravstvena nega in dolgotrajna zdravstvena nega sestavni del celovitega zdravstvenega varstva. Potrebe po negovalnih oddelkih so tudi pri nas zelo velike. Z odprtjem negovalnih oddelkov bi zmanjšali pritisk na bolnišnice hkrati pa omogočili bolnikom kakovostnejši prehod iz bolnišnice v domačo ali domsko oskrbo.

Študija upravičenosti odprtja negovalnega oddelka je bila osnova za izdelavo projekta negovalnega oddelka v Bolnišnici Golnik – Kliničnem oddelku za pljučne bolezni in alergijo. Rezultati študije so potrdili potrebo odprtja negovalnega oddelka v naši bolnišnici. Rezultati študije pa so bili tudi osnova za določitev kadrovske strukture glede na vrsto zdravstvene nege in ostalih potreb bolnikov, predvidenih za negovalni oddelok, ter nacionalni projekt o potrebah po negovalnih posteljah v slovenskih bolnišnicah.

Sestava tima mora biti multidisciplinarna. Za sprejem v negovalni oddelok morajo biti postavljeni jasni kriteriji in določena zgornja časovna meja bivanja na njem. Takšna oblika negovalnih oddelkov bi tudi v Sloveniji prispevala h kakovostnejši obravnavi bolnika in omogočila ekonomski prihranek.

Abstract – All over the world, short-term and long-term nursing care are a part of holistic health care. The existing needs for nursing departments are high also in our country. The introduction of nursing departments would lessen the pressure on hospitals and enable an easier transition from hospital to home or institutional care.

The feasibility study of a nursing department was the starting point of the project for such a department at the Hospital Golnik - the department for lung and allergic diseases. The results of the study revealed the need for such a department in our hospital and were the basis for the determination of the structure of the staff in the light of the nursing care performed and the needs of the patients who would occupy it, as well as for the national project to find out the needs for nursing beds in Slovenian hospitals. The composition of the team should be multidisciplinary. Clear criteria for admission should be set as well as upper time limit of the stay on such a ward. Also in Slovenia, nursing department would enable better quality of care of patients, as well as economical savings.

Uvod

V svetu so že vrsto let razvite različne oblike negovalnih bolnišnic in oddelkov, ki imajo organizirano kratkotrajno – prehodno ali dolgotrajno obliko zdravstvene nege. Poleg tega pa imajo organizirane še druge oblike nege in pomoči na bolnikovem domu, tako da je omogočeno bivanje na domu tudi ljudem, ki niso sposobni za popolno samooskrbo. Glede na vrsto zdravstvene nege poimenujejo ustanove v svetu različno, v angleških deželah npr. nursing home, hospice, home care, residential home (11). Raznolikost potreb bolnikov, predvsem zelo pogosta kombinacija zdravstvenih in socialnih dejavnikov, je tudi razlog za različna poimenovanja oblik zdravstvene nege, ki jo v angleških deželah imenujejo *intermediate care*, *transitional care*, *sub-acute care*, *respite care*, *short-term care*, *restoration care*, *inpatient nursing beds*, *nurse-led inpatient care* (13). V Angliji uporabljajo za kratkotrajno zdravstveno nego največkrat izraz *interme-*

mediate care, v Ameriki pa uporabljajo izraz *sub-acute care*.

Med prvimi, ki so razvile negovalne oddelke, so bile ZDA že leta 1965. Država je ustanovila mrežo različnih ravni negovalnih bolnišnic, domske oskrbe in pomoči na bolnikovem domu (6).

Pojem negovalna bolnišnica ali oddelok tudi v našem prostoru ni več nov. V zadnjih nekaj letih je bilo kar nekaj poskusov, da bi ustanovili negovalno bolnišnico ali oddelok. Žal brez uspeha (1).

Potreba po negovalnih oddelkih ali bolnišnicah je pomembna zaradi zniževanja stroškov, prezasedenosti bolnišnic in zaradi potreb po skrajšanju ležalne dobe. Ta potreba ni lastna samo nam, ampak je bila tudi v svetu prvi povod za ustanavljanje negovalnih bolnišnic, oddelkov ali posameznih negovalnih postelj.

V večina držav se srečuje s problemom nepotrebne hospitalizacije, katere vzroki so lahko medicinski, ne-

govalni, rehabilitacijski ali socialni (7, 43, 44, 37, 33). Vse to podaljšuje čas hospitalizacije in seveda tudi podraži zdravljenje.

Zelo pomemben je še en dejavnik: staranje prebivalstva, in s tem povezani višji stroški zdravljenja (12). Bolniki v starostni skupini med 75 in 80 let porabijo štiri krat več, starostniki nad 80 let pa kar osem krat več sredstev za zdravstvene storitve (11).

Menim, da pri nas do uresničenja idej ni prišlo predvsem zato, ker še danes večina ljudi ne razume vsebine delovanja negovalnih bolnišnic ali oddelkov. To nerazumevanje je predvsem med zdravstvenimi delavci. Mnogi jih primerjajo s hiralnicami in hospici (1). Težje je razumeti, da je to lahko tudi prehodna – časovno omejena oblika bivanja v zdravstveni ustanovi, kjer bolniki nadaljujejo z različnimi rehabilitacijskimi programi, zdravstvenovzgojnimi programi, zdravstveno nego ali pa v tem času rešujejo socialno problematiko. Za to vrsto negovalnih oddelkov pa se je potrebno dogovoriti o natančnih kriterijih za sprejem in izdelati programe za delo (13, 16).

V Sloveniji potrebujemo različne vrste negovalnih postelj, predvsem negovalne oddelke, ki bodo omogočali kratkotrajno podaljšano bivanje bolnikov v njih. S tem ne bomo zmanjšali samo stroškov, temveč tudi izboljšali kakovost bolnikovega življenja in zmanjšali pritisk na aktivne bolnišnične postelje. Z aktivno pripravo na odpust bolnika je potrebno pričeti že s sprejemom v bolnišnico.

Poleg jasnih splošnih kriterijev potrebujemo še natančno opredeljene specifične kriterije, ki pa jih določijo ustanove, ki imajo negovalne postelje.

Študija upravičenosti odprtja negovalnega oddelka bolnišnice

Bolnišnica Golnik ima danes 237 postelj. Že od njene ustanovitve v letu 1921 se pri nas v večji meri zdravijo predvsem bolniki s pljučnimi obolenji (70 %) in bolniki z ostalimi internističnimi obolenji. Zaradi narave pljučnih bolezni (KOPB, pljučna tuberkuloza...) je zdravljenje pogosto dolgotrajno. Pri bolnikih s tovrstno patologijo se pogosto srečujemo tudi s socialnoekonomsko problematiko.

