



Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije -
Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije

Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v patronažni dejavnosti

PRIPOROČILA OBRAVNAVE PACIENTOV V PATRONAŽNEM VARSTVU ZA DIPLOMIRANE MEDICINSKE SESTRE



Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije -
Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije



PRIPOROČILA OBRAVNAVE PACIENTOV V PATRONAŽNEM VARSTVU ZA DIPLOMIRANE MEDICINSKE SESTRE

Ljubljana, 2016

**Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije -
Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije
Strokovna sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v patronažni dejavnosti**

**PRIPOROČILA OBRAVNAVE PACIENTOV V PATRONAŽNEM VARSTVU
ZA DIPLOMIRANE MEDICINSKE SESTRE**

Pripravila: **mag. Jožica Ramšak Pajk**, viš. med. ses., prof. zdrav. vzgoje
Dokončno uredila: **Andreja Ljubič**, mag. zdr. neg.

DELOVNA SKUPINA

Mateja Berčan, mag. zdr. neg.,
Darja Hermonko, dipl. m. s., mag. zdr. soc. manag.,
Martina Horvat, dipl. m. s., predsednica strokovne sekcije,
Mojca Kalšek, dipl. m. s.,
Andreja Kaluža Buzak, dipl. m. s.,
Tomica Kordiš, dipl. m. s., mag. vzg. in man. v zdr. neg.,
Andreja Ljubič, dipl. m. s., mag. zdr. neg.,
Tea Napečnik, dipl. m. s.,
Majda Nešič, dipl. m. s.,
Mira Peroša, dipl.m.s., mag. zdr. neg., spec. patron. zdr. neg.,
Anita Smagej, dipl. m. s.,
Petra Torbarina, dipl.m.s.
Andreja Vrtovec, dipl. m. s., spec. patron. zdr. neg.

Pri nastajanju dokumenta so sodelovale tudi:

Renata Batas, dipl.m.s., ET
Marija Belovič, dipl.m.s., mag.zdr.neg.
Aleksandra Jančič, dipl.m.s., spec. patron.zdr.nege
Andreja Krajnc, viš. med. ses., univ.dipl.org.,
Aleksandra Mernik Merc, dipl.m.s., IBCLC
Staša Rojten, dipl. m. s.
Danica Sirk, viš.med.ses., univ.dipl.org.

Recenzentki:

Dubravka Sancin, prof. zdrav. vzgoje, mag. zdrav. nege,
mag. Tamara Štemberger Kolnik, dipl. m. s.

Izdala in založila: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije
Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v patronažni dejavnosti

Za založnico Zbornico – Zvezo: Darinka Klemenc

Lektoriranje: Tanja Sili
Priprava za tisk: Starling d. o. o. Vrhnika
Tisk: Tiskarna Povše Ljubljana
Naklada: 300 izvodov
Leto izdaje: 2016

KAZALO

PRIPOROČILOM IN KNJIŽICI NA POT

Darinka Klemenc 5

SPREMNA BESEDA PREDSEDNICE STROKOVNE SEKCIJE

Martina Horvat 6

MNENJI RECENZENTK

Dubravka Sancin, mag. zdr. nege, prof. zdr. vzg., mag. Tamara Štemberger Kolnik 11

Patronažno varstvo pred izzivi

UVODNO POGlavJE H KNJIGI PRIPOROČILA OBRAVNAVE PACIENTOV V PATRONAŽNEM VARSTVU ZA DIPLOMIRANE MEDICINSKE SESTRE

mag. Jožica Ramšak Pajk, viš. med. ses., prof. zdrav. vzgoje 15

PREVENTIVNA IN KURATIVNA DEJAVNOST V PATRONAŽNEM VARSTVU

Andreja Krajnc, viš. med. ses., univ. dipl. org. 22

ZDRAVSTVENA VZGOJA DRUŽINE

mag. Jožica Ramšak Pajk, viš. med. ses., prof. zdrav. vzgoje 28

PREVENTIVNI OBISK PRI NOSEČNICI

Darja Hermonko, dipl. m. s., mag. zdr. soc. manag., Andreja Ljubič, dipl. m. s., mag. zdr. nege,
Aleksanda Mernik Merc, dipl. m. s., IBCLC 31

OBRAVNAVA NOVOROJENČKA IN DOJENČKA NA DOMU

Andreja Ljubič, dipl. m. s., mag. zdr. nege, Mira Peroša, dipl. m. s., mag. zdr. nege,
Aleksanda Mernik Merc, dipl. m. s., IBCLC 35

PREVENTIVNI OBISK PRI OTROČNICI

Andreja Ljubič, dipl. m. s., mag. zdr. nege, Darja Hermonko, dipl. m. s., mag. zdr. soc. manag.,
Aleksandra Mernik Merc, dipl. m. s., IBCLC 45

PATRONAŽNI OBISK OTROKA V 2. IN 3. LETU STAROSTI

Andreja Ljubič, dipl. m. s., mag. zdr. nege, Tomica Kordiš, dipl. m. s., mag. vzg. in man. v zdr. negi 50

PREVENTIVNI OBISK PRI STAROSTNIKU, KI JE OSAMEL IN SOCIALNO OGROŽEN

Mateja Berčan, mag. zdr. nege, Andreja Krajnc, viš. med. ses., univ. dipl. org. 55

PATRONAŽNI OBISK PRI PACIENTU S KRONIČNIM OBOLENJEM

Majda Nešič, dipl. m. s., Petra Torbarina, dipl. m. s., Andreja Krajnc, viš.med.ses., univ.dipl.org. 58

SODELOVANJE V NACIONALNIH PREVENTIVNIH PROGRAMIH (DORA, ZORA, SVIT)

Andreja Kaluža Buzak, dipl. m. s., Tea Napečnik, dipl. m. s., Marija Belovič, dipl.m.s., mag. zdr. neg. 62

KONTROLA ŽIVLJENJSKIH FUNKCIJ IN ZDRAVSTVENEGA STANJA PRI PACIENTU NA DOMU	
Darja Hermonko, dipl. m. s., mag. zdr. soc. manag., Staša Rojten, dipl. m. s.	62
APLIKACIJA ZDRAVIL PACIENTU NA DOMU	
Petra Torbarina, dipl. m. s., Andreja Vrtovec, dipl. m. s., spec. patron. zdr. nege , Staša Rojten, dipl. m. s.	69
PATRONAŽNA ZDRAVSTVENA NEGA PACIENTA Z AKUTNO ALI KRONIČNO RANO	
Andreja Ljubič, dipl. m. s., mag. zdr. nege, Mira Peroša, dipl. m. s., mag. zdr. nege, Anita Smagej, dipl. m. s.	73
PALIATIVNA ZDRAVSTVENA NEGA IN OSKRBA V PATRONAŽNEM VARSTVU	
Andreja Vrtovec, dipl. m. s., spec. patron. zdr. nege , Staša Rojten, dipl. m. s., Marija Belovič, dipl. m. s., mag. zdr. neg.	78
KATETERIZACIJA PRI ŽENSKI V DOMAČEM OKOLJU	
Tomica Kordiš, dipl. m. s., mag. vzg. in man. v zdr. negi, Marija Belovič, dipl. m. s., mag. zdr. neg.	83
APLIKACIJA KLIZME V DOMAČEM OKOLJU	
Mojca Kalšek, dipl. m. s., Marija Belovič, dipl. m. s., mag. zdr. neg.	86
OBRAVNAVA PACIENTA S STOMO	
Petra Torbarina, dipl. m. s., Renata Batas, dipl. m. s., ET	88
OBRAVNAVA PACIENTA Z NAZOGASTRIČNO SONDO TER HRANILNIMI STOMAMI	
Darja Hermonko, dipl. m. s., mag. zdr. soc. manag., Renata Batas, dipl. m. s., ET	91
ODVZEM, PRIPRAVA IN TRANSPORT BIOLOŠKIH VZORCEV ZA LABORATORIJSKE PREISKAVE	
Tomica Kordiš, dipl. m. s., mag. vzg. in man. v zdr. negi	95
OBRAVNAVA PACIENTA S PERITONEALNO DIALIZO (PD) V DOMAČEM OKOLJU	
Andreja Krajnc, viš. med. ses., univ. dipl. org., Danica Sirk, viš. med. ses., univ. dipl. org.	98
PATRONAŽNI OBISK PRI PACIENTU S TRAJNIM ZDRAVLJENJEM S KISIKOM NA DOMU	
Aleksandra Jančič, dipl. m. s., spec.patron.zdr.nege	103

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

616-083:649

PRIPOROČILA obravnave pacientov v patronažnem varstvu za diplomirane medicinske sestre / [urednici Jožica Ramšak Pajk, Andreja Ljubič]. - Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v patronažni dejavnosti, 2016

ISBN 978-961-273-122-9

1. Ramšak-Pajk, Jožica
283609088

Priporočilom in knjižici na pot

Spoštovane kolegice in kolegi, cenjena strokovna in splošna javnost, dijaki in študenti zdravstvene in babiške nege, sodelavci v timih, vsi ki boste prebirali tole knjižico,

z velikim veseljem, z dobrimi željami in prepričanjem, da jo slovenski profesionalni prostor zdravstvene nege in oskrbe, še posebej patronažna stroka, potrebuje, pošiljamo knjižico »Priporočila obravnave pacientov v patronažnem varstvu« v življenje.

Dolgo, predolgo smo jo čakali, jo potrebovali, a jo istočasno nadgrajevali in izpopolnjevali, četudi je bila velika količina vsebine napisana že pred nekaj leti. Danes dopolnjena in posodobljena vas vabi v svojo notranjost. Ker je medtem lepo dozorela, se s pomočjo vključenih kolegic debelila in nadgrajevala, smo danes lahko resnično ponosni na svoj dosežek.

Najprej velika zahvala strokovni sekciji in njenemu vodstvu, da je sledilo usmeritvam Zbornice – Zveze in s tem potrebam stroke po oblikovanju enostavnih nacionalnih protokolov (ki sicer tole čisto niso, kliče pa tole odlično gradivo po oblikovanju) se je zadeve lotila in jo smelo zastavila. Zahvala velja čisto vsem sodelujočim kolegicam, tako predsednici strokovne sekcije Martini Horvat, mag. Jožici Ramšak Pajk, ki je koordinirala delovno skupino, Andreji Ljubič, ki je veliko pomagala pri urednikovanju, vsem navedenim soavtoricam, ki jih je imenovala strokovna sekcija, Hvala obema recenzentkama, vsem drugim. Sama se moram opravičiti za vso »gnjavažo«; kot nenehna priganjalka se sicer ne počutim najbolje, a prišli smo do cilja. Sem tudi sama sokriva za nekaj zamude, ki nas je, žal, spremljala vseskozi. A vendarle: vse je za nekaj dobro; knjižica je medtem zorela in padla v naše patronažne torbe kot lepo »zrela hruška«.

Naj se zahvalim tudi v imenu pacientov in njihovih bližnjih, oni se namreč veliko težje od mene. A vsebino knjižice bodo najbolj občutili prav oni. Verjamemo, da v njeni najboljši izdaji - na lastni koži, v svojih domovih, kjer vas težko čakajo in zelo potrebujejo. Če bodo zaradi strokovnih priporočil vsaj nekateri bolje oskrbovani, bo to naš skupni uspeh.

S to popotnico želim pospremiti publikacijo in vas, spoštovane kolegice in kolegi, študenti in dijaki, vsi drugi, na smelo, povabiti konkretno na pot uporabe. Naj bo za danes, za jutri in za pojutrišnjem. Srečno, spoštovane patronažne medicinske sestre.

Darinka Klemenc, predsednica Zbornice – Zveze

Spremna beseda predsednice strokovne sekcije

Martina Horvat

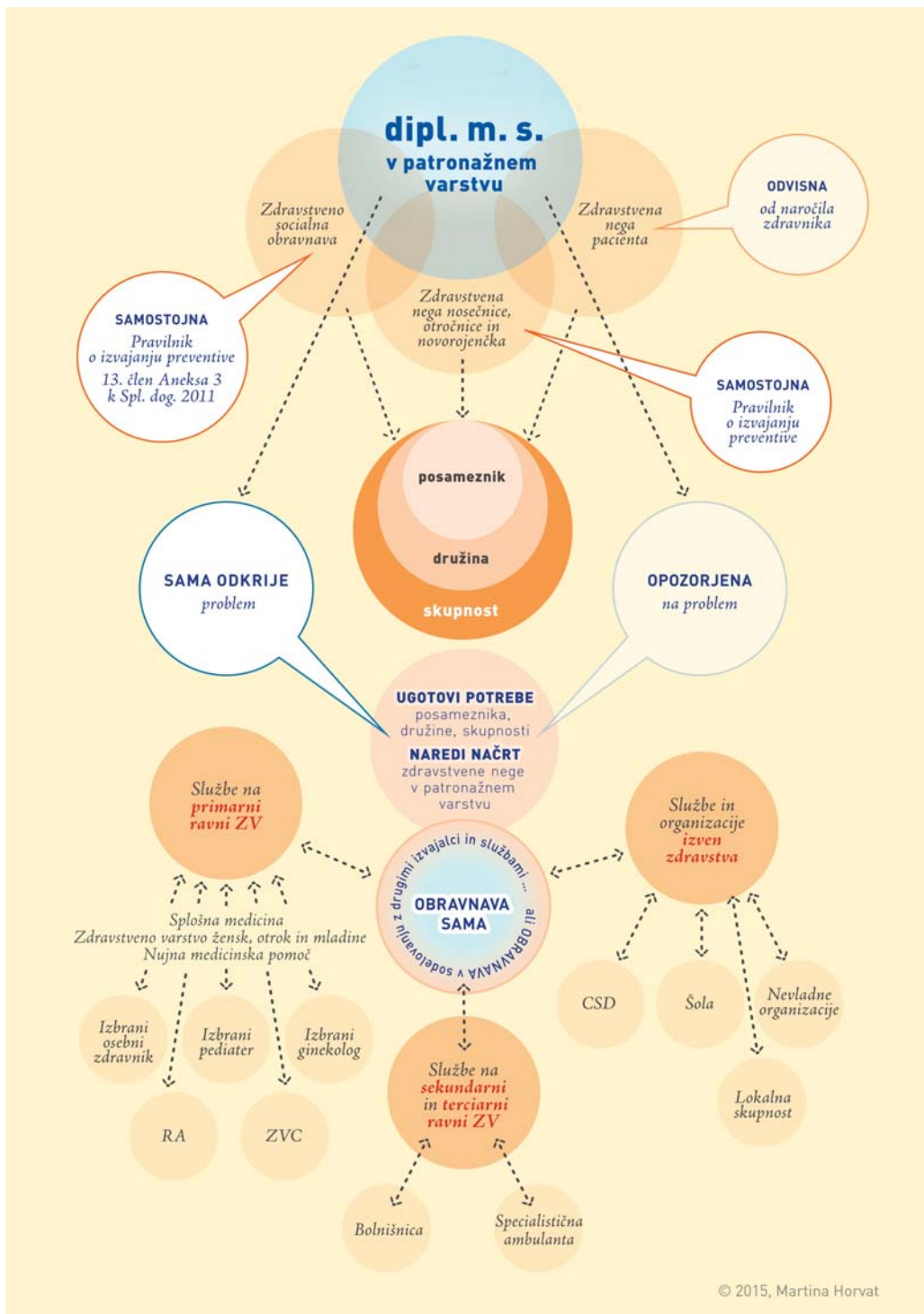
Veseli me, da lahko napišem nekaj uvodnih besed k publikaciji Priporočila obravnave pacientov v patronažnem varstvu za diplomirane medicinske sestre, ki je nastala pod okriljem Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v patronažni dejavnosti. Ob tej priložnosti želim ponovno poudariti koncept družinske medicinske sestre, vlogo diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu pri koordiniranju zdravstvene obravnave pacienta in opozoriti na nekaj ključnih dokumentov, ki bodo usmerjali naše delovanje v prihodnje.

V zadnjih letih demografske in družbene spremembe pomembno zaznamujejo delo medicinskih sester v patronažnem varstvu. Zaradi sprememb na drugih ravneh zdravstvenega varstva in kratkih ležalnih dob se intenzivnost in zahtevnost obravnave pacientov v domačem okolju povečujeta. Bolj kot kdajkoli prej se srečujejo z revščino, nezaposlenostjo, nasiljem, hudimi stiskami, ki se vedno najprej dotaknejo najbolj ranljivih (Horvat, 2011). Zato bodo morale okrepiti preventivno delovanje in dejavno prispevati k zmanjševanju neenakosti v zdravju. Prevzeti bodo morale tudi nekatere nove (stare) vloge, predvsem na področju dolgotrajne oskrbe, paliativne oskrbe, idr.

Prispevki in dokumenti Proces zdravstvene nege v patronažnem varstvu (Vuga et al, 1988), Opredelitev, naloge in delovanje zdravstvene nege bolnika na domu (Vuga, 1993), Vizija in strategija dolgoročnega razvoja stroke zdravstvene nege (Vuga, 1994), objavljeni že pred več kot dvema desetletjema, natančno opišejo zdravstveno nego v patronažnem varstvu, vizijo razvoja, njeno vlogo v sistemu zdravstvenega varstva, temeljne naloge in cilje. Novejša sta dokumenta Patronažno varstvo in patronažna zdravstvena nega, nadgradnja in prilagajanje novim izzivom (Šušteršič et al, 2006) ter Aktivnosti zdravstvene nege v patronažnem varstvu (Železnik in sod., 2011), ki bi ju vsi izvajalci zdravstvene nege v patronažnem varstvu morali dobro poznati in uporabljati. Sedaj je pred nami/vami nova publikacija, ki bo pripomogla k poenotenju izvajanja zdravstvene nege v patronažnem varstvu.

Diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu je družinska medicinska sestra. Skrbi za posameznike od časa pred rojstvom do smrti ter spremlja družine v procesu žalovanja. Cilj družinske zdravstvene nege je usmerjen na delo z vsemi oblikami družin in z vsakim družinskim članom posebej, z namenom promocije zdravja, preprečevanja bolezni in zagotavljanja zdravljenja, zdravstvene nege, rehabilitacije in paliativne oskrbe, kar so tudi usmeritve Svetovne zdravstvene organizacije v uresničevanju strategije »Zdravje za vse za 21. stoletje« (Health21) (WHO, 1999), Münchenske deklaracije »Medicinske sestre in babice – sila za zdravje« (WHO, 2000a; 2000b) in Mednarodnega sveta medicinskih sester (ICN, 2002; 2003), ki je oblikoval model devetih ključnih vlog družinskih medicinskih sester.

Velik izziv v patronažnem varstvu predstavlja tudi doseganje večje samostojnosti pri svojem delu. Prednost diplomiranih medicinskih sester v patronažnem varstvu je v izjemnem poznavanju terena, kjer zaznavajo socialno in zdravstveno problematiko ter iščejo interdisciplinarne rešitve tudi v povezovanju z lokalno skupnostjo in nevladnimi organizacijami. Na ta način se zagotavljajo pogoji, da posameznik lahko ostane v domačem okolju čim dlje, kljub starosti, bolezni ali onemoglosti. So koordinatorke vseh oblik pomoči na domu in vez med posameznikom in njegovim osebnim zdravnikom (Šušteršič et al, 2006). Sodelujejo pri timski obravnavi v različnih ambulantah na primarni ravni zdravstvene dejavnosti. Povezujejo se s službami v zdravstvenem domu, na sekundarni in terciarni ravni zdravstvene dejavnosti ter z drugimi službami in organizacijami izven zdravstvenega doma, ki lahko kakor koli pripomorejo k optimalni rešitvi stanja, razmer pri posamezniku in družini, kar je prikazano v Sliki 1.



Slika 1: Shematski prikaz delovanja diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu

Ogrodje za zagotavljanje kakovostne preventivne obravnave v patronažni dejavnosti še vedno daje Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (Ur.l.RS, 1998). V Sloveniji trenutno poteka vnaprej opredeljen projekt Za boljše zdravje in zmanjševanje neenakosti v zdravju – Skupaj za zdravje, financiran iz sredstev Norveškega finančnega mehanizma 2009 – 2014, katerega nosilec je Nacionalni inštitut za javno zdravje. Cilj projekta je dopolniti in nadgraditi obstoječe programe preventivnega zdravstvenega varstva otrok, mladostnikov in odrasle populacije, s poudarkom na zmanjševanju neenakosti v zdravju, vključevanju ranljivih skupin v preventivno zdravstveno varstvo ter krepitev zdravja v lokalni skupnosti. S prenovo programov in jasno opredelitvijo preventivnega dela v patronažnem varstvu bodo pacienti v domačem okolju enakovredno obravnavani. Rezultati projekta bodo medicinskim sestram, ki delujejo na področju javnega zdravja v Sloveniji, pomagali pri definiranju dodatnih področij delovanja in s tem povezanih novih vlog (Maučec Zakotnik, 2015). Vloga diplomiranih medicinskih sester v patronažnem varstvu je ključna v integriranih interdisciplinarnih preventivnih obravnavah ranljivih skupin prebivalstva. Pri pacientih, ki ne morejo dostopati do zdravstvenih institucij, lahko v domačem okolju smiselno izvajajo preventivne programe ter se pri tem povezujejo s timi v referenčnih ambulantah družinske medicine, ambulantah družinske medicine, zdravstveno vzgojnih centrih in centrih za krepitev zdravja. Za izvajanje kontinuirane, na pacienta osredotočene, celovite oskrbe in izpolnjevanje koordinativne vloge je multidisciplinarni tim na primarni ravni bolj ustrezen, kot posamezni izvajalci (Imison et al, 2008). »Samo skupaj lahko naredimo okolje, v katerem smo se rodili, v katerem odraščamo, živimo, delamo, ustvarjamo in se staramo, prijaznejše in boljše.« je tudi vodilna misel publikacije Neenakosti v zdravju v Sloveniji (Buzeti et al, 2011).

S prevzemanjem novih vlog so seveda povezani izobraževanje, kontinuiran profesionalni razvoj in raziskovanje, ki bodo igrali pomembno vlogo v prihodnjem razvoju, integraciji zdravstvene nege in večanju avtonomnosti medicinskih sester v lokalni skupnosti na primarni ravni zdravstvene dejavnosti (O'Neill in Cowman, 2008; Geake in Ryder, 2009).

Kot povsod po svetu tudi pri nas narašča število krhkih starejših ljudi s kroničnimi boleznimi oziroma stanji, pri katerih je zelo izražena mnogovrstnost potreb. Za celostno obravnavo je potrebna učinkovita horizontalna in vertikalna povezava služb in izvajalcev zdravstvenih in tudi socialnih storitev (Leichsenring in Alaszewski, 2004). Evropski forum za primarno zdravstveno oskrbo je objavil več dokumentov o stališču (Position Paper) povezanih s področjem integracije in koordinacije izvajalcev na primarni ravni. Dokument iz leta 2011 obravnava primarno zdravstveno oskrbo in oskrbo starejših oseb (Boeckstaens in Graaf, 2011). Podrobno opiše problem naraščanja starejših oseb in poudari, da gre za več kot samo obolevnost, gre za krhkost, nezmožnost, osamljenost, socialno izolacijo, kasneje multimorbidnost, kar sčasoma vodi v odvisnost od pomoči drugih. Noben izvajalec ne more sam prevzeti odgovornosti za zagotavljanje zahtevne kombinacije storitev, ki jih potrebujejo bolni, krhki, nezmožni starejši ljudje. Kot pomemben del celovite oskrbe navajata med drugim tudi integracijo informacij in storitev ter poudarita, da je zaradi obsega dela, potrebnega znanja in veščin primarna zdravstveno oskrba postala multidisciplinarno timsko delo. Osnovni pogoj kontinuirane obravnave tako horizontalne kot vertikalne je kontinuiranost pretoka informacij. Razen ukrepov, kot so izboljšanje sodelovanja med različnimi izvajalci in timsko delo kot pomembno za celostno obravnavo starejših ljudi, navajata tudi krepitev vloge diplomiranih medicinskih sester v patronažnem varstvu. Izboljšanje medpoklicnega sodelovanja v primarni zdravstveni oskrbi bolj podrobno opiše dokument iz leta 2012 (Samuelson et al, 2012). Pri nas oskrba pacientov s kroničnimi boleznimi še vedno ne sledi njihovim potrebam, hkrati pa tudi ni na vseh ravneh zdravstvenega varstva podprta z ustreznimi službami in strokovnjaki, ki bi jo izvajali. Sedanja organiziranost strokovnih služb v lokalnih okoljih ne omogoča 24 - urne dosegljivosti vse dni v letu in integriranih zdravstvenih in socialnih storitev. Dostopnost do le-teh ni zagotovljena enako vsem uporabnikom. Zato morajo diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu poskrbeti, da ni prekinjena kontinuiteta zdravstvene nege in oskrbe in da ne pride do zapletov ali celo do ponovnega sprejema

bolnika v bolnišnico. S svojim načinom delovanja, znanjem in pristopom k obravnavanju vseh prebivalcev na nek način opravljajo delo »case managerja« in so zelo dragocene koordinatorice zdravstvene in socialne obravnave. V ta namen se mora poenotiti tudi organizacija dela v patronažnih službah s ciljem zagotavljanja neprekinjenega zdravstvenega varstva. Samo tako bodo diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu lahko prevzemale pomembne nove vloge na področju dolgotrajne in paliativne oskrbe.

Model koordiniranja zdravstvene nege in oskrbe v domačem okolju pri bolniku v terminalni fazi življenje (Vrtovec, 2009) prikaže osrednjo vlogo diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu kot koordinatorice in se lahko prilagodi tudi za druge obravnave.

V dokumentu Svetovne zdravstvene organizacije Zdravje 2020 (Health, 2020) (SZO, 2014), ki je okvir za oblikovanje politik, so predstavljena temeljna evropska izhodišča za vsevladno in vsedružbeno akcijo za zdravje in blagostanje, ki temeljijo na štirih prednostnih področjih delovanja: vlaganju v zdravje z vseživljenjskim pristopom in opolnomočenjem ljudi; obvladovanju večjih zdravstvenih izzivov nenalezljivih in nalezljivih bolezni v regiji; krepitvi zdravstvenih sistemov osredinjenih na ljudi, zmogljivosti javnega zdravja ter pripravljenosti za obvladovanje zdravstvenih tveganj in nevarnosti za zdravje; graditvi trdoživih skupnosti podpornih okolij. Vsaka država je unikatna in bo iskala različne poti do skupnega cilja. Ministrstvo za zdravje RS je tako pripravilo Predlog Resolucije o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016 – 2025 "Skupaj za družbo zdravja", v katerem je opredeljena tudi nadgradnja in krepitev patronažne dejavnosti (MZ RS, 2015). Usmerjenost delovanja diplomiranih medicinskih sester v patronažnem varstvu v dobrobit posameznika, družine in skupnosti, še posebej v ranljive skupine prebivalstva in v subjekte v občutljivih življenjskih obdobjih, je pomemben element zagotavljanja enakosti v dostopnosti do zdravstvenih storitev. Pri tem je pomembno slediti spremenjenim potrebam družbe, povečevati obseg sistematičnega preventivnega dela in krepiti njihovo povezovalno vlogo. Večina sprejetih dokumentov, resolucij, stališč in zakonov nam lahko pomaga pri uveljavljanju in krepitvi naše vloge na primarni ravni zdravstvenega varstva. Žal pa jih pogosto premalo poznamo, da bi lahko postali orodje v naših rokah, s katerim bi dosegli zaželeno cilje. Zavedati se moramo, da se bomo lahko le z znanjem, intenzivnim raziskovanjem in z dokazi podprto zdravstveno nego spopadale z izzivi, ki nas čakajo.

Diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu moramo svoje znanje nenehno dopolnjevati, nadgrajevati, poglobljati in tako suvereno ostati na mestu osrednjih strokovnjakov v zdravstvu, katerih delovno mesto je na pacientovemu domu. Priporočila obravnave pacientov, zbrana v pričujoči publikaciji, bodo poučno gradivo tako zaposlenim na področju zdravstvene nege v patronažnem varstvu kot tudi študentom. Prav tako so dobra podlaga za pripravo nacionalnih protokolov zdravstvene nege v patronažnem varstvu, kar je ob pripravi Strategije razvoja patronažne dejavnosti ena od pomembnejših nalog, ki so pred nami.

Prihodnost ni rezultat izbire med različnimi potmi, ki so na voljo: je prostor, ki ga ustvarimo, najprej v mislih in volji, nato z aktivnostjo. Prihodnost ni kraj, kamor gremo, ampak kraj, ki ga ustvarimo. Poti v prihodnost niso najdene, ampak ustvarjene. Ustvarjanje teh poti pa spremeni nas in usodo (Anon.)

Literatura:

- Boeckxstaens, P., Graaf, P., 2011. Primary care and care for older persons: Position Paper of the European Forum for Primary Care. *Quality in Primary Care*, 19:369–89.
- Buzeti, T., et al. 2011. *Neenakosti v zdravju v Sloveniji*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
- Geake, B., Ryder, R., 2009. A community nurse clinical competency framework. *Br J Community Nurs*, 14(12): 525–8.
- Horvat, M., 2011. Vloga patronažnih medicinskih sester na primarni ravni zdravstvene dejavnosti. In: Bobnar, A., ed. »Dan Stane Kavalič«, *Vloga medicinske sestre na primarni ravni zdravstvene dejavnosti - izziv za prihodnost* [Elektronski vir]. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta.
- Imison, C., Naylor, C., Maybin, J., 2008. *Under one roof. Will polyclinics deliver integrated care?* London: Kings Fund.

- International Council of Nurses., 2002. *Nurses always there for you*. Dostopno na: http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/ind/indkit2002_part1.pdf [18.2.2016].
- International Council of Nurses., 2003. *Framework and Core Competencies for the Family Nurse*. Geneva: International Council of Nurses.
- Leichsenring, K., Alaszewski, AM., 2004. *Providing Integrated Health and Social Care for Older Persons*. Aldershot: Ashgate Publishing Limited.
- Maučec Zakotnik, J., 2015. Uvod v program integrirane preventivne kroničnih nenalezljivih bolezni in zmanjševanja neenakosti. In: Farkaš-Lainščak, J., et al. eds. *Program integrirane preventivne kroničnih nenalezljivih bolezni in zmanjševanja neenakosti v zdravju pri odraslih: Pilotno testiranje integriranih procesov vključevanja in obravnav ciljne populacije v okviru projekta Skupaj za zdravje*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
- Ministrstvo za zdravje RS. 2015. *Predlog Resolucije nacionalnega plana zdravstvenega varstva 2016–2025 "Skupaj za družbo zdravja"*. Ministrstvo za zdravje RS. Dostopno na: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/ResNPZV_16-25/ResNPZV_2016-25_v2.pdf [10.2.2016].
- O'Neill, M., Cowman, S., 2008. Partners in care: investigating community nurses' understanding of an interdisciplinary team-based approach to primary care. *J Clin Nurs*, 17(22): 3004-11.
- Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni*. 1998, 2005. Uradni list RS, št.19/98, 47/98, 26/2000, 67/2001, 33/2002 37/2003, 117/2004 in 31/2005.
- Samuelson, M., Tedeschi, P., Aarendonk, D. et al. 2012. Improving interprofessional collaboration in primary care: Position Paper of the European Forum for Primary Care. *Quality in Primary Care*, 20:303-12.
- Svetovna zdravstvena organizacija. 2014. *Zdravje 2020: Temeljna evropska izhodišča za vseladno in vsedružno akcijo za zdravje in blagostanje*. SZO, Regionalni urad za Evropo. Dostopno na: <http://czer.si/files/zdravje-2020.pdf> [17.2.2016].
- Šušteršič, O., Horvat, M., Cibic, D., Peternelj, A. et al. 2006. Patronažno varstvo in patronažna zdravstvena nega, nadgradnja in prilagajanje novim izzivom. *Obzor Zdr N*, 40: 247-52.
- Vrtovec, A., 2009. *Model koordiniranja zdravstvene nege in oskrbe v domačem okolju pri bolniku v terminalni fazi življenja: specialistično delo*. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede Univerze v Mariboru.
- Vuga, S., et al., 1988. Proces zdravstvene nege v patronažnem varstvu. *Zdrav Var*, 27: Suppl 3: 1–61.
- Vuga, S., 1993. Opredelitev, naloge in delovanje zdravstvene nege bolnika na domu. *Zdrav Var*, Suppl 1: 18-20.
- Vuga, S., 1994. Vizija in strategija dolgoročnega razvoja stroke zdravstven nege. *Obzor Zdr N*, 28:133 – 36.
- World Health Organization. 2000. *Munich Declaration: Nurses and midwives: a Force for Health*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Dostopno na: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/53854/E93016.pdf [15.2.2016].
- World Health Organization. 2000. *The family health nurse; Context, conceptual framework and curriculum*. Copenhagen: WHO.
- World Health Organisation. 1999. *European Health for All Series No. 6*. Copenhagen: WHO, Regional office for Europe. Dostopno na: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/109759/EHFA5-E.pdf [17.2.2016].
- Železnik D, Horvat M, Panikvar Žlahtič K, et al. *Aktivnosti zdravstvene nege v patronažnem varstvu*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2011.

Dubravka Sancin, mag. zdr. nege, prof. zdr. vzg.

Spoštovana mag. Jožica Ramšak Pajk in druge avtorice prispevkov,

v roke smo dobili težko pričakovani dokument »Priporočila obravnave pacientov v patronažnem varstvu za diplomirane medicinske sestre«. Glede na to, da nam »Navodilo za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni« nalaga celo paleto obravnjav posameznika, družine in lokalne skupnosti, nam je pričujoči dokument za poenoteno obravnavo potreben.

Kolegice so patronažne medicinske sestre, ki nas skozi priporočila obravnave popeljejo na podlagi novih znanj in izkušenj, pridobljenih iz življenjskega okolja posameznika, družine in skupnosti. Obravnavo začnejo z definiranjem fenomena, namenom in oceno stanja posameznika, družine, skupnosti, cilji in intervencijami, spremljanjem in kontinuirano obravnavo ter obveščanjem. Uporabljajo aktualno domačo in tujo literaturo.

Ob branju ugotavljamo, da so se zelo angažirale diplomantke visokošolskega študija, specialističnega študija patronažne zdravstvene nege in magistrskega študija zdravstvene nege Fakultete za zdravstvene vede Univerze Maribor, na kar smo upravičeno ponosni.

Vodji skupine mag. Jožici Ramšak Pajk je uspelo uskladiti in dokončati zahtevno delo, zato se ji ob tej priložnosti iskreno zahvaljujem. Dokument ima trajno vrednost za patronažne medicinske sestre, ki dejavnost že izvajajo, za diplomante visokošolskega študija zdravstvene nege in za študente v času študija.

Z dobrimi željami za nadaljnje delo.

mag. Tamara Štemberger Kolnik

Zdravje posameznika in zdravje družbe sta ključni vrednoti, ki omogočata kakovostno življenje ljudi in skupnosti, v kateri ljudje živijo. Wessel (2005) je v okviru zdravstvenega sistema poudaril pomen primarnega zdravstvenega varstva, ki spodbuja posameznika in skupnost k sodelovanju pri zdravstveno socialni obravnavi problemov posameznika in skupnosti. Sodelovanje zdravstva in sociale v okviru primarnega zdravstvenega sistema, povezovanje na področju financiranja storitev za posameznika in skupnost lahko omogoči večjo pokritost in enako možnost dostopnosti do zdravstveno socialnih storitev za vse prebivalce. Avtorji v nadaljevanju predlagajo posodobitev zdravstvenih storitev po vsej Evropi, predvsem na primarni zdravstveni ravni, kjer se zahteva vedno večji obseg zdravstvenih storitev in intervencij za posameznika ter skupnost. Le te se ne izvajajo samo v zdravstvenih ustanovah, temveč vedno pogosteje tudi na pacientovem domu, kar zahteva nove vloge in nove načine dela predvsem za diplomirano medicinsko sestro v patronažnem varstvu. Obravnava pacienta v domačem okolju se v svetu širi, in ker predstavlja specifično obravnavo pacienta, je potrebno opozoriti na prednosti in omejitve tovrstne obravnave pacienta (Olson, 2010). Za zagotavljanje kakovostne in varne obravnave pacienta v domačem okolju je potrebno interaktivno povezovanje in upoštevanje človeških virov (pacienta in zdravstvenega osebja) s fizičnim okoljem, v katerem se zdravstvene storitve izvajajo (dom in skupnost), medicinsko in drugo novo tehnologijo, ki jo imamo na razpolago, ter socialnim/skupnostnim okoljem, v katerem pacient

živi (Henriksen, 2009). Tudi v Sloveniji smo zaznali trende in potrebo pa širitvi zdravstveno socialnih storitev in programov, namenjenih posamezniku in skupnosti, saj je Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije v dokumentu Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2015 – 2025; skupaj za družbo zdravja (2015) opredelilo pomen dipl. m. s. v patronažnem varstvu v okviru izboljšanja dostopnosti in zadovoljevanja specifičnih potreb prebivalcev v ruralnem okolju. V predvidenih razvojnih načrtih zdravstvenega sistema se predvideva celovit pristop k obvladovanju problema staranja populacije, skrbi za duševno zdravje in različnih ranljivih skupin prebivalstva, ki jih dipl. m. s. v patronažnem varstvu obravnava v naboru dejavnosti, predstavljenih v pričujočem dokumentu. Predvidene spremembe in uvedba dopolnjenih, celovitejših pristopov k specifični populaciji tako v zdravstvenih ustanovah kot v domačem okolju seveda zahtevajo dodatna specifična znanja in prizadevanje posameznic/kov, ki so vključeni v proces obravnave pacienta v domačem okolju. V svetu je zaznati trend oblikovanja smernic (protokolov ali usmeritev) za obravnavo posameznih ranljivih skupin in posebnih obravnava socialnih dogajanj v družini prebivalstva, kot so: otroci (NSW department of health, 2011; Carpenter et al., 2008) ter nasilje nad otroci in med partnerji (Ministry of health, 2002). Crabtree et al. (2002) nadgradijo usmeritve za izvedbo oskrbe pacienta na področju posameznih ranljivih skupin v domačem okolju še s kompetencami diplomiranih medicinskih sester (dipl. m. s.) v patronažnem varstvu, ki temeljijo na izvajanju promocije zdravja, skrbi za ohranjanje in krepitvi zdravja, preventivi obolenj in podpori pri zdravljenju in rehabilitaciji obolelih. Novejši prispevki, ki govorijo o oblikovanju smernic (protokolov, usmeritev) v patronažnem zdravstvenem varstvu, govorijo o oblikovanju dokumentov, ki naj bi temeljili na randomiziranih raziskavah kohortnih skupin, kar pomeni, da bi se izvedlo opazovanje ranljivih skupin prebivalstva, kot so recimo odvisniki (Quanbeck et al., 2016), ali revnih družin (Fung et al., 2016). Glede na navedeno je razbrati, da je dokument Priporočila obravnave pacientov v patronažnem varstvu za dipl. m. s. dobra osnova za poenotenje obravnave pacienta v celotni državi ter predstavlja temeljno usmeritev za oblikovanje protokolov oziroma smernic za delo dipl. m. s. v patronažnem varstvu. Zdravstvena nega in oskrba na domu predstavljata multidisciplinarni pristop k obravnavi pacienta in ju ne more izvajati vsakdo. Delo v domačem okolju predstavlja stres za družino, posameznika in za dipl. m. s. v patronažnem varstvu. Le s trudom, z vestnim in temeljitim delom je mogoče preseči vse zaplete dela v domačem okolju. Osnova za ustvarjanje podpornega vzdušja v družini in strokovno zadovoljivega dela dipl. m. s. v patronažnem varstvu pa je zgodnje (pravočasno) zaznavanje negovalnih problemov ter potreb po zdravstveni negi v družini in pri posamezniku ter dobra komunikacija med udeleženci v obravnavi.

