



XI. KONGRES in 141. SKUPŠČINA SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA STAROST, STARANJE IN SKRBE ZA STARE

Ljubljana, 15. in 16. oktober 2004

NEAKUTNA OBRAVNAVA – NEPOGREŠLJIV DEL V CELOSTNI ZDRAVSTVENI OSKRBI

INDEPENDENT NON-ACUTE CARE – INDISPENSABLE PART IN COMPLETE NURSING
HEALTH CARE

Andreja Peternelj, Jurij Šorli

Bolnišnica Golnik, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, 4204 Golnik

Prispelo 2004-08-20, sprejeto 2004-09-16; ZDRAV VESTN 2004; 73: 743-8

Ključne besede: *negovalni oddelek; zdravstvena nega; starostnik; neakutna obravnava*

Izvleček – Prikazane so prve slovenske izkušnje z organizacijo in delovanjem negovalnega oddelka, ki ga vodi diplomirana medicinska sestra. S premeščanjem bolnikov po končani akutni obravnavi na negovalni oddelek se je skrajšala ležalna doba na akutnem oddelku za 5% in stopnja ponovne hospitalizacije za 16%. Z negovalnega oddelka je odšlo 61,9% bolnikov neposredno domov, v domove starejših občanov je bilo sprejetih 10,9%, v druge ustanove in enote za podaljšano zdravljenje 7%, umrlo je 9,6% bolnikov. Od odpuščenih je bilo 43% v celoti sposobnih samooskrbe, 23% ob delni pomoči in 34% je ostalo odvisnih od tuje pomoči. S programi usposabljanja smo v oskrbo odpuščenih bolnikov uspeli vključiti svojce in skrbnike. Ekonomski učinek se kaže v stroških negovalnega tima (ni zdravnika) in stroških diagnostike (23% stroškov povprečnega akutnega oddelka).

Uvod

Starostna meja preživetja človeka je, predvsem v razvitem svetu, vsako leto višja. Zato so starostniki velika skupina prebivalstva, ki ima zelo specifične potrebe in je pogost uporabnik zdravstvenih storitev. Vse več držav se na ta problem odziva z ustrežno prilagoditvijo nacionalnih programov, ki urejajo to problematiko, tudi zaradi vpliva na zmanjšanje stroškov. V teh programih poudarjajo ohranjanje in izboljšanje kakovosti življenja starostnika, predvsem z vidika njegove samostojnosti. Poleg zdravstvenih pogosto odkrijemo tudi socialne potrebe, kar zahteva vključevanje različnih služb, ki zagotavljajo starostniku in njegovim svojcem ustrežno strokovno in laično podporo, s tem pa tudi zagotavljanje varnosti in možnost čim daljšega bivanja v domačem okolju (1, 2). Tako pomoč potrebujejo predvsem bolniki: s kroničnimi boleznimi, po preboleli možganski kapi, s posledicami zaradi padcev ali drugih poškodb, s kroničnimi ranami, po operacijah kolka ali kolena, na splošno oslabei starostniki po akutni bolezni in demenčni starostniki (3). Pogosto starostniki niso deležni ustrezne zdravstvene oskrbe ali rehabilitacije ali pa se ta izvaja na neustreznem kraju (1).

Key words: *intermediate care department; nursing health care; aged population; non-acute care*

Abstract – First experience with organisation and operation of nurse-led intermediate care department in Slovenia is presented. Organisation of independent non-acute care department led to 5% shortening in average length of stay in acute care and 16% decrease in rehospitalization rate. Majority (61.9%) of the patients admitted to the intermediate care department were discharged to their homes, 10.9% to homes for aged people, 7% to other institutional care facilities or departments for long term care, and 9.6% died. After discharge 43% of the patients were independent, 23% managed with some help, and 34% were totally dependent from help by others. By adaptive programmes of training a success was made by involving next kins and guardians in care for the patients at home. Better economy was achieved by lowering over-head and diagnostic costs (23% of average acute – care department diagnostic cost).

V svetu so že vrsto let razvite različne oblike negovalnih oddelkov in ustanov, ki so namenjene neakutni obravnavi bolnika, pri katerem obravnava bolezni ne zahteva več diagnostičnih ali terapevtskih postopkov ali posegov, potrebuje pa nadaljevanje zdravstvene nege, zdravstveno vzgojo in rehabilitacijo, da bi se izboljšala bolnikova sposobnost za samooskrbo (4-7).

Prvi začetki segajo že v leto 1965, ko so v ZDA ustanovili mrežo negovalnih oddelkov in ustanov, domske oskrbe in pomoči na bolnikovem domu. Zaradi slabo opredeljenih meril za sprejem in neopredeljene samostojne lokacije so ti oddelki ali ustanove marsikje propadle (8, 9). Med vzroke za zapiranje teh oddelkov lahko štejemo tudi nerazumevanje namena tovrstne oskrbe pri bolnikih in tudi pri zdravstvenih delavcih (1). Raznolikost potreb bolnikov, predvsem zelo pogosta kombinacija zdravstvenih in socialnih problemov, je tudi razlog za različna poimenovanja oblik obravnave bolnikov po zaključku akutne obravnave (intermediate care, transitional care, sub acute care, respite care, short term care, restoration care, nurse-led inpatient care). Za neakutno obravnavo v evropskem prostoru najpogosteje zasledimo izraz *intermediate care*, v ZDA pa uporabljajo izraz *sub acute care*.