Tudi pri nas narašča število starejših bolnikov in s tem povezano dražje zdravljenje.

Zaradi previsoke zasedenosti bolnišnice (94 %) in ob ugotovitvah oddelkov, da bolniške postelje pre pogosto zasedajo bolniki, ki ne potrebujejo več aktivnega zdravljenja, smo pričeli razmišljati o možnosti organiziranja negovalnega oddelka.

Najprej smo morali ugotoviti kakšne so pri nas dejanske potrebe po negovalnih posteljah.

Namen študije upravičenosti odprtja negovalnega oddelka v Bolnišnici Golnik, ki je potekala tri mesece, je bil naslednji:

1. določiti namen ustanovitve negovalnega oddelka,

2. določiti natančne kriterije za sprejem v negovalni oddelok,
3. določiti medicinske kriterije,
4. določiti cilje študije.

Namen ustanovitve negovalnega oddelka:

1. skrajšati hospitalizacijo v aktivnem delu bolnišnice in olajšati prehod iz bolnišnice v domačo nego ali drugo ustanovo;
2. omogočiti začasen sprejem bolnikom, ki potrebujejo zdravstveno nego ali občasen nadzor;
3. izboljšati kakovost življenja in odpusta bolnika.

Kriteriji za sprejem v negovalni oddelok:

1. Kronični bolniki, ki po končani hospitalizaciji v aktivnem delu bolnišnice potrebujejo še rehabilitacijski program ali druge programe zdravstvene vzgoje;
2. bolniki, ki po končanem terapevtskem programu v aktivnem delu bolnišnice in pred odhodom v domačo oskrbo ali drugo organizirano obliko varstva potrebujejo še nadaljevanje zdravstvene nege;
3. bolniki, pri katerih je potrebno nadaljevati v bolnišnici začetno terapijo in še potrebujejo občasen nadzor;
4. bolniki, ki potrebujejo le zdravstveno nego in v celoti sami krijejo stroške bivanja.

Medicinski kriteriji za sprejem iz aktivnega dela bolnišnice:

1. Bolnik, ki se je zdravil v bolnišnici vsaj dva do tri dni (ne velja za bolnike pod četrto točko kriterija za sprejem);
2. hemodinamsko in respiratorno stabilen bolnik;
3. elektrolitsko urejen;
4. nima intravenozne terapije (samo v primeru, ko je le ta vzrok za nadaljevanje hospitalizacije);
5. psihično urejen bolnik, ki ima v bolnišnici preizkušeno sedativno ali antipsihotično terapijo ter zato ne potrebuje stalnega nadzora.

Cilji študije:

1. Določiti odstotek bolnikov v naši bolnišnici, ki bi potrebovali nadaljnjo oskrbo v negovalnem oddelku;
2. glede na različne potrebe teh bolnikov določiti posamezne časovne omejitve in najdaljši čas bivanja na negovalnem oddelku;
3. ugotoviti, za koliko časa bi lahko skrajšali ležalno dobo v bolnišnici;
4. ugotoviti, ali bi lahko izkoristili posteljne zmogljivosti že obstoječega števila postelj ali pa bi potrebovali še dodatni posteljni fond;
5. preučiti mnenje bolnikov in svojcev o negovalnem oddelku in njihovo pripravljenost za vključevanje v program dela.

Metoda dela

Študija je potekala od 20. oktobra 1997 do 31. januarja 1998. V študijo so bili vključeni vsi oddelki, razen Pnevmoškega oddelka v Ljubljani in Oddelka za intenzivno terapijo in nego. Vključeno je bilo 227 postelj. Zbiranje podatkov je potekalo z anketnim vprašalnikom, ki sem ga izpolnjevala sama.

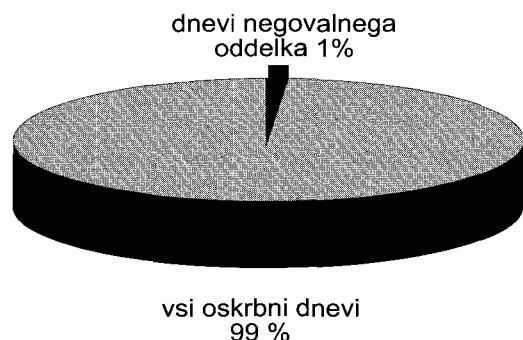
Pred pričetkom študije so bili vodje oddelkov in medicinske sestre seznanjeni z namenom in načinom študije ter kriteriji. Pri hospitaliziranem bolniku je lečeči zdravnik določil »zaključek zdravljenja v aktivnem delu bolnišnice«. Z lečečim zdravnikom in medicinsko sestro je bil opredeljen vzrok nadaljnjega bivanja v bolnišnici – negovalnem oddelku.

Rezultati študije

V trimesečnem obdobju je bilo po znanih kriterijih izbranih 87 bolnikov za negovalni oddelek.

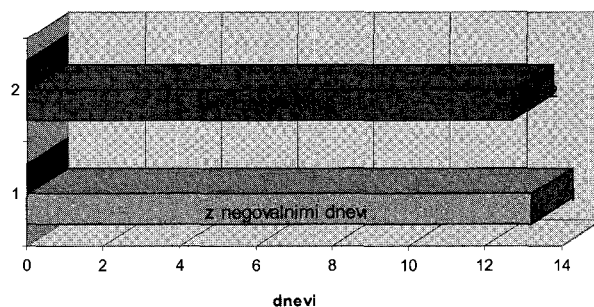
Povprečna starost bolnikov je bila 71 let in le 25 % bolnikov je bilo mlajših od 65 let. Pri spolu ni bilo pomembne razlike med moškimi in ženskami. Najpogostejši vzrok za sprejem izbranih bolnikov v bolnišnico so bile pljučne bolezni (69 %), sledile pa so bolezni srca, arterijska hipertenzija, maligna obolenja in socialna indikacija. Od vseh bolnikov, ki so bili predvideni za negovalni oddelek, jih v zadnjih treh letih 39 % ni bilo sprejetih v našo bolnišnico, ostali bolniki pa so bili v tem času hospitalizirani od enkrat do osemkrat. V treh letih je bila več kot enkrat hospitalizirana ena tretjina (34,5 %) bolnikov.