Literatura:

Wessel, L.A., 2005. Nurse Practitioners in Community Health Settings Today. *J health care poor underserved* 16(1):1-6.

Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. 2015. Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2015 – 2025 - skupaj za družbo zdravja. Available at: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/PPPT_13.6_Resolucija/ResNPZV.pdf (14.2.2016).

Olson, S., 2010. *The Role of Human Factors in Home Health Care*. Workshop Summary. Washington: The National Academies Press; pp. 2-10.

Henriksen, K., Anjali, J. & Zayas-Caban, T. 2009. The human factors of home health care: A conceptual model for examining safety and quality concerns. *Journal of Patient Safety*, 5(4), pp. 229-236.

NSW department of health. 2011. *Child and Family Health Nursing. Professional Practice Framework 2011–2016*. Sidney: NSW department of health.

Browne, M., Ellis – Royal, P., Jo Elvidg, J., Fanslow, J., Grey, S., Huirama, T., et al. 2002. *The Family Violence Intervention Guidelines Child and Partner Abuse*. New Zealand: Ministry of health.

Carpenter, D., D'addario, M.A., Jensen, M., Kiwanuka, A., MacFarlane, J., Pieta, G., et al., 2008. *Nursing Standards and Guidelines For All DCF Licensed Facilities*. Connecticut: State of Connecticut Department of Children and Families Nursing Standards Committee.

Crabtree, K., Stanley, J., Werner, K.E. & Schmid, E. 2002. *Nurse Practitioner Primary Care Competencies in Specialty Areas: Adult, Family, Gerontological, Pediatric, and Women's Healths*. Rockville: Department of Health and Human Services Health Resources and Services Administration Bureau of Health Professions Division of Nursing.

Quanbeck, A., Brown, R.T., Zgierska, A.E., Johnson, R.A., Robinson, J.M., Jacobson N., et. al. 2016. Systems consultation: protocol for a novel implementation strategy designed to promote evidence-based practice in primary care. *Health Research Policy and Systems*. 14(1):8. doi: 10.1186/s12961-016-0079-2.

Fung, C.S., Yu, E.Y., Guo, V.Y., Wong, C.K., Kung, K., Ho, S.Y., et al., 2016. Development of a Health Empowerment Programme to improve the health of working poor families: protocol for a prospective cohort study in Hong Kong. *BMJ Open*;6(2):e010015. doi: 10.1136/bmjopen-2015-010015.

Patronažno varstvo pred izzivi

UVODNO POGLAVJE H KNJIGI PRIPOROČILA OBRAVNAVE PACIENTOV V PATRONAŽNEM VARSTVU ZA DIPLOMIRANE MEDICINSKE SESTRE

mag. Jožica Ramšak Pajk, viš. med. ses., prof. zdrav. vzgoje

UVOD

Nosilka zdravstvene nege v patronažnem varstvu je diplomirana medicinska sestra (dipl. m. s.). Dejavnost se lahko opravlja tudi kot samostojna dejavnost (koncesija), vendar mora biti dipl. m. s. vključena v mrežo javnega zdravstva in mora prevzeti vsa področja delovanja: zdravstveno socialno obravnavo posameznika, družine in skupnosti, zdravstveno nego nosečnice, otročnice in novorojenčka na domu in zdravstveno nego ter oskrbo pacienta na domu (Železnik in sod., 2011). Zaradi primerljivosti z državami Evropske unije glede stopnje izobrazbe (Požun, Skela Savič, 2011) smo izvajalko patronažne zdravstvene nege poimenovali diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu (dipl. m. s. v PV).

Vrednost patronažne zdravstvene nege je nesporna in vemo, da dipl. m. s. v PV, ki delajo v domačih okoljih, menijo, da je njihova vloga profesionalna in hkrati tudi velik privilegij (Fanning et al, 2013; Pickersgill, 2015). Zagotavlja oskrbo in podporo, ki jo ljudje potrebujejo za premagovanje obdobja bolezni tako kratkoročno kot dolgoročno. Ljudem pomagajo živeti konec njihovega življenja, kot si ga želijo v udobju in domačnosti v domovih. Vse navedeno poziva h kvalificiranim usposobljenim medicinskim sestram v patronažnem varstvu. Mednarodne izkušnje kažejo, da lahko povečanje temeljne skrbi na primarnem nivoju v okviru patronažnega varstva zmanjša ponovne hospitalizacije, daje pacientu možnost izbire in poveča njegovo zadovoljstvo (Royal College of Nursing, 2013). Vlaganje v promocijo zdravja, zgodnje intervencije in preventivne strategije v okviru integrirane obravnave zagotavljajo hitro in učinkovito oskrbo v domačih okoljih (RCN, 2013). Po Pravilniku za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (2015) dipl. m. s. v PV aktivno skrbi za zdravstveno stanje pacientov v določenem obdobju (zdravstvenem ali življenjskem), razvija programe promocije zdravja in spodbuja pacienta k čim večji skrbi za lastno zdravje in zdravje družine. Zaposleni v patronažnem varstvu pomagajo posameznikom in družinam obdržati zdravje, premagovati bolezen, omogočati pomoč kronično bolnim in prebivalcem ranljivih skupin z obiskovanjem na njihovih domovih in v lokalni skupnosti (Geč, 2001).

Dipl. m. s. v PV se pri svojem delu srečujejo s številnimi izzivi. Populacija se nezadržno stara, ležalna doba v bolnišnicah se skrajšuje. Na domovih se povečuje število pacientov, ki potrebujejo zahtevnejšo in daljšo obravnavo in s tem tudi povečano število obiskov. Statistični podatki kažejo (NIJZ, 2013), da se je v povprečju število vseh obiskov na 1000 prebivalcev od leta 1999 do 2013 povečalo za 35 obiskov na 1000 prebivalcev, v delu kurativnih obiskov pa 75 na 1000 prebivalcev. Nasprotno je v navedenem obdobju število preventivnih obiskov konstantno upadalo. Od leta 1999 do 2013 se povečuje delež starejših med obravnavanimi pacienti v patronažni dejavnosti, še posebno narašča delež starejših nad 75 let (Zavrli Džananović, 2010). Starejše paciente spremljajo specifične potrebe po zdravstveni negi in oskrbi, ki so pogojene z biološkimi posebnostmi staranja. Omenjeno dejstvo vpliva in spreminja obliko, naloge in vsebino patronažne zdravstvene nege in

dejavnosti kot take. Razmišljati je potrebno o spremembah in prilagoditi delo in pristop potrebam starejših in njihovih družin.

Zdravstveni tim v patronažni dejavnosti sestavljajo zdravniki različnih specializacij, dipl. m. s. v PV, medicinske sestre iz različnih dispanzerjev in ambulant ter zdravstveni tehniki. Po potrebi se vanj vključujejo še drugi strokovnjaki: socialni delavec, delovni terapevt, fizioterapevt, klinični psiholog in drugi strokovni delavci na terenu. Struktura tima se prilagaja potrebam posameznega pacienta in njegovim bližnjim in ga označujemo kot interdisciplinarni tim (Geč, 2007). Vloga dipl. m. s. v PV je za osebnega zdravnika pomembna, saj pripomore k videnju celotne družinske problematike. Tako lahko izbrani osebni/družinski zdravnik, na podlagi njenih ugotovitev in ocene socialno ekonomskih in drugih razmer v družini pacienta in v njegovem ožjem okolju, prilagodi in oblikuje primerno zdravljenje, ki bo za pacienta in družino najučinkoviteje. Da zagotovijo vso potrebno pomoč, ki jo pacient in njegova družina potrebujeta, so dipl. m. s. v PV po potrebi v stiku tudi s socialnimi delavci, negovalno službo in drugimi organizacijami (Robinson, 2011, str. 30). Pri svojem delu, kot navajajo avtorji Allender, Rector in Warner (2010, str. 43), lahko opredelimo različne vloge: zagotavljanje zdravstvene nege, zdravstveno vzgojno delo, zagovorništvo, vloga menedžerja, partnerja, organizatorja in raziskovalca. Vsaka vloga pomeni posebno vrsto sposobnosti in izkušenj. Ne glede na številne vloge, ki se razlikujejo glede na vrsto pacienta, jih mora dipl. m. s. v PV uspešno in odgovorno izvajati v vsaki situaciji. Pri tem lahko izpostavimo eno izmed temeljnih vlog, ki je spodbujati zdrav način življenja in vzgoja pacientov, da skrbijo sami zase. Nudijo ključno podporo pacientovi družini in njihovim skrbnikom s poučevanjem zdravstvene nege ter s poslušanjem njihovih potreb (Hakulinene – Viitanen et al, 2010).

Dipl. m. s. v PV pri opravljanju svojega dela uporablja **različne metode dela**, ki so značilne za primarni nivo zdravstvenega varstva in omogočajo izvajanje vseh dejavnosti patronažnega zdravstvenega varstva (Ur I.RS, št. 17/15, Geč, 2001):

Metoda procesa zdravstvene nege je osnovna kontinuirana oblika dela v patronažnem varstvu in omogoča humano, individualno in aktivno obravnavo vseh pacientov s pomočjo negovalnih diagnoz.

Zdravstveno vzgojna metoda dela omogoča izvajanje primarne naloge patronažnega varstva, to je zdravstvene vzgoje. Pri tej metodi gre za prenašanje lastnega znanja o zdravju v želeni način vedenja posameznika in skupnosti s pomočjo vzgojnega procesa.

Metoda progresivne zdravstvene nege: z njeno pomočjo načrtujemo zdravstveno nego pri pacientih na njihovih domovih na podlagi njihovega zdravstvenega stanja.

Dispanzerska metoda dela omogoča kompleksno obravnavo pacienta z vidika klinične medicine in z vidika socialno medicinskih okoliščin, ki vplivajo na bolezen. Za to metodo je značilno preventivno delo.

Epidemiološka metoda dela omogoča proučevanje masovnih bolezni, patoloških stanj in zdravja v celotni populaciji ali skupini ljudi.

Statistično - analitična metoda dela ne pomeni le računskih operacij, ampak je osnova za načrtovanje nadaljnega dela. S statističnimi metodami primerjamo povezanost pojavov, kje je česa več in kje je česa manj. Zdravstveno stanje ocenjujemo po vzroku smrti, hospitaliziranih pacientih, po vzrokučasne nezmožnosti za delo, po vzroku za obisk pri zdravniku, po diagnozah na sistematskih pregledih.

Patronažni obisk predstavlja temeljno metodo in tehniko dela v patronažnem varstvu. Na patronažnih obiskih dipl. m. s. v PV ugotavlja zdravstveno, socialno, ekonomsko in higiensko stanje, v katerem živi pacient in družina.

Metoda intervjuja je uporabljena najpogosteje, saj daje največ možnosti za zbiranje objektivnih informacij. Intervju je načrten.

Ostale metode in tehnike dela v patronažnem varstvu so lahko še znanstvenoraziskovalno delo, skupinsko delo, skupine za samopomoč, klubsko delo, predavanja.

Ena izmed zanimivejših tujih opisov oziroma definicij (Association of District Nurse Educators) patronažnega varstva po Dickinson, Gogh in Bain (2011) poudarja znanje, strokovnost in odgovornost dipl. m. s. v PV, in pravi: »diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu je odgovorna za skrb in načrtovanje zdravstvene nege posameznika z različnimi potrebami. Zavezuje se, da bo zagotavljala oceno potreb pacientov z namenom usklajevati in razvijati najboljšo oskrbo. Pomembna je strokovna vloga dipl. m. s. v PV, ki se razvija preko klinične oskrbe v domačem okolju tako iz teoretične kot iz praktične izkušnje«.

Prednosti priporočil obravnav v patronažni zdravstveni negi

Eden izmed pomembnih ciljev priporočil je razviti najboljšo prakso (NHS, 2008), ki se bo najbolj približala potrebam posameznika, družine, okolja, pa tudi razumevanju in poslanstvu patronažnega varstva. Odločitev za pristop k oblikovanju priporočil je temeljila na:

- dokazih podprti praksi in reflektivnemu ter kritičnemu pristopu glede na dolgoletne izkušnje iz delovanja v kliničnem okolju,
- kakovostni in primerljivi praksa ter obravnava v Sloveniji,
- sledenju aktualnim spremembam in dogodkom, zakonodajnim spremembam zdravstvenega sistema in zahtevam uporabnikov, ki znatno vplivajo na spreminjanje in prilagajanje vsebine dela patronažne dejavnosti,
- odrazu potreb in sprememb prakse po razvoju.

Delovna skupina, ki je delovala pod okriljem Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v patronažni dejavnosti pri Zbornici - Zvezi, je bila sestavljena heterogeno tako po delovnih izkušnjah, izobrazbi, iz javnega in zasebnega sektorja kot tudi regijsko odlično pokrita.

Pri pripravi priporočil obravnav nas je vodil skupen namen:

- poenotenje in primerljivost storitev v R Sloveniji glede na regije, demografske značilnosti, kadrovske zasedbo,
- kakovostne storitve, možnost oblikovanja kazalnikov,
- kot člani zdravstvenega/negovalnega tima postati prepoznavni in opozoriti na pomembnost našega dela v domačem okolju,
 - o profesionalna skupina v patronažni dejavnosti, ki pridobiva na avtonomnosti,
 - o pomemben člen v obravnavi pacienta in družine na vseh treh ravneh zdravstvenega varstva,
- izboljšati, posodobiti, informatizirati dokumentacijo,
- izpostaviti zdravstveno vzgojno delo ne glede na preventivno ali kurativno obravnavo,
- publikacija kot strokovno gradivo študentom, pripravnikom, novo zaposlenim, kolegicam/kolegom.

Testiranje priporočil v kliničnem okolju

Priporočila (N=17) so bila v praksi testirana od maja do septembra 2012. Po oblikovanju prve verzije smo povabili k sodelovanju kolegice iz vseh regij in pri tem razdelili 300 vprašalnikov. Naloga je bila, da vsaka dipl. m. s. v PV natančno prebere vsaj dve priporočili in glede na prakso, izvedbo, skladnost z realnim delovanjem, vsebino dela, zakonodajo izpolni vprašalnik. Vprašalnik je bil sestavljen iz 10 dihonomnih vprašanj in enega odprtega vprašanja. Vrnjenih je bilo 89 odstotkov (N=267) vprašalnikov.

Skoraj tri četrtine (194) testiranih priporočil je bilo v urbanem in dobra četrtina (73) v ruralnem območju. Največkrat sta bila testirana odvzem materiala za laboratorijske preiskave in obiski novorojenčka ter otročnice, ostali so bili enakomerno zastopani. Generalno so bili odzivi dipl. m. s v PV na uporabnost in smiselnost priporočil za izvedbo patronažnih obiskov zelo pozitivni. Rezultati kažejo, da se sodelujoči v veliki meri strinjajo, da vsebina priporočil v 90 odstotkih odraža delo v kliničnem okolju in kar 97 odstotkih sodelujočih podpira priporočila. Četrtina sodelujočih je tudi napisala komentar na odprto vprašanje.

Navedenih je le nekaj podatkov, podrobneje bodo podatki predstavljeni v kakšni drugi publikaciji in ob drugi priložnosti.

Nekaj iz vsebine priporočil

Prvo poglavje v priporočilih je namenjeno obravnavi družine. Družinska zdravstvena nega je relativno nov pristop k znanosti zdravstvene nege. Okvire za družinsko zdravstveno nego so teoretiki začeli oblikovati že v 80-ih letih (Harmon Hanson, 2005). V današnjem času se družinska zdravstvena nega razvija v smeri, da bi vključili več pristopov k družinski oskrbi. Družinska zdravstvena nega vidi družino kot sistem in je usmerjena v čim višje zdravje in dobro počutje vseh posameznikov v družinskem sistemu. Cilj družinske zdravstvene nege je usmerjen na delo z vsemi oblikami družin in z vsakim družinskim članom posebej, z namenom promocije zdravja, preprečevanja bolezni in zagotavljanja zdravljenja, nege in rehabilitacije (Urbančič, 2007). Za dipl. m. s v PV je izboljšanje zdravja družine eden od načinov za izboljšanje zdravja celotne skupnosti (Cooley, 2009). Družinska medicinska sestra pomaga družini pri ohranjanju zdravja, spopadanju z boleznijo, invalidnostjo in različnimi stresnimi situacijami (Ur. l. RS, št. 17/15). Pojem družinske zdravstvene nege (Family Health Nursing) je zgrajen na izhodiščih po obravnavi celovitih zdravstvenih potreb in skrbi za družino kot enoto, kjer živi, deluje in je aktivna (Martin, et al, 2013). WHO (2000, 2013) v svojih aktivnostih v družinski obravnavi izpostavi in celo pelje projekt družinske medicinske sestre. Medicinske sestre družinske zdravstvene nege so deležne posebnega izobraževanja za pomoč posameznikom in družinam z namenom obvladovanja bolezni, invalidnosti ali pojava stresa. Družinske medicinske sestre svetujejo o načinu življenja in tveganih vzorcih vedenja ter pomoči družinam pri zdravstvenih vprašanjih. Študija finskih avtorjev (Hakulinene-Viitanen et al, 2010) kaže, da je družinska zdravstvena nega večplasten izziv za zdravstveno nego. Da bi videli družino kot subjekt obravnave in kot člana širše skupnosti, je potrebno pri medicinskih sestrah doseči več teoretičnega znanja in izkušenj iz družinske zdravstvene nege, kar pomeni vzpostavljane nove kulture, kjer medicinske sestre delajo in sodelujejo z družinami. Pri nas se posameznika z družino obravnava vseskozi, še posebej zaradi dobro uveljavljenega polivalentnega pristopa (Geč, 2007; Ljubič, 2014). Ravno tako je pomen dela dipl. m. s v PV v družini zapsan in prepoznan v Pravilniku za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (Ur.l.RS, št.17/15) v poglavju zdravstvena vzgoja v družini. Zatorej se priporočila obravnave pričnejo z družino, ki je žarišče našega delovanja.

V priporočilih je posebej izpostavljena **kontinuirana obravnava**, ki želi opozoriti na potrebo po povezovanju in vzpostavljanju vezi in sodelovanja na vseh ravneh obravnave. Integriran – celosten pristop, ki temelji na združevanju različnih služb in na timskem delu. S takim načinom delovanja se oblikuje »mreža skrbi« za zdravje in kakovost življenja posameznika (Røsstad et all., 2013). Pri integrirani oskrbi gre za dobro načrtovan in organiziran niz storitev in procesov oskrbe, usmerjen k več dimenzionalnim potrebam oziroma težavam posameznika. Pristop integrirane oskrbe omogoča kontinuirano obravnavo predvsem starejših ter pacientov s kronično boleznijo. Za zagotavljanje integrirane oskrbe na vseh nivojih zdravstvenega varstva je potrebno več povezovanja, sodelovanja, pretoka informacij, kar smo v okviru specifičnih obravnav posameznikov še posebej izpostavili. Dobro bi bilo v prihodnje načrtovati programirana in vnaprej dogovorjena srečanja izbranega osebnega/družinskega zdravnika in patronažne dejavnosti. Nepogrešljivi sta tudi podpora in

sodelovanje družinske medicine, vključno z referenčno ambulanto, v kontekstu kontinuirane obravnave ter pretoka informacij med zdravstvenim in negovalnim timom v skrbi za zdravo starost in zdravo družino.

Intervencije so tiste, ki smo jih želeli glede na specifično obravnavo izpostaviti in poudariti njihov pomen. Pristop sledi filozofiji celostne obravnave; tako so tudi cilji in intervencije patronažne zdravstvene nege nekje bolj splošni, druge bolj specifični. V priporočilih je veliko intervencij namenjenih zdravstveno vzgojnemu delovanju. Intervencije so časovno opredeljene na krajši obisk (do 30 min), obsežen (do 60 min) in zelo obsežen (nad 60 min). V časovni opredelitvi so zajeti: priprava na obisk, pot do pacienta, sam obisk pri pacientu in dokumentiranje. Celoten obisk, ki je v enem delu sestavljen iz izvedbe medicinsko tehničnega posega in v drugem delu zdravstveno vzgojnega delovanja, je planiran, a vendar vedno drugačen. Izpostaviti želimo interaktiven medoseben odnos torej komunikacijo tako verbalno kot neverbalno. Medosebna interakcija med patronažno medicinsko sestro in pacientom je glavni element pacientovega vključevanja v zdravstveno oskrbo (Millard et al, 2006). Zato na tem mestu poudarjam **pomen komunikacije in zdravstveno vzgojnega dela**. Dipl. m. s. v PV vstopa v domače okolje kot profesionalka, ki deluje na drugačnem področju. Institucija, v kateri je zaposlena, in uniforma, ki jo nosi, ji ne dajeta položaja moči nad pacientom, zato je pristop dosti bolj profesionalen in odgovoren. S patronažnim obiskom vzpostavi prvi stik, ki je pomemben za vso družino, in nanj se mora dipl. m. s. v PV psihično in strokovno pripraviti. Zavedati se mora, da vstopa v tuje okolje, se temu ustrezno prilagoditi in kakovostno izvesti svoje delo (Geč, 2001). Komunikacijske veščine postajajo ene izmed pomembnejših dejavnikov kakovostne zdravstvene nege (Filipič, 1998; Ule, 2006). Zaposleni v patronažnem varstvu vstopajo v družino in terapevtska komunikacija, ki temelji na spoštovanju, zaupanju, empatiji ter profesionalnosti, je vodilo dobremu terapevtskemu odnosu in kakovostni zdravstveni oskrbi (Ramšak Pajk, 2011, str. 653). Komunikacija med medicinskimi sestrami in družinami je izjemnega pomena za izgradnjo zaupanja vrednega odnosa in za izboljšanje zdravja družine. Medicinske sestre s pogovorom z družino pacienta pridobijo potrebne informacije, spodbujajo zdravje ter preprečujejo in lajšajo trpljenje (Benzein, Hagberg, in Saveman, 2008). V nasprotnem - pomanjkanje znanja in izkušenj vodi zdravstvene delavce, da se pri komuniciranju z družino pacienta počutijo neprijetno in slabo (Cohen Fineberg, Kawashima, Asch, 2011).

Nosilec izvajanja opisanih priporočil je dipl. m. s. v PV: diplomirana medicinska sestra, diplomirani zdravstvenik in višja medicinska sestra in višji medicinski tehnik.

ZAKLJUČEK

Posamezniki s kroničnimi obolenji, staranje prebivalstva, krajšanje ležalnih dob v bolnišnicah, prihod novega družinskega člana, želja čim dlje ostati doma in po preživetju zadnjih trenutkov življenja v domačem okolju, vse to in še več so razlogi za obisk na domu dipl. m. s. v PV. Njena vloga je odgovorna in se razlikuje glede na potrebe slehernega posameznika/družine, ki je aktivno obravnavan v procesu patronažne zdravstvene nege. Vstop v družinsko okolje in pacientov dom ter v njegov osebni prostor, pomeni še posebej odgovorno vlogo, kar dipl. m. s. v PV nalaga obveznost po strokovnem razvoju in upoštevanju vseživljenjskega učenja. Običajno je razlog obiska posameznik, kljub temu mora dipl. m. s. v PV obravnavati vso družino v smislu ocenjevanja, zadovoljevanja in prilagajanja njihovih potreb. Pomembno je, da pozna odnose v družinah, je nepristranska in poštena ter zagovornica pacientov in njihovih družin.

Pripravljeni protokoli obravnav lahko pri tem pripomorejo k bogatjenju znanja oziroma bodo osnova nadgrajevanju. Zajemajo večina obiskov in pri tem upoštevajo kar se da širok spekter intervencij patronažne zdravstvene nege. Vsekakor sta individualna obravnava in integrirani pristop glede na aktualne potrebe še vedno v ospredju. Vendar ravno z refleksijo in kritičnim odnosom do svojega dela in strokovnega znanja lahko v stroki napredujemo, se razvijamo in zremo v prihodnost.

Zahvala

Knjiga – *protokoli obravnave pacientov za diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu* je rezultat skupinskega dela in sodelovanja med kolegicami z različnih koncev Slovenije, ki so si vzele čas za stroko in pripravo tega dragocenega gradiva. Vsaki se posebej zahvaljujem za potrpežljivost, dobro voljo, za doprinos, znanje, izkušnje, ki ste jih delile z mano. Zahvaljujem se tudi predsednici sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v patronažni dejavnosti Martini Horvat ter vodstvu Zbornice - Zveze, ki so nas podpirali, nudili prostor in ne nazadnje omogočili, da je knjiga prišla do vas, bralcev.

Literatura:

- Allender, JA., Rector, C., Warner, K., 2010. *Setting the Stage for Community Health Nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 47-53.
- Benzein, EG., Hagberg, M., Saveman, B., 2008. 'Being appropriately unusual': a challenge for nurses in health-promoting conversations with families. *Nurs Inquiry*, 15(2), 106-15.
- Dickinson, C., Gough, H., Bain, H., 2011. Meeting the policy agenda, part 1: The role of the modern district nurse. *Br J Community Nurs*, 16(10), 495-500.
- Cohen Fineberg, I., Kawashima, M., Asch, SM., 2011. Communication with Families Facing Life-Threatening Illness: A Research-Based Model for Family Conferences. *J Palliat Med*, 14(4): 421-7.
- Fanning, A., Potter, K., Aldridge-Bent, S., 2013. *Transition to Community Nursing Practice*. London: The Queen's Nursing Institute.
- Filipič, I., 1998. Komunikacija v zdravstveni negi. *Obzor Zdr N*, 32(5-6): 221-215.
- Geč, T., 2001. Patronažna medicinska sestra in okolje. In: Kersnič, P., et al. eds. *Zdravstvena nega – okolje in viri: zbornik predavanj in posterjev / III. kongres zdravstvene nege, Portorož, 11.-14. september 2001*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije-Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 185-189.
- Geč, T., 2007. Patronažna zdravstvena nega včeraj, danes, jutri. In: Geč, T., ued. *Patronažna zdravstvena nega – včeraj, danes, jutri: zbornik predavanj / I. slovenska konferenca patronažne zdravstvene nege z mednarodno udeležbo, Maribor, 27.-28. marec 2007*. Maribor: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca, Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego, 52-57.
- Hakulinene – Viitanen, T., Havukainen, P., Pelkonen, M., 2010. The views of students completing continuing education of family health nursing. *Nordic Journal of Nursing Research*, 30(3), 20-24.
- Harmon Hanson, SM., 2005. Family Health Care Nursing: An Introduction. In: Harmon Hanson, SM., et al., eds. *Family Health Care Nursing: Theory, practice&research*. 3rd ed. Philadelphia: F.A. Davis Company, 3-37.
- Ljubič, A., 2014. *Patronažno zdravstveno varstvo v Sloveniji in na Škotskem v povezavi z družinsko medicinsko sestro: magistrsko delo*. Izola: Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju.
- Martin, P., Duffy, T., Johnston, B., Banks, P., Harkess-Murphy, E., Martin, C.R., 2013. Family Health Nursing: A Response to the Global Health Challenges. *Journal of Family Nursing*, 19 (1): 99-118.
- Millard, L., Hallett, C., Luker, K., 2006. Nurse-patient interaction and decisionmaking in care: patient involvement in community nursing. *J Adv Nurs*, 55(2):142-50.
- Navodilo o zagotavljanju socialno varstvene obravnave v primerih odpusta iz bolnišnic ter v primerih, ko upravičenec živi doma*, 2003. Ministrstvo za zdravje RS, Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve RS. Ur. I. RS, št. 52/02, 110/02, 56/03.
- Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2013. Dostopno na: <http://www.nijz.si/podatki/evidenca-patronazne-zdravstvene-nege> [08.06.2014].
- NHS Institute for Innovation and Improvement, 2008. *Protocol based care*. Dostopno na: http://www.institute.nhs.uk/quality_and_service_improvement_tools/quality_and_service_improvement_tools/protocol_based_care.html [08.06.2014].
- Pickersgill, F., 2015. 'It is an enormous privilege to be with people at the end of life'. *Nursing Standard*. 29(27), 64-65.
- Požun, P., Skela Savič, B., 2011. Mednarodne usmeritve, priporočila in prepisi na področju podiplomskega izobraževanja v zdravstveni negi – OECD, EU direktiva za regulirane poklice, WHO, EFN in ICN. In: Skela Savič, B., et al. eds. *4. Posvet z mednarodno udeležbo Specializacije v zdravstveni negi – partnerstvo med zdravstveno nego in medicino: Moja kariera – quo vadis – My Career Ljubljana, 08.marec 2011*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2011: 34-44.

Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, 2015. Uradni list RS, št. 19/98, 47/98, 26/00, 67/01, 33/02, 37/03, 117/04, 31/05, 83/07, 22/09 in 17/15.

Ramšak Pajk, J., 2011. Partnerstvo in komunikacija kot izziv patронаžni zdravstveni negi. In: Skela Savič, B., et al. eds. *Na dokazih podprta znanstvena obravnava – priložnosti za povezovanje zdravstvenih strok, potreb pacientov in znanj - 4. Mednarodna znanstvena konferenca Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice: : Zbornik predavanj z recenzijo; 2011 Jun 9-10; Ljubljana, Slovenija*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, 652-7.

Røsstad, T., et et al., 2013. Development of a patient-centred care pathway across healthcare providers: a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 13.

Royal College of Nursing, 2013. *Moving care to the community: an international perspective*. London: RCN. Dostopno na: <http://www.rcn.org.uk>. [08.06.2014].

Robinson, F., 2011. The role of the district nurse. *Practice Nurse*, 41(8): 30-31

Ule, M., 2006. Spregledana razmerja; Vloga negovalnega komuniciranja v zdravstvu. In: Filej, B., et al. eds. Zbornik predavanj in posterjev 1. Simpozija zdravstvene in babiške nege z mednarodno udeležbo, Maribor 01. september 2006. Maribor. Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Maribor, 33-39.

Urbančič, K., 2007. Medicinske sestre in skrb za družine. *Obzor Zdr N*, 41(Suppl 1); 129-131.

ZavrI Džananović, D., 2010. Patронаžno varstvo Slovenije včeraj, danes, jutri. Analiza poročil o delu patронаžnega varstva od leta 2000 do 2008. *Obzor Zdr. N.*, 44(2), 117-125.

Železnik D, Horvat M, Panikvar Žlahtič K, et al. *Aktivnosti zdravstvene nege v patронаžnem varstvu*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2011.

World Health Organization, 2000. Munich Declaration: Nurses and midwives; A force for health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

World Health Organization, 2013. *The Family Health Nurse: context, conceptual framework and curriculum*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

PREVENTIVNA IN KURATIVNA DEJAVNOST V PATRONAŽNEM VARSTVU

Andreja Krajnc, viš. med. ses., univ. dipl. org.

UVOD

V patronažnem varstvu ločimo, kot navajajo Šušteršič in sodelavci (2006), tri temeljna področja dela: zdravstveno socialno obravnavo posameznika, družine in skupnosti, zdravstveno nego nosečnice, otročnice in novorojenčka in zdravstveno nego in oskrbo pacienta na domu.

Sčasoma se je v patronažni zdravstveni negi uveljavilo strogo ločevanje patronažnih obiskov na preventivne in kurativne, pri čemer se zdravstveno-socialna obravnava posameznika, družine in skupnosti ter zdravstvena nega otročnice in novorojenčka na domu uvrščajo med preventivno dejavnost, zdravstvena nega pacienta na domu, ki predstavlja vse obravnave, ki so izvedene na podlagi delovnega naloga zdravnika, pa med kurativno dejavnost.

V pravnih in strokovnih dokumentih, ki so podlaga za delovanje patronažnega varstva, v tem smislu delitve na kurativno in preventivno dejavnost ne najdemo.

Pravno podlago za opravljanje preventivne dejavnosti v patronažnem varstvu najdemo v Pravilniku za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (v nadaljevanju Pravilnik), ki je bil izdan leta 1998 na podlagi Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju in Zakona o zdravstveni dejavnosti. Pravilnik (1998) je do danes doživel mnogo sprememb in dopolnitev in natančno opisuje, kako naj se zagotavlja kakovostno preventivno zdravstveno varstvo na primarni ravni, med drugim tudi zdravstveno varstvo za varovance, obravnavane v patronažnem varstvu. Zaradi velikih sprememb v izvajanju patronažne zdravstvene nege, zaradi spremenjenih potreb prebivalstva po patronažni zdravstveni negi in zaradi neskladnosti s Pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja (v nadaljevanju Pravila OZZ) se nekatere vsebine pravilnika v praksi več ne izvajajo na način, kot jih določa pravilnik.

Kurativna dejavnost oziroma izvajanje obravnav v patronažni službi po naročilu zdravnika je v Pravidlih OZZ določena v smislu uveljavljanja pravic zavarovanih oseb v osnovni zdravstveni dejavnosti, saj je zapisano, da je osebni zdravnik pristojen in dolžan zavarovani osebi zagotoviti diagnostične, terapevtske in rehabilitacijske storitve, določene za primarno raven zdravstvene dejavnosti, preventivne storitve po programu, zdravljenje na domu in hišne obiske, če ugotovi, da so utemeljeni.

Stroga delitev izvajanja patronažne zdravstvene nege na preventivo in kurativo je v praksi nemogoča, analize opravljenega dela na tak način pa zavajajoče, saj so v veliki večini kurativnih obravnav na terenu, poleg izvedbe diagnostično terapevtskih postopkov po naročilu zdravnika, skriti splošni in predvsem specifični preventivni ukrepi, ki so usmerjeni preprečevanju točno določene bolezni in njenih posledic.

Mnogi avtorji v svojih prispevkih in analizah delovanja patronažne zdravstvene nege strogo ločujejo vsebino dela v patronažni dejavnosti na izvajanje preventivnih in kurativnih obiskov, pri čemer ne poudarjajo, da se dejavnosti med seboj neločljivo prepletata. Pri takšnih interpretacijah analize opravljenega dela v patronažni dejavnosti zmotno prikazujejo, da v patronažnem varstvu upada preventivna dejavnost in narašča kurativna dejavnost, čeprav je dejansko stanje v praksi povsem drugačno.

Vloga diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu pri izvajanju preventive

Cilj preventive delovanja v patronažnem varstvu je v skladu s ciljem preventive, ki ga navajajo tudi Zaletel-Kragelj in sodelavci (Zaletel-Kragelj in sod, 2007), vse od vzpostavitve splošnih razmer, ki bi

bile ugodne za ohranjanje in krepitev zdravja, pa do popolne ali čim bolj popolne povrnitve zdravstvenega stanja v stanje pred začetkom bolezenskega procesa, zmanjšanja intenzivnosti težav, povzročenih z boleznijo, ali upočasnitve nadaljnjega razvoja bolezenskega procesa.

Hoyer (2005) opredeljuje zdravstveno vzgojo kot metodo dela na področju javnega zdravstva, ki si prizadeva, da bi vsak posameznik pa tudi družba sprejeli zdravje za največjo vrednoto, izoblikovali pozitivna stališča do zdravja in jih v življenju tudi uresničili. Z zdravstveno vzgojo skušamo vplivati na ljudi, da postanejo dejavni, kajti le dejavno sodelovanje posameznikov je temeljni pogoj, da lahko prevzamejo svoj del odgovornosti za lastno zdravje.

Dipl. m. s. v PV je nosilka patronažne zdravstvene nege pacienta, družine in skupnosti v stanju zdravja in blagostanja ter v stanju bolezni, poškodb, nezmožnosti, prizadetosti in nezaželenih stanj. Kompetence dipl. m. s. v PV se med drugim prav v zdravstveno vzgojnem delu s posameznikom in zanj pomembnimi drugimi razlikujejo od kompetenc, ki jih ima tehnik zdravstvene nege. Tehnik zdravstvene nege lahko v skladu s poklicnim standardom kot sodelavec v timu le sodeluje pri zdravstveni vzgoji posameznika, družine in širše skupnosti, ne more pa je izvajati samostojno.

Dipl. m. s. v PV mora posameznike ne glede na to, če jih obravnava na podlogi Pravilnika za izvajanje preventivne dejavnosti (Pravilnik) ali v skladu s pisnim naročilom zdravnika, usposobiti za polno, bogato življenje z osnovnim obolenjem. Od zdravnikovega naročila je odvisna samo v neposredni izvedbi naročenih postopkov in posegov, sicer pa v procesu zdravljenja in rehabilitacije ves čas samostojno izvaja zdravstveno vzgojno delo, ki poteka zelo individualno, saj mora proces učenja prilagoditi posebnostim posameznika, njegovi bolezni in zmožnostim sodelovanja njegove družine.