V Sloveniji se demografsko gibanje ne razlikuje od razvitih evropskih držav. Približujemo se državam, ki imajo okrog 15% starostnikov (10).

V letu 2000 so v Sloveniji izdelali Projekt potreb in organiziranosti negovalnih oddelkov in zavodov v RS (11). Osnovni cilj tega projekta je bil ugotoviti število bolnikov, ki po končani akutni obravnavi še potrebujejo nadaljevanje zdravstvene nege, rehabilitacije, zdravstvene vzgoje ali reševanje socialne problematike in izdelava meril ter smernic za tovrstno obravnavo bolnikov. Ugotovili so, da za izvedbo programa negovalnih oddelkov potrebujemo 4,4% od vseh obstoječih postelj v bolnišnicah. Negovalni oddelki naj bi zapolnili vrzel med sekundarno in primarno zdravstveno obravnavo in omogočili celostno ter bolj kakovostno obravnavo bolnikov. Zaradi večje dostopnosti naj bi imela vsaka regija oz. bolnišnica svoj negovalni oddelek.

Leta 2001 so prvič namenili finančna sredstva za zagon tega projekta. Ustanovili so tri oddelke za podaljšano bolnišnično zdravljenje. Merila za sprejem so bila nedorečena, zato je bilo njihovo razumevanje zelo različno. Najpogosteje so za sprejem upoštevali merilo dvakratne priznane ležalne dobe. Nerazumevanje ali nespoštovanje merila je večalo stroške izvajanja tega programa. Na teh oddelkih so namreč izvajali tudi diagnostiko in zdravljenje.

V letu 2004 so nove usmeritve politike zdravstvenega sistema in spremembe plačevanja zdravstvene obravnave v Sloveniji uvedle razdelitev zdravstvene oskrbe na akutno in neakutno. Akutna zdravstvena obravnava naj bi bila v bodoče plačana po skupinah primerljivih primerov, neakutna obravnava pa po oskrbnih dnevih.

Bolniki, material in metode

Organizacija negovalnega oddelka

V letu 2003 smo v Bolnišnici Golnik - KOPA odprli samostojen negovalni oddelek z 22 posteljami, namenjen izključno nadaljevanju zdravstvene nege, zdravstveni vzgoji, rehabilitaciji in paliativni oskrbi bolnikov. Z odprtjem oddelka smo želeli razbremeniti bolniške oddelke, na katerih poteka akutna obravnava bolnikov, racionalizirati zdravstvene time za izvajanje neakutne obravnave z obravnavo na skupni lokaciji in izboljšati kakovost priprave bolnika in svojcev na odpust.

Postavili smo si cilja, da želimo pri bolniku doseči čim višjo stopnjo samostojnosti za izvajanje osnovnih življenjskih aktivnosti in da želimo v ugotavljanje in reševanje negovalnih težav dejavno vključiti bolnika in svojce.

Število negovalnih postelj smo določili s presečno študijo, ki smo jo izvedli leta 1998. V tej študiji smo ugotovili, da so oskrbni dnevi negovalnega oddelka 3,6% vseh oskrbnih dni v letu, kar je 290 bolnikov letno s povprečno ležalno dobo 12,6 dneva (12). Negovalni oddelek smo preoblikovali iz akutnega oddelka, tako da se število postelj v bolnišnici ni spremenilo. Na negovalnem oddelku smo ohranili obstoječi negovalni tim, zdravnike pa prerazporedili na akutne oddelke. S projektom nove organizacije dela smo seznanili zaposlene v bolnišnici. Vsi zdravniki in vodilne medicinske sestre so prejeli pisno obrazložitev namena in ciljev odprtja negovalnega oddelka ter kriterije za sprejem bolnika v negovalni oddelek. Izdelali smo dodatno dokumentacijo za oceno bolnika ob sprejemu v negovalni oddelek in pisno obvestilo svojcem bolnikov, ki so premeščeni v negovalni oddelek. Za negovalni oddelek nismo imeli posebej priznanega in plačanega programa.

Konec leta 2003 smo izvedli anketo, s katero smo želeli ugotoviti razumevanje in videnje negovalnega oddelka z vidika zaposlenih na negovalnem oddelku in zaposlenih na drugih bolniških oddelkih. Na anonimni strukturirani anketni vprašalnik je odgovorilo 9 medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov negovalnega oddelka (celoten negovalni tim) in 23 me-

dicinskih sester in zdravstvenih tehnikov iz ostalih oddelkov, 3 fizioterapevtke, socialna delavka in 10 zdravnikov. Razdeljenih je bilo 46 vprašalnikov, od katerih je bilo vrnjenih 45.