Povprečna ležalna doba izbranih bolnikov je bila v času celotnega zdravljenja 21,8 dni. Skupno število oskrbnih dni, ko so bili sprejeti v negovalni oddelek, je bilo 913, kar predstavlja 1,1 % vseh oskrbnih dni v letu 1997, s povprečno ležalno dobo 10,4 dni (graf 1 in 2).



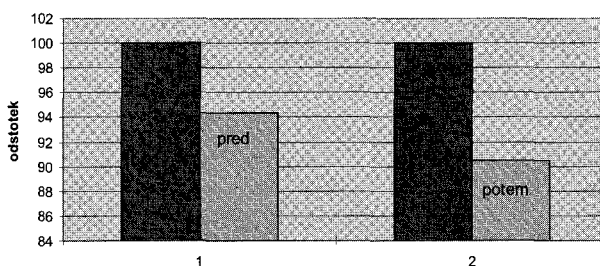
Graf 1. Oskrbni dnevi negovalnega oddelka v času študije v primerjavi s celoletnimi oskrbnimi dnevi

Zaradi negovalnih oskrbnih dni, ob upoštevanju negovalnih oskrbnih dni v treh mesecih, predvidevamo za 3,6 % znižanje števila oskrbnih dni v naši bolnišnici. Zaradi premestitve na negovalni oddelek bi lahko ležalno dobo skrajšali za 0,6 dneva oziroma za 0,9 %.



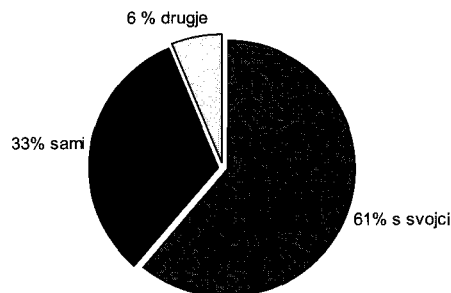
Graf 2. Povprečna ležalna doba

Na oddelkih, kjer je študija potekala, je bila zasedenost postelj 94 %. Z upoštevanjem skrajšane ležalne dobe zaradi negovalnega oddelka pa je zasedenost bolnišničnih aktivnih postelj 90 %, kar pomeni 4 % (3,95) nižjo zasedenost bolnišnice (graf 3).



Graf 3. Zasedenost bolnišnice pred uvedbo negovalnih postelj in po njej

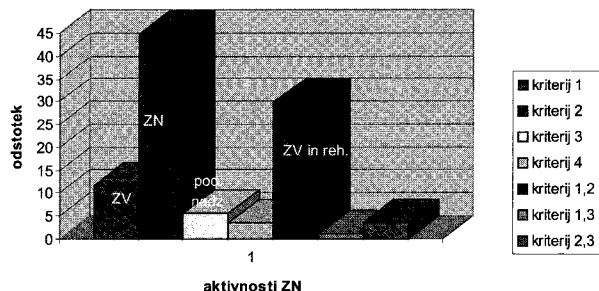
Zanimiv je podatek, da kar 33 % bolnikov, predvidenih za negovalni oddelek, živi samih, njihova povprečna starost pa je 74 let. Z negovalnega oddelka je bilo 6,9 % bolnikov premeščenih v eno od oblik domačega varstva, 9,2 % bolnikov je umrlo, 2 % bolnikov sta bila premeščena nazaj v aktivni del bolnišnice, ostali bolniki pa so bili odpuščeni domov (graf 4).



Graf 4. S kom oziroma kje bolnik živi

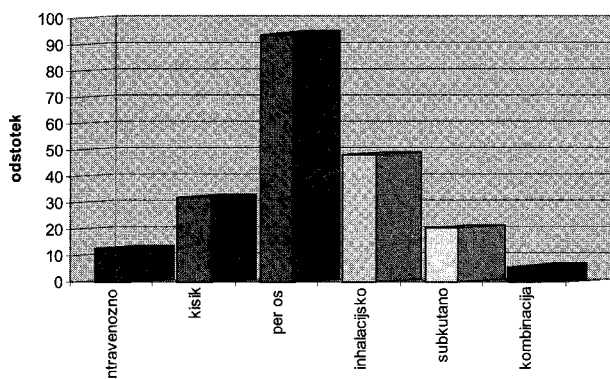
Najpogostejši vzrok za »sprejem« v negovalni oddelek je bila potreba po nadaljnji zdravstveni negi (45 %), tej sledi kombinacija potreb po zdravstveni negi in rehabilitaciji (30 %) ter potreba po različnih zdravstvenovzgojnih programih in rehabilitaciji 11 %. Pri nas so to Šola za zdravljenje s kisikom na bolnikovem

domu, Šola za astmatike in respiratorna rehabilitacija ter Zdravstvena vzgoja bolnikov s tuberkulozo. V manjši meri je prisotna potreba po podaljšanem nadzoru. Kar pri 23 bolnikih je bila poleg znanih kriterijev dodana še socialna indikacija. Ta je bila izrazitejša pri bolnikih, ki živijo sami doma, in tudi pri bolnikih, ki imajo bolnega ali oslabelega zakonskega partnerja in nimajo urejene dodatne pomoči na domu. Težje je bilo ločevati med potrebo po splošni rehabilitaciji in respiratorni rehabilitaciji. V splošno rehabilitacijo bi lahko vključili kar vse bolnike, medtem ko respiratorna rehabilitacija zajema celoten del bolnikov s pljučnimi obolenji (graf 5).



Graf 5. Odstotek bolnikov po kriterijih

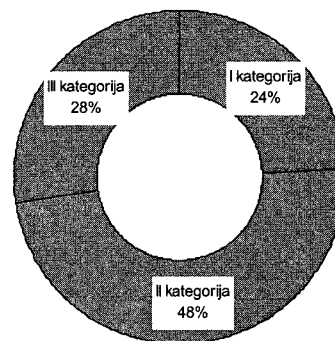
Način prejemanja zdravil pri bolnikih je bil najpogostejše per os, v 12 % pa je bila dana tudi intravenska terapija, ki pa je bila že v nekaj dneh po sprejemu v negovalni oddelk ukinjena oziroma spremenjena v terapijo per os (graf 6).



Graf 6. Načini prejemanja zdravil

Pri oceni zdravstvene nege so bili bolniki razvrščeni v tri kategorije. Uporabljena je bila kategorizacija bolnikov po San Joaquinu. Kategorizacija bolnikov po San Joaquinu je bila uporabljena v študiji Kliničnega centra Ljubljana – *Workload, quality and stress*, v katero je vključena tudi naša bolnišnica (graf 7).