Čeprav je vstopila v družino z namenom izvedbe kurativne obravnave, se ne bo usmerila samo v izvajanje naročenih posegov in postopkov pri posamezniku, ampak bo glede na individualne potrebe po obvladovanju njegove bolezni pristopila na prav vseh ravneh preventive od splošnih in nespecifičnih ukrepov za ohranjanje in krepitev zdravja pa vse do rehabilitacije po preboleli bolezni.

Če bo na primer ugotovila, da posameznik, pri katerem se izvajajo preveze kronične rane, ni dovolj ozaveščen o zdravem načinu življenja, morda kadi, prekomerno uživa alkohol, se nepravilno prehranjuje ali so pri njem prisotni še kakšni drugi dejavniki ali simptomi, ki bi lahko ogrožali njegovo zdravje in zdravljenje osnovne bolezni, bo ob vsakodnevnih prevezih, ki jih je sicer naročil zdravnik, v skladu s svojimi strokovnimi kompetencami izvajala potrebne ukrepe na vseh ravneh preventive.

Ravni preventivne dejavnosti

Zaletel-Kragelj in sodelavci (Zaletel-Kragelj in sod, 2007) delijo preventivne ukrepe v splošne in posebne preventivne ukrepe. Splošni oziroma nespecifični ukrepi so usmerjeni v preprečevanje različnih bolezni in njihovih posledic in jih uporabljamo takrat, kadar preprečujemo negativne zdravstvene pojave na ravni prebivalstva. Posebni oziroma specifični so praviloma ukrepi, s katerimi ukrepamo na ravni posameznika v pristopu k posameznikom z visokim tveganjem in so usmerjeni v preprečevanje točno določene bolezni in njenih posledic. Te ukrepe Zaletel-Kragelj in soavtorji (Zaletel-Kragelj in sod, 2007) delijo na profilaktične, terapevtske in rehabilitacijske. Profilaktične ukrepe uporabljamo takrat, ko posameznik še ni zbolel, je pa uvrščen v skupino oseb, ki so potencialno dovzetne za delovanje škodljivih dejavnikov iz okolja, ali pa vemo, da bo izpostavljen delovanju škodljivega dejavnika. V kurativnih obravnavah v patronažnem varstvu pa so predvsem terapevtski preventivni ukrepi, ki se uporabljajo, ko je bolezen že klinično izražena, z rehabilitacijskimi pa skušamo pri posamezniku po preboleli bolezni vzpostaviti stanje, v katerem bo popolnoma ali v čim večji meri sposoben za samostojno funkcioniranje v okolju.

Ukrepanje proti bolezni tradicionalno Zaletel-Kragelj in sod. (2007) delijo na primarno, sekundarno in terciarno raven preventive, pri čemer poudarjajo, da primarno raven v sodobnem času delimo še na primarno-primarno raven, ki uporablja populacijski pristop in praviloma izvaja nespecifične

ukrepe, in primarno raven preventive, ki izvaja splošne in specifične ukrepe v okviru ogroženih populacijskih skupin, s katerimi cilja na preprečevanje točno določenih bolezni. Kakor navajajo mnogi avtorji (Zaletel-Kragelj in sod, 2007), tudi Hoyer (2005), tudi v patronažni dejavnosti ločnice med posameznimi ravnmi preventivne dejavnosti niso ostre in je meje težko postaviti.

- primarno-primarna raven preventive v patronažni dejavnosti

Glede na to, da je primarno-primarna raven preventive opredeljena kot preprečevanje okoliščin, ki pripomorejo k nastanku bolezni in zdravje ohranjajo oziroma krepijo (Zaletel-Kragelj in sod, 2007), in je ciljna skupina te ravni preventive celotno, na videz zdravo prebivalstvo, lahko v izvajanje primarno-primarne preventive uvrščamo tudi preventivne ukrepe patronažnega varstva pri posamezniku, v družini in lokalni skupnosti. Načini ukrepanja pri posamezniku, v družini in lokalni skupnosti na primarno-primarni ravni preventive so sicer zelo različni, vendar pa jim je skupno, da gre za nemedicinske ukrepe, s katerimi patronažna medicinska sestra nenehno izvaja aktivnosti za vzdrževanje in spodbujanje okoliščin, ki so ugodne za ohranjanje in krepitev zdravja tistih članov družine ali širše skupnosti, ki še niso zboleli (npr. skrb za osebno higieno, higieno okolja, skrb za zdrav način življenja).

- primarna raven preventive v patronažni dejavnosti

Primarna raven preventivne bolezni je po Zaletel-Kragelj in sodelavcih (Zaletel-Kragelj, 2007) opredeljena kot preprečevanje nastanka predklinične oblike bolezni z mehanizmi specifičnih oblik bioloških, prehranskih ali okoljskih ukrepov, z namenom, da bi obvarovali posameznike pred točno določenimi boleznimi, stanji pomanjkanja, poškodbami. Ciljna skupina delovanja te ravni preventive so ogrožene, a vsaj na videz zdrave skupine prebivalstva, za katere predpostavljamo, da so za določene bolezni bolj občutljivi ali za katere predpostavljamo, da so izpostavljeni delovanju dejavnikov, škodljivih za zdravje. Med primarno raven spadajo različni programi za zmanjšanje razširjenosti dejavnikov, ki negativno vplivajo na zdravje (programi za zmanjševanje razširjenosti kajenja, uživanja alkohola, odvisnosti od ilegalnih drog, izboljševanje prehranjevanja, povečanje telesne dejavnosti, izboljšanje duševnega zdravja). V primarno raven preventive sodi tudi zdravstvena vzgoja v ogroženih skupinah, kamor v patronažnem varstvu uvrščamo nosečnice, otročnice, predšolske otroke, starostnike in druge ogrožene skupine prebivalstva.

- sekundarna raven preventive v patronažni dejavnosti

Sekundarno raven preventive opredeljujejo isti avtorji (Zaletel-Kragelj, 2007) kot preprečevanje nastanka klinično izražene oblike bolezni z iskanjem zgodnjih znakov bolezni v njenem predkliničnem obdobju, ko simptomi pri bolnem človeku še niso izraženi. Ciljna skupina delovanja te ravni preventive so ogrožene, a vsaj na videz zdrave skupine prebivalstva, za katere predpostavljamo, da so tako občutljive kot tudi izpostavljene večjemu tveganju in so za boleznijo, ki jo iščemo, morda tudi že zbolele. Zgodnje odkrivanje bolezni je lahko usmerjeno v velike populacijske skupine ali v posameznika, pri katerem individualno odkrivamo prisotnost bolezni.

Patronažna medicinska sestra ima pri sekundarni ravni preventive veliko vlogo, saj lahko z individualno obravnavo posameznika in družine v okolju, kjer živijo, zazna določene pomembne dejavnike tveganja za zdravje, o katerih pacient pri obravnavi zunaj domačega okolja namenoma ne želi ali pa ne more spregovoriti. Z ustreznim zdravstveno vzgojnim delovanjem pri posamezniku in njegovi družini lahko patronažna medicinska sestra bistveno pripomore k splošnemu dvigu zavedanja ljudi o pomenu zgodnjega odkrivanja prisotnosti bolezni, sodelovanja v preventivnih programih in samopregledovanja.

- terciarna raven preventive v patronažni dejavnosti

Terciarno raven preventive Zaletel in soavtorji (Zaletel, 2007) opredeljujejo kot preprečevanje ali vsaj zmanjševanje telesnih, duševnih in socialnih posledic že izražene bolezni z namenom, da bi vzpostavili stanje, kot je bilo pred začetkom bolezni, ali čim bližje prvotnemu stanju, oziroma da bi

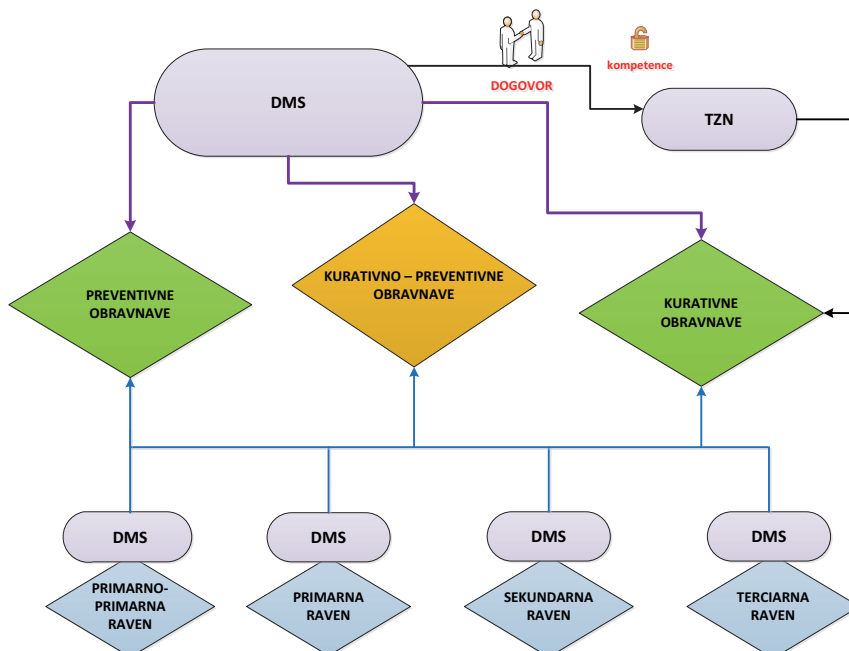
posledice bolezni čim bolj omilili in ohranili posamezniku čim višjo stopnjo sposobnosti samostojnega življenja in funkcioniranja v skupnosti. Kot posebno obliko terciarne ravni preventive štejemo tudi preprečevanje bolečin in trpljenja pri neozdravljivo bolnih ljudeh. Ciljna skupina delovanja te ravni preventive so bolniki s klinično izraženo obliko bolezni. Z zornega kota naravnega poteka bolezni z načini ukrepanja na terciarni ravni preventive delujemo v simptomatski oziroma klinični fazi bolezni in v fazi okrevanja.

Kot pravi Hoyer (2005) pomeni zdravstvena vzgoja na tej ravni preventive skrb za ljudi, pri katerih je že prišlo do določene spremembe oziroma pri katerih je zdravje že prizadeto. Ljudi želimo usposobiti, da bodo znali preprečevati povrnitev bolezni oziroma kakovostno živeti z nastalo spremembo, kar pomeni, da je namenjena bolnikom, invalidom in njihovim svojcem. Gre za ukrepe za zmanjševanje ali odpravljanje dolgotrajnih okvar ali nesposobnosti, za učinkovito lajšanje trpljenja ter za izboljšanje bolnikove prilagodljivosti na zanj nezadovoljiva stanja.

SKLEP

Ukrepe, ki jih glede na strokovne usmeritve uvrščamo med primarno-primarno raven, primarno raven in sekundarno raven preventive, dipl. m. s. v PV izvaja tudi, kadar je vstopila v domače okolje posameznika in njegove družine zaradi izvedbe določenega posega ali intervencije, ki jo je z delovnim nalogom naročil zdravnik (injekcija, prevez, nega stome...), čeprav se statistično takšni obiski evidentirajo kot kurativni obiski.

Ob upoštevanju izvajanja navedenih štirih ravni preventive v patronažnem varstvu bi bilo smiselno, da se poleg »preventivnih obravnav«, ki jih dipl. m. s. v PV izvaja na podlagi Pravilnika za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (Pravilnik), ločeno kot »kurativno-preventivne«, prikazujejo obravnave, ki jih dipl. m. s. v PV sicer prvotno izvede po naročilu zdravnika, vendar jih glede na vsebino izvedenega dela ne moremo uvrščati med strogo »kurativne obravnave«. Obravnave, ki jih v skladu z naročilom zdravnika in po dogovoru z diplomirano medicinsko sestro glede na njegove kompetence izvede tehnik zdravstvene nege, pa se štejejo kot »kurativne obravnave« (glej sliko 1).



Slika: Ravni preventivnega delovanja v patronažni dejavnosti in izvajalci

V patronažnem varstvu v bodoče ne bi smeli več govoriti o strogo preventivnih in strogo kurativnih obravnavah, ampak je potrebno temu ustrezno prilagoditi evidentiranje obravnav in zbiranje podatkov o vsebini dela v patronažnem varstvu tudi za potrebe državne statistike, saj »kurativno-preventivnih« obravnav, ki jih glede na predhodno navedena dejstva izvede dipl. m. s. v PV, ne moremo enačiti s kurativnimi obravnavami, ki jih v skladu s kompetencami lahko izvede in jih izvaja tehnik zdravstvene nege.

Potrebe po patronažni zdravstveni negi iz leta v leto naraščajo; zaradi specifične narave dela izvajalci na terenu ne morejo ustvarjati »čakalnih dob« za patronažno obravnavo, kakor tudi ne morejo natančno planirati dnevnih, mesečnih in letnih obiskov pri posamezniku, v družini in v lokalni skupnosti. V skladu s kadrovskimi in materialnimi viri ter organizacijskimi možnostmi se je potrebno vsak dan znova prilagajati individualnim potrebam pacientov in njegovih družin s ciljem izvajanja v najvišji možni meri strokovno, časovno in finančno učinkovite patronažne zdravstvene nege.

Literatura:

Hoyer S. Pristopi in metode v zdravstveni vzgoji. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo; 2005: 1-3, 148-90, 206-11, 212-32.

Navodilo za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni Ur.l. RS, št. 19/1998. Spremembe: Ur.l. RS, št. 47/1998, 26/2000, 67/2001, 33/2002, 37/2003, 117/2004, 31/2005, 83/2007, 22/2009. Dostopno na: http://zakonodaja.gov.si/rpsi/r09/predpis_NAVO59.html (16.12.2015).

Šušteršič, O. Horvat, M., Cibic, D. Peternelj, A. & Brložnik, M., (2006). Patronažno varstvo in patronažna zdravstvena nega-nadgradnja in prilagajanje novim izzivom. *Obz Zdr N*, 40, 4, str.247-252.

Zaletel Kragelj L, Eržen I, Premik M. Uvod v javno zdravje. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Katedra za javno zdravje; 2007: 168-70, 174-9, 208-9, 288-92, 305-7.

PREVENTIVNI OBISKI V PATRONAŽNEM VARSTVU

Po Pravilniku za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni:

- ZDRAVSTVENA VZGOJA DRUŽINE
- PREVENTIVNI OBISK PRI NOSEČNICI
- OBRAVNAVA NOVOROJENČKA IN DOJENČKA NA DOMU
- PREVENTIVNI OBISK PRI OTROČNICI
- PATRONAŽNI OBISK OTROKA V 2. IN 3. LETU STAROSTI
- PREVENTIVNI OBISK PRI STAROSTIKU, KI JE OSAMEL IN SOCIALNO OGROŽEN
- PATRONAŽNI OBISK PRI PACIENTU S KRONIČNIM OBOLENJEM
- SODELOVANJE V NACIONALNIH PREVENTIVNIH PROGRAMIH (SVIT, ZORA, DORA)

ZDRAVSTVENA VZGOJA DRUŽINE

mag. Jožica Ramšak Pajk, viš. med. ses., prof. zdrav. vzgoje

TEORETIČNA IZHODIŠČA

Družina je okolje, kjer je najbolje poskrbljeno za reprodukcijo in za zdravo rast ter psihofizični razvoj otroka. Šušteršič et al (2006) poudarjajo, da ima družina pri zagotavljanju zdravja in kakovosti življenja posameznika in družbe pomembno vlogo, saj s svojo sorodstveno mrežo predstavlja specifično socio-kulturno institucijo, v kateri se na poseben način povezujejo socialna vezanost in individualna svoboda. Na kakovost življenja v družini vpliva čustvena zrelost in ljubezen (Šušteršič et al, 2006). Zdravstveno vzgojno delovanje v družini, zgodnje odkrivanje bolezni in opolnomočenje družin za uspešno spopadanje in soočanje z boleznijo ali ohranjanjem kakovosti življenja, so prednosti, ki jih lahko pripišemo družinski obravnavi. Ule in Kuhar (2011) zagovarjata in poudarjata štiri temeljne funkcije družine, katerim sledi tudi patronažna zdravstvena nega družine; te so: ekonomska funkcija družine, psihosocialna, izobraževalna in socializacijska funkcija družine. Družina je izziv in osnova mnogim službam na primarni ravni zdravstvenega varstva.

NAMEN

Dipl. m. s. v PV pomaga družini pri ohranjanju in krepitvi zdravja, spopadanju z boleznijo, invalidnostjo, različnimi stresnimi situacijami in nezdravimi vzorci vedenja (Ur.l.RS,št.17/15). Z zgodnjim odkrivanjem tveganih vedenj družinskih članov ali tveganih družinskih navad se lahko zagotovijo pravočasna obravnavna družin in njenih članov z usmerjenim zdravstveno vzgojnim delom. Soočamo se z vedno krajšimi ležalnimi dobami, kar poveča zagotavljanje kontinuirane zdravstvene nege tudi na domu ter podpore družini, zato je vloga dipl. m. s. v PV vedno bolj pomembna v skrbi za družine. Pri svojem delu se medicinska sestra srečuje z različnimi oblikami družine (jedrna, razširjena, reorganizirana), opozarjajo Šušteršič et al (2006), zato mora poznati posamezna razvojna obdobja v družini, saj se v različnih obdobjih pojavljajo različni problemi. Za uspešno delovanje v domačem okolju je dipl. m. s. v PV vodilo podpora komunikacija, ki je empatična, skrbstveno naravnana, spoštljiva in spodbuja dober medosebni partnerski odnos z vsemi člani družine.

CILJI

- urejene socialno-ekonomske razmere,
- zdrava in zdravstveno vzgojena družina,
- mirno in komunikativno okolje v družini,
- dobri odnosi v družini in hkrati odnosi družine v širšem okolju,
- zadovoljena funkcija družine (Šušteršič, 1997; Lupša, 2009).

Rajkovič in Šušteršič (2000) pravita, da dipl. m. s. v PV na podlagi teh podatkov skupaj z družinskimi člani ugotavlja stanje in razmere v družini, načrtuje, izvaja in vrednoti zdravstveno nego, kar je pomembno za vzdrževanje dinamičnega ravnotežja v družini in za zagotavljanje kakovosti življenja družine.

AKTIVNOSTI

Ocena stanja:

- ocena kakovosti medsebojnih odnosov, komunikacije in sodelovanja med člani družine in/ali pomembnih drugih,
- prepoznavanje strategij reševanja težav v družini,
- družina kot socialni sistem v interakciji z zunanjim okoljem in znotraj sebe,
- razvojne značilnosti družine in aktualno dogajanje,
- ekonomsko socialna varnost družine.

Metode in tehnike: načrt zdravstvene nege:

- ugotavljanje potreb po zdravstveni negi - negovalna anamneza, negovalne diagnoze,
- načrtovanje zdravstvene nege - postavljanje ciljev, načrtovanje intervencij,
- izvajanje aktivnosti,
- dokumentiranje in vrednotenje.

INTERVENCIJE

- strokovna priprava na terensko delo (družinska dokumentacija, pisna zdravstveno vzgojna navodila, pripomočki za zdravstveno nego in drugo),
- zdravstveno vzgojno delo s celotno družino in enakovredno upoštevanje vseh članov,
- zdravstveno vzgojno delo, povezano z ekonomsko socialnimi razmerami, kulturno demografskimi značilnostmi in tovrstno aktualno problematiko,
- zdravstveno vzgojno delo glede na trenutno aktualno stanje v družini (mlada družina, član s kronično boleznijo ali umirajoči član družine, socialne razmere, nasilje, osamljenost in drugo),
- zdravstveno vzgojno delo in spodbujanje dobrih medsebojnih odnosov in spoštovanja,
- zdravstveno vzgojno delo in iskanje pozitivnih rešitev znotraj družine, svojcev, pomembnih drugih ali vključevanje drugih služb,
- spodbujanje in učenje pacientovih svojcev in za pacienta pomembnih drugih za podporo izvajanju pacientovih življenjskih aktivnosti,
- svetovanje v zvezi s spremenjenim načinom življenja,
- informiranje družine, pacienta in za družino pomembnih drugih o možnostih vključevanja v zdravstveno vzgojne delavnice in zdravstveno vzgojne akcije v lokalni skupnosti,
- ugotavljanje potreb družine in ocene stanja z uporabo standardiziranih vprašalnikov (APGAR).

Poraba časa obiska: obsežen ali zelo obsežen

SPREMLJANJE, OCENJEVANJE IN VREDNOTENJE

- obveščanje izbranega osebnega zdravnika in/ali ginekologa,
- povezovanje (sporočanje/pridobivanje informacij) z drugimi službami in inštitucijami (izbrani osebni zdravnik, referenčna ambulanta),
- dokumentiranje,
- načrtovanje naslednjega obiska.

Literatura:

Lupša, P., 2009. *Patronažna zdravstvena nega in komunikacija: [diplomsko delo]*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, 17-41.

Rajkovič, V., Šušteršič, O., 2000. Informacijski sistem patronažne zdravstvene nege. Kranj: *Moderna organizacija*.

Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, 2015. Uradni list RS, št. 19/98, 47/98, 26/00, 67/01, 33/02, 37/03, 117/04, 31/05, 83/07, 22/09 in 17/15).

Šušteršič, O., Horvat, M., Cibic, D., Peternelj, A., Brložnik, M., 2006. Patronažno varstvo in patronažna zdravstvena nega – nadgradnja in prilagajanje novim izzivom. *Obzor Zdrav Neg*, 40: 247-52.

Šušteršič, O., 1997. Patronažna medicinska sestra in nasilje nad ženskami v družini. *Obzor. Zdr. N*, 31: 127-131.

Ule, M., Kuhar, M., 2011. *Mladi, družina, starševstvo*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, Založba FDV.

Viri:

Kersnik, J., 2002. Ocenjevanje družine. In: Švab, I., Rotar-Pavlič, D., eds. *Družinska medicina*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine.

Martin, P., Duffy, T., Johnston, B., Banks, P., Harkess-Murphy, E., Martin, CR., 2013. Family Health Nursing: A Response to the Global Health Challenges. *Journal of Family Nursing*, 19 (1): 99-118.

Ramšak Pajk, J., 2011. Partnerstvo in komunikacija kot izziv patronažni zdravstveni negi. In: *Zbornik predavanj, Na dokazih podprta zdravstvena obravnava priložnosti za povezovanje zdravstvenih strok, potreb pacientov in znanj, Junij 2011, Jesenice*. Jesenice: VŠZN, str. 652-7.

Rempel, GR., Neufeld, A., Eastlick Kushner, K., 2007. Interactive Use of Genograms and Ecomaps in Family Caregiving Research. *Journal of Family Nursing*, 13.

University of the West of Scotland, 2013. *Family Health Nursing Project*. Dostopno na: <http://www.uws.ac.uk/familyhealthnursing/> [27.03.2013].

Železnik D, Horvat M, Panikvar Žlahtič K, et al. *Aktivnosti zdravstvene nege v patronažnem varstvu*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2011.

Yarword, J., 2008. Nurses view of family nursing in community context: an exploratory study. *Nursing Praxis in New Zeland*, 24(2): 42-51.

World Health Organization, 2000. *The Family Health Nurse: context, conceptual framework and curriculum*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

World Health Organization, 2013. *Family Health Nurse*. Dostopno na: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Health-systems/nursing-and-midwifery/activities/education/family-health-nurse> [10.8.2013].

PREVENTIVNI OBISK PRI NOSEČNICI

Darja Hermonko, dipl. m. s., mag. zdr. soc. manag.

Andreja Ljubič, dipl. m. s., mag. zdr. nege

Aleksanda Mernik Merc, dipl. m. s., IBCLC

TEORETIČNA IZHODIŠČA

Nosečnost je obdobje nosečnice od oploditve jajčeca do poroda, ki ga spremljajo obsežne fiziološke spremembe, ki se pojavijo že zgodaj po zanositvi (Predikaka, 2014). Nosečnost je celovit proces, razdeljen na posamezna obdobja, ki imajo svoje značilnosti, vendar se med seboj razlikujejo po tem, kako jih nosečnice doživljajo (Charlish, 1997). Nosečnice uvrščamo v kategorijo prebivalstva, ki zaradi svoje občutljivosti zahtevajo posebno zaščito in pozornost (Likar, 2005). Po Pravilniku za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (Ur.l.RS, št. 17/15) ima nosečnica pravico do enega obiska patronažne medicinske sestre (dipl. m. s. v PV). Če so potrebe večje, se poveže z izbranim ginekologom ali izbranim osebnim zdravnikom.

NAMEN

S preventivnim obiskom želimo proučiti socialno zdravstvene razmere v družini. Nosečnico želimo poučiti o normalnem poteku nosečnosti, o vseh spremembah in aktivnostih, ki so vezane na nosečnost. Nosečnico obravnavamo v smislu krepitve, ohranitve zdravja ter preprečevanja bolezni. Poučenost nosečnice o dejavnikih, ki neugodno vplivajo na potek nosečnosti, je zelo pomembna, saj se nosečnica zavestno izogne dejavnikom tveganja in tako nosečnost poteka bolj mirno in zdravo (Luzar, 2015).

CILJI

- oceniti ožje in širše okolje (ekonomske, socialne, zdravstvene razmere v družini),
- krepiti dobro počutje v okolju, kjer nosečnica živi (psiho-socio-emocionalno) in spodbujati dobre socioekonomske razmere za zdravo telesno in duševno napredovanje ploda,
- seznaniti nosečnico o fiziološkem poteku nosečnosti, o zdravem načinu življenja med nosečnostjo, o pravicah staršev in o šoli za bodoče starše,
- odkriti morebitne rizične dejavnike, ki lahko vplivajo na nepravilni potek nosečnosti, poroda ali obdobja po porodu ženske ali novorojenca,
- svetovanje in pogovor glede specifičnih potreb nosečnice,
- svetovanje in pogovor glede priprave na prihod novorojenčka.

CILJNA POPULACIJA, ČASOVNI RAZPORED

Nosečnico obišče dipl. m. s. v PV v obdobju nosečnosti s poudarkom na zdravstveno vzgojnem delu s svetovanjem. Upošteva psihološki potek doživljanja nosečnosti (Mattson, Smith, 2015) je konec prvega tromesečja oz. začetek drugega najbolj primerno obdobje. Dodatno k temu govori dejstvo, da je, ob trenutni organizaciji Šole za starše (Tečaj za zgodnjo nosečnost v prvem tromesečju in Tečaj predporodne priprave v tretjem tromesečju), drugo tromesečje prazna vrzel, ko govorimo o zdravstveno vzgojnih informacijah.

AKTIVNOSTI

Ocena stanja:

- indirektno zbiranje informacij pred obiskom,
- direktno zbiranje informacij med obiskom,
- seznanitev nosečnico z namenom in vsebino obiska,
- pregled obstoječe negovalne in medicinske dokumentacije,
- ocena splošnega stanja nosečnice po življenjskih aktivnostih,
- pogovor z nosečnico, po potrebi s člani družine in pomembnimi drugimi,
- skupna analiza zbranih informacij in njihov zapis.

Metode in tehnike: načrt zdravstvene nege:

- ugotavljanje potreb po zdravstveni negi – negovalna anamneza, negovalne diagnoze,
- načrtovanje zdravstvene nege - postavljanje ciljev in izvajanje zdravstveno negovalnih intervencij,
- vrednotenje in dokumentiranje.

INTERVENCIJE

strokovna priprava na terensko delo (družinska dokumentacija, pisna zdravstveno vzgojna navodila, pripomočki za zdravstveno nego in drugo) ter priprava pisnega obvestila patronažne službe v primeru odsotnosti nosečnice,

Dipl. m. s. v PV nosečnico seznanj s/z:

- telesnimi in čustvenimi spremembami, ki se pojavijo v nosečnosti,
- nevednostmi v nosečnosti in svetuje lajšanje teh težav (slabost, zaprtje, pogostejše uriniranje, krči v nogah, težave z razširjenimi venami, težave z nespečnostjo, zgaga, oteženo dihanje),
- pravico do materinskega dopusta, s pravico do dopusta za nego in varstvo otroka, s pravico do očetovskega dopusta in glede na potrebo s pravico do posvojiteljskega dopusta (Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti, 2015),
- uveljavljanjem pravic, povezanih z rojstvom otroka (enkratna pomoč ob rojstvu otroka, pravica do paketa za otroka, otroški dodatek, zdravstveno zavarovanje otroka, davčna številka otroka, ureditev očetovstva) (Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti, 2015),
- pomenom zadostnega gibanja na zraku, pouči in pokaže telesne vaje za izpostavljene skupine mišic, telovadbo za pripravo na porod in vaje za sprostitev,
- svetuje o načinih dihanja med porodom,
- rednimi ginekološkimi pregledi in drugimi preiskavami v nosečnosti, trajanjem nosečnosti,
- potrebnimi rednimi pregledi pri zobozdravniku,
- nevarnimi znamenji, zaradi katerih mora takoj obiskati zdravnika,
- ustrezno prehrano, ki vpliva na potek nosečnosti, dobro počutje in razvoj ploda (opozori na živila, ki niso priporočljiva v nosečnosti),
- posledicami nezdravih razvad (tvegano pitje alkohola, prekomerno pitje kave, kajenje, uporaba prepovedanih drog, uporaba nedovoljenih zdravil) in jih odsvetuje,
- prednostmi dojenja,

- pomenom zdravega načina življenja (režim spanja in počitka, skrb za varnost, odstranitev predmetov, ki povzročajo nevarnost, varnostni pas, izogibanje težkim bremenom, sunkovitim gibom,...),
- ustrezno izbiro obleke in obutve,
- pomenom higijene,
- potrebno opremo za novorojenčka, skupaj pregledata prostor, kjer bo otrok bival, pogovorita se o primernem ležišču za otroka, štetju in beleženju plodovih gibov,
- pripravo potrebnih stvari za odhod v porodnišnico (zdravstvena kartica, materinska knjižica z vsemi izvidi, osebni predmeti, drugo),
- znanilci bližajočega poroda in opozorilo na pravočasen odhod v porodnišnico,
- pripravo sorojencev na novega člana družine.

Pregled nosečnice:

- nadzor nad vrednostmi vitalnih funkcij (krvni tlak, srčni utrip, telesna temperatura in krvni sladkor - po potrebi),
- svetovanje o osebni higieni,
- preverjanje poznavanja in razumevanja uporabe morebitne predpisane terapije, drugih zdravil in prehranskih dodatkov,
- preverjanje poznavanja morebitnih prisotnih bolezni med nosečnostjo,
- spremljanje telesne teže nosečnice.

Dipl. m. s. v PV se pogovori tudi z družinskimi člani in dragimi bližnjimi osebami o pripravi primernih pogojev za prihod otročnice in novorojenčka v domače okolje. Obisk usmeri v zdravstveno vzgojno delo v družini v smislu krepitve in ohranitve zdravja ter preprečevanja bolezni.

Poraba časa obiska: zelo obsežen

SPREMLJANJE, OCENJEVANJE IN VREDNOTENJE

- po potrebi obveščanje izbranega osebnega zdravnika in/ali ginekologa,
- potreba po povezovanju (sporočanju/pridobivanju informacij) z drugimi službami in institucijami,
- koordinacija po telefonu,
- dokumentiranje in zapis,
- pričakovanje in spremljanje povratnih informacij.

Literatura:

Charlish, A., 1997. *Zdrava nosečnost: Vodnik po dopolnilnem zdravljenju*. Ljubljana: DZS.

Likar, R., 2005. *Analiza patronažne zdravstvene nege nosečnice, otročnice in novorojenčka za obdobje 1998-2003: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Likar, R., 2007. Patronažna zdravstvena nega nosečnice, otročnice in novorojenčka. In: Geč, T., ed. *Patronažna zdravstvena nega – včeraj, danes, jutri: Zbornik predavanj / I. slovenska konferenca patronažne zdravstvene nege z mednarodno udeležbo, Maribor, 27.-28. marec 2007*. Maribor: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca, Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego, 100-105.

Luzar, M., 2015. *Zdravje v nosečnosti: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Pedagoška fakulteta.

Mattson, S., Smith, J., 2015. *Core Curriculum for Maternal-Newborn Nursing*. 5th ed. <http://store.elsevier.com/Core-Curriculum-for-Maternal-Newborn-Nursing/Susan-Mattson/isbn-9780323287630>.

Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti, 2015. *Zavarovanje za starševsko varstvo in pravice, ki iz tega izhajajo*. Republika Slovenija, Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti Dostopno na: http://www.mdsz.gov.si/si/delovna_podrocja/druzina/starsevsko_varstvo_in_druzinski_prejemki/pravice_iz_zavarovanja_za_starsevsko_varstvo/zavarovanje_za_starsevsko_varstvo_in_pravice_ki_iz_tega_izhajajo/#c9662 [25.11.2015].

Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti (2015). *Družinski prejemki*. Republika Slovenija, Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti. Dostopno na: http://www.mdsz.gov.si/si/delovna_podrocja/druzina/starsevsko_varstvo_in_druzinski_prejemki/druzinski_prejemki/ [25.11.2015].

Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (Uradni list RS, št. 19/98, 47/98, 26/00, 67/01, 33/02, 37/03, 117/04, 31/05, 83/07, 22/09 in 17/15).

Predikaka, S., 2014. *Telesne spremembe med nosečnostjo: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Viri:

Briggs, C., 2006. Nursing practice in community child health: Developing the nurse-client relationship. *Contemporary Nurse*, 23(2), 303-311.

Drglin, Z., 2011. Šola za bodoče starše – priprava na porod in starševstvo: premislek o opolnomočenju. In: Ljubič, A., ed. *Zdrav otrok in mladostnik – cilj medicinske sestre v pediatriji in najpogostejši problemi v primarnem zdravstvenem varstvu*. Zbornik predavanj, Rogaška Slatina 25.-26. marec 2011. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji, 61-65.

Hofinger Mihelič, Š., 2009. *Načrtovani preventivni hišni obisk pri nosečnici: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Sirk, D. & Mernik Merc, A., 2009. Vloga patronažne medicinske sestre pri obravnavi družine v predporodnem in poporodnem obdobju. In: *Duševno zdravje in nosečnost, porod ter zgodnje starševstvo. Strokovno srečanje ob Svetovnem dnevu duševnega zdravja*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.

Valenčak, U., 2008. Patronažna zdravstvena nega nosečnice. V: Patronažna zdravstvena nega nosečnice, otročnice, novorojenčka in dojenčka: 3. strokovno srečanje, Žalec, 04. 11. 2008. Krško: Združenje zasebnih patronažnih medicinskih sester, 2008: 17-23.

Železnik D, Horvat M, Panikvar Žlahtič K, et al. *Aktivnosti zdravstvene nege v patronažnem varstvu*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2011.

OBRAVNAVA NOVOROJENČKA IN DOJENČKA NA DOMU

Andreja Ljubič, dipl. m. s., mag. zdr. nege

Mira Peroša, dipl. m. s., mag. zdr. nege

Aleksanda Mernik Merc, dipl. m. s., IBCLC

TEORETIČNA IZHODIŠČA

Novorojenček je otrok v obdobju od rojstva do dopolnjenega 28. dneva starosti (Likar, 2007). Za to obdobje je značilna velika odvisnost otroka od strokovne nege, saj je novorojenček zaradi spremenjenih okoliščin relativno nepripravljen za samostojno življenje.

Hoyer (1994) s pojmom dojenček označuje v otrokovem življenju čas od končanega 1. meseca do končanega 12. meseca starosti. V tem burnem obdobju razvoja in rasti se otrok razvije v osebo, ki samostojno spreminja svoj položaj in zavestno komunicira s svojim okoljem. Postaja tudi vse bolj neodvisen, vendar pa ima rad pozornost, zato se uči, katero vedenje, dobro ali slabo, to pozornost pritegne. Ob koncu prvega leta se je bolj ali manj sposoben samostojno gibati v danem okolju, nakaže svoje želje, svoje zahteve, voljo in nejevoljo. S svojim okoljem je tudi v tesni duševni povezanosti, kljub temu pa je še vedno močno povezan z materjo (Likar, 2008).

Patronažna zdravstvena nega po Pravilniku za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (Ur.l. RS, št. 17/15) obsega 6 patronažnih obiskov pri dojenčku v prvem letu starosti, dva dodatna obiska pri dojenčkih slepih in invalidnih mater do 12. meseca otrokove starosti.

NAMEN

Dipl. m. s. v PV sistematično obravnava paciente po principu načrtovanega dela na svojem določenem terenu. Standard dela zahteva zajem novorojenčka v roku 24 ur po odpustu iz porodnišnice (odstopanja so možna v primeru objektivnih ovir) in kasnejše obravnave glede na strokovno odločitev dipl. m. s. v PV. Obravnava v obdobju novorojenčka zajema vzpostavljanje dobrega odnosa s starši, vzpostavljanje dojenja, zagotavljanje primerne teže novorojenčka in sposobnosti otročnice za samostojno nego novorojenčka (Ur.l.RS, št. 19/98, 17/15).

Obravnava dojenčka zahteva obiske na domu glede na negovalno anamnezo in negovalno diagnozo, najmanj pa ob vsaki bistveni spremembi, ki se dogaja v dojenčkovem razvoju: način prehrane, mejniki psihofizičnega razvoja dojenčka (Ur.l.RS, št. 19/98, 17/15). Pri obravnavi dojenčka je potrebno izvajati tudi naloge v družini dojenčka na podlagi individualnih potreb in problemov, s ciljem zdravega psihofizičnega razvoja dojenčka (Reš, 2010).

Patronažni obisk pri novorojenčku in dojenčku zajema izvajanje splošnih, specifičnih in individualnih nalog pri njihovi obravnavi.

CILJI

- zdrav psihofizični razvoj novorojenčka in dojenčka,
- funkcionalna družina,
- odkrivanje in pomoč pri odpravljanju škodljivih vplivov fizičnega, psihičnega in socialnega okolja,
- zagotavljanje optimalnih pogojev za razvoj novorojenčka in dojenčka.