Metoda dela

Sprejem bolnika v negovalni oddelek je vedno načrtovan. Na negovalni oddelek sprejmemo samo bolnike, ki so bili pred tem sprejeti na akutni oddelek bolnišnice zaradi razloga, ki je zahteval akutno hospitalno obravnavo¹. Za premestitev na negovalni oddelek smo postavili naslednje kriterije:

- Bolniki z akutnim in kroničnim obolenjem, ki po končanem diagnostičnem in terapevtskem programu potrebujejo nadaljevanje zdravstvene nege, zdravstveno vzgojo, rehabilitacijo ali čakajo na rešitev socialnega problema.
- Bolniki, pri katerih je predvidena dvakratna povprečna ležalna doba (nad 20 dni) in premestitev v sedanje pooblašene zdravstvene ustanove za PBZ.
- Sladkorni bolniki za prevedbo na insulinsko terapijo.
- Bolniki za dekolonizacijo po okužbi z MRSA.
- Bolniki z maligno boleznijo, ki potrebujejo paliativno oskrbo.

Oddelek vodi diplomirana medicinska sestra.

- organizira in načrtuje delo negovalnega tima, ki izvaja zdravstveno nego bolnikov;
- koordinira delo z zdravniki z akutnih oddelkov, ki so premestili bolnike na negovalni oddelek;
- koordinira delo s fizioterapevtom;
- koordinira delo s socialno službo in z zunanjimi ustanovami (socialnovarstvenimi ustanovami, patronažno službo, pomoč na domu...).

Vodja negovalnega oddelka razpolaga s posteljami in glede na merila skupaj z lečečim zdravnikom načrtuje sprejem v negovalni oddelek in izpelje vse potrebno in uredi dokumentacijo za odpust ali premestitev bolnika.

Lečeči zdravnik je za bolnika odgovoren do njegovega odpusta. Če se zdravstveno stanje bolnika poslabša tako, da potrebuje diagnostiko ali akutno zdravljenje, se bolnik vrne na akutni oddelek k lečečemu zdravniku.

Za premestitev bolnika v negovalni oddelek mora imeti bolnik zaključeno zdravniško dokumentacijo (potek bolezni, diagnoza[e], načrt odpusta), kjer je razviden razlog premestitve v negovalni oddelek. Bolnik mora imeti ustrezno negovalno dokumentacijo, z opredeljenimi negovalnimi, rehabilitacijskimi ali drugimi problemi. Ob premestitvi v negovalni oddelek bolnika ocenijo medicinska sestra, fizioterapevtka in socialna delavka. S pomočjo te ocene opredelijo cilje. Nato stalno spremljajo, dokumentirajo in vrednotijo doseganje ciljev. Pred odpustom z negovalnega oddelka bolnika ponovno ocenijo. Napišejo tudi odpustnico zdravstvene nege, ki jo posredujejo patronažni službi ali socialnovarstveni ustanovi.

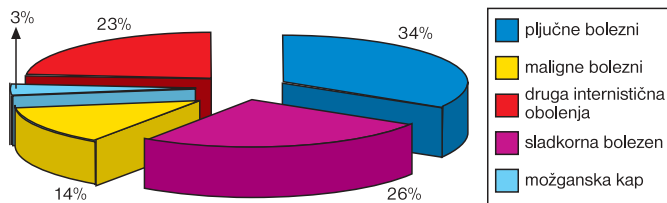
Rezultati

V letu in pol je bilo na negovalni oddelek sprejetih 496 bolnikov (246 moških in 250 žensk), kar je 4,4% vseh bolnikov, ki so bili v tem času sprejeti v bolnišnico.

Med sprejetimi so prevladovali bolniki s prvo odpustno diagnozo pljučna bolezen ob bolnikih s sladkorno boleznijo, bolnikih z maligno boleznijo pljuč, bolnikih po preboleli možganski kapi in bolnikih za splošno rehabilitacijo (sl. 1).

Povprečna starost sprejetih bolnikov se je v tem obdobju povečala z 71,4 leta na 72,9 leta. Delež bolnikov, starih nad 65 let, se je znižal iz 79,1% na 74%. Najnižja starost bolnika je bila 18

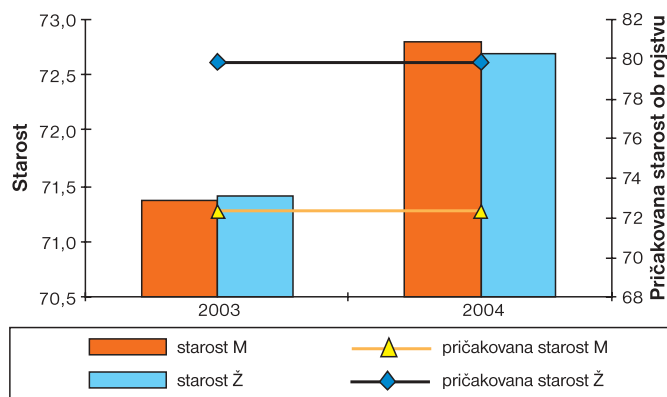
¹ Merila za akutno hospitalno obravnavo so opredeljena v Seznamu meril in opomb za opredelitev ustreznosti sprejemov. Občasnik št. 5/2003, 5. 12. 2003.



Sl. 1. Najpogostejše vrste bolezni pri bolnikih, sprejetih v negovalni oddelek.