V I. kategorijo je bilo razvrščenih 24 % bolnikov, starih povprečno 68 let. Najpogostejši vzrok za spremembo na negovalni oddelk so bili zdravstvenovzgojni programi, splošna rehabilitacija in socialna indikacija. V dveh primerih je šlo za urinsko inkontinenco in potrebo po oskrbi kronične rane.



Graf 7. Kategorije zdravstvene nege

V II. kategoriji je bilo 48 % bolnikov, starih 60 let. V tej kategoriji je bila izrazitejša potreba po zdravstveni negi, pomoč pri samooskrbi in splošna rehabilitacija. Pri večini bolnikov iz II. kategorije se je pokazala tudi potreba po podaljšanem nadzoru nad jemanjem zdravil. Oskrba kronične rane je bila potrebna pri petih bolnikih, bronhialna toaleta z aspiracijami pa pri enem bolniku s trajno vstavljenjo kanilo.

V tej kategoriji je bila pri 12 bolnikih za bivanje v negovalnem oddelku prisotna tudi socialna indikacija.

V III. kategorijo je bilo razvrščenih 28 % bolnikov, starih povprečno 72 let. Od 24 bolnikov jih je bilo 17 inkontinentnih (6 bolnikov je imelo Folleyev kateter), 7 bolnikov je bilo hranjenih po nasogastrični sondi, pri 6 bolnikih pa je bila potrebna tudi oskrba kronične rane (razjeda zaradi pritiska, gangrena palca na nogi, ulkus cruris).

Vsi bolniki so bili ocenjeni prvi ali drugi dan, ko so bili predvideni za »sprejem« v negovalni oddelk. 41 % bolnikov je bilo ocenjenih tudi pri odhodu. Pri razvrščanju v kategorije je vselej sodelovala tudi timska medicinska sestra oddelka.

Pri bolnikih, predvidenih za negovalni oddelk, je bila ocenjevana tudi pripravljenost bolnika in svojcev za sodelovanje v procesu zdravljenja.

Na vprašanje bolniku, ali sodeluje pri zdravljenju in ali se zanima za svojo bolezen, je več kot polovica bolnikov (65,6 %) odgovorila pritrdilno. Pri pozitivnem odgovoru se je upoštevalo poznavanje bolezni, poznavanje načina življenja z boleznijo in pripravljenost sodelovanja pri zdravljenju.

Na oceno, kako sodelujejo svojci v procesu zdravljenja, je vplivalo mnenje bolnika o odnosu svojcev do njegove bolezni, razgovor s svojci, če je bilo to mogoče, in ocena negovalnega kadra o svojcih.

Sodelovanje in vključevanje svojcev v zdravljenje bolnika je bilo dobro pri 61 (70,2 %) bolnikih, 6 bolnikov pa ni imelo svojcev in znancev.

Pri ocenjevanju zadovoljstva bolnika je bilo ocenjeno splošno zadovoljstvo z bivanjem v bolnišnici, prijaznost in ustrežljivost zdravstvenega osebja, zadostna komunikacija in obveščanje med osebjem in bolnikom ter želja po še dodatnih ponudbah v obliki opreme ali načinu dela.

Le dobra polovica (62,1 %) bolnikov je odgovorila, da so z vsem zadovoljni in da ne potrebujejo ničesar drugega. Petina bolnikov (20,6 %) je bilo nezadovoljnih ali delno zadovoljnih.

Pri nezadovoljstvu je bila najpogostejše poudarjena premajhna obveščenost o bolezni, neprijaznost in nerazumevanje zdravstvenega osebja ter pomanjkanje časa za posameznega bolnika – naglica. Pogrešali so družbo in si želeli več obiskov ter možnost gledanja televizije.

Razprava

Velikost dobljenega vzorca bolnikov v študiji prav gotovo potrjuje nujnost odprtja negovalnega oddelka. Dokaj dobro lahko ocenimo, v kakšni obliki in velikosti lahko ustanovimo negovalni oddelki v naši bolnišnici. Pričujoče analize ni mogoče primerjati s podobnimi doma, ker pač niso bile narejene. Po podatkih iz tuje literature pa niso nikjer ustanavljali negovalnih centrov brez predhodnih, vsaj minimalnih analiz o potrebnosti in obliki nege, ki naj bi jo izvajali v takih centrih ali oddelkih (6,13–16, 19).

Nujnost odprtja prehodnih oblik negovalnih oddelkov je bila povsod podprta s trditvijo, da nezadostno podprt in organiziran prehod iz bolnišnice v domačo oskrbo ali drugo organizirano obliko varstva predstavlja predvsem škodo za bolnika, hkrati pa tudi za družbo (20–22).

Kje naj bodo organizirani centri ali oddelki za prehodno obliko zdravstvene nege?

Mnenja so deljena. Tam, kjer so bolniki, ki zahtevajo še delno zdravstveno nego in terapevtski nadzor in kjer so zahteve po zdravstveni negi večje (nega rane, intravenozna terapija, nega bolnika na respiratorju, rehabilitacija po globoki venski trombozi) zagovarjajo ustanovitev negovalnih oddelkov v sklopu bolnišnice. Take oblike organizacije naj bi omogočile tudi večje zadovoljstvo osebja, ki dela na teh oddelkih, ker ima tako možnost stikov z zdravstvenim osebjem bolnišnice, možnost uporabe rentgena in ostalih pripomočkov in je tudi ves čas vključeno v tok dogajanja na področju razvoja zdravstvene nege.

Zagovorniki samostojne oblike organiziranja pa to utemeljujejo z večjo možnostjo povezave s primarno ravno zdravstvenega varstva ter organizacijo še dodatnih servisov v sklopu negovalne bolnišnice. Odsvetujejo pa, da bi bile postelje v sklopu oddelkov, kjer je namembnost postelje mogoče hitro spremeniti. Vodenje in delo bi bilo – glede na potrebe bolnikov – zelo prožno (27).

To še bolj poudarjajo pri posebnih skupinah bolnikov, kot so kronični bolniki, bolniki po raznih kirurških posegih (po operaciji kolka, kolena), stanja po možganski kapi in nasploh pri oslabilih bolnikih.