ČASOVNI RAZPORED

Prvi obisk novorojenčka dipl. m. s. v PV načrtuje v roku 24. ur po odpustu iz porodnišnice; predvideni čas obravnave je 90 min. Ponovni obisk novorojenčka načrtuje glede na stanje in starost novorojenčka in potrebe matere, vsekakor pa pogosteje v prvem tednu po odpustu iz porodnišnice in sicer, najmanj vsak drugi dan. Kasneje so lahko presledki med obiski daljši. Predviden čas ponovnega obiska je 60 min.

Prvi obisk dojenčka dipl. m. s. v PV načrtuje v 4. do 6. mesecu dojenčkove starosti, ponovna obravnava pa zahteva obiske na domu glede na negovalno anamnezo, najmanj pa ob vsaki bistveni spremembi, ki se dogaja ob otrokovem razvoju. Ponovni obisk dojenčka je predviden nekje med 7. in 11. mesecem. Predviden čas ponovnega obiska je 60 min.

Časovni razpored obiskov je zasnovan na trenutnih potrebah po obiskih.

AKTIVNOSTI

Ocena stanja:

- zbiranje informacij pred in med obiskom,
- seznanitev otročnice z namenom in vsebino obiska,
- pregled zdravstvene dokumentacije,
- anamneza novorojenčka, dojenčka in družine,
- pogovor z otročnico in ostalimi člani družine ter svetovanje o načinu življenja,
- oskrba novorojenčka in dojenčka,
- skupna analiza vseh zbranih informacij in dokumentiranje.

Metode in tehnike - načrt zdravstvene nege:

- ugotavljanje potreb po zdravstveni negi - negovalna anamneza, negovalne diagnoze,
- načrtovanje zdravstvene nege - postavljanje ciljev, načrtovanje intervencij,
- izvajanje aktivnosti,
- dokumentiranje in vrednotenje.

INTERVENCIJE

- strokovna priprava na terensko delo (družinska dokumentacija, pisna zdravstveno vzgojna navodila, pripomočki za zdravstveno nego in drugo) ter priprava pisnega obvestila patronažne službe v primeru odsotnosti novorojenčka in družine,

CILJNA POPULACIJA

Novorojenček

1. obisk

(24 ur po odpustu iz porodnišnice)

INTERVENCIJE

ZDRAVSTVENA VZGOJA IN SVETOVANJE

- seznanitev otročnice s tehnikami dojenja in prikaz pravilnega pristavljanja k prsim,
- seznanitev s pomenom dojenja in spodbujanje za uspešno dojenje,
- spremljanje dojenja in novorojenčkovega napredovanja na telesni teži,
- seznanitev z morebitnimi težavami pri dojenju in ukrepi ob tem,
- seznanitev otročnice z nego dojk ob morebitni prekinitvi dojenja,
- svetovanje glede ureditve novorojenčkovega ležišča, previjalne mize in otroškega vozička ter primerne mikroklimi v prostoru,
- pogovor v družini in svetovanje glede pomena čustvene in psihične podpore otročnici s strani družine in drugih pomembnih oseb,
- seznanitev s pomenom zdravega načina življenja v družini,
- svetovanje glede nege novorojenčka,
- svetovanje glede nege popka in prikaz,
- zdravstvena nega popka,
- pogovor glede izbire osebnega pediatra novorojenčka.

PREGLED NOVOROJENČKA

- pregled novorojenčka (glava, mečava, beločnice, ustna votlina, koža, prsni koš, spolovilo, roke, noge, prsti, nohti, izločki, dihanje),
- spremljanje pravilnega ravnanja z novorojenčkom (handling),
- spremljanje nege novorojenčka in pomoč pri negi (umivanje, oblačenje, previjanje, nega ušes in noska),
- opazovanje morebitnih sprememb kože (temenca, eritemi, izpuščaji, neonatalni mozolj, suha koža, plenični izpuščaj, glivične okužbe, kožna znamenja) in svetovanje,
- pregled popka novorojenčka,
- spremljanje izločanja urina in blata,
- spremljanje prisotnosti zlatenice.

OCENA ZDRAVSTEVNEGA STANJA OTROČNICE

- spremljanje vitalnih funkcij, opazovanje čišče, opazovanje rane na presredku ali po carskem rezu, pregled krčenja maternice, opazovanje ožilja na nogah, spremljanje psiho-fizičnega počutja.

CILJNA POPULACIJA

Novorojenček

2. obisk

(v 1. tednu)

INTERVENCIJE

ZDRAVSTVENA VZGOJA

- spodbujanje otročnice k uporabi primernih tehnik za uspešno dojenje in pomoč pri tem,
- svetovanje za odpravljanje morebitnih težav v zvezi z dojenjem,
- seznanitev s pravilnim celjenjem popka,
- pogovor in svetovanje glede sprejetosti dojenčka v družini in socialnem okolju (toplina, varnost, ljubezen),
- svetovanje za ravnanje ob neutolažljivem joku dojenčka,
- pogovor v družini in svetovanje glede pomena čustvene in psihične podpore otročnici s strani družine in drugih pomembnih oseb,
- seznanitev s pomenom zdravega načina življenja v družini,
- svetovanje glede prvih sprehodov z novorojenčkom in zaščiti pred soncem.

PREGLED NOVOROJENČKA

- pregled novorojenčka (glava, mečava, beločnice, ustna votlina, koža, prsni koš, spolovilo, roke, noge, prsti, nohti, izločki, dihanje),
- spremljanje prisotnosti zlatenice,
- spremljanje ravnanja staršev z novorojenčkom (handling),
- spremljanje dojenja in novorojenčkovega napredovanja na telesni teži,
- spremljanje otročnice/staršev pri negi novorojenčka in pomoč pri negi (umivanje, oblačenje, previjanje, striženje nohtov, nega ušes in noska),
- opazovanje morebitnih sprememb kože (temenca, eritemi, izpuščaji, neonatalni mozolj, suha koža, plenični izpuščaj, glivične okužbe, kožna znamenja) ter svetovanje,
- spremljanje izločanja urina in blata,
- pregled popka,
- zdravstvena nega popka.

OCENA ZDRAVSTVENEGA STANJA OTROČNICE

- spremljanje vitalnih funkcij, opazovanje čišče, opazovanje rane na presredku ali po carskem rezu, pregled krčenja maternice, opazovanje ožilja na nogah, spremljanje psiho-fizičnega počutja.

CILJNA POPULACIJA

Novorojenček

3. obisk

(v 2. tednu)

INTERVENCIJE

ZDRAVSTVENA VZGOJA IN SVETOVANJE

- seznanitev z najpogostejšimi morebitnimi težavami pri dojenju (mastitis),
- svetovanje glede varnega okolja (izbira ustreznega vozička, avtomobilskega sedeža, igrač ipd.),
- svetovanje glede sprehodov,
- svetovanje glede morebitnih odstopanj pri celjenju popka,
- pogovor v družini in svetovanje glede pomena čustvene in psihične podpore otročnici s strani družine in drugih pomembnih oseb,
- seznanitev s pomenom zdravega načina življenja v družini.

PREGLED NOVOROJENČKA

- fizični pregled (glava, mečava, beločnice, ustna votlina, koža, prsni koš, spolovilo, roke, noge, prsti, nohti, izločki, dihanje),
- opazovanje morebitnih sprememb na koži (temenca, eritemi, izpuščaji, neonatalni mozolj, suha koža, plenični izpuščaj, glivične okužbe, kožna znamenja) in svetovanje,
- pregled popka in spremljanje nege popka,
- zdravstvena nega popka,
- spremljanje napredovanja telesne teže,
- spremljanje izločanja urina in blata,
- spremljanje prisotnosti zlatenice,
- spremljanje nege novorojenčka.

OCENA ZDRAVSTEVNEGA STANJA OTROČNICE

- spremljanje vitalnih funkcij, opazovanje čišče, opazovanje rane na presredku ali po carskem rezu, pregled krčenja maternice, opazovanje ožilja na nogah, spremljanje psiho-fizičnega počutja.

CILJNA POPULACIJA

Novorojenček

4. obisk

(v 3. tednu)

INTERVENCIJE

ZDRAVSTVENA VZGOJA IN SVETOVANJE

- seznanitev z najpogostejšimi morebitnimi težavami pri dojenju (mastitis),
- svetovanje in prikaz kopanja novorojenčka (ko je popek zaceljen),
- svetovanje o negi nohtov,
- svetovanje glede varnega okolja (izbira ustreznega vozička, avtomobilskega sedeža, igrač ipd.),
- pogovor o spanju in dnevnih počitkih novorojenčka,
- svetovanje glede sprehodov,
- pogovor v družini in svetovanje glede pomena čustvene in psihične podpore otročnici s strani družine in drugih pomembnih oseb,
- seznanitev s pomenom zdravega načina življenja v družini,
- pogovor o izbiri pediatra,
- pogovor o pomenu in poteku preventivnih pregledov v prvem letu starosti in programu cepljenja.

PREGLED NOVOROJENČKA

- pregled novorojenčka (glava, mečava, beločnice, ustna votlina, koža, prsni koš, spolovilo, roke, noge, prsti, nohti, izločki, dihanje),
- opazovanje morebitnih sprememb na koži (temenca, eritemi, izpuščaji, neonatalni mozolj, suha koža, plenični izpuščaj, glivične okužbe, kožna znamenja) in svetovanje,
- pregled popka in spremljanje nege popka,
- zdravstvena nega popka,
- spremljanje napredovanja telesne teže,
- spremljanje izločanja urina in blata,
- spremljanje prisotnosti zlatenice.

PRIPRAVA POROČILA PATRONAŽNE SLUŽBE IZBRANEMU PEDIATRU

OCENA ZDRAVSTEVNEGA STANJA OTROČNICE

- spremljanje vitalnih funkcij, opazovanje čišče, opazovanje rane na presredku ali po carskem rezu, pregled krčenja maternice, opazovanje ožilja na nogah, spremljanje psiho-fizičnega počutja.

CILJNA POPULACIJA

Dojenček v 4. do 6. mesecu

INTERVENCIJE

ZDRAVSTVENA VZGOJA IN SVETOVANJE

- seznanitev staršev s telesnim razvojem (spodbujanje pravilne motorične aktivnosti), z razvojem čutil in govora pri dojenčku,
- svetovanje glede uporabe varnih in starosti primernih igrač,
- svetovanje glede uvajanja mešane prehrane (upoštevanje smernic za prehrano dojenčkov v Sloveniji),
- svetovanje glede raznolikosti dojenčkovih potreb po dnevnem in nočnem spanju in počitku,
- seznanitev s potekom rasti zob in svetovanje glede ustrezne higiene,
- svetovanje glede ukrepanja ob morebitnih težavah pri izražanju zob,
- svetovanje glede primerne obleke in obutve ter zaščite pred soncem,
- svetovanje glede varnosti v okolju (promet, padci, utopitve, zadušitve, zastrupitve, piki insektov ipd.),
- pogovor o obiskih v posvetovalnici (svetovanje glede pomena rednega obiskovanja posvetovalnice, svetovanje glede cepljenja),
- pogovor o družinski dinamiki in sorojcih,
- pogovor in svetovanje glede sprejetosti dojenčka v družini in socialnem okolju (toplina, varnost, ljubezen),
- svetovanje o pomenu branja dojenčku in otroku.

PREGLED DOJENČKA

- pregled dojenčka (glava, mečava, beločnice, ustna votlina, koža, prsni koš, spolovilo, roke, noge, prsti, nohti, izločki, dihanje),
- spremljanje pridobivanja na teži,
- spremljanje gibalnega razvoja v 5. mesecu starosti,
- spremljanje psihičnega razvoja dojenčka.

OCENA ZDRAVSTVENEGA STANJA MATERE

- spremljanje psiho-fizičnega počutja.

CILJNA POPULACIJA

Dojenček v 7.-11.

Mesecu

INTERVENCIJE

ZDRAVSTVENA VZGOJA IN SVETOVANJE

- seznanitev staršev s telesnim razvojem, razvojem čutil, govora, gibalnim razvojem,
- spremljanje razvoja dojenčka,
- svetovanje glede uporabe starosti in razvoju primernih igrač,
- svetovanje glede spanja in počitka,
- seznanitev s potekom rasti zob in svetovanje glede ustrezne higiene,
- svetovanje glede ukrepanja ob morebitnih težavah pri izražanju zob,
- svetovanje glede primerne obleke in obutve ter prve uporabe čevljev,
- pogovor in svetovanje o kontroliranju izločanja urina in blata (kahlica),
- svetovanje glede varnosti v okolju (promet, padci, utopitve, zadušitve, zastrupitve, piki insektov ipd.),
- pogovor o obiskih v posvetovalnici (svetovanje glede pomena rednega obiskovanja posvetovalnice, svetovanje glede cepljenja),
- pogovor glede varstva otroka po končanem dopustu za nego otroka,
- pogovor o družinski dinamiki in sorojcih,
- pogovor in svetovanje glede sprejetosti v socialnem okolju in morebitnih težavah pri vključevanju v drugo socialno okolje.

PREGLED DOJENČKA

- pregled dojenčka (glava, mečava, beločnice, ustna votlina, koža, prsni koš, spolovilo, roke, noge, prsti, nohti, izločki, dihanje),
- spremljanje pridobivanja na teži,
- spremljanje gibalnega razvoja v 10. mesecu starosti,
- spremljanje psihičnega razvoja dojenčka.

Poraba časa obiska: obsežen ali zelo obsežen nad 60 min

SPREMLJANJE, OCENJEVANJE IN VREDNOTENJE

- obveščanje izbranega pediatra – priprava in oddaja poročila patronažne službe pediatru za vsakega novorojenčka,
- v primeru odstopanj v zdravstvenem stanju novorojenčka posvet s pediatrom in ukrepanje v skladu z njegovimi navodili,
- povezovanje (sporočanje/pridobivanje informacij) z drugimi službami in institucijami,
- dokumentiranje,
- načrtovanje naslednjega obiska,
- pričakovanje in spremljanje povratnih informacij.

Literatura:

Hoyer, S., 1994. *Zdravstvena nega otroka*. Tehniška založba Slovenije. Ljubljana.

Likar, R., 2003. *Patronažna zdravstvena nega otročnice in novorojenčka. Smernice za izvajanje patronažne zdravstvene nege na domu*. Maribor: Zdravstveni dom Dr. Adolfa Drolca, Patronažno varstvo.

Likar, R., 2008. Patronažna zdravstvena nega novorojenčka in dojenčka. In: *Patronažna zdravstvena nega nosečnice, otročnice, novorojenčka in dojenčka. Zbornik predavanj iz 3. strokovnega srečanja, Žalec, 04.11.2008*. Krško: Združenje zasebnih patronažnih medicinskih sester, 47-59.

Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, 1998. Uradni list RS, št. 19/98, 47/98, 26/00, 67/01, 33/02, 37/03, 117/04, 31/05, 83/07, 22/09 in 17/15.

Reš, A., 2010. *Funkcionalne motnje prebavil dojenčka in zdravstveno vzgojno delo s starši na patronaži: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Viri:

Adlešič, M., 2010. *Vloga medicinske sestre pri svetovanju o zdravem prehranjevanju staršem v posvetovalnici: diplomsko delo*. Izola: Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju.

Appleton, JV., 1994. The role of the health visitor in identifying and working with vulnerable families in relation to child protection. *Journal of Advanced Nursing*, 20, 167-175.

Bratanič, et al., 2010. *Smernice zdravega prehranjevanja za dojenčke*. 1st ed. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.

Briggs, C., 2006. Nursing practice in community child health: Developing the nurse-client relationship. *Contemporary Nurse*, 23(2), 303-311.

Browne, K., 1995. Preventing child maltreatment through community nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 57-63.

Chapman, J., Siegel, E., Cross, A., 1990. Home visitors and Child health: Analysis of selected programs. *Pediatrics*, 85(6), 1095-1068.

Debenak, Z., 2011. Dojenje in razvoj ustne votline. In: Ljubič, A., ur. *Zdrav otrok in mladostnik – cilj medicinske sestre v pediatriji in najpogostejši problemi v primarnem zdravstvenem varstvu. Zbornik predavanj, Rogaška Slatina 25.-26. marec 2011*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji, 53-56.

Gabrijelčič Blekuš, M., 2011. Izsvi za zdravo prehranjevanje otrok in mladostnikov. In: Ljubič, A., ur. *Zdrav otrok in mladostnik – cilj medicinske sestre v pediatriji in najpogostejši problemi v primarnem zdravstvenem varstvu. Zbornik predavanj, Rogaška Slatina 25.-26. marec 2011*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji, 39-47.

Gorjan, R. & Horvat, M., 2009. Patronažni obisk pri novorojenčku in dojenčku. In: Majcen Dvoršak, S., et al. eds. *Medicinske sestre – znanje je naša moč: zbornik prispevkov z recenzijo / 7. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije, Ljubljana, 11.-13. maj 2009*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 122D.

Henderson, S., 2010. Community Child health nurses' experience of home visits for new mothers: A quality improvement project. *Contemporary Nurse*, 34 (1): 66-76.

Kemp, L., et al., 2005. Competencies for Sustained Home Visiting in Early Childhood. *Public Health Nursing*, 22(3), 254-259.

- Ling, MS. & Luker, KA., 2000. Protecting children: intuition and awareness in the work of health visitors. *Journal of Advanced Nursing*, 32(3), 572-579.
- Mernik Merc, A., 2008. Podpora patronažne medicinske sestre pri dojenju. In: *Patronažna zdravstvena nega nosečnice, otročnice, novorojenčka in dojenčka: 3. strokovno srečanje, Žalec, 04.11.2008*. Krško: Združenje zasebnih patronažnih medicinskih sester, 7-15.
- Myers, J., 2005. Community children's nursing services in the 21st century. *Pediatric Nursing*, 17, 31-34.
- Myers, J., 2005. Community children's nursing services in the 21st century. *Pediatric Nursing*, 17, 31-34.
- Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008-2013 »Zadovoljni uporabniki in izvajalci zdravstvenih storitev«*, 2008. Uradni list RS, št.72.
- Sedmak, M., et al., 2011. Priporočila za prehrano dojenčkov v Sloveniji: delovna skupina za nutricionistiko. In: Ljubič, A., ur. *Zdrav otrok in mladostnik – cilj medicinske sestre v pediatriji in najpogostejši problemi v primarnem zdravstvenem varstvu. Zbornik predavanj, Rogaška Slatina 25.-26. marec 2011*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji, 31-38.
- Shepherd, ML., 2011. Behind the scales: Child and family health nurses taking care of women's emotional wellbeing. *Contemporary Nurse*, 37(2), 137-148.
- Sirk, D. & Mernik Merc, A., 2009. Vloga patronažne medicinske sestre pri obravnavi družine v predporodnem in poporodnem obdobju. In: *Duševno zdravje in nosečnost, porod ter zgodnje starševstvo. Strokovno srečanje ob Svetovnem dnevu duševnega zdravlja*. Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, Ljubljana.
- Smernice za prehrano dojenčkov v Sloveniji. 2010. UKC Ljubljana, Pediatrična klinika, UKC Maribor.
- Šola za starše – znanje za prihodnost. 2008. Zbornik predavanj. Sekcija medicinskih sester – babic, Postojna.
- Thurman, SE. & Jackson Allen, P., 2008. Integrating lactation Consultants into Primary healthcare services: Are lactation consultants affecting breastfeeding success. *Pediatric Nursing*, 34(5): 419-425.
- Zdravstvena oskrba novorojenčkov na domu. 2006. Prispevki in delovni zvezek. Služba za neonatologijo, Pediatrična klinika, UKC Ljubljana.
- Železnik D, Horvat M, Panikvar Žlahtič K, et al. *Aktivnosti zdravstvene nege v patronažnem varstvu*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2011.

PREVENTIVNI OBISK PRI OTROČNICI

Andreja Ljubič, dipl. m. s., mag. zdr. nege

Darja Hermonko, dipl. m. s., mag. zdr. soc. manag.

Aleksandra Mernik Merc, dipl. m. s., IBCLC

TEORETIČNA IZHODIŠČA

Poporodno dobo imenujemo tisto dobo po porodu, v kateri izginejo spremembe, ki so nastale v času nosečnosti in poroda. Poporodna doba se začne tri ure po iztrebitvi placente in traja šest tednov po porodu, ženska se imenuje otročnica (Berčič, Boh, 2008). Otročnice so zaradi nosečnosti in poroda pogosto izčrpane in neprespane in zaskrbljene zaradi otroka. Zdravstvena nega in programirana zdravstvena vzgoja je pomembna za varovanje reproduktivnega zdravja žensk, otrok in vse družine (Berčič, Boh, 2008). Zajema splošne, specifične ter individualne naloge z namenom ohranitve in krepitev zdravja, preprečevanja komplikacij ter pomoči pri vzpostavitvi ustreznih interakcij v družini (Likar, 2007). Patronažna zdravstvena nega otročnice obsega po Pravilniku za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (Ur.l.RS, št. 17/15) dva obiska dipl.m.s. Če so potrebe večje, se poveže z izbranim ginekologom ali izbranim osebnim zdravnikom.

NAMEN

Preventivna obravnava otročnice je namenjena svetovanju glede samo-nege otročnice in nege novorojenca. Cilj obravnave je zdrava otročnica. Dipl.m.s. v PV skuša zagotoviti, da je vsaka otročnica deležna primerne fizične oskrbe in učinkovite psihične in socialne podpore, skuša pa tudi doseči, da bo otročnica pri oskrbi novorojenčka povsem samostojna, gotova in zadovoljna ter da se bo dobro počutila (Sirk, Mernik Merc, 2009). Najbolj pomembno je, da si diplomirana medicinska sestra pri otročnici pridobi zaupanje, jo spodbuja in opogumlja v zaupnem pogovoru ter spodbuja k partnerskemu odnosu (Shepherd, 2011).

CILJI

- oceniti ožje in širše okolje (ekonomske, socialne, zdravstvene razmere v družini),
- doseči dobro počutje v okolju, v katerem otročnica živi (psiho-socio-emocionalno) in pomagati pri vzpostavitvi zadovoljivih socio-ekonomskih razmer za zdravo telesno in duševno napredovanje novorojenca,
- svetovati otročnici o pravilnem zadovoljevanju osnovnih življenjskih potreb in o zdravem načinu življenja zanjo in za novorojenca,
- spremljati potek vrnitve telesa otročnice v stanje, kot je bilo pred nosečnostjo, in ukrepati ob odstopanjih,
- odkriti morebitne rizične dejavnike, ki lahko negativno vplivajo na razvoj in življenje otročnice in novorojenca, ter ustrezno ukrepati.

CILJNA POPULACIJA, ČASOVNI RAZPORED

Prvi obisk otročnice dipl. m. s. v PV načrtuje skladno s protokolom obravnave čim prej po odpustu iz porodnišnice, predvideni čas obravnave je 90 min. Ponovno preventivno obravnavo otročnice opravi v obdobju do šestih tednov po porodu, predvideni čas obravnave je 60 min.

AKTIVNOSTI

Ocena stanja:

- indirektno zbiranje informacij pred obiskom (obstoječi patronažni karton družine itd.),
- direktno zbiranje informacij med obiskom,
- seznaniti otročnico z namenom in vsebino obiska,
- pregled obstoječe negovalne in medicinske dokumentacije (odpustno pismo, materinska knjižica),
- pregled in ocena splošnega telesnega in duševnega stanja otročnice,
- pogovor z otročnico in po potrebi s člani družine in pomembnimi drugimi,
- skupna analiza vseh zbranih informacij in dokumentiranje.

Metode in tehnike - načrt zdravstvene nege:

- ugotavljanje potreb po zdravstveni negi – negovalna anamneza, negovalne diagnoze,
- načrtovanje zdravstvene nege - postavljanje ciljev, načrtovanje intervencij,
- izvajanje aktivnosti,
- dokumentiranje in vrednotenje.

INTERVENCIJE

strokovna priprava na terensko delo (družinska dokumentacija, pisna zdravstveno vzgojna navodila, pripomočki za zdravstveno nego in drugo) ter priprava pisnega obvestila patronažne službe v primeru odsotnosti otročnice,

CILJNA POPULACIJA

**Otročnica 1 do 2
tedna po porodu**

INTERVENCIJE

ZDRAVSTVENA VZGOJA IN SVETOVANJE

- pogovor in seznanitev otročnice s pomenom čustvene in psihične podpore s strani družine,
- pogovor in seznanitev otročnice glede pomena izražanja čustev med družinskimi člani,
- svetovanje glede varnega okolja,
- seznanitev otročnice s pomenom spremljanja izločanja otročnice,
- svetovanje glede zdrave prehrane in zadostnega vnosa tekočine,
- seznanitev s pomenom treninga za krepitev mišic medeničnega dna in svetovanje/ demonstracija,
- svetovanje glede pomena spanja in počitka otročnice,
- svetovanje in prikaz pravilnega ravnanja z novorojenčkom (handling),
- svetovanje in prikaz nege novorojenčka,
- seznanitev s pomenom dojenja in materinega mleka za otroka,
- seznanitev s tehnikami dojenja in svetovanje glede pomena pravilnega pristavljanja otroka,
- svetovanje glede položajev med dojenjem,
- pogovor glede obiska pri ginekologu.

OHHRANJANJE IN KREPITEV DUŠEVNEGA ZDRAVJA - **opolnomočenje otročnice**

- pogovor z otročnico o psihofizičnem počutju (pozornost na stiske, strahove in duševno stanje otročnice),
- krepitev samozavesti (pohvala, spodbujanje, tolažba ...).

PREGLED OTROČNICE

- spremljanje vitalnih funkcij,
- opazovanje čišče,
- opazovanje rane na presredku ali po carskem rezu,
- pregled krčenja maternice,
- opazovanje ožilja na nogah,
- spremljanje nege dojk,
- pregled dojk in bradavic in pomoč pri morebitnih težavah,
- spremljanje uriniranja in odvajanja blata ter prisotnosti hemoroidov,
- spremljanje dojenja in pomoč pri dojenju,
- spremljanje nege novorojenčka.

OCENA ZDRAVSTVENEGA STANJA IN NAPREDOVANJA NOVOROJENČKA

- pregled novorojenčka in opazovanje morebitnih sprememb kože,
- spremljanje prisotnosti zlatenice,
- spremljanje dojenja in novorojenčkovega napredovanja na telesni teži,
- spremljanje otročnice pri negi novorojenčka in pomoč pri negi,
- spremljanje izločanja urina in blata,
- pregled in zdravstvena nega novorojenčkovega popka.

CILJNA POPULACIJA

Otročnica 4 do 6 tednov po porodu

INTERVENCIJE

ZDRAVSTVENA VZGOJA IN SVETOVANJE

- pogovor z otročnico glede čustvene in psihične podpore s strani družine,
- pogovor in seznanitev otročnice s pomenom spanja in počitka,
- svetovanje glede zdrave prehrane in zadostnega vnosa tekočine,
- svetovanje glede varnega okolja,
- seznanitev s pomenom treninga za krepitev mišic medeničnega dna in svetovanje/demonstracija,
- seznanitev s pomenom dojenja in spodbujanje k nadaljevanju dojenja,
- svetovanje glede shranjevanja materinega mleka,
- svetovanje glede spolnega življenja po porodu ter glede kontracepcije,

- pogovor in svetovanje glede spremenjene zunanje podobe, krepitev samopodobe otročnice,
- svetovanje glede telesne dejavnosti po porodu,
- pogovor glede obiska pri ginekologu.

OHANJANJE IN KREPITEV DUŠEVNEGA ZDRAVJA - **opolnomočenje otročnice**

- pogovor z otročnico o psihofizičnem počutju (pozornost na stiske, strahove in duševno stanje otročnice),
- krepitev samozavesti (pohvala, spodbujanje, tolažba,...).

PREGLED OTROČNICE

- spremljanje vitalnih funkcij,
- opazovanje čišče,
- pregled dojk in bradavic ter pomoč pri morebitnih težavah,
- opazovanje ožilja na nogah,
- spremljanje počutja,
- izvedba presejalnega testa za poporodno depresijo (EDPS vprašalnik) in izvedba ustreznih intervencij po protokolu.

OCENA ZDRAVSTVENEGA STANJA IN NAPREDOVANJA NOVOROJENČKA

- pregled novorojenčka in opazovanje morebitnih sprememb kože,
- spremljanje dojenja in novorojenčkovega napredovanja na telesni teži,
- spremljanje otročnice pri negi novorojenčka in pomoč pri negi,
- spremljanje otročnice pri kopanju novorojenčka,
- spremljanje izločanja urina in blata,
- pregled popka,
- zdravstvena nega popka.

Dipl. m. s v PV se pogovori tudi z družinskimi člani in ostalimi otročnici dragimi osebami o pomoči in zagotavljanju udobnega okolja otročnici. Opravi še zdravstveno vzgojno delo v družini v smislu krepitve in ohranitve zdravja ter preprečevanja bolezni.

Poraba časa obiska: zelo obsežen

SPREMLJANJE IN KONTINUIRANA OBRAVNAVA

- potreba obveščanja izbranega osebnega zdravnika in/ali ginekologa,
- potreba po povezovanju (sporočanju/pridobivanju informacij) z drugimi službami in institucijami,
- koordinacija po telefonu,
- dokumentiranje in zapis,
- pričakovanje in spremljanje povratnih informacij.

Literatura:

Berčič, M., Boh, S., 2008. Patronažna zdravstvena nega otročnice. In: *Patronažna zdravstvena nega nosečnice, otročnice, novorojenčka in dojenčka: 3. strokovno srečanje, Žalec, 04. 11.2008*. Krško: Združenje zasebnih patronažnih medicinskih sester, 7-15.

Likar, R., 2007. Patronažna zdravstvena nega nosečnice, otročnice in novorojenčka. In: Geč, T., ed. *Patronažna zdravstvena nega – včeraj, danes, jutri: Zbornik predavanj / I. slovenska konferenca patronažne zdravstvene nege z mednarodno udeležbo, Maribor, 27.-28. marec 2007*. Maribor: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca, Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego, 100-105.

Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, 2015. Uradni list RS, št. 19/98, 47/98, 26/00, 67/01, 33/02, 37/03, 117/04, 31/05, 83/07, 22/09 in 17/15.

Rajh, I., 2000. *Zdravstvena nega otročnice in novorojenčka v patronažnem varstvu: diplomsko delo*. Maribor. Univerza v Mariboru, Visoka zdravstvena šola.

Shepherd, ML., 2011. Behind the scales: Child and family health nurses taking care of women's emotional wellbeing. *Contemporary Nurse*, 37(2): 137-148.

Sirk, D., Mernik Merc, A., 2009. Vloga patronažne medicinske sestre pri obravnavi družine v predporodnem in poporodnem obdobju. In: *Duševno zdravje in nosečnost, porod ter zgodnje starševstvo. Strokovno srečanje ob Svetovnem dnevu duševnega zdravlja*. Inštitut za varovanje zdravlja Republike Slovenije, Ljubljana.

Viri:

Emeršič, I., 2009. *Hišni obisk patronažne medicinske sestre ob rojstvu otroka: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Henderson, S., 2009-10 Community Child health nurses' experience of home visits for new mothers: A quality improvement project. *Contemporary Nurse*, 34(1): 66-76.

Hoyer, S., 2006. *Uspešno dojenje za dobro zdravje otrok in mater*. Ljubljana: Narodna in univerzitetna knjižnica.

Mernik Merc, A., 2008. Podpora patronažne medicinske sestre pri dojenju. In: *Patronažna zdravstvena nega nosečnice, otročnice, novorojenčka in dojenčka: 3. strokovno srečanje, Žalec, 04.11.2008*. Krško: Združenje zasebnih patronažnih medicinskih sester, 7-15.

Šola za starše – znanje za prihodnost., 2008. *Zbornik predavanj. Sekcija medicinskih sester – babic, Postojna, 2008*.

Železnik D, Horvat M, Panikvar Žlahtič K, et al. *Aktivnosti zdravstvene nege v patronažnem varstvu*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2011.

PATRONAŽNI OBISK OTROKA V 2. IN 3. LETU STAROSTI

Andreja Ljubič, dipl. m. s., mag. zdr. nege

Tomica Kordiš, dipl. m. s., mag. vzg. in man. v zdr. negi

TEORETIČNA IZHODIŠČA

Sistematična obravnava otroka v 2. in 3. letu starosti in ob bistvenih spremembah v družini (rojstvo novega otroka, problematične ločitve, rejništvo, smrt). Sistematično je obravnavan vsak otrok, ki je ali ni vključen v vzgojno varstvene ustanove ter otroci z motnjami v razvoju, slepi in invalidni otroci v domači oskrbi (Ur.l.RS, št. 17/15).

NAMEN

S preventivnim patronažnim obiskom otroka v 2. in 3. letu starosti želimo spremljati psihofizični razvoj otroka, spremljanje njegovih optimalnih pogojev za razvoj, spremljanje otrokovega razvoja z vidika zdravstvene nege (Ur.l.RS, št. 17/15).

CILJI

Zdrav psihofizični razvoj otroka, funkcionalna družina, odkrivanje in pomoč pri odpravljanju škodljivih vplivov fizičnega, psihičnega in socialnega okolja, zagotavljanje optimalnih pogojev za razvoj otroka – malčka:

- sprejetost v družini, socialnem okolju – toplina, varnost in ljubezen,
- primeren bivalni prostor,
- nenasilje in zloraba otroka v družini in okolici,
- dobra prehranjenost (otrok pridobiva na telesni teži in višini),
- zadovoljivo spanje in počitek,
- govorni razvoj, primeren starosti,
- pravilno in zdravo izražanje čustev, socializacija,
- že samostojno izločanje in odvajanje,
- dobra, starosti in razvoju primerna motorika, gibanje in telesne aktivnosti,
- izvajanje rednih sistematičnih pregledov.

ČASOVNI RAZPORED

En preventivni pregled v 2. letu starosti in en preventivni pregled v 3. letu starosti. Predviden čas obiska je 60 min.

AKTIVNOSTI

Ocena stanja:

- indirektno zbiranje informacij pred in med obiskom,
- seznanitev staršev, skrbnikov, rejnikov, vzgojiteljev z namenom in vsebino obiska,
- pregled obstoječe zdravstvene dokumentacije,
- anamneza otroka-malčka in družine,

- pogovor s starši, skrbniki, rejniki, vzgojitelji, ožjimi člani družine (starimi starši, idr.) ter pomembnimi drugimi iz ožje in širše okolice,
- pogovor z otrokom v prisotnosti staršev ali skrbnika (v kolikor je mogoče presoditi informacije, ki so bistvenega pomena za ugotavljanje anamneze in stanja),
- skupna analiza vseh zbranih informacij in dokumentiranje.

Metode in tehnike - načrt zdravstvene nege:

- ugotavljanje potreb po zdravstveni negi – negovalna anamneza, negovalne diagnoze,
- načrtovanje zdravstvene nege - postavljanje ciljev, načrtovanje intervencij,
- izvajanje aktivnosti,
- dokumentiranje in vrednotenje.

INTERVENCIJE

strokovna priprava na terensko delo (družinska dokumentacija, pisna zdravstveno vzgojna navodila, pripomočki za zdravstveno nego in drugo) ter priprava pisnega obvestila patronažne službe v primeru odsotnosti otroka in družine,

Zdravstvena vzgoja in svetovanje:

- spremljanje razvitosti in fizičnega razvoja otroka (višina, teža, prsni koš, stopala, zobki),
- spremljanje razvitosti govora, miselne zmožnosti, komunikacija z okolico,
- spremljanje stopnje razvitosti motorike,
- seznanitev z igro in izborom igrač, primerni otrokovi starosti,
- seznanitev z izborom živil, primernih za otrokovo starost,
- pogovor o vključevanju v okolico in poznavanje ljudi,
- svetovanje o negi otroka in negi bolnega otroka,
- svetovanje o hranjenju otroka z zdravo prehrano in pričetek samostojnega hranjenja,
- seznanitev z nevarnostjo navad in razvad,
- svetovanje o samostojnem izločanju in odvajanju (navajanje na kahlico),
- svetovanje o sprehodih, potovanjih, o varstvu,
- svetovanje o pomenu izvajanja cepljenja,
- seznanitev s pogostimi otroškimi nalezljivimi boleznimi,
- seznanitev z nevarnostmi v okolju,
- zdravstveno vzgojno delo z otrokom in njegovo družino,
- zdravstveno vzgojno delo v smislu ohranitve in krepitev zdravja ter preprečevanja bolezni.

Na podlagi osebnih potreb in težav ter odstopanj od razvoja otroka v drugem in tretjem letu starosti dipl. m. s. v PV izvaja individualne naloge, ki na podlagi individualnih potreb in težav ter pri otrocih z motnjami v razvoju, slepimi in invalidnimi otroki v domačem varstvu predstavljajo izvajanje ciljev in intervencij v družini z otrokom.

Poraba časa obiska: obsežen

SPREMLJANJE, OCENJEVANJE IN VREDNOTENJE

- v primeru odstopanj v zdravstvenem stanju otroka posvet s pediatrom in ukrepanje v skladu z njegovimi navodili,
- povezovanje (sporočanje/pridobivanje informacij) z drugimi službami in institucijami,
- dokumentiranje,
- pričakovanje in spremljanje povratnih informacij.

Literatura:

Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, 1998. Uradni list RS, št. 19/98, 47/98, 26/00, 67/01, 33/02, 37/03, 117/04, 31/05, 83/07, 22/09 in 17/15.

Hlastan Ribič, C., Pokorn, D., 2006. *Zdrava otroška prehrana: Predgovor*. Ljubljana: Strokovno združenje nutricionistov in dietetikov. Dostopno na:

<http://www.fmf.uni-lj.si/~buckley/otroskaprehrana.pdf> [08.12.2015].

Kovačič, U., 2009. *Patronažni obisk pri otroku v drugem in tretjem letu starosti: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Marjanovič Umek, L., 1990. *Mišljenje in govor predšolskega otroka*. Ljubljana: DZS.

Marjanovič Umek, L., Fekonja, U., Kavčič, T., Zupančič, M., 2004. Gibalni razvoj po rojstvu. In: Marjanovič Umek, L., et al. eds. *Razvojna psihologija*. Ljubljana: Znanstveno-raziskovalni inštitut Filozofske fakultete, 170-183.