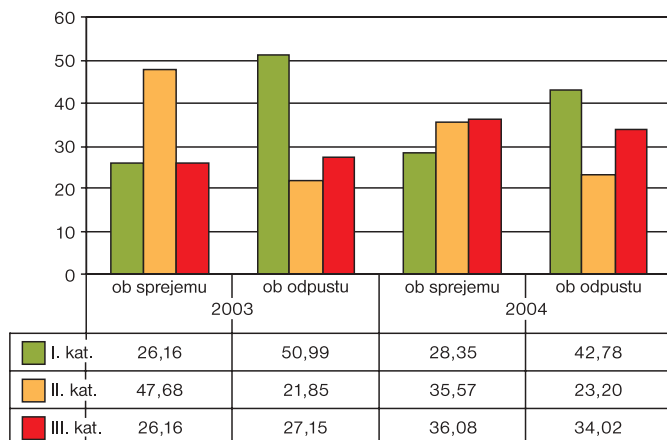
let in najvišja 95 let. Povprečna izračunana starost moških, sprejetih v negovalni oddelek, se je v letu 2004 skoraj izenačila s pričakovanim trajanjem življenja ob rojstvu. Pri ženskah pa je ugotovljeno, da je njihova povprečna starost za 8 let nižja od pričakovanega trajanja življenja (sl. 2). Indeks starosti med pričakovano starostjo ob rojstvu in izračunano starostjo je pri moških v letu 2004 (l. 2003) 0,99 (1,01) in pri ženskah 1,10 (1,12).

V letu 2003 je bila povprečna ležalna doba 11,1 dneva in v letu 2004 12,3 dneva.



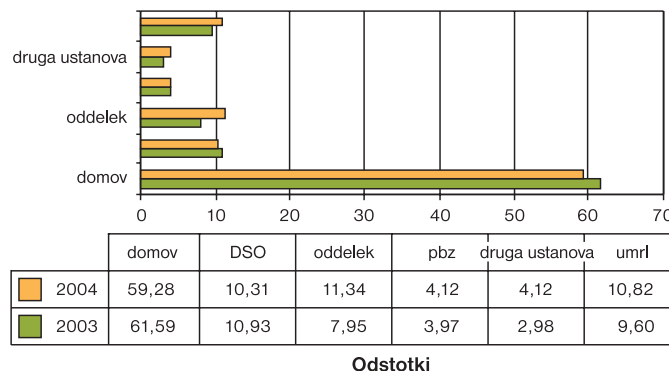
Sl. 2. Starost bolnikov, sprejetih v negovalni oddelek.

Pri oceni zahtevnosti zdravstvene nege se je od sprejema do odpusta bolnika iz negovalnega oddelka delno zmanjšal delež popolnoma od pomoči medicinske sestre pri izvajanju osnovnih življenjskih dejavnosti od drugih odvisnih bolnikov (kategorija III). Največ bolnikov pa je iz delne odvisnosti (kategorija II) ob sprejemu na oddelek doseglo popolno samostojnost (kategorija I) (sl. 3).



Sl. 3. Stopnje zahtevnosti zdravstvene nege pri bolnikih, sprejetih v negovalni oddelek.

Večina bolnikov (60,4%) je bila odpuščena domov, 10,6% jih je bilo sprejetih v socialnovarstvene ustanove, 4% bolnikov smo zaradi dolgotrajne zdravstvene nege in druge problematike premestili v ustanove s podaljšanim bolnišničnim zdravljenjem in 3,5% bolnikov v druge ustanove. Ponovno obravnavo v akutnem oddelku je potrebovalo 9,6% bolnikov, umrljivost bolnikov v negovalnem oddelku pa je bila 10,2% (sl. 4).



Sl. 4. Kraj odpusta bolnika iz negovalnega oddelka.

V opazovanem obdobju (I. polletje 2003) je bilo domov odpuščenih 100 bolnikov, pri katerih je bila ugotovljena povprečna 0,91% rehospitalizacija v zadnjih dveh letih. V primerjalnem obdobju (2003/2004) je bila pri teh bolnikih pred sprejemom v negovalni oddelek ugotovljena 0,44% rehospitalizacija, v letu po odpustu iz negovalnega oddelka domov pa 0,37% rehospitalizacija.

Paliativno oskrbo je v letu 2003 potrebovalo 6,1% bolnikov, sprejetih v negovalni oddelek, v letu 2004 pa 4,1% bolnikov. Pri bolnikih, ki so potrebovali paliativno oskrbo, se je smrtnost povečala z 59,1% na 85,7%.

Pri primerjanju obsega diagnostičnih postopkov v negovalnem oddelku je bilo ugotovljeno, da je število teh postopkov bistveno manjše. V povprečju je bilo v letu 2003 opravljeno v naši bolnišnici na akutnem oddelku 13,82%, na negovalnem oddelku pa 3,2% od vseh izvedenih laboratorijskih preiskav v ustanovi.