Z dano možnostjo prehoda v eno od prehodnih oblik bivanja po odpustu iz bolnišnic bi se zmanjšal pritisk na bolnišnice, hkrati pa bi tako omogočili sprejem bol-

nikom, z medicinsko indikacijo za sprejem v bolnišnico.

Rezultati naše študije so potrdili pravilno postavitve kriterija kroničnega bolnika. V 69 % so to bolniki s pljučno simptomatiko, ki je pogosto tudi kronična. Potrebe teh bolnikov pa so predvsem usmerjene na respiratorno in splošno rehabilitacijo in zdravstvenovzgojne programe in zdravstveno nego. Med zdravstvenovzgojnimi programi je najpogostejša Šola za zdravljenje s kisikom na bolnikovem domu.

Pri 30 % bolnikov sta bili v enaki meri prisotni potrebi po nadaljevanju zdravstvene nege in rehabilitacije. Samo zaradi zahteve po podaljšanem nadzoru bolnikovega zdravstvenega stanja je bilo ocenjeno manjše število bolnikov (5,7 %). Trije bolniki so bili sprejeti predvsem zaradi socialne indikacije. To število bi bilo gotovo večje, če bi imela bolnišnica nižjo stopnjo zasedenosti, tako pa pogosto ni možen sprejem niti bolnikov z medicinsko indikacijo. Najpogostejše – v 44,8 % – je bil izpolnjen kriterij po nadaljevanju zdravstvene nege, katere cilj je bil doseči čimvečjo stopnjo samostojnosti oziroma samooskrbe.

Težko je točno opredeliti vzrok ponovnih hospitalizacij, prav gotovo pa na to vpliva tudi nezadostna priprava na odpust bolnika. Tu imajo pomembno vlogo svojci in socialna podpora tem bolnikom, predvsem glede ureditve domačega okolja in organizacije dodatne pomoči v povezavi s patronažno službo in domovi za starejše občane.

Veliko ljudi, ki bi bili ocenjeni za rizične, se izgubi v širšem okolju (21). Ob ponovni hospitalizaciji zaradi medicinske indikacije ponovno postanejo nerešen negovalni in socialni problem. Tak začarani krog je možno reševati le z organiziranimi oblikami vmesne zdravstvene nege in ostalih oblik pomoči na domu ter organiziranega varstva (19).

Potrebe po začasni vmesni zdravstveni negi, rehabilitaciji in dolgotrajni negi v prihodnje ne bodo odvisne samo od starosti bolnikov, temveč tudi od njihovega zdravstvenega stanja.

Zato naj bi tudi prehodni negovalni centri odigrali vlogo preventive v zdravstveni negi, rehabilitaciji in drugih oblik pomoči, in ne samo kurative (22).

Že med potekom študije se je pokazalo, da se kriteriji za sprejem lahko hitro spremenijo. Nanje v večji meri vpliva predvsem raznolikost bolezni, ki jih ima starostnik. V letu 1995 je pilotska študija v Angliji pokazala, da ni smiselno postavljati zelo ozkih in strogih kriterijev, ker so zaradi starostne strukture bolnikov, trenutnega bolezenskega stanja in zelo širokih potreb teh bolnikov hitro prekoračeni (17).

Izkušnje pionirskega centra na tem področju (Loeb Center, New York) in negovalnih centrov v Angliji so pokazale, da tudi ohlapnost zahtevanih kriterijev ni priporočljiva, ker se negovalni centri za nudenje prehodne zdravstvene nege kaj hitro spremenijo v negovalne bolnišnice za dolgotrajno nego ali pa te postelje predstavljajo zadnje postajališče bolnikov (6, 18, 29).

Prav gotovo morajo biti kriteriji postavljeni tako, da vključujejo bolnike, pri katerih je cilj izboljšanje samooskrbe ali pa priprava na drugo obliko varstva in pomoči.

Analiza študije v Bolnišnici Golnik je pokazala, da predstavljajo oskrbni dnevi negovalnega oddelka 3,6 % vseh oskrbnih dni v letu, kar pomeni 290 bolnikov letno s povprečno ležalno dobo 12,6 dni v negovalnem oddelku. Zasedenost bolnišnice pa bi s tem zmanjšali za 3,9 %. Glede na izkušnje negovalnih centrov in oddelkov je povprečna ležalna doba podobna naši ali višja od 20–50 dni (17, 23). Nanjo pa predvsem vpliva vrsta obolenja bolnikov, ki so sprejeti v negovalne oddelke. Najkrajši čas bivanja ni nikjer določen. V naši analizi je bilo najkrajše bivanje en dan.

Analiza dobljenih podatkov pri nas je pokazala, da je povprečna starost bolnikov 71 let ne odstopa od povprečne starosti bolnikov, ki jo imajo negovalni oddelki v tujini. V enem od angleških centrov je povprečna starost celo 82 let (18). Spodnja starostna meja je od 16 do 18 let. Le-ta tudi pri nas ne bi smela biti pod 18 let. Najmlajši bolnik v naši študiji je bil star 18 let.

Bolniki so najpogosteje sprejeti od doma in največkrat odpuščeni v domačo nego. Bivanje v domačem okolju ima prav gotovo prednost pred ostalimi organiziranimi oblikami varstva. Več priprav bolnika na odpust in dobro oceno njegovih psihosocialnih potreb je potrebnih še posebno takrat, kadar bolnik živi sam (20, 19, 25, 34). Končni izid je prav gotovo samostojnost ob povratku domov (13).

Za organiziranje dela v negovalnem oddelku je – poleg že omenjenih stvari – zelo pomembna stopnja kategorije zdravstvene nege, ki jo bolniki potrebujejo. Kategorija zdravstvene nege ima tudi neposreden vpliv na same stroške negovalnih centrov, ne glede na to, v kakšni obliki so organizirani – kratkotrajna ali dolgotrajna zdravstvena nega (26).

Razdelitev bolnikov po kategorijah zdravstvene nege je odvisna od bolnikove odvisnosti oziroma potreb po zdravstveni negi. Pri zdravstveni negi ocenjujemo samostojnost pri higieni, gibanju in prehranjevanju ter število potreb po negovalnih postopkih (36).

San Joaquinova kategorizacija je bila upoštevana tudi v predlogu kadrovskih normativov za zdravstveno nego v Planu zdravstvenega varstva do leta 2000 in je bila uporabljena v študiji Kliničnega centra Ljubljana – Workload, quality and stress (8). Zelo podobno kategorizacijo so vpeljali Švedi, pod imenom ZEBRA System (26). Primerna je za akutno zdravstveno nego in dolgotrajne oblike zdravstvene nege.