Pokorn, D., 2004. *Prehrana v različnih življenjskih obdobjih: prehranska dopolnila v prehrani*. Ljubljana: Marbona, 155-156.

Videmšek, M., Berdajs, p., Karpljuk, D., 2003. *Mali športnik. Gibalne dejavnosti otrok do tretjega leta starosti v okviru družine*. Ljubljana: Fakulteta za šport, Inštitut za šport.

Visenjak, M., 2015. *Razvojne ravni malčkove igre: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Pedagoška fakulteta, 2-24.

Zupančič, M., 2004. Razvoj čustev in temperament ter osebnost v obdobjih dojenčka in malčka. In: Marjanovič Umek, L., et al. eds. *Razvojna psihologija*. Ljubljana: Znanstveno-raziskovalni inštitut Filozofske fakultete, 232-251.

Zupančič, M., 2004. Socialni razvoj dojenčka in malčka. In: Marjanovič Umek, L., et al. eds. *Razvojna psihologija*. Ljubljana: Znanstveno-raziskovalni inštitut Filozofske fakultete, 255-274.

Zupančič, M., Kavčič, T., 2007. *Otroci od vrta do šole: razvoj osebnosti in socialnega vedenja ter učna uspešnost prvošolcev*. Ljubljana: Znanstveno-raziskovalni inštitut Filozofske fakultete.

Žnidarič, D., 1993. *Otrokov govor*. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za šolstvo in šport.

Viri:

Bratanič, B., et al., 2010. *Smernice zdravega prehranjevanja za dojenčke*. 1.st ed. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.

Briggs, C., 2006. Nursing practice in community child health: Developing the nurse-client relationship. *Contemporary Nurse*, 23(2), 303-311.

Browne, K., 1995. Preventing child maltreatment through community nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 57-63.

Chapman, J., Siegel, E., Cross, A., 1990. Home visitors and Child health: Analysis of selected programs. *Pediatrics*, 85(6), 1095-1068.

Gabrijelčič Blekuš, M., 2011. Izzivi za zdravo prehranjevanje otrok in mladostnikov. In: Ljubič, A., ed. *Zdrav otrok in mladostnik – cilj medicinske sestre v pediatriji in najpogostejši problemi v primarnem zdravstvenem varstvu. Zbornik predavanj, Rogaška Slatina 25.-26. marec 2011*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji, 39-47.

Železnik D, Horvat M, Panikvar Žlahtič K, et al. *Aktivnosti zdravstvene nege v patronažnem varstvu*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2011.

PRILOGA

Celostni razvoj otroka v obdobju drugega in tretjega leta

Telesni in intelektualni razvoj otroka sta v prvih treh letih zelo intenzivna (Visenjak, 2015). V obdobju drugega in tretjega leta opazimo hiter razvoj govora, relativne samostojnosti in zanimanja za vrstnike (Marjanovič Umek et al, 2004). Za otrokov razvoj je odločilno, v kakšnih razmerah, tako gmotnih kot čustvenih, živi v prvih letih življenja, saj razmere v tem obdobju odločilno vplivajo na otrokov značaj in vedenje v kasnejših letih. Razvoj je tudi popolnoma odvisen od zrelosti možganov, živčnega sistema in telesnih organov (Kovačič, 2009).

Gibalni razvoj

Gibalni razvoj pri večini otrok poteka po določenem zaporedju in je povezan z drugimi razvojnimi področji – zaznavnim, socialnim, čustvenim in spoznavnim, vendar se kažejo tudi razlike v njihovem razvoju (Videmšek, et al, 2003). Otroci ne razvijajo enako hitro in rastejo, le en vidik razvoja je enak, to je zaporedje razvojnih korakov do popolnega obvladanja določene veščine (Kovačič, 2009). Do tretjega leta starosti večina otrok osvoji naravne gibalne oblike: hoja, tek, plazenje, dviganje, spuščanje, kotaljenje, metanje, skoki, potiskanje, vlečenje, plezanje itd. (Videmšek et al, 2003).

Razvoj čustev

V drugem in tretjem letu starosti se pojavijo čustva samozavedanja, kot so sram, krivda, zadrega, zanikanje in ponos, katera se nanašajo na ugodno ali neugodno doživljanje. V tem obdobju postanejo strahovi otroka številčnejši in močnejši; otrok se boji ljudi, predvsem odraslih, ki nosijo maske, izraža in doživlja strah v neznanih in temnih prostorih (Zupančič, 2004).

Umski razvoj

Razum je odvisen od čutov in telesnega gibanja, zato se morajo za napredek otrokovega umskega razvoja hkrati razvijati gibalne veščine, vid, sluh in spomin. Od tega je odvisno, ali bo otrok razumel dojemanje okoli sebe (Kovačič, 2009). Z napredovanjem otrokovega splošnega razumevanja se korak za korakom razvijajo umske in telesne spretnosti, kar pa je tudi odvisno od otrokove osebnosti, družabnosti in okolja, v katerem raste (Kovačič, 2009).

Socialni razvoj

Da je otrok socialno bitje, je razvidno iz njegove občutljivosti na dražljaje, ki prihajajo od ljudi (Zupančič, 2004). Otroci potrebujejo skrben odnos, saj imajo že od rojstva dar za vzpostavljanje odnosov s starši, ki s svojim ljubečim zanimanjem iz otroka naredijo družabno bitje (Kovačič, 2009). V drugem letu starosti postane interakcija otroka z odraslo osebo vezana na predmete. V socialnem odnosu z vrstniki pa opazimo konfliktno in sodelovalno izmenjavo med malčki (Zupančič, Kavčič, 2007). V tem obdobju se pojavi tudi previdnost do neznanih ljudi (Zupančič, 2004).

Osebnostni razvoj

V prvih dveh letih se gradijo temelji osebnosti. K temu prispevajo tudi dejavniki, kot so materinska ljubezen, razumevanje, mir, zaupljivo okolje, v katerem otrok živi, ljubezen med staršema, toplina ostalih bližnjih oseb, njihova strogost in odločnost, prav tako pa tudi način, kako se sprejemajo otrokovi očitki in jok (Kovačič, 2009).

Razvoj govora

Govorni razvoj je tesno povezan z razvojnim mišljenjem, saj ne ločeno in medsebojno vplivata na razvoj (Visenjak, 2015). Na razvoj govora vpliva vzdušje, v katerem otrok živi, in pogoji za učenje govora (Kovačič, 2009). Prve otrokove besede lahko imajo več pomenov (Žnidarič, 1993), vendar otrok razume besede prej, kot jih je sposoben tudi aktivno uporabljati, zato uporabe in izgovorjave besed ne moremo enačiti z razumevanjem (Marjanovič Umek, 1990). V tem obdobju otrok prisluhne in spremlja, kadar mu kdo govori, zato naj se starši z otrokom veliko pogovarjajo in mu nazorno pokažejo, kaj mu želijo povedati (Kovačič, 2009). Pri tem je treba pokazati, kaj čutijo, in svoje besede spremljati z izrazom na obrazu, tako da otrok razume poglobitveni smisel sporočil (Kovačič, 2009). Otroku je potrebno pomagati spoznati, da je govorica sredstvo za sporazumevanje. Komunikacija, zlasti besedna, olajša napredovanje osamosvajanja, saj mu omogoča, da obdrži stik s starši tudi takrat, ko niso v njegovem vidnem polju.

Prehranjevanje

V zgodnjem otroštvu je optimalna prehrana bistveni predpogoj za zdrav telesni in duševni razvoj. Zdrave prehranjevalne navade, ki jih otroci pridobijo v tem obdobju, vplivajo na izbiro živil in način prehranjevanja tudi v kasnejšem življenjskem obdobju in s tem na zdravje v odrasli dobi (Hlastan Ribič, Pokorn, 2006).

To je obdobje hitrega telesnega in duševnega razvoja, zato je potreba po vnosu visokih hranilnih vrednosti hrane velika. Da zadostimo le-tem, je pomembno, da otroku ponudimo zanimive, okusne in zdrave obroke in prigrizke. V tej starosti sta lahko hrana in njeno uživanje izvrstna priložnost za učenje, saj malčki pri kuhi in nakupih lahko sodelujejo in hranjenje zanje postane prijetno in zabavno. Enoletni otrok potrebuje okoli 1000 kcal na dan, triletni pa okoli 1300 kcal. Otrok stalno želi določeno hrano in zavrača drugo. Kaže ritual v zvezi s posodo in pripravo hrane. Neubogljivost in znižana pozornost pri jedi sta normalen pojav. Otroku hrane ne vsilujemo in mu damo dovolj časa, da jo zaužije. Novo hrano uvajamo postopoma in otroku omogočimo, da si izbira hrano po lastni želji. Pomemben je ritual (Pokorn, 2004).

Poznavanje ljudi in stvari

Starši, ki svojemu otroku dopustijo, da se začne osamosvajati skozi neodvisno raziskovanje, a ostajajo v varni bližini, svojemu otroku omogočijo, da občuti užitek ob širjenju meja svojega sveta (Kovačič, 2009).

PREVENTIVNI OBISK PRI STAROSTNIKU, KI JE OSAMEL IN SOCIALNO OGROŽEN

Mateja Berčan, mag. zdr. nege
Andreja Krajnc, viš. med. ses., univ. dipl. org.

TEORETIČNA IZHODIŠČA

Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja v 27. členu določajo dva preventivna patronažna obiska na leto pri kronično bolnih osebah in težkih invalidih, ki so osameli in socialno ogroženi, ter pri osebah z motnjami v razvoju (Ul. RS št. 30/2003).

Ob dejstvu, da se nam populacija nezadržno hitro stara, postajata vse pomembnejši tudi vloga in naloga patronažne medicinske sestre pri obravnavi starostnika v domačem okolju.

Cilj vseh držav je, kot pravijo Maček et al (2011), obdržati starega človeka na njegovem domu. Spodbuditi moramo mlajše generacije za interakcijo s starejšimi, za zanimanje o njihovih potrebah, poznavanje njihove vloge ter starejše vključevati v družbene dejavnosti. Patronažne medicinske sestre spodbujajo starostnika k aktivnemu prevzemanju vloge in odgovornosti za svoje zdravje. Patronažna zdravstvena nega starostnika si mora prizadevati za zdravje na telesnem, duševnem, duhovnem in socialnem področju ter upoštevati človekov potencial oz. vire za samopomoč in sosedsko pomoč.

Predlog Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2015-2025 (2016) na več mestih poudarja pomen krepitve patronažne službe, predvsem v smislu celovitega pristopa k obvladovanju problema staranja populacije in ob razvoju dolgotrajne oskrbe.

Socialna ogroženost je opredeljena kot verjetnost za zmanjševanje zmožnosti za življenje, posledica tega pa je povečanje doživljanja negotovosti, osamljenosti, nepravilnosti in neenakosti (Woleb, Daraio, 2009). Pri socialni ogroženosti sta poudarjena dva vidika prikrajšanosti, in sicer distribucijski vidik (kamor sodi tudi koncept revščine), to je: nizek dohodek, nizek življenjski standard, slabe stanovanjske razmere, življenje v nerazvitih z javnimi storitvami slabo opremljenih okoljih, itd., in relacijski vidik. Pri relacijskem vidiku gre za udeležbo tako na medosebni ravni (npr. socialna izolacija, malo prijateljskih odnosov, enostarševske družine) kot na družbeni ravni (npr. nizka politična participacija, apatičnost do družbenega dogajanja, kulturna izključenost in druge oblike nematerialne prikrajšanosti in izključenosti (Hlebec et al, 2010).

NAMEN

S preventivnim obiskom dipl. m. s. v PV želimo izboljšati kakovost življenja starejše osebe na domu z ugotavljanjem še ohranjenih vitalnih funkcij, povezanih z dnevnimi aktivnostmi, in stopnjo samostojnosti. Prav tako želimo preprečiti že morebitne kronične zaplete. V primeru odkritih odstopanj nakaže dipl. m. s. v PV morebitne rešitve. Z obiskom želimo doseči, da starejša oseba čim dlje in v največji meri ohrani samostojnost.

OCENA STANJA:

Temeljne fiziološke, psihofizične, psihosocialne in duhovne potrebe

- indirektno zbiranje informacij pred obiskom,
- direktno zbiranje informacij med obiskom,
- seznaniti starejšo osebo z namenom in vsebino obiska,

- pregled obstoječe negovalne in medicinske dokumentacije,
- oceniti splošno stanje starejše osebe po dnevni aktivnosti,
- pogovor s starejšo osebo in po potrebi s člani družine in pomembnimi drugimi,
- skupna analiza vseh zbranih informacij in njihov zapis.

CILJI IN INTERVENCIJE

Zdravstveno nego načrtuje dipl. m. s. v PV skupaj s starejšo osebo ob obisku.

Najpogostejši **cilji** za delo ob preventivnem obisku starejše osebe so:

- doseganje dobrega počutja v okolju, v katerem starostnik oz. pacient živi (psiho-socio-emocionalno),
- spodbujanje ohranjanja samooskrbe, mobilnosti in spretnosti,
- informiranje o možnostih uporabe in vključitve različnih služb pomoči na domu,
- odkrivanje rizičnih dejavnikov, ki vplivajo na psiho-socio-duševno zdravje,
- zmanjševanje posledic bolezni na zdravje starostnika,
- ob prisotnosti bolezni izvajanje terapije po navodilih zdravnika ter navodil za zdravstveno nego.

Najpogostejše **intervencije** so:

- strokovna priprava na terensko delo (družinska dokumentacija, pisna zdravstveno vzgojna navodila, pripomočki za zdravstveno nego in drugo) ter priprava pisnega obvestila patronažne službe v primeru odsotnosti posameznika,
- poučevanje starejše osebe in /ali svojcev za uspešno zdravljenje ali rehabilitacijo,
- nadzor nad vrednostmi vitalnih funkcij krvnega tlaka, krvnega sladkorja, saturacije,
- zagotavljanje kontinuirane obravnave po ustaljenih poteh komunikacije,
- preverjanje poznavanja in razumevanja uporabe predpisane terapije, drugih zdravil in prehranskih dodatkov,
- preverjanje režima prehrane v primeru specifičnega zdravljenja in prehranjenosti nasploh ter uživanja zdrave, uravnotežene prehrane,
- ocena bolečine subjektivno po pogovoru in po VAS lestvici,
- ocena ožjega in širšega bivalnega okolja,
- v skladu z zakonom o preprečevanju nasilja v družini (ZPND) ocena stanja,
- ocena ekonomskih in socialnih razmer ter družbene vloge v družini in s pomembnimi drugimi,
- podpora in medosebni odnosi v družini in s pomembnimi drugimi,
- informiranje o drugih službah (npr. Center za socialno delo, dom starejših občanov, zavodi za oskrbo in nego na domu, služba za dostavo hrane na dom,...)
- zdravstveno vzgojno delo glede na ugotovljene potrebe,
- telefonski pogovor s pacientom, družino in pomembnimi drugimi,
- izvajanje aktivnosti zdravstvene nege v skladu s programom preprečevanja in obvladovanja bolnišničnih okužb,
- ugotavljanje varnosti in zaščite ter potencialne socialne ogroženosti posameznika in družine.

Poraba časa obiska: krajši obisk ali obsežen obisk

SPREMLJANJE/KONTINUIRANA OBRAVNAVA IN OBVEŠČANJE

- obveščanje izbranega osebnega zdravnika,
- potreba po povezovanju (sporočanju/pridobivanju informacij) z drugimi službami in institucijami,
- koordinacija po telefonu,
- dokumentiranje in zapis,
- pričakovanje in spremljanje povratnih informacij.

Literatura:

Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2003. Uradni list RS št. 30.

Predlog Resolucije o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016-2025. Skupaj za družbo zdravja. Ljubljana. Ministrstvo za zdravje. Dostopno na:

http://www.mz.gov.si/si/delovna_podrocja_in_prioritete/resolucija_o_nacionalnem_planu_zdravstvenega_varstva_2016_2025_skupaj_z_a_druzbo_zdravja / [4.1.2016].

Maček, B., Skela Savič, B., Zurr, J., 2011. Dejavniki socialne integracije starostnika v domače okolje. *Obzor Zdr N*, 45, 181-187.

Hlebec, V., Kavčič, M., Vezovnik, A., Trbanc, M., Filipovič Hrast, M. 2010. *Samo da bo denar in zdravje: življenje starih revnih ljudi*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Wolleb, G., Daraio, A., 2009. *Regional challenges in the perspective of 2020, regional disparities and future challenges*. Brusel: ISMERI Europa.

Viri:

Grošelj, U., 2011. *Položaj in oskrba starejših v Republiki Sloveniji: diplomsko delo*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta. Biotehnična fakulteta.

Kuhar, M., 2007. *Sociološki vidik: prevrednotenje staranja in starosti*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Peternejl, A., et al., 2006. *Strokovne in organizacijske podlage za vpeljavo in izvajanje integrirane prehodne in dolgotrajne oskrbe v Republiki Sloveniji*. Ljubljana. Ministrstvo za zdravje. Osnutek predloga za razpravo.

Primec, B., 2007. *Izvajanje socialnega varstva v Sloveniji: diplomsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Ekonomska fakulteta.

Železnik D, Horvat M, Panikvar Žlahtič K, et al. *Aktivnosti zdravstvene nege v patronažnem varstvu*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2011.

PATRONAŽNI OBISK PRI PACIENTU S KRONIČNIM BOLENJEM

Majda Nešič, dipl. m. s.

Petra Torbarina, dipl. m. s.

Andreja Krajnc, viš.med.ses., univ.dipl.org.

TEORETIČNA IZHODIŠČA

Kronične bolezni se zaradi podaljševanja pričakovane življenjske dobe pojavljajo vse pogosteje. S pridevnikom »kronični« opisujemo lastnost, ki se počasi razvija in dolgo traja (Slovenski medicinski e-slovar, 2012), s pojmom »kronična bolezen« pa vsako bolezen, ki traja določeno obdobje in običajno ne preneha, vendar pa se njen potek lahko spreminja (Softič et al, 2011). Pacient s kroničnim obolenjem je oseba, ki potrebuje stalno spremljanje in je občasno pacient z akutnim obolenjem ali remisijo kroničnega obolenja, po drugi strani pa je oseba, »ki obvladuje posledice in simptome kronične bolezni in poskuša kljub bolezni živeti čim bolj normalno in kvalitetno življenje« (Ule, 2003).

V okviru strategije obvladovanja kroničnih bolezni imajo po ICN (2010) medicinske sestre nepogrešljivo vlogo. Strategija je usmerjena v ozaveščanje o nevarnosti nenalezljivih kroničnih bolezni ter motivacijo pacientov, družin in skupnosti za zdravo življenje in izogibanje dejavnikom tveganja.

Predlog Resolucije o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016 - 2015 »Skupaj za družbo zdravja« (2016) med aktivnosti za krepitev in varovanje zdravja ter preprečevanje bolezni med drugim uvršča preusmeritev zdravstvene službe v preprečevanje in zgodnje odkrivanje dejavnikov tveganja.

Po Pravilniku za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (Ur.l.RS, št. 17/15) ter pravilih ZZS ima pacient s kronično boleznijo, ki je osamel in socialno ogrožen pravico do obiska dipl. m. s v PV dvakrat letno.

NAMEN

S preventivnim obiskom želimo izboljšati kakovost življenja pacienta s kronično boleznijo na domu z ugotavljanjem še ohranjenih vitalnih funkcij, povezanih z dnevnimi aktivnostmi in stopnjo samostojnosti. Prav tako želimo preprečiti že morebitne zaplete kroničnega obolenja. V primeru odkritih odstopanj nakaže dipl. m. s. v PV morebitne rešitve. S preventivnim obiskom želimo posameznika in njegovo družino usposobiti za čim bolj polno in bogato življenje kljub njegovemu obolenju. Proces izvajanja preventive prilagodimo posebnostim posameznika in njegove družine, njegovi bolezni in zmožnosti sodelovanja njegove družine.

OCENA STANJA:

Temeljne fiziološke, psihofizične, psihosocialne in duhovne potrebe

- indirektno zbiranje informacij pred obiskom,
- direktno zbiranje informacij med obiskom,
- seznaniti pacienta z namenom in vsebino obiska,
- pregled obstoječe negovalne in medicinske dokumentacije,
- oceniti splošno stanje pacienta po dnevnih aktivnostih,
- pogovor s pacientom in po potrebi s člani družine in pomembnimi drugimi,
- skupna analiza vseh zbranih informacij in dokumentiranje.

CILJI IN INTERVENCIJE

Dipl. m. s. v PV ob obisku načrtuje zdravstveno nego skupaj s pacientom. Skupaj zastavita kratkoročne in dolgoročne cilje. Pacient s kroničnim obolenjem mora najti smisel življenja kljub trajni oviranosti, prilagoditi se mora spremembam v vsakdanjem življenju in na novo oblikovati samopodobo.

Najpogostejši **cilji**:

- doseči dobro počutje pacienta v okolju, v katerem živi (psiho-socio-emocionalno),
- spodbujanje za ohranjanje samooskrbe, mobilnosti in spretnosti,
- možnost uporabe in vključitve različnih služb pomoči na domu,
- učinkovito obvladovanje in izvajanje terapevtskih predpisov,
- odkrivanje rizičnih dejavnikov, ki vplivajo na psiho-socio-duševno zdravje,
- zmanjševanje posledic bolezni na zdravje pacienta in pravočasno preprečevanje zapletov,
- svetovanje in nadzor nad jemanjem predpisane terapije ter nadzor in spremljanje izvajanja navodil za zdravstveno nego,
- opredelitev ovire, ki preprečujejo uspešnost izvajanja sprememb, ki vplivajo na psiho-socio-duševno zdravje.

Najpogostejše **intervencije** dipl. m. s. v PV so:

- strokovna priprava na terensko delo (družinska dokumentacija, pisna zdravstveno vzgojna navodila, pripomočki za zdravstveno nego in drugo) ter priprava pisnega obvestila patronažne službe v primeru odsotnosti posameznika,
- poučevanje pacienta s kronično boleznijo in /ali svojcev za uspešno zdravljenje ali rehabilitacijo,
- spremljanje vitalnih in življenjskih funkcij ter kontrola zdravstvenega stanja,
- zagotovljena kontinuirana obravnava po ustaljenih poteh komunikacije,
- poučevanje pacienta in /ali svojcev o bolezni in postopkih za uspešno zdravljenje ali rehabilitacijo,
- psihična podpora pacientu in njegovi družini,
- poučevanje in motiviranje za preprečevanje zapletov bolezni,
- poučevanje posameznika in njegove družine, kako ukrepati ob pojavu zapletov,
- preverjanje poznavanja in razumevanja uporabe predpisane terapije, drugih zdravil in prehranskih dodatkov,
- preverjanje pravega režima prehrane v primeru specifičnega zdravljenja in prehranjenosti nasploh ter uživanja zdrave uravnotežene prehrane,
- ocena bolečine subjektivno po pogovoru in po VAS lestvici,
- skrb za varnost v okolju,
- ocena ožjega in širšega bivalnega okolja,
- ocena ekonomskih in socialnih razmer ter družbena vloga v družini in s pomembnimi drugimi,
- podpora in medosebni odnosi v družini in s pomembnimi drugimi,
- sodelovanje z ambulanto družinske medicine in referenčno ambulanto v kontekstu kontinuirane obravnave ter pretoka informacij,

- usmerjanje pacienta v Zdravstveno vzgojne centre za podporo pri spreminjanju življenjskih navad,
- informiranje o drugih službah, ki lahko pripomorejo h kakovosti življenja,
- zdravstveno vzgojno delo glede na ugotovljene potrebe,
- telefonski pogovor s pacientom, družino in pomembnimi drugimi, z namenom zagotavljanja občutka varnosti in možnost telefonskega pogovora tudi izven delovnega časa.

Poraba časa obiska: obsežen obisk

SPREMLJANJE/KONTINUIRANA OBRAVNAVA IN OBVEŠČANJE

- obveščanje izbranega osebnega zdravnika,
- potreba po povezovanju (sporočanju/pridobivanju informacij) z drugimi službami in inštitucijami,
- koordinacija po telefonu,
- dokumentiranje in zapis,
- načrtovanje ponovnega obiska,
- pričakovanje in spremljanje povratnih informacij.

Literatura:

International Council of Nurses. Position statement: Nurses and primary health care. 2000. Dostopno na:

http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/D02_Nurses_Primary_Health_Care.pdf (30.12.2015).

Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, 2015. Uradni list RS, št. 19/98, 47/98, 26/00, 67/01, 33/02, 37/03, 117/04, 31/05, 83/07, 22/09 in 17/15.

Predlog Resolucije o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025. Skupaj za družbo zdravja. 2016. Ljubljana. Ministrstvo za zdravje. Dostopno na:

http://www.mz.gov.si/si/delovna_podrocja_in_prioritete/resolucija_o_nacionalnem_planu_zdravstvenega_varstva_2016_2025_skupa_j_z_druzbo_zdravja/ [4.1.2016].

Slovenski medicinski e-slovar. Dostopno na: <http://www.lek.si/medicinski-slovar> [28.10.2012].

Softič, N., et al., 2011. Ocena pogostosti kroničnih bolezni med polnoletnimi prebivalci Slovenije. *Zdrav Var*, 50: 185–190.

Ule, M., 2003. *Sprevidana razmerja: o družbenih vidikih sodobne medicine*. Maribor, Aristej.

Viri

Horvat, M., 2010. Zdravstvena obravnava pacienta s kronično boleznijo – obravnava na primarnem nivoju v patronažni dejavnosti. In: Štemberger Kolnik, T., Majcen Dvoršak, S., eds. *Medicinske sestre zagotavljamo varnost in uvajamo novosti pri obravnavi pacientov s kroničnimi obolenji. Zbornik predavanj z recenzijo / 12. simpozij zdravstvene in babiške nege Slovenije, Portorož, 12. maj 2010*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Strokovno društvo medicinskih sester, zdravstvenih tehnikov in babic Koper, 45–53.

Kadivec, S., et al. 2011. Strategija razvoja zdravstvene nege in oskrbe zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji za obdobje od 2011–2020. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.

Kersnik, J., 2010. Kdo je bolnik s kronično boleznijo – medicinski vidik. In: Štemberger Kolnik, T., Majcen Dvoršak, S., eds. *Medicinske sestre zagotavljamo varnost in uvajamo novosti pri obravnavi pacientov s kroničnimi obolenji. Zbornik predavanj z recenzijo / 12. simpozij zdravstvene in babiške nege Slovenije, Portorož, 12. maj 2010*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Strokovno društvo medicinskih sester, zdravstvenih tehnikov in babic Koper, 11–16.

Maučec-Zakotnik, J., Vrbovšek, S., 2009. Integriran pristop k preprečevanju kroničnih nenalezljivih bolezni in predstavitev razvojnega

projekta Razvoj modela integriranega preprečevanja in celostne oskrbe kroničnih bolnikov odrasle populacije na primarni ravni zdravstvene dejavnosti. In: Vrbovšek, S., et al. eds. *Skupaj varujemo in krepimo zdravje: kaj smo dosegli v osmih letih? Zbornik ob letnem srečanju izvajalcev Nacionalnega programa primarne preventivne srčno-žilnih bolezni, Ljubljana, november 2009*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 76-85.

Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008-2013 »Zadovoljni uporabniki in izvajalci zdravstvenih storitev«, 2008. Uradni list RS, št.72.

Železnik, D., 2010. Obravnava kroničnih pacientov z vidika etike. In: Štemberger Kolnik, T., Majcen Dvoršak, S., eds. *Medicinske sestre zagotavljamo varnost in uvajamo novosti pri obravnavi pacientov s kroničnimi obolenji. Zbornik predavanj z recenzijo / 12. simpozij zdravstvene in babiške nege Slovenije, Portorož, 12. maj 2010*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Strokovno društvo medicinskih sester, zdravstvenih tehnikov in babic Koper, 17-23.

Železnik D, Horvat M, Panikvar Žlahtič K, et al. *Aktivnosti zdravstvene nege v patronažnem varstvu*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2011.

SODELOVANJE V NACIONALNIH PREVENTIVNIH PROGRAMIH (DORA, ZORA, SVIT)

Andreja Kaluža Buzak, dipl. m. s.

Tea Napečnik, dipl. m. s.

Marija Belovič, dipl.m.s., mag. zdr. neg.

TEORETIČNA IZHODIŠČA

V Sloveniji potekajo na državni ravni organizirani presejalni programi, katerih namen je zmanjšanje umrljivosti, zgodnejše odkrivanje raka (kar za osebo pomeni boljšo kvaliteto življenja) in odkrivanje predrakavih sprememb (kar zmanjša zbolewnost za določeno vrsto raka). Izvajajo se tri presejanja (Dora, Zora in Svit), za katere je strokovno utemeljeno, da so javnozdravstveno učinkoviti. Vsem trem presejalnim programom je skupno, da so ljudje v program osebno povabljeni in da se podatki iz programa zbirajo v registru, ki je povezan s centralnim registrom prebivalstva ter registrom raka, kar omogoča sledljivost in kontrolo kakovosti (Ministrstvo za zdravje, 2010).

DORA je državni program presejanja za raka dojk, ki ga organizira Onkološki inštitut Ljubljana v sodelovanju z Ministrstvom za zdravje R Slovenije in Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Program Dora omogoča vsem ženskam z vnaprejšnjim vabljenjem med 50. in 69. letom starosti pregled dojk z mamografijo, kjer gre za slikanje dojk z rentgenskimi žarki. To je obdobje, ko je največja verjetnost, da zbolijo za rakom dojk. S presejalno mamografijo je mogoče odkriti bolezenske spremembe, ki še niso tako velike, da bi jih lahko zatipali (Jarm et al., 2015).

ZORA je že od leta 2003 populacijski presejalni program za zgodnje odkrivanje predrakavih sprememb materničnega vratu. S tem programom želimo spodbuditi ženske, da bi prihajale na redne ginekološke preglede. Program Zora poteka tako, da vsaka ženska, stara od 20 do 64 let, ki v treh letih ne opravi preventivnega pregleda, dobi vabilo (Ivanuš, Primic Žakelj, 2015).

SVIT je državni program presejanja in zgodnjega odkrivanja predrakavih sprememb na debelem črevesu in danki in je namenjen vsem moškim in ženskam v starosti od 50 do 74 let. Program Svit omogoča odkrivanje prikritih krvavitev v blatu in po potrebi še natančnejšo preiskavo črevesa, ki pojasni vzrok prikrite krvavitve in načrtuje takojšnje učinkovito zdravljenje odkritih bolezenskih sprememb (Štern et al., 2008). Program SVIT, ki ga vodi Inštitut za varovanje zdravja RS, je začel z osebnim vabljenjem oseb 17. aprila 2009 (Ministrstvo za zdravje, 2010).

NAMEN

S preventivnim obiskom dipl. m. s. v PV želimo obvestiti in spodbuditi ciljno populacijo, da se udeležijo presejalnih programov za nadaljnjo obravnavo za zgodnje odkrivanje raka kroničnih nenalezljivih bolezni. V programu SVIT lahko osebam, ki ne morejo same odvzeti vzorcev blata, pomaga dipl. m. s. v PV. Aneks 3 k Splošnemu dogovoru 2011 v 13. členu določa, da imajo osebe, ki po dveh opomnikih ne vrnejo testerjev z vzorci blata, in osebe, ki imajo pozitiven test na prikrito krvavitev v blatu ter se ne odzovejo na kolonoskopijo, pravico do preventivnega obiska patronažne medicinske sestre. Do preventivnega stika imajo pravico tudi slabovidne, slepe, naglušne in gluhe ter drugače invalidne osebe, kronični bolniki ter socialno depriviligirane osebe, ki se slabše odzivajo v program. Za izvedbo preventivnega stika posameznika, ki se ne odzove na poziv iz presejalnega programa (DORA; ZORA; SVIT) ni potreben delovni nalog osebnega zdravnika (Aneks 3 k Splošnemu dogovoru 2011, 13. člen).

CILJI

- oceniti ožje in širše okolje (ekonomske, socialne in zdravstvene) razmere v družini,
- seznaniti in poučiti ciljno populacijo o namenu presejalnih programov za zgodnje odkrivanje raka, kroničnih nenalezljivih bolezni.

AKTIVNOSTI

Ocena stanja:

- indirektno zbiranje informacij pred obiskom,
- direktno zbiranje informacij med obiskom,
- seznanitev z namenom in vsebino obiska,
- pogovor in svetovanje o določenem programu,
- skupna analiza vseh zbranih informacij in dokumentiranje.

INTERVENCIJE

Najpogostejše **intervencije** dipl. m. s. v PV so:

- strokovna priprava na terensko delo (družinska dokumentacija, pisna zdravstveno vzgojna navodila, pripomočki za zdravstveno nego in drugo) ter priprava pisnega obvestila patronažne službe v primeru odsotnosti posameznika,
- svetovanje in poučevanje posameznikov o namenu teh programov,
- psihična podpora,
- poučevanje o pravilnem postopku odvzema materiala za preiskavo (SVIT),
- preverjanje poznavanja in razumevanja namena teh programov,
- ocena ožjega in širšega bivalnega okolja,
- ocena ekonomskih in socialnih razmer ter družbene vloge v družini in s pomembnimi drugimi,
- zdravstveno vzgojno delo glede na ugotovljene potrebe,
- telefonski pogovor s posameznikom v primeru odsotnosti,
- pustiti obvestilo patronažne službe (v pisni obliki) o namenu obiska v poštnem nabiralniku naslovnika.

Poraba časa obiska: krajši obisk

SPREMLJANJE, OCENJEVANJE IN VREDNOTENJE

- obveščanje izbranega osebnega zdravnika in/ali ginekologa,
- potreba po povezovanju (sporočanju/pridobivanju informacij) z drugimi službami in institucijami,
- koordinacija po telefonu,
- dokumentiranje in zapis,
- pričakovanja in spremljanje povratnih informacij.

Literatura:

Ivanuš, U. & Primic Žakelj, M. (ur). 2015. Zbornik predavanj, 6. izobraževalni dan programa ZORA – ZORA. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana.

Jarm, K., Krajc, M., Primic Žakelj, M., Šval, C., Purič, F. F., Kadivec, M. et al. 2015. Presejanje za raka dojk: program DORA. In: Ivanuš, U. & Primic Žakelj, M. (ur). Zbornik predavanj, 6. izobraževalni dan programa ZORA – ZORA. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana, pp. 70-75.

Ministrstvo za zdravje, 2010. Državni program za obvladovanje raka 2010-2015. Dostopno na:

[https://www.google.si/search?sourceid=chrome-psyapi2&ion=1&espv=2&ie=UTF-8&q=fvz&oq=fvz&rlz=1C1AVNA_enS1576S1576&aqs=chrome..69i57j0l3j69i60j0.2214j0j8\[15.12.2015\]](https://www.google.si/search?sourceid=chrome-psyapi2&ion=1&espv=2&ie=UTF-8&q=fvz&oq=fvz&rlz=1C1AVNA_enS1576S1576&aqs=chrome..69i57j0l3j69i60j0.2214j0j8[15.12.2015]).

Štern, B., Tepeš, B., Stefanovič, M., Novak Mlakar, D., Maučec Zakotnik, J., Zaletel Vrtovec, J. et al. 2008. Program Svit: Slovenski program presejanja in zgodnjega odkrivanja predrakavih sprememb in raka na debelem črevesu in danki: priročnik za družinske/osebne zdravnike. Ljubljana: Zdravstveni dom, enota preventivne CINDI.

Najpogostejši postopki in posegi v patronažni zdravstveni negi:

- KONTROLA ŽIVLJENJSKIH FUNKCIJ IN ZDRAVSTVENEGA STANJA PRI PACIENTU NA DOMU
- APLIKACIJA ZDRAVIL PACIENTU NA DOMU
- PATRONAŽNA ZDRAVSTVENA NEGA PACIENTA Z AKUTNO ALI KRONIČNO RANO
- PALIATIVNA ZDRAVSTVENA NEGA IN OSKRBA V PATRONAŽNEM VARSTVU
- KATETERIZACIJA PRI ŽENSKI V DOMAČEM OKOLJU
- APLIKACIJA KLIZME V DOMAČEM OKOLJU
- OBRAVNAVA PACIENTA S STOMO
- OBRAVNAVA PACIENTA Z NAZOGASTRIČNO SONDO TER HRANILNIMI STOMAMI
- ODVZEM, PRIPRAVA IN TRANSPORT BIOLOŠKIH VZORCEV ZA LABORATORIJSKE PREISKAVE
- OBRAVNAVA PACIENTA S PERITONEALNO DIALIZO V DOMAČEM OKOLJU
- PATRONAŽNI OBISK PRI PACIENTU S TRAJNIM ZDRAVLJENJEM S KISIKOM NA DOMU

KONTROLA ŽIVLJENJSKIH FUNKCIJ IN ZDRAVSTVENEGA STANJA PRI PACIENTU NA DOMU

Darja Hermonko, dipl. m. s., mag. zdr. soc. manag.
Staša Rojten, dipl. m. s.

TEORETIČNA IZHODIŠČA

Temperatura, pulz, dihanje in krvni tlak so življenjske funkcije, ki so kazalci fiziološkega stanja organizma in njegov odgovor na fiziološke in psihološke stresne razmere ter strese okolja. Vrednosti življenjskih funkcij kažejo, kako človekov organizem uravnava telesno temperaturo, vzdržuje lokalni in sistemski krvni pretok in oksigenacijo tkiv (Ivanuša, Železnik, 2008).

Za oceno pacientovega zdravstvenega stanja je poleg vrednosti, ki jih dobimo z merjenjem vitalnih funkcij, pomemben še fizični pregled. Pregled (inspekcija), otipavanje (palpacija), osluškovanje (avskultacija), pretrkavanje (perkusija) in ocenjevanje vonja so preiskovalne tehnike, s katerimi zbiramo podatke o pacientovem fizičnem stanju (Ivanuša, Železnik, 2008).

NAMEN

Z obiskom dipl. m. s. v PV ugotovi vrednosti vitalnih funkcij in splošno zdravstveno stanje pacienta. Spremembe življenjskih funkcij so posledica sprememb pacientovega zdravstvenega stanja in zahtevajo medicinsko zdravljenje ter ustrezno zdravstveno nego (Ivanuša, Železnik, 2008).