Za ugotavljanje pravilnosti usmeritve dela smo na koncu leta 2003 izvedli tudi anketiranje zdravstvenega tima (medicinske sestre, socialna delavka, fizioterapevti, zdravniki), ki je neposredno ali posredno vključen v obravnavo bolnikov v negovalnem oddelku. Anketa je pokazala, da se vsi anketirani strinjajo, da je negovalni oddelek pridobitev za naše bolnike in 89% anketiranih se strinja, da z usmerjeno obravnavo bolniku zagotovimo kakovostnejši odpust.

Razpravljanje

S problemom previsoke zasedenosti bolnišnice, dolge ležalne dobe in tudi neupravičeno zasedenih postelj smo se v zadnjih letih pogosto srečevali. Nove usmeritve v zdravstveni politiki, zdravljenje kroničnih, predvsem starejših bolnikov, in tudi potreba po racionalnejši uporabi sredstev za zdravstveno oskrbo, so v naši bolnišnici vplivali na razvoj dodatne oblike zdravstvene oskrbe (12). Tudi v državah, kjer imajo program neakutne obravnave že razvit, je bil razlog za pričetek izvajanja programa predvsem obvladovati naraščanje stroškov za zdravstveno oskrbo s skrajševanjem ležalnih dob in zmanjševanjem neupravičenih sprejemov (13, 14). Na način organiziranja negovalnih oddelkov (intermediate care unit, transitional care unit, long term care unit...) je vplivala predvsem ureditev zdravstvenega varstva v posameznih državah (15). Hiter razvoj sistematično organizirane neakutne obravnave zasledimo v zadnjem desetletju v Angliji (2, 5, 6, 14, 16).

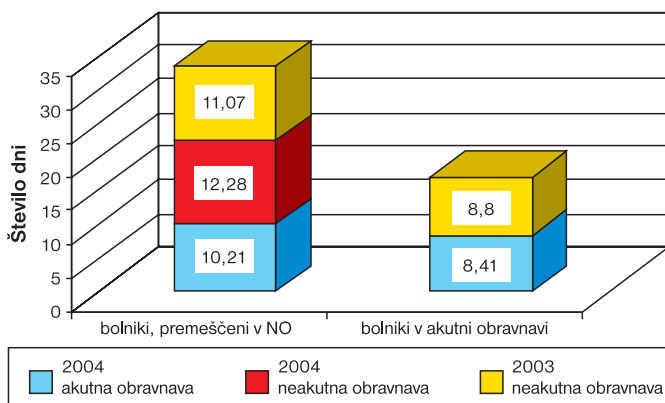
Z odprtjem negovalnega oddelka smo v Bolnišnici Golnik – KOPA prvi v Sloveniji pričeli izvajati program neakutne zdravstvene obravnave, ki ga lahko primerjamo z definicijami, ki so v svetu za te programe priznane. Pri postavljanju meril za sprejem bolnikov in organiziranju dela smo upoštevali že izdelan *Predlog potreb in organiziranosti negovalnih oddelkov v Sloveniji*, ki temelji na izkušnjah tujih ustanov (11). Program dela vključuje dejavnosti za vzpostavitev večje samostojnosti bolnika in odpusta bolnika domov.

V svetu so številne definicije za neakutno obravnavo, vse pa zajemajo različne aktivnosti, ki so potrebne za vzpostavitev večje samostojnosti bolnika. V kanadskih smernicah nacionalnega programa je »*Transitional care*« program, ki nudi zdravstveno nego tistim bolnikom, ki ne potrebujejo akutne ali subakutne oskrbe, temveč le aktiviranje in sorodne oblike pomoči, ki vzdržujejo bolnikovo psihofizično stanje na primeri ravni (17). Angleška definicija, ki jo je postavil King's Fund (4, 9, 18), pa označuje *intermediate care* kot vrsto dejavnosti, ki bolniku olajšajo prehod iz bolnišnice v domačo oskrbo in povečajo njegovo sposobnost za samooskrbo pri izvajanju življenjskih dejavnosti.

Tudi v Sloveniji bodo z razvojem negovalnih oddelkov bolj izražene različne oblike ali stopnje te oskrbe, ki bodo bolj jasno opredeljevale programe dela negovalnih oddelkov.

V negovalni oddelki smo v letu in pol sprejeli 4,4% (496) bolnikov, kar je več, kot je bilo ugotovljeno s presečno študijo v letu 1998 (12). Večje število bolnikov je bilo pričakovano, ker smo jasno določili obseg programa in program neakutne obravnave pričeli izvajati na samostojni lokaciji. Na akutnih oddelkih smo s tem omogočili sproščanje postelj in hitrejši pretok bolnikov. Zaradi izvajanja specifičnega programa mora biti negovalni oddelki samostojna enota v sklopu celotne bolnišnice, ki pokriva lastne potrebe, lahko pa tudi potrebe drugih bolnišnic. Intenzivnost in tudi vsebina dela sta v neakutni obravnavi drugačni. Tuje izkušnje in tudi izkušnje slovenskih bolnišnic, ki izvajajo program podaljšanega bolnišničnega zdravljenja, so pokazale, da pri izvajanju obeh programov na enem oddelku dobi običajno prednost akutni program, ki hitro spremeni tudi neakutnega v intenzivnejšo obravnavo (8).