Za zdravstveno nego v I. kategoriji v povprečju potrebujemo 6,1 ure, v II. kategoriji 7,6 ure in v III. kategoriji 11,1 ure na dan ZEBRA (27). Po ameriških podatkih pa je potrebno za subakutno nego v povprečju 4,24 ure / bolnika/ dan (16). Število kadra po predlaganih kadrovskih normativih za posamezne kategorije zahtevnosti Kliničnega centra Ljubljana so; 1,89 bolnikov /1 medicinsko sestro (81 % ZT in 19 % VMS) za

I. kategorijo, 0,84 bolnika / 1 medicinsko sestro (73 % ZT in 27 % VMS) za II. kategorijo in 0,40 bolnika / 1 medicinsko sestro (75 % ZT in 25 % VMS) v III. kategoriji na dan.

Dve tretjini bolnikov (72 %) sta bili v študiji ocenjeni s I. in II. kategorijo, kar zopet potrjuje, da izbor bolnikov v študiji v večji meri omogoča glavne cilje podaljšane nege – izboljšanje psihofizičnega stanja bolnika in izboljšanje kakovosti življenja. V III. kategoriji pa je možno bolnike negovalno stabilizirati do te mere, da so sposobni za dolgotrajnejše bivanje na negovalnih oddelkih ali za druge oblike organizirane pomoči.

V naši analizi je bila smrtnost bolnikov 9,8 %, kar je sprejemljivo. Podatki Shipley Hospital – London navajajo 12,2 % smrtnost (17).

V obdobju, ki je predvideno za bivanje na negovalnem oddelku, so bolniki prejeli terapijo na različne načine. Najpogostejši način je bil per os, ki pa je bil v večini primerov v kombinaciji s subkutano aplikacijo ali inhalacijskim vnosom zdravila. Občasno je bila prisotna tudi intravenozna terapija (12,8 %), ki je bila po nekaj dneh zaključena. Pogostnost je bila največ na 8 ur. Negovalni oddelk ne izključuje možnosti dajanja intravenozne terapije. Pogosto so imeli bolniki tudi terapijo s kisikom. Razen pri bolnikih s trajnim zdravljenjem s kisikom na domu in tistih, ki so potrebovali daljše obdobje za stabilizacijo, je bila to podporna terapija. Potrebovali so največ od 1–2 litra kisika na minuto.

Sodelovanje bolnikov je prav gotovo zelo pomemben dejavnik za dobro delo na negovalnem oddelku. Celoten zdravstveni tim mora vzpostaviti zelo dobro komunikacijo z bolnikom. S tem je dosežena dobra povratna informacija, ki zagotavlja tudi ugotavljanje bolnikovih potreb po zdravstveni negi in ostalih oblikah pomoči. Starejši bolniki so zahtevnejša skupina ljudi, ki zahteva celostno obravnavo in precej več časa. Načrt odpusta bi se moral pričeti s prihodom bolnika, da se mu lahko uredi varen odhod v okolje, kakršno zahteva njegovo zdravstveno stanje (34). Bolniki so zadovoljni, če si osebe vzame čas za pogovore, ki se ne tičejo vedno bolezni in trenutnih problemov. Nesodelovanje in nezadovoljstvo sta pogostokrat vzrok premajhne informiranosti bolnika, ki ga je zato tudi bolj strah glede njegovega stanja v bodoče. Zdravstveno osebo je velikokrat preobremenjeno z izvajanjem diagnostike in medicinskih opravil na račun zdravstvene nege. To pa se kasneje izraža tudi v slabem sodelovanju in informiranosti. Medicinska sestra v negovalnem oddelku bo razbremenjena pomoči zdravniku in priprave bolnika na diagnostiko in na zahtevnejše terapevtske posege. Lahko se bo posvetila posameznim problemom pri bolniku, boljši komunikaciji, zaznavala bolnikove občutke in v času bivanja dala bolniku dovolj potrebnih informacij (28, 29). Dobra priprava bolnika na odpust in poznavanje razmer, v katere bo bolnik odpuščen, sta velikega pomena za njegovo nadaljnje življenje, še posebno, kadar nima svojcev.

Dobrih uspehov v negovalnem oddelku ne moremo pričakovati, če v sodelovanje ne bomo vključili tudi svojcev. Ti morajo biti tekoče informirani o dnevnih načrtih zdravstvene nege in ostalem rehabilitacijskem programu. Poznati morajo tudi vsebine teh načrtov. Čim boljše so motivirani, tem boljše in hitreje se bodo pričeli aktivno vključevati v proces zdravstvene nege.

V naši študiji se je dve tretjini svojcev zanimalo za sodelovanje, ostali manj ali pa so bili povsem nezainteresirani. Finska študija »Izkušnje sorodnikov in njihova vloga v bolnišnici« je pokazala, da so se svojci pripravljali vključevati v proces zdravljenja, niso pa vedno prepričani, da so s strani zdravstvenega osebja dobrodošli. Priporočeno je bilo, da mora osebje izkazovati več pozornosti družinskim članom (31). Dobro vključevanje svojcev v proces zdravljenja daje veliko psihično podporo bolnikom, občutek večje varnosti in samozavesti in s tem pripomore k boljšemu sodelovanju bolnika. Bolnika in svojce moramo vzgajati tako, da bodo čim bolj samostojni.

Z vključevanjem svojcev mora medicinska sestra pričeti že ob prvem stiku z njimi. Hitro lahko spozna tudi urejenost odnosov v družini ter pretok informacij, ki vplivajo na nadaljnji potek sodelovanja (32).

Organizacija negovalnega oddelka

Negovalni oddelek bo deloval v sklopu bolnišnice, vendar ločen od bolnišničnih oddelkov. V negovalni oddelek so lahko sprejeti le tisti bolniki, ki so zaključili medicinsko terapevtski program v aktivnem delu bolnišnice, so zdravstveno stabilni in pred odhodom v domačo nego ali drugo obliko varstva potrebujejo še:

- nadaljevanje zdravstvene nege,
- nadaljevanje v bolnišnici začete terapije,
- zdravstveno vzgojne programe,
- občasen nadzor,
- različne oblike rehabilitacije in
- različne oblike socialne pomoči.

V negovalni oddelek so lahko sprejeti tudi bolniki od doma ali iz druge ustanove zaradi:

- novo nastalih negovalnih problemov,
- potreb po kratkotrajni zdravstveni negi,
- kratkotrajnega nadzora psihofizičnega stanja,
- reševanja socialne problematike.