S fizičnim pregledom lahko potrdimo, dopolnimo ali ovržemo dosedanje podatke o pacientovih potrebah po zdravstveni negi. Pri tem odkrivamo aktualne ali pomembne negovalne diagnoze. Vsak nenormalni potek nas usmerja k odkrivanju dodatnih informacij (Ivanuša, Železnik, 2008).

Potrebno je določiti pacientovo prednostno težavo, ki temelji na simptomih in potrebah po zdravstveni negi.

CILJI

Dipl. m. s. v PV ob obisku načrtuje zdravstveno nego skupaj s pacientom.

Najpogostejši **cilji** za delo dipl. m. s. v PV ob patronažnem obisku so:

- izvedba intervencij po naročilu zdravnika,
- ocena ožjega in širšega okolja (ekonomske, socialne, zdravstvene razmere v družini),
- spodbuda za ohranjanje samooskrbe, mobilnosti in spretnosti,
- možnost uporabe in vključitve različnih služb pomoči na domu,
- odkrivanje rizičnih dejavnikov, ki lahko vplivajo na nepravilen potek zdravljenja in kakovosti življenja pacienta,
- zmanjševanje posledic bolezni na zdravje pacienta in pravočasno preprečevanje zapletov,
- svetovanje in nadzor nad jemanjem predpisane terapije ter nadzor in spremljanje izvajanja navodil za zdravstveno nego,
- dobljene podatke posredovati zdravniku naročniku obiska.

AKTIVNOSTI

Ocena stanja:

Temeljne fiziološke potrebe, psihofizične potrebe in psihosocialne ter duhovne potrebe

- indirektno zbiranje informacij pred obiskom,
- direktno zbiranje informacij med obiskom,
- seznaniti pacienta z namenom in vsebino obiska,
- pregled obstoječe negovalne in medicinske dokumentacije,
- oceniti splošno stanje pacienta po dnevni aktivnostih,
- pogovor s pacientom in po potrebi s člani družine in pomembnimi drugimi,
- skupna analiza vseh zbranih informacij in dokumentiranje.

INTERVENCIJE

Najpogostejše **intervencije** dipl. m. s. v PV so:

- strokovna priprava na terensko delo (družinska dokumentacija, pisna zdravstveno vzgojna navodila, pripomočki za zdravstveno nego in drugo) ter priprava pisnega obvestila patronažne službe v primeru odsotnosti posameznika,
- izmeriti vitalne funkcije in fizično pregledati pacienta, na podlagi meritev in ugotovitev dobiti oceno o njegovem zdravstvenem stanju,
- poučevanje pacienta in/ali svojcev o bolezni in postopkih za uspešno zdravljenje, zdravstveno nego ali rehabilitacijo,
- psihična podpora pacientu in njegovi družini,
- poučevanje in motiviranje za preprečevanje zapletov bolezni,
- poučevanje posameznika in njegove družine, kako ukrepati ob pojavu zapletov,
- preverjanje poznavanja in razumevanja uporabe predpisane terapije, drugih zdravil in prehranskih dodatkov,
- preverjanje pravilnega režima prehrane v primeru specifičnega zdravljenja in prehranjenosti nasploh ter uživanja zdrave uravnotežene prehrane,
- preverjanje upoštevanja ostalih navodil, ki jih ima pacient po naročilu zdravnika,
- ocena bolečine subjektivno po pogovoru in po VAS lestvici,
- skrb za varnost v okolju,
- ocena ožjega in širšega bivalnega okolja,
- ocena ekonomskih in socialnih razmer ter družbena vloga v družini in s pomembnimi drugimi,
- podpora in medosebni odnosi v družini in s pomembnimi drugimi,
- poročanje zdravniku, ki je izdal delovni nalog, in s tem zagotavljanje kontinuirane obravnave pacienta in nadaljnje ukrepanje,
- informiranje o drugih službah, kot so zavod za oskrbo in nego na domu, dostava hrane na dom, center za socialno delo,...
- zdravstveno vzgojno delo glede na ugotovljene potrebe in morebitne novoodkrite probleme in bolezenska stanja,
- telefonski pogovor s pacientom, družino in pomembnimi drugimi z namenom zagotavljanja občutka varnosti, možnost telefonskega pogovora tudi izven delovnega časa.

Poraba časa obiska: krajši obisk ali obsežen obisk

SPREMLJANJE/KONTINUIRANA OBRAVNAVA IN OBVEŠČANJE

- obveščanje izbranega osebnega zdravnika,
- potreba po povezovanju (sporočanju/pridobivanju informacij) z drugimi službami in institucijami,
- koordinacija po telefonu,
- dokumentiranje in zapis,
- načrtovanje ponovnega obiska,
- pričakovanje in spremljanje povratnih informacij.

Literatura:

Ivanuša, A., Železnik, D., 2008. *Standardi aktivnosti zdravstvene nege*. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede.

Viri

Železnik D, Horvat M, Panikvar Žlahtič K, et al. *Aktivnosti zdravstvene nege v patronažnem varstvu*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2011.

APLIKACIJA ZDRAVIL PACIENTU NA DOMU

Petra Torbarina, dipl. m. s.

Andreja Vrtovec, dipl. m. s., spec. patron. zdr. nege

Staša Rojten, dipl. m. s.

TEORETIČNA IZHODIŠČA

Z zdravili in njihovo aplikacijo se dipl. m. s. v PV srečujejo vsak dan, zato je zelo pomembno, da na tem področju nenehno sledijo novostim in se vseživljenjsko izpopolnjujejo. Poznati morajo delovanje, stranske učinke in način dajanja zdravil, zato morajo spremljati odziv pacienta na zdravilo in ga usmerjati pri jemanju le tega.

Zdravila so proizvodi, za katere je po znanstveni poti in točno določenem predpisu dokazano, da se lahko v določenih količinah in na določen način uporabljajo za ljudi in živali, da bi odkrile, preprečile, zatrle in zdravile bolezni (Humski, 2007).

Zdravilo je vsaka substanca, ki pomaga zdravljenju, profilaksi ali diagnostiki, hkrati pa lahko večina zdravil tudi sama povzroči stranske učinke (Kladnik-Jenuš, 2006).

Zakonodaja (UI RS, št. 17/2014) pravi, da je zdravilo vsaka snov ali kombinacija snovi, ki so predstavljene z lastnostmi za zdravljenje ali preprečevanje bolezni pri ljudeh ali živalih. Za zdravilo se šteje tudi vsaka snov ali kombinacija snovi, ki se lahko uporablja pri ljudeh ali živalih, ali se daje ljudem ali živalim z namenom, da bi se ponovno vzpostavile, izboljšale ali spremenile fiziološke funkcije prek farmakološkega, imunološkega ali presnovnega delovanja, ali da bi se določila diagnoza bolezni.

NAMEN

Zdravila so kemične substance z namenskim delovanjem (zdravljenjem), ki jih vnašamo v telo na različne načine.

Načini vnašanja / dajanja zdravil:

- oralno, pod jezik, na ustno sluznico,
- na kožo – površinsko dajanje (različni obliži, mazila, kopeli, obkladki),
- pod kožo (izotonična, nedražeča, neviskozna),
- v mišico,
- v veno (infuzija),
- na sluznico – črevo, vagina, nos, oko, uho,
- inhalacije (Ivanuša, Železnik, 2008).

Najlažji in najbolj fiziološki način dajanja/jemanja zdravil za sistemsko delovanje je (poleg lokalno delujočih zdravil) zaužitje zdravila skozi usta. Parenteralno dajemo zdravila v obliki injekcij – muskularno, subkutano in venozno. Intravensko dajanje zdravil vključuje tudi infuzijsko aplikacijo (Šmitek, 2005).

Poleg do sedaj omenjenih načinov aplikacije zdravil pa se dipl. m. s. v PV lahko pri svojem delu sreča tudi s centralnim venskim katetrom, perifernim venskim katetrom in z epiduralnim katetrom. Dipl. m. s. v PV pri rokovanju (prebrizgavanje, preveza, aplikacija terapije) z omenjenimi katetri deluje v skladu s standardi zdravstvene nege in po pisnih navodilih oddelka, ki je bolnika odpustil v domačo oskrbo.

CILJI

- preverjanje podatkov in usklajevanje delovnega naloga s pacientom,
- pacient bo seznanjen s posegom, ki bo pri njem izveden (različni načini aplikacij zdravil),
- pacient bo ustno privolil v poseg,
- zdravilo bo strokovno in varno aplicirano,
- pacient se bo dobro počutil v okolju, v katerem živi,
- pacient bo čim prej samostojen v vsakodnevni aktivnostih v domačem okolju,
- zmanjšane bodo posledice bolezni na zdravje pacienta,
- pacient bo motiviran k čimprejšnji samo aplikaciji potrebne terapije (antikoagulantna in inzulinska terapija),
- pacient bo poučen o pravilni aplikaciji potrebne terapije,
- pacient bo dobil vsa potrebna navodila,
- pacient bo seznanjen z možnimi stranskimi učinki apliciranih zdravil,
- izbrani osebni zdravnik bo obveščen o učinkovitosti predpisanih zdravil pri pacientu,
- vsa aplikacija zdravil bo ustrezno dokumentirana.

AKTIVNOSTI

Ocena stanja:

- temeljne fiziološke potrebe, psihofizične, psihosocialne in duhovne potrebe,
- indirektno zbiranje informacij pred obiskom,
- direktno zbiranje informacij med obiskom,
- seznanitev pacienta z namenom, vsebino obiska in intervencije,
- pregled obstoječe negovalne in medicinske dokumentacije,
- ocena splošnega stanja pacienta po dnevnih aktivnostih,
- pogovor s pacientom in po potrebi s člani družine in pomembnimi drugimi,
- skupna analiza vseh zbranih informacij in njihov zapis,
- obveščanje zdravnika o učinkovitosti delovanja predpisanih zdravil pri pacientu (protibolečinska, hipertonična, inzulinska terapija, vrednosti krvnega sladkorja, vrednosti krvnega tlaka,...).

INTERVENCIJE

Aplikacija zdravil se izvaja izključno in samo po naročilu zdravnika (na osnovi delovnega naloga). Sama aplikacija zdravila mora biti izvedena strokovno po standardih oz. po protokolih aktivnosti zdravstvene nege. Preden dipl. m. s. v PV aplicira terapijo, mora vedno preveriti, če ima pred seboj pravega pacienta, skladno z delovnim nalogo zdravnika.

Priprava materiala:

- preverjanje ustreznosti podatkov na delovnem nalogu,
- priprava patronažne torbe s potrebnim materialom za varno in strokovno aplikacijo zdravil na pacientovem domu (vključno s kompletom zdravil za primer anafilaktične reakcije).

Priprava pacienta:

- psihična (pacientu povemo o poteku in namenu dela in ga prosimo za sodelovanje),
- fizična (pacienta namestimo v ustrezen položaj).

Pri aplikaciji zdravil moramo upoštevati pravilo 10P:

- pravo zdravilo,
- prava doza,
- pravi čas,
- pravilen način,
- pravi pacient,
- pravilo informiranja,
- pravilo pristanka,
- pravilo dokumentiranja,
- pravilo opazovanja,
- pravilo vrednotenja (Berman et al, 2008).

Ostale *intervencije* dipl. m. s. v PV:

- nadzor nad vrednostmi vitalnih funkcij in krvnega sladkorja,
- prepoznavanje in preprečevanje nepričakovanih zapletov pri aplikaciji predpisanega zdravila,
- preverjanje poznavanja in razumevanja uporabe predpisane terapije, drugih zdravil in prehranskih dodatkov,
- preverjanje pravilnega režima prehrane v primeru specifičnega zdravljenja in prehranjenosti nasploh ter uživanja zdrave uravnotežene prehrane,
- ocena bolečine subjektivno po pogovoru in po VAS lestvici,
- zdravstveno vzgojno delo glede na ugotovljene potrebe,
- dokumentiranje,
- po končanem hišnem obisku dipl. m. s. v PV upošteva pravilnik o pravilnem rokovanju z odpadki - pravilno zbiranje, ločevanje, transport in odstranjevanje odpadkov v zdravstvu.

Dipl. m. s. v PV mora pri aplikaciji zdravil poznati in upoštevati tudi:

- farmakodinamiko (kako zdravilo deluje v telesu),
- interakcije (možni učinki drugih zdravil ali hrane na določeno zdravilo),
- stranske učinke zdravil
- alergične reakcije na zdravila
- kontraindikacije (zdravstvena stanja, ki ne podpirajo določenega zdravila),
- toksične učinke (pogosto nastanejo zaradi kopičenja zdravila v telesu ali zaradi spremenjene presnove zdravil),
- toleranco ali neodzivnost na zdravila,
- fiziološke spremenljivke (spol, starost, teža,...),
- vrsto prehrane ter
- načine preračunavanja odmerkov.

Poraba časa obiska: obsežen obisk, pri aplikaciji infuzije na pacientovem domu pa zelo obsežen obisk.

SPREMLJANJE, OCENJEVANJE IN VREDNOTENJE

- obveščanje izbranega osebnega zdravnika,
- povezovanje z drugimi službami in institucijami,
- povezovanje s svojci in pomembnimi drugimi,
- dokumentiranje in zapis,
- pričakovanje in spremljanje povratnih informacij,
- spremljanje novosti na področju aplikacije zdravil in kontinuirano izobraževanje.

Literatura:

Berman, et al., 2008. *Fundamentals of nursing: Concepts, process, and practise*. 8th Ed. New Jersey: Pearson Education.

Humski, F., 2007. *Srednješolski farmacevtski slovar*. Maribor: samozal.

Ivanuša, A., Železnik, D., 2008. *Standardi aktivnosti zdravstvene nege*. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede.

Kladnik-Jenuš, B., 2006. *Farmakologija*. Maribor: Visoka zdravstvena šola.

Šmitek, J., 2005. Parenteralno dajanje zdravil-intramuskularna injekcija. *Obzor Zdr N*, 39(1): 63–71

Zakon o zdravilih (ZZdr-2), 2014. Uradni list RS, št.17, 5.člen.

PATRONAŽNA ZDRAVSTVENA NEGA PACIENTA Z AKUTNO ALI KRONIČNO RANO

Andreja Ljubič, dipl. m. s., mag. zdr. nege

Mira Peroša, dipl. m. s., mag. zdr. nege

Anita Smagej, dipl. m. s.

TEORETIČNA IZHODIŠČA

Rana kot pojem pomeni vsako prekinjeno kontinuiteto kože in globljih struktur. Z nastankom rane se prekine zaščitna funkcija kože in globlja tkiva tako postanejo izpostavljena mehanskim poškodbam, izsušitvi, različnim vrstam sevanja, termalnemu vplivom in mikroorganizmom (Hočevar, 1998). Običajno se rane zacelijo z brazgotino v enem do dveh tednih. Pri kroničnih ranah pa se zaradi različnih motenj proces celitve zaustavi v kateremkoli obdobju celjenja in takšna rana se ne zaceli, dokler je motnja prisotna. Največkrat gre za ponavljajoči se ali pa stalno prisoten dražljaj zaradi okužbe, ishemije in ponavljajoče se travme, kar moti zaraščanje (Triller, 2006; Planinšek Ručigaj et al, 2011).

Akutne rane najpogosteje nastanejo kot posledica poškodbe ali kot posledica predvidenega operativnega posega. V večini primerov se ob pravilni oskrbi in kontroliranju rane zacelijo brez hujših zapletov (Sluga, 2006). Med akutne rane sodijo kirurške rane, vbodi, opekline, odrgnine in različne poškodbene rane (Gubina, 2006). Celjenje rane poteka po različnih fazah procesa (faza hemostaze, vnetna faza, faza proliferacije, faza diferenciacije), in kadar pride do motenj v eni od omenjenih faz in se postopek celjenja zaustavi, postane rana kronična (Triller, 2006; Planinšek Ručigaj et al, 2011).

Kronične rane so po definiciji vse sekundarno zdravljene rane, ki se v času 8 tednov ne zacelijo (Triller, 2006). Kronične rane lahko nastanejo kadarkoli iz akutne rane in predstavljajo zadnji stadij napredujočega uničenja tkiva, ki ga povzročajo venozne, arterijske ali presnovne poškodbe ožilja kot tudi poškodbe zaradi pritiska, sevanja ali tumorjev (Fernandez et al, 2004). V teh primerih gre za nezadostno funkcionalnost, ki ima za posledico metabolne motnje tkiva s hipoksijo (Blinč, 2006). Posledično nastane odmrtnje tkiva – nekroza. Celjenje takšne rane je močno zavrto, zdravljenje pa dolgotrajno. Kronične rane so: razjeda zaradi pritiska, golenje razjede (venske in arterijske), diabetično stopalo in maligne rane (Planinšek Ručigaj et al, 2011). Kronične rane zdravimo kirurško, lokalno, kompresijsko in sistemsko. Lokalno zdravljenje je lahko mehansko, encimsko, avtolitično s sodobnimi oblogami, kirurško - nekrektomija, biološko - nekrektomija z larvami ter s kožnimi nadomestki in rasnimi faktorji. Prav tako se za zdravljenje uporablja VAC, laser in kompresijsko povijanje nog (Planinšek Ručigaj et al, 2011).

NAMEN

Oskrba ran, akutnih in kroničnih, zahteva veliko strokovnega znanja, izkušenj, timskega dela ter poznavanja različnih pripomočkov in materialov, izdelanih v ta namen. Področje znanja o oskrbi ran postaja posebno strokovno področje z lastnimi specialisti in strokovnjaki, zato se vse bolj zavedamo potreb po poznavanju sodobnih pripomočkov ter poenotenem pristopu k oskrbi ran in svetovanju pacientom (Drobnikar, Djekić, 2007). Cilj vsake oskrbe rane je ustvariti pogoje, ki bodo pripomogli k čim hitrejšemu in optimalnemu celjenju, ter hkrati doseči čim bolj funkcionalno obnovo poškodovanega tkiva (Triller, 2006).

Kronične rane zaradi počasnega celjenja predstavljajo velik problem tako za pacienta, družino in zdravstveno ustanovo kot za celotno družbo. Zdravljenje je lahko dolgotrajno, povezano z velikimi materialnimi stroški in spremenjenim načinom življenja. Pri zdravljenju kroničnih ran je potrebna

dobra timska obravnava pacienta, ki mora biti celostna in prilagojena posamezniku (Drobnikar, Djekić, 2007). S strani zdravstvene nege je pomembna celostna obravnava pacienta, po procesu zdravstvene nege (Batas, 2012). Vloga dipl. m. s. v PV pri zdravljenju kroničnih ran ni le v težnji po čimprejšnji ozdravitvi, ampak v veliki meri v zdravstveno vzgojnem delovanju in to v takšni meri, da bodo pacient in svojci poučeni in sposobni samooskrbe (Jošar, 2008). Prav tako z zdravstveno vzgojnim delovanjem in svetovanjem posameznika spodbuja, da skrbi za svoje zdravje, ga poduči o zdravstveno vzgojnih ukrepih, ki pripomorejo k celjenju rane.

OCENA STANJA:

Temeljne fiziološke potrebe, psihofizične potrebe in psihosocialne ter duhovne potrebe

- indirektno zbiranje informacij pred obiskom,
- direktno zbiranje informacij med obiskom,
- seznanitev pacienta z namenom in vsebino obiska,
- pregled obstoječe negovalne in medicinske dokumentacije,
- ocenitev splošnega stanja pacienta po dnevnih aktivnostih,
- pogovor s pacientom in po potrebi s člani družine in pomembnimi drugimi,
- skupna analiza vseh zbranih informacij in dokumentiranje.

CILJI IN INTERVENCIJE MEDICINSKE SESTRE V PATRONAŽNEM VARSTVU

Na podlagi zbranih podatkov, delovnega naloga osebnega, nadomestnega zdravnika ali specialista ter ugotovitev ob prvem patronažnem obisku si dipl. m. s. v PV, skupaj s pacientom, pripravi načrt patronažne zdravstvene nege, opredeli tudi kratkoročne in dolgoročne cilje. Naši cilji in cilji pacienta se včasih razlikujejo, saj ima lahko pacient trenutno drugačen cilj in pričakovanja, kot načrtujemo ali predvidevamo sami. Pacientu lahko trenutno več pomeni samo lajšanje bolečine ali večja samostojnost kot pa celjenje rane. Opredeli tudi kratkoročne in dolgoročne cilje (Mertelj, 2014). Obravnava kronične rane temelji na poznavanju pacientovega zdravstvenega stanja, odnosa do bolezni, značajskih posebnosti, življenjskih navad in razvad, socialno-ekonomskih življenjskih pogojev, sodelovanja svojcev, predvsem pa na medsebojnem zaupanju in zastavljanju realnih ciljev (Jošar, 2008). Cilji, ki jih določimo na podlagi ocene rane, so: a) zmanjšanje neudobja, bolečine; b) vključitev posameznika v oskrbo rane; c) večja samostojnost pacienta pri oskrbi rane; d) preprečevanje okužbe; e) pospešitev celjenja rane, ustvarjanje optimalnih pogojev za celjenje; f) preprečevanje dodatnih poškodb kože; g) preprečevanje podaljšanja hospitalizacije; h) zmanjšanje porabe časa za oskrbo rane; i) zmanjšanje stroškov (Dezotti, 2012).

V uporabi so sodobni pristopi in obloge, ki sledijo načelom vzdrževanja optimalnega okolja za celjenje rane (Drobnikar, Djekić, 2007), zato je več kot potrebno temeljito razumevanje in poznavanje indikacij in načina njihove uporabe (Parač et al, 2006). Raziskave so pokazale, da sodobne obloge pospešujejo naravne procese celjenja, vzdržujejo vlažno okolje in temperaturo rane, ne povzročajo bolečin in ne poškodujejo novonastalega tkiva ob prevezi (Parač et al, 2006; Drobnikar, Djekić, 2007). Izbira pravilne obloge za zdravstveno oskrbo rane je odvisna od tipa rane, zato jih moramo pred pričetkom zdravljenja pravilno ovrednotiti: oceniti je potrebno lokalizacijo rane, njeno velikost, globino, robove, dno rane, stopnjo in vonj izločanja, stanje kože v okolici, bolečino ter možno okužbo (Parač et al, 2006; Planinšek Ručigaj et al, 2011). Pri izbiri ustrezne obloge moramo vedeti, da je naš cilj ustvariti optimalne pogoje za celjenje, to je vlažno toplo okolje (Majcen Dvoršak, 2004). Za čiščenje rane in njene okolice se poleg tekoče pitne vode in 0,9 % fiziološke raztopine uporabljajo tudi razna antiseptična sredstva.

Pogostost preveze izvajamo glede na naročilo osebnega zdravnika ali presojo dipl. m. s. v PV, ki spremlja oskrbo rane pri pacientu. Pogostost je odvisna tudi glede na izloček iz rane; pri obilnem izločku prevezujemo rano vsak dan, pri zmernem na dva do tri dni in pri majhnem izločku enkrat tedensko (Planinšek Ručigaj et al, 2011). Tu je zelo pomembna povezovalna vloga med izbranim zdravnikom pacienta in področno dipl. m. s. v PV, ki je na svojem strokovnem področju avtonomna in kompetentna za ugotavljanja potreb po zdravstveni negi pacienta na domu (Jošar, 2008).

Najpogostejši **cilji** za delo dipl. m. s. v PV ob patronažnem obisku so:

- doseči dobro počutje v okolju, v katerem pacient živi (psiho-socio-emocionalno),
- spodbujanje za ohranjanje samooskrbe, mobilnosti in spretnosti,
- možnost uporabe in vključitve različnih služb pomoči na domu,
- odkrivanje rizičnih dejavnikov, ki vplivajo na psiho-socio-duševno zdravje,
- zmanjševanje posledic bolezni na zdravje pacienta,
- svetovanje in nadzor nad jemanjem predpisane terapije ter nadzor in spremljanje izvajanja navodil za zdravstveno nego,
- redno izvajanje prevez in oskrbe rane, kar vodi do hitre zacelitve, ter skrb za preprečevanje okužb in zapletov.

Ostale **intervencije** dipl. m. s. v PV:

- strokovna priprava na terensko delo (družinska dokumentacija, pisna zdravstveno vzgojna navodila, pripomočki za zdravstveno nego in drugo) ter priprava pisnega obvestila patronažne službe v primeru odsotnosti posameznika,
- ocena rane glede na prejšnji obisk,
- zagotovljena kontinuirana obravnava po ustaljenih poteh komunikacije,
- usmerjeno zdravstveno vzgojno delo glede na vrsto rane,
- poučevanje pacienta in /ali svojcev o bolezni in postopkih za uspešno zdravljenje ali rehabilitacijo,
- psihična podpora pacientu in njegovi družini,
- poučevanje posameznika in njegove družine, kako ukrepati ob pojavu zapletov;
 - preverjanje poznavanja in razumevanja uporabe predpisane terapije, drugih zdravil in prehranskih dodatkov,
 - preverjanje pravilnega režima prehrane v primeru specifičnega zdravljenja in prehranjenosti nasploh ter uživanja zdrave uravnotežene prehrane,
 - ocena bolečine subjektivno po pogovoru in po VAS lestvici,
 - skrb za varnost v okolju,
 - ocena ekonomskih in socialnih razmer ter družbena vloga v družini in s pomembnimi drugimi,
 - ugotavljanje spremenjenega stanja rane, poznavanje novih pristopov zdravstvene oskrbe rane in se po potrebi odločiti za napotitev pacienta k zdravniku,
 - zdravstvena vzgoja pacientov, s katero spodbuja dosledno in pravilno uporabo izbranega načina terapije,
 - podpora in medosebni odnosi v družini in s pomembnimi drugimi,
 - informiranje o drugih službah,

- pravilno odstranjevanje odpadkov v skladu s POBO programom (Delovna skupina pri MZRS, 2010).

Poraba časa obiska: obsežen obisk

SPREMLJANJE/KONTINUIRANA OBRAVNAVA IN OBVEŠČANJE

- obveščanje izbranega osebnega zdravnika,
- potreba po povezovanju (sporočanju/pridobivanju informacij) z drugimi službami in institucijami,
- koordinacija po telefonu,
- dokumentiranje in zapis,
- načrtovanje ponovnega obiska,
- pričakovanje in spremljanje povratnih informacij.

Literatura:

Batas, R., 2012. Starostnik z venoso golenjo razjedo na domu-prikaz primera. In: Štemberger Kolnik, T., et al. eds. *Jesen življenja-stoma, rana, inkontinenca: zbornik predavanj z recenzijo. Strokovno srečanje, Rimske Terme, 16. in 17. marec 2012*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji, 126-133.

Blinc, A., 2006. Pomen arterijske prekrvitve za celjenje ran. In: Smrke, DM., ed. *Sodobni pristopi k zdravljenju akutne in kronične rane: zbornik predavanj. 1. simpozij o ranah z mednarodno udeležbo, Portorož, 2. in 3. junij 2006*. Ljubljana: Klinični oddelek za kirurške infekcije, Kirurška klinika, Klinični center, 28-45.

Dezotti, C., 2012. Wound assessment Practical tips. The bits you need to know. Dostopno na: <http://www.nursesforurses.com.au/admin/uploads/EBOOKWoundAssessmentPracticalTips1.pdf> [15.09.2013].

Drobnikar, B., Djekić, B., 2007. Sodobni pristopi pri obravnavi kronične rane v patronažni zdravstveni negi. *Obzor Zdr N*, 41: 125–35.

Fernandez, R., Griffiths, R., Ussia, C., 2004 Effectiveness of solutions, techniques and pressure in wound cleansing. *Joanna Briggs Institute Reports*, 2: 231-270.

Gubina, M., 2006. Mikrobiologov pogled na akutno in kronično rano. In: Smrke, DM., ed. *Sodobni pristopi k zdravljenju akutne in kronične rane: zbornik predavanj. 1. simpozij o ranah z mednarodno udeležbo, Portorož, 2. in 3. junij 2006*. Ljubljana: Klinični oddelek za kirurške infekcije, Kirurška klinika, Klinični center, 28-45.

Hočevar, M., 1998. Rane pri onkološkem bolniku. In: Kozorog, N., ed. *Zbornik strokovnega seminarja sekcije študentov zdravstvene nege Slovenije, Otočec, 20.–21. april 1998*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, 14–6.

Jošar, D., 2008. Pacient z varikoznim sindromom spodnjih okončin: diplomsko delo. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede.

Jošar, D., 2014. Oskrba pacienta s kronično rano v domačem okolju. In: Vilar, V., et al. eds. *Timski pristop k preprečevanju in zdravljenju kroničnih ran: Strokovno izobraževanje z učnimi delavnicami, Portorož, februar 2014*. Ljubljana : Društvo za oskrbo ran Slovenije – DORS, 50-54.

Majcen-Dvoršak, S., 2004. Sodobna oskrba ran - zakaj in kako? V: Židanek, S., et al. eds. *Medicinsko tehnični pripomočki: Zbornik predavanj, 3. mariborski kongres družinske medicine, Maribor*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine, SZD, 90 – 94.

Mertelj, O., 2014. Pomen ocenjevanja rane. In: Vilar, V., et al. eds. *Timski pristop k preprečevanju in zdravljenju kroničnih ran: Strokovno izobraževanje z učnimi delavnicami, Portorož, februar 2014*. Ljubljana : Društvo za oskrbo ran Slovenije – DORS, 36-44.

Parač, Z., Triller, C., Smrke, D., 2006. Sodobne obloge za rane. In: Smrke, DM., ed. *Sodobni pristopi k zdravljenju akutne in kronične rane: zbornik predavanj. 1. simpozij o ranah z mednarodno udeležbo, Portorož, 2. in 3. junij 2006*. Ljubljana: Klinični oddelek za kirurške infekcije, Kirurška klinika, Klinični center, 72-80.

Planinšek Ručigaj, T., Kecejl Leskovec, N., Slana, A. 2011. Priročnik za zdravljenje venskih golenjih razjed s sodobnimi oblogami. Ljubljana: Dermatovenerološka klinika, Univerzitetni Klinični center Ljubljana.

Sluga, B., 2006. Akutna rana. In: Smrke, DM., ed. *Sodobni pristopi k zdravljenju akutne in kronične rane: zbornik predavanj. 1. simpozij o ranah z mednarodno udeležbo, Portorož, 2. in 3. junij 2006*. Ljubljana: Klinični oddelek za kirurške infekcije, Kirurška klinika, Klinični center, 16–22.

Triller C. Kronična rana. V: Smrke D (ur.). *Simpozij o ranah z mednarodno udeležbo. Sodobni pristopi k zdravljenju akutne in kronične rane, Portorož 2.–3. junij 2006*. Ljubljana: Klinični oddelek za kirurške infekcije, Kirurška klinika, Klinični center, 2006: 23–7.

Viri:

Komplikacije kroničnih in akutnih ran. Zbornik predavanj z recenzijo. Ur. Štemberger Kolnik T., Vilar V., Majcen Dvoršak S. Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji, Društvo za oskrbo ran Slovenije. Terme Ptuj, 2010.

Institute of Primary Health&Ambulatory Care, Institute of Women's&Children's Health, 2009. *Community Health Nursing Competency&Skills*. Townsville Health Service District, Queensland Health.

Priročnik za zdravljenje venskih golenjih razjed s sodobnimi oblogami. Dermatovenerološka klinika, Flebološka šola, UKC Ljubljana, 2011.

Standards for Wound Management. The Australian Wound Management Association Inc., 2002. Dostopno na: http://www.awma.com.au/publications/2007/awma_standards.pdf [08.03.2012].

Wound Care Guidelines, Bolton Primary NHS Trust, 2008. Dostopno na: <http://www.bolton.nhs.uk/Library/policies/Nurswc001.pdf> [08.03.2012].

Wound cleansing guidelines. Northern Sydney Central Coast, NSW Health, 2006.

Wound Care Reference Guide; Assessing and Managing Chronic Wounds. Coloplast, 2007. Dostopno na: http://www.coloplast.com/WoundAndSkinCare/Topics/WoundManagement/Documents/WoundCare_PocketGuide_4V290307_Coloplast.pdf [08.03.2012].

Wound Care Guidelines. Central West Community Care Access Centre. Dostopno na: http://meds.queensu.ca/simlab/assets/cw_ccac_wc_wcmp_full_guide.17dec09__5.pdf [08.03.2012].

Wound Care Guidelines, 2008. Dostopno na: <http://wounddoc.blogspot.com> [08.03.2012].

Zdravstvena nega in oskrba kirurške rane. Zbornik predavanj s strokovnega srečanja, Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji. Rogaška Slatina, 2007.

Delovna skupina pri Ministrstvu za zdravje RS. 2010. Obvezno ravnanje z odpadki iz zdravstva in minimalni tehnični pogoji za zbiranje, prevozi in odstranjevanje teh odpadkov. Strokovne podlage za pripravo programa za obvladovanje in preprečevanje bolnišničnih okužb. Poglavlje 14: Odpadki. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje RS.

PALIATIVNA ZDRAVSTVENA NEGA IN OSKRBA V PATRONAŽNEM VARSTVU

Andreja Vrtovec, dipl. m. s., spec. patron. zdr. nege

Staša Rojten, dipl. m. s.

Marija Belovič, dipl. m. s., mag. zdr. neg.

TEORETIČNA IZHODIŠČA

Svetovna zdravstvena organizacija [SZO] je leta 2002 podala definicijo paliativne oskrbe, v kateri opisuje paliativno oskrbo kot dejavnost, ki izboljšuje kakovost življenja bolnika in njegovih bližnjih, kateri se soočajo z neozdravljivo boleznijo, s tem da preprečuje in lajša trpljenje, tako da zgodaj prepozna, obravnava in oceni telesne, duhovne, socialne in psihične probleme (World Health Organization, 2002).

Dipl. m. s. v PV so v mreži izvajalcev Državnega programa paliativne oskrbe navedene kot članice osnovnega kot tudi specialističnega paliativnega tima na primarni ravni (Ministrstvo za zdravje, 2010). Paliativni tim je izvajalec osnovne paliativne oskrbe in koordinator vseh drugih dejavnosti, ki jih pacient v paliativni oskrbi potrebuje. Vodja osnovnega paliativnega tima je zdravnik družinske medicine, ki skrbi za pravočasno in učinkovito obravnavo vseh simptomov, svojce pa seznanja s spremembami v razvoju bolezni (Červek, 2010). Zdravnik družinske medicine spremlja bolnike med odkrivanjem bolezni, zdravljenjem in tudi umiranjem. Obravnava ga v domačem okolju, kjer sodeluje z dipl. m. s. v PV (Hlade, 2010). Z dipl. m. s. v PV je ves čas obravnave paliativnega bolnika tesno strokovno povezan. Obiske na domovih bolnikov opravljata skupaj, vendar gre za dve različni domeni, ki se dopolnjujeta. Pri paliativni oskrbi na bolnikovem domu je potrebno usklajeno delovanje družine, družinskega zdravnika, dipl. m. s. v PV, negovalnega osebja (Červek, 2010), po možnosti in glede na potrebe bolnika ter svojcev se v tovrstno oskrbo vključujejo tudi socialni delavec, psiholog, fizioterapevt, delovni terapevt, magister farmacije, prostovoljec Hospica in na željo bolnika tudi duhovni oskrbovalec (Metlikovič, 2011). V pomoč jim je specialistični paliativni tim sekundarne/terciarne ravni, ki v zahtevnejših primerih svetuje po telefonu ali s pomočjo elektronskega medija ali obišče pacienta na domu (Ministrstvo za zdravje, 2010).

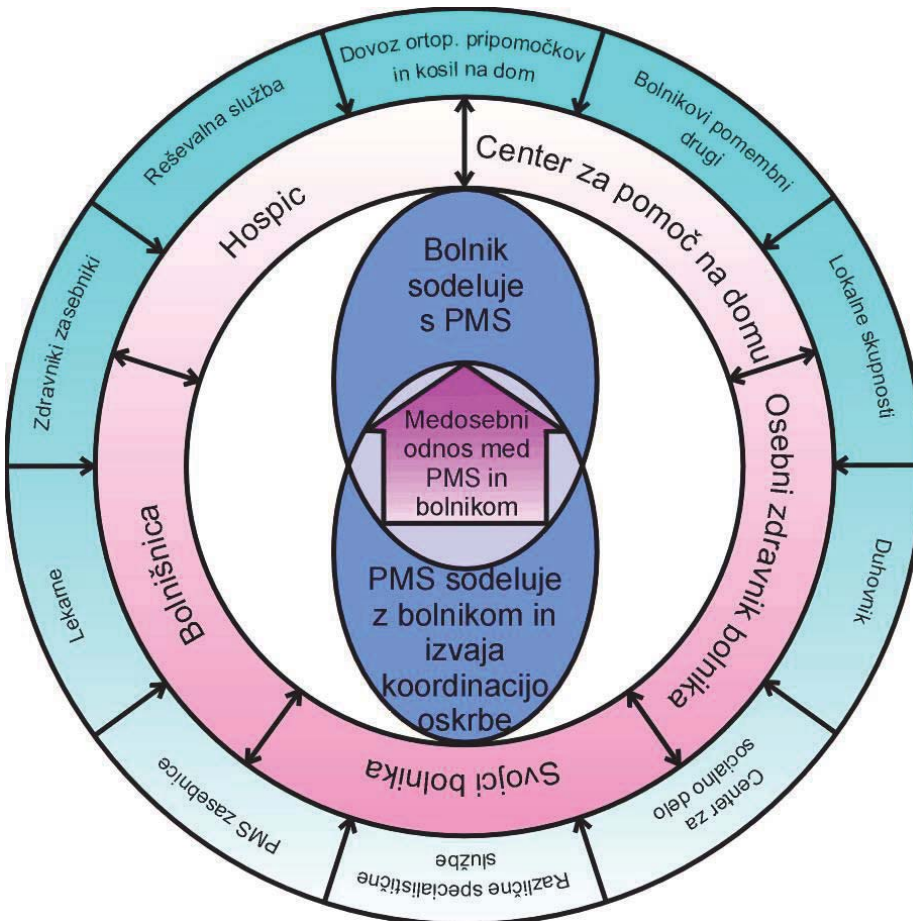
NAMEN

Namen paliativne oskrbe je celostna obravnava bolnikov in njihovih svojcev. Le-ta vključuje tudi pomoč in svetovanje pri premeščanju bolnikov v za njih primerne kraje, kot so paliativni oddelki, v domove za starejše občane, v lastne domove in druge kraje, kjer je za bolnike dobro poskrbljeno. V takšni obliki delovanja je ključna povezava med paliativnimi timi na vseh nivojih zdravstvenega varstva. Zaradi usklajenosti dela, preglednosti ter rednega spremljanja bolnikov in njihovih svojcev je ta povezava nujna (Štrancar, 2006).