Dobro organiziranje neakutne obravnave vpliva na zmanjšanje neupravičene zasedenosti bolniških postelj, ki so namenjene akutnemu zdravljenju (2, 19, 20). Z odprtjem negovalnega oddelka smo skrajšali ležalno dobo na akutnih oddelkih iz 8,8 dneva na 8,41 dneva. Pri bolnikih, ki so bili premeščeni v negovalni oddelki, je celotna ležalna doba (I. polletje 2004) za 14,08 dneva daljša od povprečne ležalne dobe v bolnišnici. Ugotovili smo, da je ležalna doba pri teh bolnikih že v akutni obravnavi daljša za 2,2 dneva od povprečne ležalne dobe v bolnišnici (sl. 5).



Sl. 5. Ležalna doba bolnikov, premeščenih v negovalni oddelki, in bolnikov v akutni obravnavi.

Pri organiziranju negovalnega oddelka je potrebno upoštevati vrsto bolezni, kar je pomembno za določitev specifičnih meril za sprejem in tudi zgornjo dolžino bivanja v negovalnem oddelku. Obravnava bolnikov v negovalnem oddelku je vselej časovno omejena. Večina držav, ki imajo negovalne oddelke, ima omejeno zgornjo dolžino bivanja v negovalnem oddelku na tri mesece (9, 18). Povprečne ležalne dobe pa se pri bolnikih z internističnimi boleznimi gibljejo med 11 do 14 dni, daljša pa je predvsem tam, kjer je za nadaljevanje potreb po zdravstveni negi in rehabilitaciji vzrok kirurška bolezen (9, 18, 21, 22).

Analiza rezultatov v naši bolnišnici je pokazala, da je ležalna doba bolnikov, ki so sprejeti v negovalni oddelki, sorazmerno kratka (12,3 dneva). Sledimo merilom in ciljem negovalnega oddelka.

Pri določanju zgornje časovne ravni smo upoštevali dvakratno ležalno dobo, ki je bila merilo tudi za premeščanje bolnikov v program podaljšanega bolnišničnega zdravljenja v Sloveniji.

Problem, ki v Sloveniji še ni jasno rešen, je potreba po dolgotrajni zdravstveni negi. Oddelki s programom dolgotrajne zdravstvene nege (long term care) so v svetu namenjeni bolnikom, pri katerih je zdravstveno stanje stabilno, ne pričakujemo pa izboljšanja ali pa je potrebna paliativna oskrba. V teh oddelkih ni postavljena časovna omejitev bivanja. To so npr. bolniki s psihoorganskim sindromom po poškodbi ali boleznijo centralnega živčnega sistema, stanja po reanimaciji in bolniki, odvisni od ventilatorja (15).

Neakutna oskrba je namenjena predvsem starejšim bolnikom. V nekaterih negovalnih oddelkih po svetu je povprečna starost višja od 65 let, nekje celo 82 let (22, 23). Tudi naše analize kažejo naraščanje povprečne starosti iz 71,4 na 72,9 leta, zmanjšal pa se je delež bolnikov, starih nad 65 let, z 79,1% na 74%. Ugotovili smo tudi, da so ženske, hospitalizirane na negovalnem oddelku, relativno mlajše od moških glede na pričakovano starost ob rojstvu. Razlog ali razlogi za to ugotovitev niso jasni. Zato bo potrebna nadaljnja analiza.

Zaradi visoke povprečne starosti je tudi umrljivost v negovalnih oddelkih večja. Pri naših bolnikih je bila ugotovljena 10,21-odstotna umrljivost. Podatki Shipley Hospital – London navajajo 12,2-odstotno umrljivost (23).

Osnovni pogoj za začetek neakutne obravnave mora biti zaključena akutna obravnava in stabilnost bolnikovega zdravstvenega stanja. Upoštevanje tega merila je razvidno iz odstotka bolnikov, ki se vrnejo v akutno obravnavo. Vsekakor mora biti zagotovljena odgovornost lečečega zdravnika na akutnem oddelku, da povsem upošteva merila za premešitev na negovalni oddelki in da ostane odgovoren za bolnika v primeru poslabšanja zdravstvenega stanja.

Pri izvajanju programa je zelo pomembno, da je bolnik seznanjen s predvidenim načrtom dejavnosti in da pri izvajanju sodeluje. Pridobljeno zaupanje bolnika in svojcev vpliva na večjo pripravljenost sodelovanja v procesu zdravstvene nege in rehabilitacije (24). V negovalnih oddelkih so najpogostejše starejši bolniki, zato je potrebno k sodelovanju pritegniti tudi bolnikove svojce, ki so vključeni v pomoč na bolnikovem domu (19). Kakovosten odpust lahko pričakujemo, če bolnika in svojce seznanimo s potrebnimi informacijami o bolezni in življenju z boleznijo. Aktivno jih vključimo v učenje večšin, ki jih potrebujejo po odpustu domov (uporaba različnih terapevtskih pripomočkov, način dajanja zdravil...). Bolniku je z boljšo pripravo na odpust zagotovljena večja stopnja varnosti, poveča se vedenje o bolezni in njenih zapletih, izboljša se kakovost življenja z boleznijo, v večji meri vrnitev bolnika v domače okolje (tudi do 90 odstotkov). Vpliva tudi na zmanjšanje števila ponovnih sprejemov v bolnišnico (25, 26). Pri bolnikih, ki so bili odpuščeni domov z negovalnega oddelka v prvem polletju leta 2003, smo ugotovili, da se je stopnja ponovne hospitalizacije znižala za 16%.

