

**Kazalo vsebine**

---

**UNIVERZA NA PRIMORSKEM  
VISOKA ŠOLA ZA ZDRAVSTVO IZOLA**

**DIPLOMSKA NALOGA**

Izola, september 2011

UNIVERZA NA PRIMORSKEM  
VISOKA ŠOLA ZA ZDRAVSTVO IZOLA

**AKTIVNOST ZAPOSLENIH V ZDRAVSTVENI NEGI  
NA BOLNIŠNIČNEM ODDELKU: ŠTUDIJA PRIMERA**

**THE ACTIVITIES OF THE EMPLOYED IN THE HEALTH CARE IN  
THE HOSPITAL WARD**

Študentka: NINA STIBILJ

Mentorica: viš. pred., dr. MELITA PERŠOLJA ČERNE, prof. zdr. vzgoje

Študijski program: VISOKOŠOLSKI STROKOVNI ŠTUDIJSKI PROGRAM

Študijska smer: ZDRAVSTVENA NEGA

Izola, september 2011



UNIVERZA NA PRIMORSKEM  
VISOKA ŠOLA ZA ZDRAVSTVO IZOLA

**AKTIVNOSTI ZAPOSLENIH V ZDRAVSTVENI NEGI  
NA BOLNIŠNIČNEM ODDELKU: ŠTUDIJA PRIMERA**

**THE ACTIVITIES OF THE EMPLOYED IN THE HEALTH CARE IN  
THE HOSPITAL WARD**

**Študentka: NINA STIBILJ**

**Mentorica: viš. pred., dr. MELITA PERŠOLJA ČERNE, prof. zdr. vzgoje**

**Študijski program: VISOKOŠOLSKI STROKOVNI ŠTUDIJSKI PROGRAM**

**Študijska smer: ZDRAVSTVENA NEGA**

Izola, september 2011

**Zahvala**

*»Besede, ki jih nismo izrekli, so cvetovi molka«*

*(japonski pregovor)*

Hvala vsem prijateljem, sošolcem in sodelavcem, ki so mi stali ob strani, me bodrili in vzpodbujali pri pisanju diplomskega dela.

## KAZALO VSEBINE

Uvod.....	1
1 Teoretični del.....	2
1.1. Sodobna zdravstvena nega.....	2
1.1.1. Položaj sodobne zdravstvene nege v Sloveniji .....	2
1.1.2. Elementi sodobne zdravstvene nege.....	4
1.2. Kategorizacija.....	5
1.2.1. Namen in cilji razvrščanja pacientov v kategorije .....	6
1.2.2. Metode kategorizacije .....	7
1.2.3. Kategorizacija zdravstvene nege po metodi RUSH .....	8
1.2.4. Kategorizacija zdravstven nege po metodi SAN JOAQUIN .....	10
1.3. Posredna ali neposredna zdravstvena nega.....	17
1.3.1. Posredna zdravstvena nega.....	17
1.3.2. Neposredna zdravstvena nega .....	18
1.4. Organizacija in obremenitev kadra na bolnišničnem oddelku.....	19
1.4.1. Organizacija v zdravstveni negi .....	19
1.4.2. Kadrovski normativi za izvajalce zdravstvene nege v bolnišnični dejavnosti ...	20
1.5. Kakovost v zdravstveni negi.....	26
1.5.1. Vidik kakovosti v zdravstveni negi .....	27
1.5.2. Celovita kakovost v zdravstvu (Tom Total Quality managment).....	29
1.5.3. Kazalniki kakovosti v zdravstvu .....	30
2 Empirični del.....	35
2.1. Namen raziskave in hipoteza .....	35
2.2. Vzorec in metodologija .....	35
2.3. Potek raziskave .....	36
2.4. Rezultati.....	36
3 Razprava.....	46
4 Sklep.....	50
5 Seznam virov.....	51
6 Priloge .....	55