Bivanje v negovalnem oddelku je časovno omejeno na največ tri mesece. Osnovno vodilo negovalnega oddelka je:

- izvajanje kakovostne zdravstvene nege in ostalih storitev, katerih cilj je izboljšanje oziroma stabilizacija bolnikovega zdravstvenega stanja glede na možnost samooskrbe ter
- zagotovitev primernih zdravstvenih in socialnih storitev, ki jih bolnik potrebuje po odpustu.

Strokovna raven zdravstvene nege ne sme biti nižja od bolnišnične. Zaradi manjše obremenjenosti s terapevtsko diagnostičnimi storitvami negovalni kader v celoti izvaja program zdravstvene nege in z njo povezane storitve. Ves čas zagotavlja kakovostno izvajanje zdravstvene nege in sledi vsem novostim na tem področju. Bolnika obravnava individualno in celotno. S postopki zdravstvene nege in zdravstvene vzgoje spodbuja bolnika k čim večji samooskrbi in pri tem v največji možni meri vključuje tudi svojce. Ves čas dela v tesni povezavi z ostalimi člani zdravstvenega tima – s fizioterapevtom, socialnim delavcem, delovnim terapevtom in zdravnikom.

Ob odpustu iz bolnišnice bolnik največkrat ne dobi potrebne informacije in znanja za samooskrbo (28).

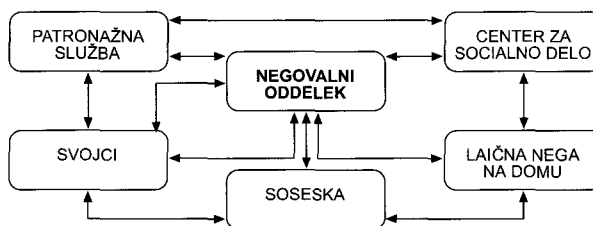
Izkušnje kažejo, da so informacije pogosto nejasne, ker jih bolnik dobi prepozno ali pa ker so mu povedane na hitro. V času bivanja bolnika na negovalnem oddelku medicinska sestra nameni veliko časa pripravi bolnika in svojcev na odpust in razumevanju vseh informacij, ki jih bolnik dobi (30). Povezuje se s patronažno službo oziroma negovalno službo v domovih starejših občanov.

Pri sprejemu bolnika mora vedno sodelovati celoten zdravstveni tim – medicinska sestra, zdravnik, fizioterapevt, delovni terapevt in socialni delavec.

V negovalnem oddelku se mora voditi tudi vsa potrebna dokumentacija.

Za kakovostno in uspešno delo v negovalnem oddelku je izdelanih več različnih programov, ki so individualni ali skupinski (35). V programe so zajeti vsi udeleženci procesa.

Zelo pomembno je povezovanje negovalnega oddelka z drugimi dejavnostmi, kot so: patronažna služba, center za socialno delo, svojci, soseska in laična nega na domu (graf 8).



Graf 8.

Bolnik se giblje lahko na različnih relacijah. Na začetku bo najpogostejša pot iz bolnišnice na negovalni oddelek. Sčasoma, ko bo sprejet novi koncept pomoči, pa bo večji interes tudi za neposreden sprejem v negovalni oddelek.

Za kakovostno delo in vzdrževanje doseženih ciljev mora biti negovalni oddelek most med bolnišnico, patronažno in socialno službo, domom ter drugimi ustanovami. Tok informacij mora ves čas teči v obe smeri. Potrebno je iskati nove možne načine reševanja socialne problematike, predvsem pri starejših ljudeh.

Financiranje

Negovalni oddelki z že opisano vsebino zahtevajo drugačen način financiranja. V tem trenutku nam obstoječa zakonodaja tega še ne omogoča. Nujno je potrebno razmišljati o novih – drugačnih možnostih financiranja že obstoječih in novih programov (9, 38, 42). Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju zagotavlja pravice do dodatka za pomoč in postrežbo (2–4). Pogoji za pridobitev pravic bi se morali razširiti. Ne bi smeli biti omejeni samo na stalno pomoč in nego, temveč tudi na kratkotrajnejšo zdravstveno nego in pomoč. S tem bi bila dana možnost bivanja na negovalnih oddelkih. V način financiranja negovalnih oddelkov je potrebno vključiti tudi samega bolnika. Delež, ki bi ga prispeval bolnik, naj bi bil v višini materialnih stroškov, brez stroškov za nego in zdravlila (39). Ta sredstva bi lahko bolnik pokrival tudi z dodatnim zavarovanjem za primer, če bi potreboval nego. V povprečju pa je cena oskrbnega dne v negovalnem oddelku za približno 30 % nižja, ker ni drage diagnostike in uporabe aparatur.

Sklep

Študija je potrdila upravičenost odprtja negovalnega oddelka v naši bolnišnici, vendar ne na obstoječih posteljskih kapacitetah.

Z raziskavo smo dobili prve ocene o potrebah po negovalnih posteljah v določeni bolnišnici in potrditev, da je vzrok za daljšo hospitalizacijo tudi potreba po zdravstveni negi, splošni rehabilitaciji in socialna problematika. Ta prikaz je narejen na segmentu srednje velike bolnišnice z internističnimi posteljami. Ležalna doba je omejena na tri mesece. Za način financiranja pa je potrebna sprememba zakonodaje.

V času zbiranja podatkov sem sodelovala z različnimi možnimi udeleženci v tem projektu. Vsi so bili mnenja, da negovalne oddelke potrebujemo.

Težko je natančno določiti vse potrebe in način organiziranosti negovalnega oddelka, ker lastnih izkušenj še nimamo. V času delovanja bi morali vsaj leto dni pozorno spremljati delo, kategorije zdravstvene nege, vse potrebe bolnikov in z njimi povezane stroške. Šele po tem obdobju bi lahko z večjo natančnostjo določili stroške in ostale zahteve, ki so bile oziroma niso bile predvidene s tem projektom. Ta oblika negovalnega oddelka je lahko vzorčni model, ki pa ga je seveda mogoče prilagajati glede na potrebe posamezne bolnišnice in okolja.