Bolnikom in svojem moramo razložiti potek dela v negovalnem oddelku, zlasti dejstvo, da v njem pretežno izvajamo zdravstveno nego in rehabilitacijo in da prisotnost zdravnika v bolnišnici in tudi negovalnem oddelku vsak dan ni nujna. Ti pomisleki so bili po naših izkušnjah pri bolnikih in svojcih pogosto izraženi.

Kakovosten odpust bolnika omogoča ustrezen načrt odpusta in vodenje ustrezne dokumentacije, ki ju pričnemo izvajati že ob sprejemu bolnika v negovalni oddelk. Zagotovimo kontinuiteto oskrbe bolnika od bolnišnice v domače okolje ali drugo ustanovo (27, 28). Naše izkušnje so pokazale, da je prav na tem področju največ težav, ker v Sloveniji nimamo dovolj ustreznih služb in ustanov, ki bi po odpustu bolnikom in njihovim svojcem nudile dodatno pomoč na domu ali pa namestitev v ustrezno ustanovo. V letu 2004 sta Ministrstvo za zdravje in Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve izdali skupna navodila za odpust bolnika², pri katerem je ugotovljen socialni problem. Povezovanje med odgovornimi službami je še vedno slabo.

V obravnavo in reševanje bolnikovih problemov morajo biti vključeni vsi, ki sodelujejo pri oskrbi bolnika. Za zagotavljanje učinkovitega in varnega odpusta bolnika je zato potrebno multidisciplinarno timsko delo in jasna vloga vsakega posameznika v timu (19). S potrebno dokumentacijo smo zagotovili posredovanje bolnikovih podatkov celotnemu timu, ki je vključen v obravnavo bolnika v bolnišnici in doma. V gorenjski regiji pripravljamo elektronski prenos bolnikovih podatkov med vsemi izvajalci zdravstvene in socialne oskrbe, ki bo omogočil predvsem hitrejšo in širše informiranje o bolniku in potrebnih nadaljnjih ukrepih.

Za dobro organiziranje, načrtovanje in učinkovito spremljanje bolnika v neakutni obravnavi imajo tovrstni oddelki izdelano tudi že klinično pot, ki vključuje tako zdravstveno kot socialno oskrbo (14).

Vsebinska in organizacijska dela negovalnega oddelka se mora prilagoditi vrsti in potrebam bolnikov. Pri ocenjevanju stopnje zahtevnosti zdravstvene nege ob sprejemu bolnika v negovalni oddelk je bilo največ bolnikov, ki so bili od pomoči medicinske sestre delno odvisni (kategorija II) in popolnoma odvisni (kategorija III). Ob odpustu pa se je bistveno povečal odstotek bolnikov, ki niso bili več odvisni od pomoči medicinske sestre (kategorija I). Z usmerjenim programom zdravstvene nege, zdravstvene vzgoje in rehabilitacije smo pri bolnikih dosegli večjo sposobnost samooskrbe pri izvajanju osnovnih življenjskih dejavnosti. Večja stopnja samostojnosti bolnika pa omogoča tudi vrnitev domov. Od vseh sprejetih bolnikov v negovalni oddelk je bilo odpuščenih domov 60,4% bolnikov. Bivanje v domačem okolju ima prav gotovo prednost pred ostalimi organiziranimi oblikami varstva.

Izvajanje neakutne obravnave v negovalnih oddelkih ima številne prednosti, ki se ne kažejo le v bolj kakovostni, temveč tudi v finančno učinkovitejši celotni zdravstveni obravnavi bolnika. Oddelki, ki izvajajo ta program, ugotavljajo ekonomski prihranek zaradi drugačne sestave tima (ni stalnega zdravnika), izvajanja programa na enem mestu in manjšega števila diagnostičnih postopkov in zmanjšanja neupravičenih sprejemov (18). Pri nas natančnih izračunov še nimamo. Ekonomski prihranek tudi pri nas ugotavljamo pri sestavi tima, ki izvaja ta program (ni zdravnika), v vplivu na skrajšanje ležalne dobe na akutnih oddelkih (0,4%), manjšem številu diagnostičnih postopkov v negovalnem oddelku (negovalni 3,2%, akutni oddelki 13,82%) in vplivu na znižanje stopnje ponovnih sprejemov bolnikov (16%), ki so bili iz negovalnega oddelka odpušeni domov.

Za izvajanje neakutne obravnave bolnikov je razumevanje in sprejemanje tovrstne oskrbe zelo pomembno. Novost je v prevzemanju odgovornosti za izvajanje programa. Pretežni izvajalec vsebine programa je medicinska sestra, ki je hkrati tudi koordinator multidisciplinarnega tima.