Pravica do paliativne oskrbe je pravica vsakega bolnika in njegovih svojcev tako v ustanovah kot na njihovih domovih. Ta vrsta oskrbe mora biti dostopna vsem bolnikom (Velepič, 2011). Vsakdo ima tudi pravico do svojih lastnih izbir in odločitev, zato se je potrebno pri zdravljenju in oskrbi bolnikov zavzemati za njihovo vključitev v odločanja, ki zadevajo njihova življenja (Slak, 2011).

Poznavanje paliativne oskrbe in razumevanje procesa umiranja ter žalovanja je osnova za vsako dipl. m. s. v PV. Patronažna medicinska sestra je tista, ki po odpustu bolnika iz bolnišnice običajno pride prva v družino, oceni potrebe bolnika in svojcev, se takoj poveže z družinskim zdravnikom (Metlikovič, 2011). V družino vstopi v najrazličnejših življenjskih obdobjih. Velikokrat je v družini ali pri bolniku prej (ob izvajanju preventivnih obiskov), kot je postavljena diagnoza o neozdravljivi bolezni. Marsikdaj se paliativna zdravstvena nega začne prav na bolnikovem domu. Pravočasno

zaznavanje problemov, ustrezen načrt in pravilno izvajanje patronažne zdravstvene nege, ki mora biti prilagojena fizičnemu in psihičnemu stanju bolnika, ter vključevanje bolnikovih kulturnih in duhovnih potreb v načrt patronažne zdravstvene nege zagotavljajo dobro kakovost patronažne - paliativne zdravstvene nege in s tem izboljšanje kakovosti bolnikovega življenja (Vrtovec, 2009a). Lajšanje spremljajočih simptomov ni omejeno le na telesne simptome, temveč zajema tudi psihosocialne in duhovne stiske in težave (Peternelj, 2008). Dipl. m. s v PV z različnimi oblikami pomoči omogoča pacientu dostojno življenje do smrti. Pomaga pacientovi družini in njegovim bližnjim med boleznijo in v času žalovanja. Pri izvajanju oskrbe na domu mora biti svojcem in bolniku vedno na voljo možnost dodatnih nasvetov. Sprejemljiv odzivni čas na izraženo potrebo po dodatnih informacijah je do 24 ur (Benedik, 2011).



Slika: Model koordiniranja zdravstvene nege in oskrbe v domačem okolju pri bolniku v terminalni fazi življenja (Vrtovec, 2009b):

Predlagani model je nastal na podlagi raziskave, ki je potekala v Zdravstvenem domu dr. Adolfa Drolca Maribor, organizacijski enoti Patronažno varstvo Maribor. Raziskovalni vzorec je zajemal 75 patronažnih medicinskih sester.

OCENA STANJA:

Temeljne fiziološke potrebe, psihofizične potrebe in psihosocialne ter duhovne potrebe:

- indirektno zbiranje informacij pred obiskom,
- direktno zbiranje informacij med obiskom,
- seznaniti pacienta z namenom in vsebino obiska,
- pregled obstoječe negovalne in medicinske dokumentacije,
- oceniti splošno stanje pacienta po dnevnih aktivnostih,
- pogovor s pacientom in po potrebi s člani družine in pomembnimi drugimi,
- skupna analiza vseh zbranih informacij in dokumentiranje.

CILJI IN INTERVENCIJE

Dipl. m. s. v PV zdravstveno nego ob obisku načrtuje skupaj s pacientom.

Najpogostejši **cilji** za delo dipl.m.s. v PV ob patronažnem obisku so:

- obravnava pacienta in njegove družine kot enakovrednih partnerjev, ki aktivno sodelujejo pri načrtovanju zdravljenja,
- obravnava pacienta v okviru razpoložljivih možnosti, s spoštovanjem in upoštevanjem pacientovih želja ter odločitev,
- nudenje največjega možnega udobja v najširšem pomenu besede tako telesno, psihofizično in duhovno, ki so ga deležni pacient in svojci. Nudenje udobja mora odražati celostno prepoznavanje in oceno pacientovih potreb,
- spodbuda za ohranjanje samooskrbe, mobilnosti in spretnosti,
- omogočanje pacientu čim večjo sposobnost funkcioniranja – s telesnega in duhovnega vidika,
- reševanje potreb pacienta v timu za zagotavljanje obvladovanja simptomov paliativne bolezni,
- informiranje in poučevanje pacienta in njegovih bližnjih, kako spoznavati simptome bolezni in stranske učinke zdravljenja, ter kakšne so optimalne možnosti obvladovanja le teh,
- kontinuirana zdravstvena obravnava pacienta in prilagajanje njegove obravnave napredovanju bolezni,
- omogočanje bivanja in umiranja v domačem okolju,
- vzpostavitev medsebojne komunikacije med člani tima, pacientom, njegovimi svojci in drugimi bližnjimi.

Najpogostejše **intervencije dipl. m. s.** v PV so:

- načrtovanje in izvajanje postopkov za podporo zdravljenju in zdravstveno nego v fazi paliativne oskrbe,
- prepoznavanje in načrtovanje aktivnosti zdravstvene nege pri simptomih napredujoče bolezni,
- prepoznavanje in načrtovanje aktivnosti ob bližajoči se smrti, socialnih in duhovnih potrebah,
- podpora družini in drugim bližnjim ali skrbnikom, poznavanje procesov žalovanja ter prepoznavanje in ukrepanje ob patoloških načinih žalovanja,
- vključevanje v paliativni tim v smislu predstavitve pacientovih problemov tako na fizični kot psihosocialni ravni, s ciljem timskega in celovitega pristopa k reševanju pacientovih težav,
- aktivno vključevanje pacientov, njihovih svojcev in/ali drugih bližnjih v načrtovanje paliativne zdravstvene nege in oskrbe,

- učenje in informiranje pacientovih svojcev in/ali drugih bližnjih za sodelovanje v procesu paliativne oskrbe in preprečevanja zapletov zdravljenja in zdravstvene nege v fazi paliativne obravnave,
- seznanitev z možnostmi laične pomoči in oskrbe na domu,
- seznanitev s pripomočki in materiali, ki olajšujejo zdravstveno nego in oskrbo,
- zagovorništvo – poudarjanje stališč pacienta, njegovih svojcev in/ali drugih bližnjih,
- izvajanje celostne in z dokazi podprte zdravstvene nege,
- zdravstveno vzgojno delo glede na ugotovljene potrebe,
- povezovanje z izven bolnišničnim paliativnim timom (Slak, 2009).

Poraba časa obiska: Čas izvajanja paliativne zdravstvene nege je odvisen od pacientovega zdravstvenega stanja in negovalnih intervencij, ki jih je potrebno pri pacientu izvesti. Najpogosteje so to pacienti kategorije 3 in 4, zato je tak patronažni obisk obsežen ali zelo obsežen.

SPREMLJANJE/KONTINUIRANA OBRAVNAVA IN OBVEŠČANJE

- obveščanje izbranega osebnega zdravnika,
- sodelovanje v multidisciplinarnem in osnovnem timu paliativne oskrbe,
- poročanje osnovnemu timu paliativne oskrbe,
- potreba po povezovanju (sporočanju/pridobivanju informacij) z drugimi službami in institucijami,
- koordinacija po telefonu,
- dokumentiranje, zapis in načrtovanje ponovnega obiska,
- pričakovanje in spremljanje povratnih informacij.

Literatura:

Benedik, J., 2011. Oskrba bolnika ob koncu življenja. *Onkologija / za prakso*, XV(1), 52-58.

Črček, J., 2010. Vloga zdravnika družinske medicine pri paliativni obravnavi bolnika z rakom. *Onkologija /izobraževalni dnevi*, XIV(1), 60 - 62.

Hlade, S., 2010. *Paliativna zdravstvena nega kronično bolnih v domačem okolju: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Metlikovič, B., 2011. Vloga patronažne medicinske sestre v paliativni obravnavi na domu. *Zbornik srečanja: Izbrane teme paliativne oskrbe in praktične delavnice*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, bolnišnica Golnik - klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, 1-18.

Ministrstvo za zdravje RS, 2010. Državni program paliativne oskrbe. Dostopno na: <http://www.vlada.si> [11.01.2013].

Peterelj, A., 2008. Paliativna oskrba kot sestavni del kakovostne obravnave bolnika. In: *Patronažna medicinska sestra ob umirajočem bolniku. Zbornik predavanj / 2. strokovno srečanje, Spodnji Duplek, 15. april 2008*. Krško: Združenje zasebnih patronažnih medicinskih sester, 15-19.

Slak, J., 2009. Zdravstvena nega pacienta ob napredovalih kroničnih boleznih v paliativni oskrbi. In: Slak J, eds. *Kronične neozdravljive bolezni na stičišču s paliativno oskrbo*. Kranj: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Gorenjske, 41-42.

Slak, J., 2011. Družinski sestanek. In: Matkovič, M., et al., eds. *Komunikacija in njene vrzeli pri delu z onkološkim pacientom: zbornik predavanj. 38. strokovni seminar, Maribor 1. april 2011*. Maribor: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji, 60 – 66.

Štrancar, K., 2006. Prostovoljno delo v okviru paliativne oskrbe. *Obzor Zdr N*, 40(3), 165-166.

Velepč, M., 2011. Spoštovanje zasebnosti in dostojanstva onkoloških bolnikov. In: Matkovič, M., et al., eds. *Komunikacija in njene vrzeli pri delu z onkološkim pacientom: zbornik predavanj. 38. strokovni seminar, Maribor 1. april 2011*. Maribor: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji, 17-27.

Vrtovec, A., 2009a. Patronažna dejavnost in kompleksnost dela na terenu. In: *Paliativna oskrba v osnovnem zdravstvenem varstvu, strokovno srečanje, Bled 12. november 2009*. Bled: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije.

Vrtovec, A., 2009b. *Model koordiniranja zdravstvene nege in oskrbe v domačem okolju pri bolniku v terminalni fazi življenja : specialistično delo*. Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

World Health Organization, 2002. *Cancer*. Dostopno na: <http://www.who.int/cancer/> [3. april 2013].

Viri:

Globočnik-Papuga, P., 2007. Pomen izobraževanja o komuniciranju v paliativni oskrbi. *Obzor Zdr N*, 41(1): 33-36.

Ivanuša, A., Železnik, D., 2008. *Standardi aktivnosti zdravstvene nege*. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede, 646.

Železnik D, Horvat M, Panikvar Žlahtič K, et al. *Aktivnosti zdravstvene nege v patronažnem varstvu*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2011.

KATETERIZACIJA PRI ŽENSKI V DOMAČEM OKOLJU

Tomica Kordiš, dipl. m. s., mag. vzg. in man. v zdr. negi

Marija Belovič, dipl. m. s., mag. zdr. neg.

TEORETIČNA IZHODIŠČA

Kateterizacija je medicinsko tehnični poseg, ki ga izvaja dipl. m. s. v PV po naročilu zdravnika na podlagi delovnega naloga. Spada v kurativni patronažni obisk.

Je aseptična vstavev sterilnega katetra v sečni mehur za odvajanje seča (Klemenc, 1995). Indikacijo za poseg vedno postavi zdravnik (Maze et al, 2012). Izbira vrste kateterizacije je odvisna od medicinske indikacije in predvidenega trajanja kateterizacije in je lahko enkratna, interminetna, kratkotrajna stalna, dolgotrajna stalna in kirurška stoma (Delovna skupina pri Ministrstvu za zdravje RS, 2003).

Ker uporaba urinskega katetra ni brez tveganja za pacientke, naj bo njegova uporaba le kot skrajni ukrep (Marklew, 2004). Okužba sečil, povezana z urinskim katetrom, je najpogostejša bolnišnična okužba (Maki, Tambyah, 2001). Različne raziskave po svetu (Willson, et al., 2009) so pokazale, da lahko drastično zmanjšamo pojavnost okužb urinarnega trakta z naslednjimi ukrepi: izobraževanje osebja, kateter naj bo vstavljen čim krajši čas, dnevno čiščenje anogenitalnega predela z milom in vodo ter po aseptični vstavitvi katetra vzdrževanje zaprtega urinarnega drenažnega sistema.

Dipl. m. s. v PV kateterizacijo pacientk izvaja v pacientkinem domačem okolju.

NAMEN

Kateterizacija je indicirana zaradi izpraznitve vsebine sečnega mehurja zaradi akutne ali kronične retence. Lahko je indicirana tudi zaradi drenaže mehurja, raznih diagnostičnih postopkov, izpiranja mehurja, vnosa terapevtskih substanc, ki delujejo lokalno v mehurju, zaradi natančne meritve količine izločene tekočine ali pa kot pomoč pri inkontinenci, kadar ni mogoče uporabiti drugih pripomočkov (Maze et al, 2012). Tehnika uvajanja urinskega katetra mora biti aseptična (Ivanuša, Železnik, 2008).

OCENA STANJA:

- ocenjevanje temeljnih fizioloških, psihofizičnih, psihosocialnih in duhovnih potreb pacientke,
- indirektno zbiranje informacij pred obiskom,
- direktno zbiranje informacij med obiskom,
- seznanitev pacientke z namenom in vsebino obiska,
- seznanitev pacientke in njene družine s postopkom kateterizacije,
- pregled obstoječe negovalne in medicinske dokumentacije,
- ocenitev splošnega stanja pacientke,
- pogovor s pacientko in po potrebi s člani njene družine ali pomembnimi drugimi,
- skupna analiza zbranih informacij in njihov zapis.

CILJI IN INTERVENCIJE

Zdravstveno nego ob obisku dipl. m. s. v PV načrtuje skupaj s pacientko.

Najpogostejši **cilji** za delo dipl. m. s. v PV ob kateterizaciji so:

- intervencija se izvaja na podlagi delovnega naloga zdravnika,
- intervencija se izvaja po standardiziranem postopku,
- upoštevati je potrebno etični vidik (s telesnega, duhovnega, družbenega stališča),
- oceniti je potrebno ožje in širše okolje pacientke (ekonomske, socialne, zdravstvene razmere),
- upoštevati je potrebno individualne potrebe pacientke,
- pacientko opozoriti na potek postopka in spremljajoče občutke (pekoča bolečina ob uvedbi katetra) ter njeno sodelovanje pri izvedbi postopka,
- pacientko in njeno družino opozoriti na ravnanje s katetrom: lega katetra, higiena katetra in okolice, menjava urinske vrečke, merjenje diureze,
- načrtovanje, vrednotenje, dokumentiranje,
- odkriti je potrebno morebitne dejavnike, ki lahko vplivajo na spremembe pri poteku zdravljenja in kakovosti življenja pacientke,
- pridobljene podatke je potrebno posredovati zdravniku - naročniku kurativnega obiska.

Najpogostejše **intervencije** dipl. m. s. v PV ob kurativnem obisku pacientke so:

- meritve vitalnih funkcij,
- fizični pregled pacientke,
- pregled dosedanje dokumentacije, preverjanje delovnega naloga,
- pregled dosedanje terapije,
- izvedba - kateterizacije po standardnem postopku,
- upoštevanje posebnosti pri izvedbi postopka (nemirna pacientka, posebne bolezni, bolezenska stanja),
- poučevanje pacientke, njene družine in pomembnih drugih o postopku, načinu, ev. zapletih pri izvedbi kateterizacije,
- poučevanje pacientke, njene družine in pomembnih drugih o bolezni, razlogu za izvedbo, trajanje kateterizacije,
- ocenitev morebitne bolečine - subjektivno po pogovoru in po VAS lestvici,
- izvajanje zdravstveno vzgojnega dela glede na ugotovljene potrebe, morebitne novoodkrita probleme in bolezenska stanja,
- Dipl. m. s. v PV o ugotovitvah poroča zdravniku, ki je izdal delovni nalog; s tem zagotavlja kontinuirano obravnavo pacientke in nadaljnje ukrepanje,
- po potrebi o stanju pacientke in o potrebi po pomoči informira še druge službe,
- odpadni material po kateterizaciji uredi po postopkih ravnanja z odpadki in preprečevanja širjenja okužb.

OPOMBA: Število izvajalcev se pri kateterizaciji ali menjavi urinskega katetra spreminja. Potrebno je upoštevati, da sta v primeru, kjer je postopek kateterizacije otežen zaradi odstopanj, zapletov in posebnosti, za izvedbo potrebni dve dipl. m. s. v PV.

Poraba časa obiska: obsežen obisk

SPREMLJANJE/KONTINUIRANA OBRAVNAVA IN OBVEŠČANJE

- obveščanje izbranega osebnega zdravnika oz. zdravnika naročnika patronažnega obiska,
- potreba po povezovanju (sporočanju/pridobivanju informacij) z drugimi službami in institucijami,
- koordinacija po telefonu,
- planiranje naslednjega obiska, glede na navodila zdravnika,
- dokumentiranje in zapis,
- pričakovanje in spremljanje povratnih informacij.

Literatura:

Delovna skupina pri Ministrstvu za zdravje RS, 2003. *Strokovne podlage za pripravo smernic za obvladovanje in preprečevanje bolnišničnih okužb 2000-2003*, Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, Sekcija za klinično mikrobiologijo in hospitalne infekcije.

Ivanuš, A. & Železnik, D., 2008. *Standardi in aktivnosti zdravstvene nege 2. dopolnjena izdaja*. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede.

Klemenc, D., 1995. Urinska inkontinenca. *Obzornik zdravstvene nege*, pp. 27-45.

Maki, D. & Tambyah, P., 2001. Engineering out the risk for infection with urinary catheters. *Emerging Infectious Diseases*, 7(2), pp. 342-347.

Marklew, A., 2004. Urinary catheter care in the intensive care unit. *Nursing a Critical Care*, 9(1) Jan-Feb, pp. 21-27.

Maze, H., Plank, D., Hrastnik, M. & Drame, S., 2012. *Mentorji kot spodbujevalci razvoja profesionalnih kompetenc*. Celje, Visoka zdravstvena šola Celje, pp. 32-43.

Willson, M. in drugi, 2009. Nursing interventions to reduce the risk of catheter-associated urinary tract infection: part 2: staff education, monitoring, and care techniques. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, 36(2) Mar-Apr, pp. 137-154.

Viri:

Železnik D, Horvat M, Panikvar Žlahtič K, et al. *Aktivnosti zdravstvene nege v patronažnem varstvu*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2011.

APLIKACIJA KLIZME V DOMAČEM OKOLJU

Mojca Kalšek, dipl. m. s.

Marija Belovič, dipl. m. s., mag. zdr. neg.

TEORETIČNA IZHODIŠČA

Zaprtje je simptom in ne bolezen. Opredelimo ga kot iztrebljanje majhnih količin (manj kot 50 g dnevno) trdega blata, ki ga spremlja močno napenjanje (Kocijančič, Mrevlje, 1993). Zaprtja ni vedno mogoče uspešno zdraviti s konservativnimi ali kirurškimi metodami. V teh primerih lahko klizma pomaga pri lajšanju težav, povezanih z zaprtjem (Lestár, et al., 2007). Klizma je aplikacija tekočine skozi rektum v debelo črevo in je lahko čistilna, zdravilna ali diagnostična (Ivanuša, Železnik, 2008). Poseg dipl.m.s. v PV izvaja na osnovi predpisanega delovnega naloga. Na delovnem nalogu zdravnik predpiše vrsto, količino, višino klizme in število ponovitev.

NAMEN

Po namenu razlikujemo čistilno (odstranitev fekalnih mas iz debelega črevesa zaradi obstipacije), zdravilno (v terapevtske namene - stimulacija črevesa zaradi atonije) in diagnostično (aplicirana kontrastna sredstva) klizmo (Ivanuša, Železnik, 2008). V patronažnem varstvu na pacientovem domu dipl. m. s. v PV izvaja le čistilno ali zdravilno klizmo.

Pacient lahko za čiščenje črevesja dobi le tri zaporedne klizme, da ne pride do motenj tekočinskega in elektrolitskega ravnovesja. Posega ne izvajamo, kadar pri pacientu ugotovimo bolečine v trebuhu, bruhanje in krvavitve v prebavnem traktu (Ivanuša, Železnik, 2008).

OCENA STANJA

- oceniti je potrebno temeljne fiziološke, psihofizične in psihosocialne potrebe,
- indirektno zbiranje informacij pred obiskom,
- direktno zbiranje informacij med obiskom,
- seznaniti pacienta z namenom in vsebino obiska,
- pregled obstoječe negovalne in medicinske dokumentacije,
- pregled in ocena splošnega telesnega in duševnega stanja,
- pogovor s pacientom, po potrebi s člani njegove družine in/ali pomembnimi drugimi.

CILJI IN INTERVENCIJE

Aplikacija klizme se v patronažnem varstvu izvaja izključno in samo na predpisan delovni nalog. Na delovnem nalogu zdravnik predpiše vrsto, količino, višino klizme in število ponovitev. Dipl. m. s. v PV ob obisku načrtuje izvedbo posega in zdravstveno nego skupaj s pacientom.

Najpogostejši **cilji** pri aplikaciji klizme so:

- glede na namen klizme odstranitev blata ali aplikacija zdravila skozi rektum,
- pacient bo čutil minimalno neugodje (uvajanje cevke in hitrost dajanja tekočine ali zdravilne mešanice),
- napetost, ki jo čuti pacient v trebuhu, bo popustila,

- pacient bo zaupal v izvedbo posega dipl. m. s. v PV, zmanjšan bo strah,
- uspešnost klizme bo ocenjena nekaj časa po posegu (dipl. m. s. v PV mora počakati na rezultat izvedenega posega),
- v primeru pojava težav bo dipl. m. s. v PV znala strokovno pravilno odreagirati,
- zdravnik bo obveščen o uspešno oz. neuspešno izvedeni aplikaciji klizme,
- aplikacija klizme bo ustrezno dokumentirana.

Najpogostejše **intervencije** pri aplikaciji klizme:

Dipl. m. s. v PV pred samo aplikacijo klizme pripravi ves potreben material (mešanico za klistir po navodilu zdravnika), prostor (zagotovimo intimnost) in samega pacienta (opišemo mu postopek, ga namestimo v ustrezen položaj, prosimo ga za sodelovanje, če je to možno).

- poseg aplikacija klizme mora biti izveden skladno z navodili Standardi aktivnosti zdravstvene nege,
- temeljnega pomena je zagotovljena zasebnost, intimnost pacienta,
- namestimo ga v ustrezen levo - bočni položaj in zaščitimo ležišče,
- v neposredno bližino si pripravimo posteljno posodo, toaletni papir ali sobno stranišče,
- izvedemo klizmo (namaščeno črevesno cevko uvajamo previdno, počasi in različno globoko glede na starost, bolezni in indikacije pacienta - visoka klizma-regularna klizma - nizka klizma),
- v primeru pojava bolečine in napetega abdomna takoj prenehamo in ustrezno ukrepamo (nevarnost predrtja črevesja - perforacije),
- namestimo ga v desno – bočni položaj,
- po aplikaciji klizme počakamo, opazujemo izločeno blato (glede na barvo, sestavo in količino),
- ustrezno uredimo pacienta in okolico.

Poraba časa obiska obsežen obisk

Spremljanje/kontinuirana obravnava in obveščanje

- obveščanje izbranega osebnega zdravnika oz. zdravnika, ki je naročil aplikacijo klizme o uspešnosti ali neuspešnosti izvedenega posega,
- v primeru težav koordinacija po telefonu,
- dokumentiranje v negovalno dokumentacijo (vrsta klizme, uvedba črevesne cevke in učinkovitost klizme),
- povratna informacija pacienta, članov njegove družine ali pomembnih drugih.

Literatura:

Ivanuš, A., Železnik, D., 2008. *Standardi in aktivnosti zdravstvene nege 2. dopolnjena izdaja*. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede.

Kocijančič, A., Mrevlje, F., 1993. *Interna medicina*. Ljubljana: Državna založba Slovenije.

Lestár, B., et al., 2007. Antegrade colonic enema is a choice for the treatment of faecal incontinence and constipation. *Magyar Sebészet*, 27 september, pp. 210-214.

Viri:

Železnik D, Horvat M, Panikvar Žlahtič K, et al. *Aktivnosti zdravstvene nege v patronažnem varstvu*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2011.

OBRAVNAVA PACIENTA S STOMO

Petra Torbarina, dipl. m. s
Renata Batas, dipl. m. s., ET

TEORETIČNA IZHODIŠČA

Prvi opis kirurško izpeljane črevesne stome sega v 16. In 17. stoletje. Vzroki za izpeljavo stome so bili v tistem obdobju ileus zaradi ukleščene kile, atrezija anusa in poškodbe trebuha. Danes je stoma zaključni del obsežnih operacij. Kirurg, ki stomo oblikuje, se ob tem mora zavedati, da se s skrbno oblikovano stomo in stomo, ki je na primernem mestu na trebuhu, lahko izognemo marsikateremu zapletu in s tem izboljšamo kakovost življenja pacientov, ki bodo morali živeti s stomo (Štor et. al, 2007). Stoma pomeni z operacijo narejeno umetno odprtino na telesu, ki predstavlja povezavo nekega organa s kožo (Batas, 2007). Stome razdelimo na več vrst, razdelitev je povezana s funkcijo stome in organom, v katerega predstavlja povezavo. Poznamo: dihalne, hranilne in izločalne stome (Golobinjeh, 2008). Lahko so začasne ali trajne (Štor et al, 2007).

Ob današnjih vedno krajših ležalnih dobah v bolnišnici pacienti s stomo, ko pridejo v domače okolje, nimajo predstave, kakšno bo njihovo novo življenje doma (Štemberger Kolnik et al., 2009a). Iz bolnišnice pridejo opremljeni z navodili in nasveti, doma pa so prepuščeni samim sebi in družinskim članom, če jih imajo. Pacientom s stomo je po prihodu v domače okolje nujno potrebna podpora strokovno usposobljenega zdravstvenega osebja (Štemberger Kolnik et al., 2009b).

NAMEN

Dipl. m. s. v PV ali enterostomalna terapevtka s svojim delovanjem uči pacienta življenja s stomo ter ga spodbuja pri ponovni socializaciji. Seznanjena je z vso obstoječo dokumentacijo pacienta s stomo. Na prvem in ponovnih patronažnih obiskih bosta skupaj s pacientom ugotovljala njegove potrebe po zdravstveni negi in oskrbi stome na njegovem domu ter skladno z ugotovitvami načrtovala svoje delo v skladu z usmeritvami pacienta v kakovost življenja s stomo.

Delo dipl. m. s. v PV oziroma enterostomalne terapevtke je usmerjeno k psihofizični pomoči pacientu s stomo in usposabljanju svojcev ali drugih bližnjih za pomoč pri začetnem uvajanju samooskrbe. V tem času pacient s stomo potrebuje veliko podpore, spodbude, pogovora, svetovanja in občutka, da je medicinska sestra zanj vedno dosegljiva. Občutek varnosti mu daje že telefonski pogovor z dipl. m. s. v PV.

V zgodnjem obdobju po odpustu iz bolnišnice so pri pacientu s stomo potrebne pogostejše obravnave, enkrat ali večkrat dnevno, če pride do večjih zapletov na koži (vnetja,...), kasneje pa so lahko te obravnave tedenske, mesečne, letne, odvisno od pacientovega zdravstvenega stanja in sposobnosti samooskrbe.

CILJI OSKRBE PACIENTOV S STOMAMI V DOMAČEM OKOLJU

- zagotoviti kakovostno in kontinuirano zdravstveno nego stome,
- ugotoviti vse aktualne in potencialne probleme pacienta s stomo,
- poučevati pacienta glede zdravstvene nege in oskrbe stome,
- poučevati svojce in /ali druge bližnje glede zdravstvene nege in oskrbe stome, kadar je to potrebno,
- poučevati pacientu s stomo, njegovo družino in /ali druge bližnje glede zdrave prehrane in zdravega načina življenja (vseh aktivnosti in potrebe po Virginiji Henderson),

- svetovati glede možnosti in izbire medicinsko tehničnih pripomočkov za oskrbo stome,
- zagotoviti zdravstveno nego stome in svetovati v primeru zapletov,
- seznaniti ga s pravicami v zvezi z zdravstvenim zavarovanjem,
- ugotoviti razmere in potrebe pri posamezniku, družini in v skupnosti ter jih skupaj z njimi reševati.

INTERVENCIJE

- psihofizična priprava dipl. m. s. v PV ali enterostomalne terapevtke na hišni obisk pacienta s stomo,
- pregled že obstoječe dokumentacije patronažne zdravstvene nege,
- seznanitev z vsebino delovnega naloga - naročene izvedbe medicinsko tehničnih posegov-aktivnosti zdravstvene nege v patronažnem varstvu,
- ugotavljanje potreb po negovalnih intervencijah ob prvem obisku na stomistovem domu, pregled medicinske dokumentacije (odpustno pismo),
- pregled in opazovanje stomista - ocena splošnega stanja: pomičnost, higienske razmere in možnosti za izvedbo intervencije,
- ugotavljanje potreb stomista, pogovor z njim o trenutnem počutju, težavah, o sposobnosti samooskrbe stome,
- izvajanje zdravstvene nege in zdravstvene vzgoje: patronažna medicinska sestra izobražuje, poučuje, motivira za samooskrbo, nadomešča nesposobnost samooskrbe stome, izvaja nadzor nad stomo, izvaja profesionalno zdravstveno nego, svetuje glede prehrane, glede sprememb življenjskega sloga, glede nabave materiala in pripomočkov za oskrbo stome, izvaja in svetuje glede ukrepov v primeru zapletov stome,
- dokumentiranje zdravstvene nege in zdravstvene vzgoje,
- zdravstveno vzgojno delo s svojci in/ali drugimi bližnjimi, če stomist v to privoli,
- poročanje o stanju in zmožnosti samooskrbe izbranemu osebnemu zdravniku.

Poraba časa obiska

Je odvisna od pacientovega zdravstvenega stanja in negovalnih intervencij, ki jih je pri pacientu s stomo potrebno izvesti. Vsaj na začetku so to obiski pacientov 3. ali 4. kategorije, zato je tak patronažni obisk obsežen ali zelo obsežen.

Spremljanje in kontinuirana obravnava

- obveščanje izbranega osebnega zdravnika oz. zdravnika, ki je podal delovni nalog,
- v primeru težav koordinacija po telefonu,
- dokumentiranje v negovalno dokumentacijo (stanje stome, izločanje balata, stanje kože v okolici stome,...)
- povratna informacija pacienta, članov njegove družine ali pomembnih drugih,
- kontaktiranje in sodelovanje z ILCO zvezo in ILCO regijskimi društvi,
- povezovanje s službami, ki nudijo pacientu s stomo kakovostno zdravstveno nego in oskrbo s strani enterostomalnih terapevtov.

Literatura:

Batas, R., 2007. Vloga medicinske sestre - enterostomalne terapevke v patronažnem varstvu. In: Gavrilov, N., Trček, M., eds. *Zbornik predavanj šole enterostomalne terapije, Ljubljana 2006-2007*. Ljubljana: Klinični center, Področje za zdravstveno nego, 28-30.

Golobinjek, R., 2008. Uvod v poglavje o stomah. In: Rijavec I. (eds) *Kirurška zdravstvena nega v splošni bolnišnici Slovenj Gradec. Zbornik predavanj*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije-Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 31-32.

Štemberger Kolnik, T., Majcen Dvoršak, S., Hribar, B., 2009a. Pacienti s stomo v okviru primarnega zdravstvenega varstva. *Obzor Zdr N*, 43(4): 285-290.

Štemberger Kolnik, T., Majcen Dvoršak, S. & Goričan, A., 2009b. Informiranost kot ključno vodilo do kakovosti pacienta s stomo. *Obzor Zdr N* 43(4): pp. 253-260.

Štor, Z., Robert, J. & Franc, J. 2007. Kolostome pri odraslih. *Zbornik predavanj šole enterostomalne terapije*. Ljubljana: Univerzitetni Klinični center Ljubljana.

Viri:

Hajdinjak, G., Meglič, R., 2006. *Sodobna zdravstvena nega*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo.

Ivanuša, A., Železnik, D., 2002. *Standardi aktivnosti zdravstvene nege*. Maribor: Visoka zdravstvena šola 13.

Jelovčan, A., 2007. Obravnava in rehabilitacija stomista na domu, In: Gavrilov, N., Trček, M., eds. *Zbornik predavanj šole enterostomalne terapije, Ljubljana 2006-2007*. Ljubljana: Klinični center, Področje za zdravstveno nego, 201-206.

Petek, A., 2010. *Delo medicinske sestre - enterostomalne terapevke na stomistovem domu: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Tomc Šalamun, D., 2009. Ali smo ljudi s stomo usposobili za kakovostno življenje? *Obzor Zdr N*, 43 (4): 261-267.

OBRAVNAVA PACIENTA Z NAZOGASTRIČNO SONDO TER HRANILNIMI STOMAMI

Darja Hermonko, dipl. m. s., mag. zdr. soc. manag.
Renata Batas, dipl. m. s., ET

TEORETIČNA IZHODIŠČA

Batas (2009) navaja tri načine oziroma poti dostopa za enteralno hranjenje: nasogastrična sonda, gastrostoma ter jejunostoma. Nazogastrična sonda (NGS) omogoča hranjenje pacienta neposredno v želodec po posebni cevki (sondi), kadar pri pacientu hranjenje skozi usta ni mogoče (Gorjup, 2012). NGS je ena izmed možnih rešitev, kadar pacient iz kakršnih koli razlogov ne more, ne sme ali noče uživati hrane na normalen način, prebavila pa mu normalno delujejo (Gorjup, 2012). Za bolnike s hudo stopnjo oralno motorične okvare, hranjene po nazogastrični sondi več kot 6 mesecev, s slabim pridobivanjem telesne teže, kjer se predvideva dolgotrajno hranjenje po sondi, se danes pogosteje uporablja PEG (perkutana gastrostoma). Gastrostomo priporočajo tudi bolnikom z nevarnostjo aspiracije med jedjo in tistim z boleznimi ust, žrela, grla ter požiralnika (Šabeder et al, 2004). Danes se PEG uporablja vedno pogosteje, saj je tudi za bolnika bolj prijazna kot nazogastrična sonda. Kadar ima pacient motnje v delovanju želodca (resekcija ali počasno praznjenje želodca, nevrološke motnje, zaradi katerih je velika verjetnost aspiracije, ali kadar zgornji trakt gastrointestinalnega trakta ni funkcionalen, se pacienta hrani po jejunostomi (Uršič, 2009; Ivanuša, Železnik, 2002).

Uvajanje NGS: prvič sondo uvede vedno zdravnik, saj je uvajanje sonde združeno z določenimi nevarnostmi, med njimi tudi, da NGS zaide v dihalne poti (Ivanuša, Železnik, 2002). Preverjanje NGS: položaj NGS preverijo z RTG slikanjem, kar na terenu ni možno, pa z merjenjem pH želodčne vsebine in poslušanjem vbrižganega zraka (po NGS) v želodec (Ivanuša, Železnik, 2002). Gastrostoma je kirurško narejena odprtina skozi trebušno steno v želodec. Skozi narejeno odprtino je uvedena sonda z balončkom (PEG), ki omogoča pacientu hranjenje neposredno v želodec (Gorjup, 2009). Jejunostomo naredi kirurg z operativnim posegom. Preko trebušne stene v mišično plast začetnega dela tankega črevesja – jejunuma, ali neposredno v jejunum, uvede silikonski ali PVC kateter različnih debelosti, brez balončka (Uršič, 2009 cit. po Štupnik, 2006).

Hranjenje po NGS, PEG ali jejunostomi: s tem vzdržujemo normalno funkcijo črevesja, ohranja se normalna zgradba črevesne sluznice in njena resorptivna sposobnost ter vloga trebušne slinavke v prebavnem procesu (Batas, 2009). Hranjenje po NGS se uporablja tudi kot naraven prehod od izključno parenteralne prehrane na normalno prehrano. Gre za cenejšo in varnejšo metodo, ki prepreči selitev bakterij v črevesju pacienta.

NAMEN

Patronažni obisk spada v področje kurativne dejavnosti, saj ga dipl. m. s. v PV izvede po naročilu zdravnika na podlagi delovnega naloga. Na obisku izvaja aktivnosti po naročilu zdravnika, vezane na uvajanje, preverjanje in hranjenje pacienta po NGS. Ugotavlja zdravstveno stanje pacienta, aktualne in pomembne probleme zdravstvene nege za pacienta, svojce in pomembne druge osebe. Vsaka sprememba v poteku hranjenja jo usmerja k odkrivanju dodatnih informacij in reševanju problemov. Ključni namen tovrstnega obiska je poučiti pacienta in svojce o hranjenju ter negi in oskrbi NGS, gastrostome ali jejunostome, da se lahko zagotovi (svojci ali pacient sam) normalno prehranjenost pacienta.

OCENA STANJA:

- temeljne fiziološke, psihofizične potrebe,
- psihosocialne in duhovne potrebe,
- indirektno zbiranje informacij pred obiskom,
- direktno zbiranje informacij med obiskom,
- seznaniti pacienta z namenom in vsebino obiska,
- pregled obstoječe negovalne in medicinske dokumentacije,
- oceniti splošno stanje pacienta glede življenjskih aktivnosti,
- pogovor s pacientom, po potrebi s člani družine in pomembnimi drugimi,
- skupna analiza zbranih informacij in njihov zapis.