Literatura

1. Poročilo o delu Iniciativnega odbora za ustanovitev Posebne splošne bolnišnice. Ljubljana, 1992.
2. Uradni list R Slovenije št. 9/92.
3. Uradni list R Slovenije št. 12/92.
4. Uradni list R Slovenije št. 54/92.
5. Obvladovanje sprememb v korist ljudi – Strateška razvojna poročila. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 1997: 104.
6. Griffiths P. In search of the pioneers of nurse – led care. *Nursing Times* 1997; 93: 46–8.
7. Appropriateness of hospital use: the European Biomed Project. European collaboration on appropriateness of hospital bed use: a commentary. *Int J Qual Health Care* 1995; 7: 185–6.
8. Plan zdravstvenega varstva Republike Slovenije do leta 2000. Ljubljana: Ministrstvo za zdravstvo, 1993.
9. Program razvoja varstva starejših oseb na področju socialnega varstva v Sloveniji do leta 2005. Ljubljana: Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve, 1997.
10. Košir T, Zajec J. Negovalna bolnišnica v Sloveniji (delovni osnutek). Ljubljana: Ministrstvo za zdravstvo R Slovenije, 1997.
11. Acute medical care of elderly people. *British Geriatrics Society Compendium Document*. Section 15. 1995.
12. Projekcije prebivalstva v R Sloveniji 1995–2020. Ljubljana: Zavod R Slovenije za statistiko, 1995: 27.
13. Steiner A, Vaughan B. Intermediate care: a discussion paper. In: King's Fund intermediate care. A discussion paper arising from the King's Fund seminar held on 30th October 1996. London: King's Fund, 1997: 1–8.
14. Steiner A. Intermediate care: a conceptual framework and review of the literature. London: King's Fund, 1997.
15. HSRC. Rebuilding Ontario's Health System: Interim planning guidelines and implementation strategies. Long term care. Ontario: Health Services Restructuring Commission, 1997.
16. HSRC. Rebuilding Ontario's Health System: Interim planning guidelines and implementation strategies. Sub-acute care. Ontario: Health Services Restructuring Commission, 1997: 68–138.
17. Clleg A, Ince S. Halfway home. *Nursing Times* 1997; 93: 38–9.
18. Clleg A, Hibbs L, Ince S. Shipley Hospital: report of the first year, 1 April 1996 – 31 March 1997. Shipley: 1997.
19. Ishizaki T, Kai I, Hisata M, Kobayashi Y, Wakatski K, Ohi G. Factors influencing users' return home on discharge from a geriatric Intermediate Care Facility in Japan. *JAGS* 1995; 43: 623–6.
20. Sturdy D, Carpenter I. Benefits of standardised assesment. *Nursing Times* 1997; 93: 53–5.
21. Cotter A. Look again: older people's physical and emotional needs change over time and one health assessment cannot always predict future requirements. *Nursing Times* 1997; 93: 37.
22. McCormack B. Long term health care and the ethics of the marketplace. *Nursing Times* 1997; 93: 28–30.
23. Nazarko L. Restoring independence *Nursing Management* 1997; 4: 21–3.
24. Heath H. Care of the elderly. *NT Careers Focus* 1997; 74–6.
25. Goessling S. Novi modeli pomoči ostarelim. Seminar za direktorje socialnovarstvenih zavodov. Hotel Ribno, Bled, 28. November 1995. Seminar Firis, 1995.
26. Levenstam AK, Engberg IB. How to translate nursing care into costs and staffing requirements: part two in the Zebra system. *J Nurs Manag* 1997; 5: 105–14.
27. Steiner A, Vaughan B. Where is proper locus of intermediate care? In: King's Fund Intermediate care. A discussion paper arising from the King's Fund seminar held on 30th October 1996. London: King's Fund 1997: 9–13.
28. Smith M et al. Are older people satisfied with discharge information? *Nursing Times* 1997; 93: 52–3.
29. Fuller D. Preparation makes perfect. *Nursing Times* 1997; 93: 44–5.
30. Caris-Verhallen W, Kerkstra A, Bensing JM. The role of communication in nursing care for elderly people: a review of the literature. *J Adv Nursing* 1997; 25: 915–33.
31. Astedt-Kurki P, Paunonen M, Lehti K. Family members' experiences of their role in a hospital: a pilot study. *J Adv Nursing* 1997; 25: 908–14.
32. Staab AS, Hodges LC. Family structures. In: Staab AS, Hodges LS *Essentials of gerontological nursing: adaptation to the aging process*. Philadelphia: J. B. Lippincott, 1996: 450–64.
33. Lang T, Davidoa, Logerot H, Meyer L. Appropriateness of admission: the French experience. *Int J Qual Health Care* 1995; 7: 233–8.
34. Elgie C. Discharge planning. *Nursing Management* 1998; 4: 10–11.
35. Mikuš-Kos A. Prostovoljci v bolnišnicah in socialnih zavodih. Ljubljana: Slovenska fondacija v sodelovanju z uradom WHO, Ministrstvo za zdravstvo R Slovenije, 1996.

36. Razširjen strokovni kolegij za zdravstveno nego in Zbornica zdravstvene nege Slovenije. Razmejitev zdravstvene nege. *Utrip* 1997; 5: 21–40.
37. Santos-eggimann B, Paccaud F, Blanc T. Medical appropriateness of hospital utilization: an overview of the Swiss experience. *Int J Qual Health Care* 1995; 7: 227–32.
38. Česen M. Organiziranost zdravstvenega sistema v Sloveniji. In: *Management v zdravstvu: Zdravstveni sistem in ekonomika zdravstva*, 11. oktober 1996. Ljubljana: Gea College; 1996: Tema 3: 1–57.
39. Goessling S. Financiranje domov za starejše in drugih oblik pomoči starejšim v Nemčiji. Seminar za direktorje socialnovarstvenih zavodov. Hotel Ribno, Bled, november 1995. Seminar Firis, Bled 1995: 1–6.
40. Vaughan B, Hanford L. Time of transition. *Nursing Times* 1997; 93: 36–7.
41. Griffiths P. In search of therapeutic nursing: subacute care. *Nursing Times* 1997; 93: 54–5.
42. Jelisavčič S, Košir F, Kramberger B et al. Obvladovanje sprememb v korist ljudi. Strateški razvojni program zdravstvenega zavarovanja v R Sloveniji. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje, 1997.
43. Lorenzo S, Sunol R. An overview of Spanish studies on appropriateness of hospital use. *Int J Qual Health Care* 1995; 7: 213–8.
44. Appropriateness of hospital use: an overview of Italian studies. *Int J Qual Health Care* 1995; 7: 219–25.