Zaključki

Za celostno obravnavo bolnika je potrebno učinkovito povezovanje vseh ravni in oblik zdravstvene oskrbe, kar bolniku brez težav omogoči dostop do potrebnih vrst pomoči, tako na primarni kot sekundarni ravni zdravstvene oskrbe.

Uspešnega in kakovostnega delovanja negovalnih oddelkov ne moremo izvajati brez timske obravnave, ki zajema tako strokovne kot laične službe in izdelavo klinične poti za neakutno obravnavo.

Negovalni oddelki morajo postati s svojimi programi ključnega pomena pri kakovostnejši zdravstveni oskrbi starostnika.

Program negovalnih oddelkov mora postati enakovreden del celotne zdravstvene oskrbe, negovalni oddelki pa priložnost za razvoj področja zdravstvene nege.

Zahvala

Zahvaljujeva se vsemu negovalnemu timu negovalnega oddelka Bolnišnice Golnik - KOPA, še posebno vodilni medicinski sestri Idi Hafner, ki so nama pomagali pri zbiranju podatkov. Zahvaljujeva se tudi doc. dr. Mitju Košniku, dr. med., za recenzijo, strokovne pripombe in predloge.

Literatura

- Hancock S. Intermediate care and older people. *Nurs Stand* 2003; 17: 45-51.
- Andrews JA, Manthorpe J, Watson R. Involving older people in intermediate care. *J Adv Nurs* 2004; 46: 303-10.
- Gibbon B. Rehabilitation following stroke. *Nurs Stand* 2002; 16: 47-56.
- Dinsdale P. Middle ground. *Nurs Stand* 2000; 14: 13.
- Wiles R, Postle K, Steiner A et al. Nurse-led intermediate care: an opportunity to develop enhanced roles for nurses? *J Adv Nurs* 2001; 34: 813-21.
- Hinchliff S, Norman S, Schober J. *Nursing practice and health care: 4th ed.* London: Arnold, 2003.
- Watson B. A community outreach service for people with COPD. *Nursing Time* 2003; 99: 33-6.
- Griffiths P. In search of the pioneers of nurse-led care. *Nursing Time* 1997; 93: 46-8.
- Steiner A, Vaughan B. Intermediate care: a discussion paper. In: King's Fund intermediate care: a discussion paper arising from the King's Fund seminar held on 30th October 1996. London: King's Fund, 1997: 1-8.
- Vlada Republike Slovenije. Zdravstvena reforma 2003. Ljubljana: Vlada Republike Slovenije; 2003: 273-9.
- Peternelj A et al. Projekt potreb in organiziranosti negovalnih oddelkov in zavodov v RS. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, 2000.
- Peternelj A. Organizacijski in ekonomski prikaz negovalnega oddelka v Bolnišnici Golnik. Kranj: Gea College, 1998.
- Nazarko L. Blockage in the system. *Nursing Time* 1998; 94: 32.
- Brooks N. Length of stay in community hospitals. *Nurs Stand* 2001; 15: 33-8.
- Keenan SP, Masesel D, Inman KJ et al. A systematic review of the cost-effectiveness of noncardiac transitional care units. *Chest* 1998; 113: 172-7.
- Clegg A. Advanced nursing practice in intermediate care. *Nurs Stand* 2001; 15: 33-5.
- HSRC. Rebuilding Ontario's Health System: Interim planning guidelines and implementation strategies. Long term care. Ontario: Health Services Restructuring Commission, 1997.
- Bernhaut J, Mackay K. Extended nursing roles in intermediate care: a cost-benefit evaluation. *Nursing Time* 2002; 98: 37-8.
- Stewart W. Development of discharge skills: a project report. *Nursing Time* 2000; 96: 37.
- Pilling A et al. A nurse-led service for acute exacerbation of COPD. *Nursing Time* 2003; 99: 32-4.
- Clegg A, Ince S. Halfway home. *Nursing Time* 1997; 93: 38-9.
- Bowcutt M. A competitive response to providing geriatric care. *JONA* 2000; 30: 300-3.

² Navodilo o zagotavljanju zdravstvene in socialnovarstvene obravnave v primerih odpusta iz bolnišnic ter v primerih, ko upravičenec živi doma: Uradni list RS, št. 52/02.

23. Clegg A, Hibbs L, Ince S. Shipley Hospital: report of the first year, 1 April 1996 - 31 March 1997. Shipley 1997.
 24. Dewar B et al. Enchancing partnerships with relatives in care settings. *Nurs Stand* 2003; 17: 33-9.
 25. Duffin C. Success rates vary between intermediate care units. *Nurs Stand* 2001; 15: 6.
 26. Crouch D. Intermediate care how nurses fit in. *Nursing Time* 2003; 99: 20-3.
 27. Brett JL, Bueno M, Royal N et al. Integrating utilization management, discharge planning, and nursing case management into the outcomes manager role. *JONA* 1997; 27: 37-45.
 28. Driscoll A. Managing post - discharge care at home: an analysis of patients' and their carers' perceptions of information received during their stay in hospital. *J Adv Nurs* 2000; 31: 1165-73.
 29. Statistični letopis RS za leto 2003. Ljubljana: Statistični urad RS, 2003, vol. 17.
-