CILJI IN INTERVENCIJE

Zdravstveno nego dipl. m. s. v PV ob obisku načrtuje skupaj s pacientom

Najpogostejši **cilji** so:

- izvedba intervencij na podlagi delovnega naloga osebnega zdravnika in po standardiziranem postopku za vstavljanje, odstranjevanje, preverjanje in hranjenje po NGS, PEG ter jejunostomi,
- ocena nevarnosti za okužbo,
- poučitev ključnih oseb o pravilnem preverjanju in hranjenju po NGS, PEG ali jejunostomi o nevarnostih in stranskih učinkih ter posebnostih pri zdravstveni negi in oskrbi pacienta z NGS, PEG ali jejunostomo,
- ocena ožjega in širšega okolja (ekonomske, socialne, zdravstvene razmere v družini),
- spodbujanje za ohranjanje samooskrbe, mobilnosti in spretnosti,
- informiranje o možnosti vključitve različnih vrst in služb pomoči na domu,
- odkrivanje rizičnih dejavnikov, ki vplivajo na psiho-socio-duševno zdravje ali na nepravilno izvajanje zdravstvene nege pacienta, poteka zdravljenja in kakovosti življenja pacienta z NGS, PEG ali jejunostomo,
- posredovanje pridobljenih podatkov zdravniku - naročniku kurativnega obiska.

Najpogostejše **intervencije**:

- strokovna priprava na terensko delo (družinska dokumentacija, pisna zdravstveno vzgojna navodila, pripomočki za zdravstveno nego in drugo) ter priprava pisnega obvestila patronažne službe v primeru odsotnosti posameznika,
- seznanimo se s pacientom, s stopnjo zavesti in zdravstvenega stanja ter poznavanjem pomena uvedene NGS, PEG ali jejunostome; prav tako s poznavanjem pomena in načina hranjenja po NGS, PEG ali jejunostomi pri svojcih in/ali drugih pacientu bližnjih osebah,
- ocenimo nevarnosti za okužbo in opozorimo na posebnosti pri oskrbi in zdravstveni negi pacienta z NGS, PEG ali jejunostomo in ukrepamo ob ev. zapletih (velika nevarnost aspiracije, nevarnost nastanka rane na nosnici, želodčne krvavitve, poostrena ustna nega in vlaženje ustnic, pogostejše navzea, bruhanja, driske),
- svoje in/ali druge bližnje poučimo o preverjanju položaja NGS, PEG ali jejunostome in o poteku hranjenja po omenjenih sondah, poučimo jih tudi o shranjevanju pripomočkov za hranjenje,

- poučimo jih o pripravi obroka za NGS, PEG ali jejunostomo (pacienta z jejunostomo se hrani le z lekarniško pripravljenimi preparati (!), medtem ko se za pacienta z NGS in PEG (svojci ali pacient sam) doma pripravljajo obroki),
- pacienta ali njegove bližnje poučimo, kdaj ne smejo pacienta hraniti ali nadaljevati s hranjenjem in kako ukrepati,
- informiramo jih tudi o aplikaciji medikamentozne in ostale terapije preko NGS, PEG ali jejunostome,
- po naročilu zdravnika izvedemo intervencije v zvezi z uvajanjem, odstranjevanjem, preverjanjem ali hranjenjem po NGS, PEG ali jejunostomo (priprava pripomočkov, pacienta, prostora in izvedba posega po standardih aktivnosti zdravstvene nege),
- opazujemo pacienta med izvajanjem aktivnosti,
- beležimo potrebne podatke in posebnosti, o tem poučimo tudi osebe ob pacientu,
- preverimo druga navodila, ki jih imajo pacient, svojci ali druge osebe s strani zdravnika ali drugih,
- poučimo jih o bolezni, zaradi katere ima pacient NGS, PEG ali jejunostomo,
- ocenimo morebitno bolečino - subjektivno po pogovoru in po VAS lestvici,
- nudimo psihično podporo pacientu, njegovi družini in pomembnim drugim,
- ocenimo ožje in širše bivalno okolje (ekonomske in socialne razmere za izvajanje dostojne oskrbe in (zdravstvene) nege na domu pacienta z NGS, PEG ali jejunostomo ter njegovo družbeno vlogo v družini in s pomembnimi drugimi,
- izvajamo zdravstveno vzgojno delo in zdravstveno nego glede na ugotovljene potrebe in morebitne novoodkrite probleme ter bolezenska stanja,
- dipl. m. s. v PV o svojih ugotovitvah poroča zdravniku, ki je izdal delovni nalog, in s tem zagotavlja kontinuirano obravnavo pacienta ter nadaljnje ukrepanje,
- po končanem obisku dipl. m. s. v PV upošteva pravilnik o rokovanju z odpadki - pravilno zbiranje, ločevanje, transport in odstranjevanje odpadkov v zdravstvu (Delovna skupina pri MZRS, 2010).

Poraba časa obiska:

obsežen obisk, v začetku so lahko obiski zelo obsežni, ker pacient in svojci potrebujejo veliko navodil, informacij, poučevanja, psihofizične in socialne podpore; to so običajno pacienti 3. in 4. kategorije.

KONTINUIRANA OBRAVNAVA IN OBVEŠČANJE

- obveščanje izbranega osebnega zdravnika oz. zdravnika naročnika patronažnega obiska,
- potreba po povezovanju (sporočanju/pridobivanju informacij) z drugimi službami in institucijami,
- koordinacija po telefonu,
- planiranje naslednjega obiska, glede na navodila zdravnika,
- pacienti z NGS, PEG ali jejunostomo in njihovi svojci tudi v prihodnosti potrebujejo kontinuirano obravnavo, spremljanje, nadzor nad zdravstvenim stanjem, s ciljem preprečevanja dodatnih zapletov (nepravilna lega NGS, PEG ali jejunostome, nepravilna prehrana, preventiva razjede zaradi pritiska, itd); glede pogostosti so te obravnave lahko dnevne, tedenske, mesečne, odvisno od psihosocialnega in zdravstvenega stanja posameznega pacienta,
- dokumentiranje in zapis,
- pričakovanje in spremljanje povratnih informacij.

Literatura:

Batas, R., 2009. Pacient z gastrostomo in jejunostomo v domačem okolju. In: Hribar, B., Štemberger Kolnik, T., Batas, R. & Hudoklin, J., Celostna obravnava pacienta z gastrostomo in jejunostomo in posebnosti prehranjevanja. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji, pp. 54-65.

Delovna skupina pri Ministrstvu za zdravje RS. 2010. Obvezno ravnanje z odpadki iz zdravstva - minimalni tehnični pogoji za zbiranje, prevozi in odstranjevanje teh odpadkov. Strokovne podlage za pripravo programa za obvladovanje in preprečevanje bolnišničnih okužb. Poglavje 14: Odpadki. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje RS.

Gorjup, P., 2009. Zdravstvena nega pacienta z gastrostomo. In: Hribar, B., Štemberger Kolnik, T., Batas, R. & Hudoklin, J., Celostna obravnava pacienta z gastrostomo in jejunostomo in posebnosti prehranjevanja. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji, pp. 15-20.

Gorjup, P., 2012. Uporaba nazogastrične sonde in zdravstvena nega bolnika z njo. In: Petkovšek-Gregorin, R., Motnje požiranja in načini hranjenja. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v rehabilitaciji in zdraviliški dejavnosti, pp. 7-13.

Ivanuša, A., Železnik, D., 2002. *Standardi aktivnosti zdravstvene nege*. Maribor: Visoka zdravstvena šola.

Šabeder, M., Ivanuša, A. & Železnik, D., 2004. Kakovost življenja bolnika z gastrostomo. *Obzornik zdravstvene nege*, 38(4), pp. 347-351.

Uršič, H., 2009. Zdravstvena nega pacienta z jejunostomo. In: Hribar, B., Štemberger Kolnik, T., Batas, R. & Hudoklin, J., Celostna obravnava pacienta z gastrostomo in jejunostomo in posebnosti prehranjevanja. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji, pp. 21-31.

Viri:

Železnik D, Horvat M, Panikvar Žlahtič K, et al. *Aktivnosti zdravstvene nege v patronažnem varstvu*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2011.

ODVZEM, PRIPRAVA IN TRANSPORT BIOLOŠKIH VZORCEV ZA LABORATORIJSKE PREISKAVE

Tomica Kordiš, dipl. m. s., mag. vzg. in man. v zdr. negi

TEORETIČNA IZHODIŠČA

Medicinske sestre imajo na področju kakovosti odvzema vzorcev za laboratorijske preiskave zelo pomembno vlogo (Štrakl, 2007). Za laboratorijske preiskave je potreben kakovostno odvzet biološki vzorec, ki predstavlja enega od temeljnih pogojev za doseganje točnosti in zanesljivosti laboratorijskih rezultatov (Mihevc, 2013). Dipl. m. s. v PV izvaja odvzem bioloških vzorcev za različne laboratorijske preiskave (hematološke, biokemijske, imunološke, urinske, mikrobiološke, citološke, patohistološke in genetske), zato mora teoretično in praktično obvladati postopke odvzema različnih vzorcev (Mihevc, 2013). Pri izvajanju teh aktivnosti mora upoštevati standarde dobre klinične prakse in priporočila ter standarde laboratorijske medicine (Clinical and Laboratory Standards Institute, 2007). Dipl. m. s. v PV mora biti seznanjena tudi z vplivi fizioloških, bioloških in okoljskih dejavnikov, ki lahko vplivajo na rezultate laboratorijskih preiskav (Štrakl, 2007). Najpogostejši biološki vzorec je venska kri (na terenu venski in kapilarni odvzem), ki je poleg urina najpogosteje uporabljena telesna tekočina za laboratorijske preiskave (Mihevc, 2013).

NAMEN

Odvzem vzorcev za krvne preiskave je najbolj pogost diagnostičen pripomoček za ocenjevanje pacientovega zdravstvenega stanja. Rezultati preiskav nudijo pomembne podatke o delovanju organizma in o patofiziološkem stanju pacientov. Pomagajo pri postavljanju diagnoze, dajejo informacijo o stanju in poteku bolezni ter prikazujejo odziv organizma na dano terapijo (Ivanuša, Železnik, 2008).

OCENA STANJA:

Temeljne fiziološke potrebe, psihofizične potrebe, psihosocialne in duhovne potrebe pacienta;

- indirektno zbiranje informacij pred obiskom,
- direktno zbiranje informacij med obiskom,
- seznaniti pacienta z namenom in vsebino obiska,
- pregled obstoječe negovalne in medicinske dokumentacije,
- oceniti splošno stanje pacienta po dnevnikih aktivnostih,
- pogovor s pacientom, po potrebi s člani družine in pomembnimi drugimi, z namenom ugotoviti, ali razume pomen odvzema za laboratorijske preiskave,
- ugotoviti, ali se pacient strinja z odvzemom materiala za laboratorijske preiskave, in dobiti njegovo privolitev,
- skupna analiza vseh zbranih informacij in dokumentiranje.

CILJI IN INTERVENCIJE

Zdravstveno nego dipl. m. s. v PV ob obisku načrtuje skupaj s pacientom.

Najpogostejši **cilji** pri delu dipl. m. s. v PV za odvzem vzorcev za laboratorijske preiskave so: izvajanje intervencij po naročilu zdravnika, izvajanje vrste preiskav na podlagi delovnega naloga, izvajanje

postopkov odvzema vzorcev za laboratorijske preiskave po standardiziranih merilih in postopkih ter v skladu s smernicami.

- zagotavljanje varnosti pri odvzemu vzorcev tako za pacienta kot za izvajalca in okolico,
- upoštevanje standardov in navodil ob izvajanju odvzemov vzorcev za laboratorijske preiskave,
- dobra predhodna priprava pacienta na odvzem vzorcev,
- zagotavljanje primerne prostora, pribora in opreme za odvzem vzorcev,
- pravilno izvajanje postopkov za odvzem vzorcev,
- pravilen način in čas transporta vzorcev,
- vrednotenje dela, stanja in materiala,
- preprečevanje morebitnih zapletov (hematom, hemoliza krvi, krvavitev),
- dokumentiranje.

Najpogostejše **intervencije** dipl. m. s. v PV pri jemanju vzorcev za laboratorijsko preiskavo:

- strokovna priprava na obisk in priprava ustreznega materiala za odvzem vzorcev ter priprava pisnega obvestila patronažne službe v primeru odsotnosti posameznika,
- namestitev pacienta v primeren položaj glede na načrtovani odvzem,
- pravilno svetovanje pacientu pred odvzemom vzorca,
- upoštevanje posebnosti pri odvzemu,
- izvedba standardiziranega postopka odvzema bioloških vzorcev za laboratorijske preiskave,
- ugotavljanje stanja pacienta,
- analiza dosedanjih podatkov in določitev negovalnih diagnoz,
- poučevanje posameznika in njegove družine, kako ukrepati ob pojavu zapletov,
- zdravstveno vzgojno delo glede na ugotovljene potrebe,
- poročanje zdravniku, ki je izdal delovni nalog, o ugotovitvah in s tem zagotavljanje kontinuirane obravnave pacienta.

Poraba časa obiska: krajši obisk, obsežen obisk ali zelo obsežen obisk

Spremljanje/kontinuirana obravnava in obveščanje

- obveščanje izbranega osebnega zdravnika oz. zdravnika naročnika patronažnega obiska,
- potreba po povezovanju (sporočanju/pridobivanju informacij) z drugimi službami in institucijami,
- koordinacija po telefonu,
- planiranje naslednjega obiska, glede na navodila naročnika,
- dokumentiranje in zapis,
- pričakovanje in spremljanje povratnih informacij.

Literatura:

Clinical and Laboratory Standards Institute, 2007. *Procedures for the collection of diagnostic blood specimens by venipuncture*; Approved Standard 6th ed. Clinical and Laboratory Standards Institute document H3-A6. Wayne, Pennsylvania: Clinical and Laboratory Standards Institute.

Ivanuš, A., Železnik, D., 2002. *Standardi aktivnosti zdravstvene nege*. Maribor: Visoka zdravstvena šola.

Ivanuš, A., Železnik, D., 2008. *Standardi aktivnosti zdravstvene nege*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Mihevc, J., 2013. *Vloga medicinske sestre na področju kakovosti odvzema bioloških vzorcev za laboratorijske preiskave: diplomsko delo*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice.

Modrica Kobe, J., 1999. *Priporočeni postopek za odvzem kapilarne krvi*. Ljubljana: Slovensko združenje za klinično kemijo.

Štrkl, G., 2007. Vpliv predanalitičnih dejavnikov na kvaliteto laboratorijskih rezultatov. In: Krivec, Š., et al.eds. *Zbornik predavanj; seminar za tehnike laboratorijske medicine, Ljubljana, Maribor, Murska Sobota, april, maj 2007*. Ljubljana: Slovensko združenje za klinično kemijo.

Viri:

Avberšek-Lužnik, I., 2000. *Priporočeni postopki za laboratorijske preiskave blata*. Ljubljana: Slovensko združenje za klinično kemijo.

Možina, B., 2008. *Vpliv predanalitičnih dejavnikov na kakovost klinično-kemijskih preiskav*. *Onkologija*, 12(1), 35-38.

Prezelj, M., 2006. *Priporočeni postopki za transport krvnih in drugih diagnostičnih vzorcev*. Ljubljana: Slovensko združenje za klinično kemijo.

Piskar, M., 1999. *Priporočeni postopek za odvzem venske krvi*. Ljubljana: Slovensko združenje za klinično kemijo.

Plazar, N., et al., 2004. *Priporočeni postopki za osnovno analizo urina*. Ljubljana: Slovensko združenje za klinično kemijo.

Skitek, M., Trampuš, B., 2001. *Priporočeni postopek za odvzem, zbiranje, hranjenje, stabiliziranje in transport urina*. Ljubljana: Slovensko združenje za klinično kemijo.

OBRAVANAVA PACIENTA S PERITONEALNO DIALIZO (PD) V DOMAČEM OKOLJU

Andreja Krajnc, viš. med. ses., univ. dipl. org.

Danica Sirk, viš. med. ses., univ. dipl. org.

TEORETIČNA IZHODIŠČA

Presaditev ledvice, hemodializa in peritonealna dializa so metode zdravljenja končne ledvične odpovedi, ki se med seboj dopolnjujejo (Lindič, Kovač, 2015).

- PD - peritonealna dializa v obliki, kot jo poznamo danes, je v primerjavi s hemodializo relativno mlada metoda. Lahko se izvaja kot:
- CAPD - kontinuirana ambulantna peritonealna dializa, ki jo bolnik izvaja tako, da preko peritonealnega katetra, ki je vstavljen levo ali desno pod popkom, 3 do 4 krat dnevno zamenja dializno raztopino v trebuhu ali kot
- APD – avtomatizirana oziroma kontinuirana ciklična peritonealna dializa, pri kateri ima bolnik doma aparat, na katerega se preko katetra priklapi čez noč. Aparat v času spanja izvede potrebne menjave, tako da se bolnik zjutraj odklopi in je čez dan prost.

Pogostost končne ledvične odpovedi se povečuje zlasti med starejšimi. Povprečna starost, pri kateri nastane ledvična odpoved, je v Sloveniji približno 68 let. Pri tem tako pri nas kot tudi v svetu ugotavljamo, da je pri starejših ljudeh PD premalo uporabljena metoda dializnega zdravljenja. Poleg drugih prednosti, ki jih sicer ima ta oblika dialize, je za starejše bolnike še zlasti pomembno, da lahko kljub dializi bivajo doma v svojem okolju, ne potrebujejo večkrat na teden prevoza na hemodializo in ni potreben hiter odvzem tekočine med hemodializami, kar pogosto težko prenašajo (Kovač, 2015).

NAMEN

Ker se populacija bolnikov s končno odpovedjo ledvic stara in so pogosto odvisni od pomoči drugega, je smiselno program peritonealne dialize izvajati tudi v domačem okolju. Pri bolnikih, ki je sami ali njihovi svojci niso sposobni izvajati, je potrebno vključiti dipl. m. s. v PV (Lindič, Kovač, 2015). Pomoč pri peritonealni dializi je lahko tudi samo prehodna oblika, dokler se je bolnik ali svojci še učijo in je ne znajo samostojno izvajati, ali med nenadno boleznijo, ko za to niso sposobni (Kovač, 2015).

V patronažnem varstvu se pri pacientih, ki se zdravijo s PD, predvidoma izvajajo naslednje vrste obravnav:

- preventivni patronažni obisk v predializnem obdobju,
- preventivni patronažni obisk pri pacientu, ki se zdravi s PD na domu,
- podaljšan kurativni patronažni obisk pri pacientu z APD zjutraj,
- kurativni patronažni obisk pri pacientu z APD zvečer,
- kurativni patronažni obisk pri pacientu s CAPD.

OCENA STANJA:

- indirektno zbiranje informacij pred obiskom,
- direktno zbiranje informacij med obiskom,

- seznanitev pacienta z namenom in vsebino obiska,
- pregled obstoječe negovalne in medicinske dokumentacije,
- ocenitev splošnega stanja pacienta po dnevnih aktivnostih,
- pogovor s pacientom in po potrebi s člani družine in pomembnimi drugimi,
- skupna analiza vseh zbranih informacij in dokumentiranje
- ocena temeljnih fizioloških, psihofizičnih, psihosocialnih ter duhovnih potreb pacienta.

CILJI IN INTERVENCIJE DIPL. M. S. V PV PRI OBRAVNAVI PACIENTOV, KI SE ZDRAVIJO S PD

1. Preventivni patronažni obisk v predializnem obdobju (ocena pogojev za izvajanje APD v domačem okolju). Dipl. m. s. v PV izvede preventivni patronažni obisk v predializnem obdobju na podlagi pisnega obvestila pristojnega dializnega centra. Preventivni patronažni obisk medicinska sestra izvede z namenom, da spozna družino pacienta in skupaj z njim ali z družinskimi člani ugotovi primernost njegovega domačega okolja za izvajanje PD in prostorov za skladiščenje materiala.

Vključno z vsemi intervencijami, ki se izvajajo pri preventivni obravnavi kroničnega bolnika, se izvajajo še:

- ugotavljanje primernosti prostorov za izvajanje PD,
- ugotavljanje primernosti prostora za skladiščenje materiala,
- izvajanje celostne patronažne obravnave pacientove družine v smislu priprave na izvajanje PD v domačem okolju,
- izpolnjevanje predpisane dokumentacije (obrazec: Poročilo patronažne medicinske sestre),
- koordinacijo s prisojnim dializnim centrom.

Poraba časa: zelo obsežen obisk

2. Preventivni patronažni obisk pri pacientu, ki se zdravi s PD (v skladu z nacionalnim protokolom 14.04). Dipl. m. s. v PV dvakrat letno izvede preventivni patronažni obisk pri pacientu, ki se zdravi s PD z namenom podpore pacientu in njegovi družini pri vseh aktivnostih v zvezi z izvajanjem PD na domu.

Vključno z vsemi intervencijami, ki se izvajajo pri preventivni obravnavi kroničnega bolnika, se izvajajo še:

- ugotavljanje primernosti prostorov za izvajanje PD in ostalih prostorov(higienski prostori, skladišče),
- ugotavljanje socialnega statusa (izobrazba, materialna sredstva, stanovanjske razmere, giblјivost pacienta),
- ugotavljanje psihosocialnega vidika (pacientov odnos do bolezni),
- ugotavljanje stopnje osebne higijene,
- ugotavljanje opravljanja toalete izstopišča PD katetra in menjave dializne raztopine,
- ugotavljanje primernosti skladiščnega prostora, zalog in roka uporabnosti dializnih raztopin,
- preverjanje pacientovega znanja o pravočasnem odkrivanju zapletov in ukrepanja v primeru zapletov,
- preverjanje pacientovega znanja o dieti in rednem uživanju predpisanih zdravil,
- ocena trenutne stopnje samostojnosti za izvajanje PD in potrebe po obnovitvi znanja,
- izpolnitev predpisane dokumentacije (obrazec »Obisk na domu«),

- koordinacija s pristojnim dializnim centrom.

Poraba časa: zelo obsežen obisk

3. Kurativni patronažni obisk pri pacientu z asistirano avtomatizirano PD (APD) – podaljšan obisk zjutraj, ki vključuje odključitev pacienta z aparata za izvajanje APD, ki je potekala ponoči (v skladu z nacionalnim protokolom 20.11), KO RR, KO TT, zdravstvena nega izstopišča katetra za PD v skladu z nacionalnim protokolom 20.13 in priprava aparata in dializnih raztopin za zvečer.

Dipl. m. s. v PV opravi patronažni obisk na podlagi izdanega delovnega naloga pri pacientu, ki se zdravi z asistirano APD. Izvede na delovnem nalogu naročene negovalne intervencije: odključitev pacienta z aparata za APD, merjenje krvnega tlaka, merjenje telesne teže, zdravstvena nega izstopišča katetra za PD. Dipl. m. s. v PV opravi patronažni obisk zjutraj, po poteku predpisanega časa zdravljenja (8 – 10ur).

Intervencije zdravstvene nege:

- ugotavljanje morebitnih posebnosti poteka APD preko noči in ustrezno ukrepanje,
- merjenje krvnega pritiska in beleženje,
- merjenje telesne teže in beleženje,
- izvedba aktivnosti zdravstvene nege odključitve z aparata za APD (po nacionalnem protokolu 20.11),
- izvedba aktivnosti zdravstvene nege izstopišča katetra za PD (po nacionalnem protokolu 20.13),
- priprava aparata in dializnih raztopin za zvečer,
- koordinacija z dializnim centrom ob morebitnih zapletih oz. posebnosti.

Poraba časa: zelo obsežen obisk (podaljšan obisk)

4. Kurativni patronažni obisk pri pacientu z APD (zvečer), ki vključuje priključitev pacienta na aparat za izvajanje APD, ki je potekala ponoči, KO RR, KO TT. Dipl. m. s. v PV opravi patronažni obisk na podlagi izdanega delovnega naloga pri pacientu, ki se zdravi z asistirano APD. Izvede na delovnem nalogu naročene negovalne intervencije: priključitev pacienta na aparat za APD, merjenje krvnega tlaka, merjenje telesne teže. Obisk opravi zvečer. Aparat nato preko noči sam opravlja menjavo dializne raztopine (v skladu z nacionalnim protokolom 20.10).

Intervencije zdravstvene nege:

- opazovanje pacienta in ugotavljanje morebitnih posebnosti,
- merjenje krvnega pritiska in beleženje,
- merjenje telesne teže in beleženje,
- izvedba aktivnosti zdravstvene nege priključitev na aparat za APD (po nacionalnem protokolu 20.10),
- koordinacija z dializnim centrom ob morebitnih zapletih oz. posebnosti.

Poraba časa: obsežen obisk

5. Kurativni patronažni obisk pri pacientu z asistirano kontinuirano ambulantno PD (CAPD) (največ dva obiska na dan), vključuje menjavo dializne raztopine, merjenje krvnega pritiska, merjenje telesne teže, zdravstveno nego izstopišča katetra za PD (v skladu z nacionalnim protokolom 20.09 in 20.13). Dipl. m. s. v PV opravi kurativni patronažni obisk pri pacientu, ki se zdravi s CAPD na podlagi izdanega delovnega naloga največ dvakrat dnevno. Ostale potrebne menjave izvaja pacient

v sodelovanju s svojci in v dogovorom z dipl. m. s. v PV, ki se vključuje v menjave v skladu s potrebami pacienta, vendar največ dvakrat na dan. Dipl. m. s. v PV izvede na delovnem nalogu naročene negovalne intervencije (menjava dializne raztopine, merjenje krvnega tlaka, merjenje telesne teže, zdravstvena nega izstopišča katetra za peritonealno dializo).

Intervencije zdravstvene nege:

- ugotavljanje morebitnih posebnosti poteka kopeli in ustrezno ukrepanje,
- izvedba aktivnosti zdravstvene nege menjave dializne raztopine, ki se sestoji iz iztoka in vtoka dializne raztopine (po nacionalnem protokolu 20.09),
- merjenje krvnega pritiska in beleženje,
- merjenje telesne teže in beleženje,
- izvedba aktivnosti zdravstvene nege izstopišča katetra za PD (po nacionalnem protokolu 20.13),
- koordinacija z dializnim centrom ob morebitnih zapletih oz. posebnosti.

Poraba časa: obsežen obisk

SPREMLJANJE/KONTINUIRANA OBRAVNAVA IN OBVEŠČANJE

- obveščanje izbranega osebnega zdravnika in po potrebi dializnega centra,
- potreba po povezovanju (sporočanju/pridobivanju informacij) z drugimi službami in institucijami,
- koordinacija po telefonu,
- dokumentiranje in zapis,
- načrtovanje ponovnega obiska,
- pričakovanje in spremljanje povratnih informacij.

Literatura:

Ivanuš, A., Železnik, D., 2008. *Standardi aktivnosti zdravstvene nege*. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede.

Kovač, D., 2015. Asistirana peritonealna dializa omogoča večjo kakovost bivanja starejših bolnikov. *Ledvica, Glasilo Zveze društev ledvičnih bolnikov Slovenije*. Ljubljana: Zveza društev ledvičnih bolnikov, 3; str. 20

Lindič, J., Kovač, D., 2015. Peritonealna dializa-zdravljenje z dializo na domu. *ISIS, Glasilo zdravniške zbornice Slovenije*. Ljubljana: Zdravniška zbornica Slovenije, št.4, str.33-36.

Nacionalni protokoli, 2015. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Dostopno na: <http://www.zbornica-zveza.si/sl/e-knjiznica/nacionalni-protokoli> [25.1.2016].

Viri:

Ekart, R., 2015. V pol leta podvojili število pacientov na peritonelani dializi. *Ledvica, Glasilo Zveze društev ledvičnih bolnikov Slovenije*. Ljubljana: Zveza društev ledvičnih bolnikov, 3; str. 9-10.

Evropske smernice za prehranjevanje odraslih pacientov z ledvičnim obolenjem, 2002.

Kovač, D., Lindič, J., Malovrh, M., Pajek, J., 2014. Bolezni ledvic. 3.izd. Ljubljana: Univerzitetni klinični center, Klinični oddelek za nefrologijo.

Lavrincec, J., 2005. *Načrtovanje prehrane za ledvične paciente*. Ljubljana: Zveza društev ledvičnih bolnikov Slovenije.

Lindič, J., 2015. Peritonealna dializa je primerna za večino bolnikov z odpovedjo ledvic. *Ledvica, Glasilo Zveze društev ledvičnih bolnikov Slovenije*. Ljubljana: Zveza društev ledvičnih bolnikov, 3; str. 12-13.

Lorenčič, M., 2015. Peritonealna dializa prezrta oblika ledvičnega zdravljenja. *Ledvica, Glasilo Zveze društev ledvičnih bolnikov Slovenije*. Ljubljana: Zveza društev ledvičnih bolnikov, 3; str. 4-5

- Lorenčič, M., 2015. Peritonealni dializi znova poskušamo najti mesto, ki ji pripada. *Ledvica, Glasilo Zveze društev ledvičnih bolnikov Slovenije*. Ljubljana: Zveza društev ledvičnih bolnikov, 3; str. 6-8.
- Ponikvar, R., Buturovič-Ponikvar, J., eds. *Dializno zdravljenje*. Ljubljana: Univerzitetni klinični center, Klinični oddelek za nefrologijo.
- Vujkovic, BO., 2015. Vedenje in znanje sta osnova za odločitev za način zdravljenja. *Ledvica, Glasilo Zveze društev ledvičnih bolnikov Slovenije*. Ljubljana: Zveza društev ledvičnih bolnikov, 3; str. 10-11.
- Riemann, A., Cruz Casal, M., eds., 2009. *Peritonealna dializa: Priročnik za klinično prakso*. Switzerland: EDTNA/ERCA, Evropsko združenje medicinskih sester za dializo in transplantacijo.
- Železnik D, Horvat M, Panikvar Žlahtič K, et al. *Aktivnosti zdravstvene nege v patronažnem varstvu*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2011.

PATRONAŽNI OBISK PRI PACIENTU S TRAJNIM ZDRAVLJENJEM S KISIKOM NA DOMU

Aleksandra Jančič, dipl. m. s., spec.patron.zdr.nege

TEORETIČNA IZHODIŠČA

Trajno zdravljenje s kisikom na domu (v nadaljevanju TZKD) izboljša kakovost in podaljša dolžino življenja pacientov s kronično obstruktivno pljučno boleznijo (v nadaljevanju KOPB). Ta možnost se je v zadnjem času poleg pacientov s KOPB razširila tudi na paciente v terminalnem obdobju maligne bolezni pljuč (Letonja, 2004). Tako kot navaja Šifrer (2011), bo zdravljenje uspešno le, če se bo izvajalo večji del dneva in preko noči (vsaj 17 ur).

Patronažna medicinska sestra obravnava pacienta s TZKD na podlagi delovnega naloga osebnega izbranega zdravnika ali specialista ali v skladu s Pravilnikom za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (Ur.l.RS., št.17/15).

NAMEN

S patronažnim obiskom želimo preprečiti oziroma zmanjšati število poslabšanj bolezni, preprečiti njene zaplete ter pacientu omogočiti kakovostno življenje v domačem okolju kljub omejitvam. Delo dipl. m. s. v PV pri obravnavi pacienta s TZKD je tesno povezano s sodelovanjem družine, z drugimi zdravstvenimi strokovnjaki, zanj pomembnimi drugimi in s skupinami v lokalni skupnosti. Aktivnosti pri obravnavi pacienta s TZKD so usmerjene v poučevanje pacienta in njegovih svojcev. Zdravstveno vzgojno delo mora biti kontinuirano, smotno in kakovostno. Le poučen pacient lahko zmanjša število poslabšanj bolezni in kljub kisiku živi kakovostno in človeka dostojno življenje (Jančič, 2009).

OCENA STANJA

Temeljne fiziološke, psihofizične, psihosocialne in duhovne potrebe

- indirektno zbiranje informacij pred patronažnim obiskom,
- direktno zbiranje informacij med patronažnim obiskom,
- seznanitev pacienta z namenom in vsebino patronažnega obiska,
- pregled obstoječe negovalne in medicinske dokumentacije,
- ocena splošnega stanja pacienta po življenjskih aktivnostih,
- pogovor s pacientom in/ali svojci ter zanj pomembnimi drugimi,
- skupna analiza vseh zbranih informacij in dokumentiranje.

CILJI IN INTREVENCIJE

Zdravstveno nego dipl. m. s. v PV načrtuje skupaj s pacientom ob obisku.

Najpogostejši **cilji** so:

- prepoznane pacientove fizične, duševne, duhovne, kulturne in socialne potrebe,
- preprečene ali zmanjšane posledice bolezni in dejavnikov tveganja,
- pacient bo seznanjen z različnimi tehnikami izkašljevanja,
- povečan pacientov potencial za samopomoč in sosedsko pomoč,
- seznanitev o različnih vrstah pomoči na domu,

- seznanitev s pomenom redne in zanj ustrezne telesne aktivnosti,
- pravilna in dosledna uporaba predpisane terapije,
- poučen pacient in njegova družina,
- aktivno sodelovanje družine.

Najpogostejše **intervencije** so:

- pacientu izmerimo osnovne vitalne funkcije (pulz, dihanje, krvni tlak, telesno temperaturo),
- popišemo število ur delovanja koncentratorja,
- opazujemo način dihanja in prisotnost cianoze, prisotnost edemov,
- pacienta povprašamo o prisotnosti vrtočlavice ali glavobola, o izgledu izmečka,
- preverimo pravilno uporabo inhalatorjev in po potrebi ponovno demonstriramo uporabo preprečevalcev ali olajševalcev,
- poudarimo pomen rednega in pravilnega izkašljevanja,
- posredujemo mu pomembne telefonske številke,
- seznanimo ga s pravicami iz zdravstvenega in pokojninskega zavarovanja (dodatek za telesno okvaro, dodatek za pomoč in postrežbo),
- pacienta poučimo o znakih poslabšanja bolezni in ukrepih,
- motiviramo ga za redno izvajanje dihalnih vaj,
- poudarimo pomen zdrave, uravnotežene prehrane ter ga seznanimo z dopolnilno prehrano,
- poudarimo pomen redne in pacientu ustrezne telesne vadbe,
- poudarimo pomen cepljenja proti gripi in pnevmokoku,
- pomičnega pacienta seznanimo z možnostjo uporabe tekočega kisika (Shuttle test),
- ocena bolečine subjektivno po pogovoru in po VAS lestvici,
- ocena dispneje po MRC lestvici,
- ocena stanja v skladu z zakonom o preprečevanju nasilja v družini,
- patronažna medicinska sestra je pozorna na znake depresije ter po potrebi koordinira ta del z ustreznimi strokovnjaki,
- pacienta diskretno povprašamo o morebitnem nehotenem odvajanju urina med kašljanjem ter ukrepih,
- poudarimo, da je kisik zdravilo in da je nujna uporaba vsaj 17 ur dnevno,
- ob uvedbi zdravljenja s TZKD opozorimo na povečan strošek za električno energijo,
- pacienta seznanimo z možnostjo vključitve v Društvo pljučnih in alergijskih bolnikov ter njihovimi ugodnostmi,
- informiramo ga o različnih oblikah pomoči na domu (Center za pomoč na domu, dostava hrane na dom, prostovoljci),
- poučimo ga o vzdrževanju koncentratorja, nosnih katetrov in o higieni nosne votline,
- seznanimo ga z možnostjo zdraviliškega zdravljenja (Sežana),
- informiramo ga o različnih oblikah iskanja informacij o bolezni, zdravljenju, rehabilitaciji (brošure in zloženke, glasilo Zdrav dih za navdih, spletna stran društva pljučnih bolnikov – dpbs.si),
- po potrebi koordiniramo z osebnim izbranim zdravnikom, pljučnim dispanzerjem, Zavodom za zdravstveno zavarovanje, Centrom za socialno delo, bolnišnico, Karitasom...

Poraba časa obiska: obsežen obisk

SPREMLJANJE/KONTINUIRANA OBRAVNAVA IN OBVEŠČANJE

- obveščanje izbranega osebnega zdravnika,
- potreba po povezovanju (sporočanju/pridobivanju informacij) z drugimi službami in institucijami,
- koordinacija po telefonu,
- dokumentiranje in zapis,
- pričakovanje in spremljanje povratnih informacij.

Literatura:

Jančič, A., 2009. Patronažna zdravstvena nega pacienta s trajnim zdravljenjem s kisikom na domu. In: Kadivec, S., ed. *Zdravstvena obravnava bolnika z obstruktivno boleznijo pljuč in cistično fibrozo. 7. golniški simpozij, Golnik 2. in 3. oktober 2009*. Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo, pp. 61-65.

Letonja, S., 2004. Kaj naj bi zdravnik družinske medicine vedel o trajnem zdravljenju s kisikom na domu? In: Židanik, S., eds. *Medicinsko tehnični pripomočki*. Maribor: Združenje zdravnikov družinske medicine, pp. 95-98.

Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, 1998. Uradni list RS, št. 19/98, 47/98, 26/00, 67/01, 33/02, 37/03, 117/04, 31/05, 83/07, 22/09 in 17/15.

Šifrer, F., 2011. Motnje dihanja in kislinsko baznega ravnovesja. In: Šifrer, F., eds. *Zbornik sestanka: Preiskava pljučne funkcije in arterijske krvi, Ljubljana 27. maj 2011*. Ljubljana: Medicinska fakulteta, pp. 1-16.

Viri:

Bratkovič, M., 2009. Zdravljenje bolnikov s kronično obstruktivno pljučno boleznijo s tekočim kisikom na domu. In: Kadivec, S., ed. *Zdravstvena obravnava bolnika z obstruktivno boleznijo pljuč in cistično fibrozo. 7. golniški simpozij, Golnik 2. in 3. oktober 2009*. Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo, pp. 41-45.

Bratkovič, M., Šorli, J., Vegnuti, M., Kristan Škr gat, S., 2009. Ocena kakovosti življenja bolnika s kronično obstruktivno pljučno boleznijo St. George v povezavi s funkcijskimi testi. *Obzor Zdr N*, 43(3), pp. 163 – 169.

ISBN 978-961-273-122-9



9 789612 731229