## KAZALO SLIK

Slika 1: Število medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, Slovenije (5) .....	3
Slika 2: Registrirana brezposelnost po poklicnem sklopu brezposelnih (6) .....	3
Slika 3: Število padcev na število oskrbovalnih dni odraslih pacientov (29-32). .....	32
Slika 4: Število preležanin, nastalih v bolnišnici, vseh hospitaliziranih pacientov (29 - 32)...	32
Slika 5: Čakalna doba za računalniško tomografijo (CT) (29 - 32). .....	33
Slika 6: Čakanje na odpust: dnevi, ko pacienti, ki so končali zdravljenje v akutni bolnišnici čakajo na odpust (29 - 32). .....	33
Slika 7: Delež nenačrtovanega ponovnega sprejema v isto bolnišnico v 7 dneh po odpustu zaradi diagnoze ali zapletov, povezanih s to boleznijo (29 - 32). .....	34
Slika 8: Kolonizacija z MRSA .....	34

## KAZALO PREGLEDNIC

Preglednica 1: RUSH indikatorji s točkami (12) .....	9
Preglednica 2: Ključna števila po metodi RUSH (12) .....	10
Preglednica 3: Obrazec SKZBZN (13) .....	11
Preglednica 4: Neto kadrovski normativ za izvajanje zdravstvene nege v 24 urah na modelu kliničnega oddelka sestavljenega iz bolniškega oddelka, enote intenzivne nege in intenzivne terapije (pri neto kadrovskem normativu ni upoštevan faktor odsotnosti) (9, 13).....	21
Preglednica 5: Neto kadrovski normativ za izvajalce zdravstvene nege v 24 urah glede na kategorijo zahtevnosti zdravstvene nege (pri neto kadrovskem normativu ni upoštevan korekcijski faktor) (9, 13).....	22
Preglednica 6: Bruto kadrovski normativ za izvajalce zdravstvene nege v 24 urah glede na kategorijo zahtevnosti zdravstvene nege (upoštevan je faktor kontinuitete 1,3) (9,13):.....	23
Preglednica 7: Formula za izračun potrebnega števila izvajalcev zdravstvene nege glede na razvrstitev pacientov v kategorije zahtevnosti zdravstvene nege (13).....	25
Preglednica 8: Primer izračuna potrebe po kadru za dan 19. 7. 2010 na 5a oddelku.....	26
Preglednica 9: Delež neposredne in posredne zdravstvene nege na internističnem oddelku Splošne bolnišnice Franca Derganca, glede na dan v tednu.....	36
Preglednica 10: Delež zdravstvene nege na internističnem oddelku Splošne bolnišnice Franca Derganca, glede na prostor izvajanja. ....	37
Preglednica 11: Oblika zdravstvene nege na internističnem oddelku Splošne bolnišnice Franca Derganca, glede na prostor izvajanja. ....	38
Preglednica 12: Oblika zdravstvene nege na internističnem oddelku Splošne bolnišnice Franca Derganca, glede na prostor in število vseh opazovanj v določenem prostoru. ....	40
Preglednica 13: Osebe zdravstvene nege na internistične oddelku Splošne bolnišnice Franca Derganca, glede na prostor izvajanja dela.....	41
Preglednica 14: Delež porazdelitve posredne in neposredne zdravstvene nege na internističnem oddelku 5a, Splošne bolnišnice Franca Derganca, v času opazovanja od 19. 7. 2010 - 23. 7. 2010 in 26. 7. 2010 - 30. 7. 2010, glede na izobrazbo.....	42
Preglednica 15: Delež porazdelitve posredne in neposredne zdravstvene nege na internističnem oddelku Splošne bolnišnice Franca Derganca, v času opazovanja glede na časovni interval opazovanja. ....	43



## POVZETEK IN KLJUČNE BESEDE

Primerna številčnost, usposobljenost in organizacija dela zaposlenih v zdravstveni negi, so ključ do kakovostne zdravstvene oskrbe in zadovoljstva pacientov.

V diplomski nalogi predstavljamo sisteme kategorizacije pacientov v zdravstveni negi, ki jih uporabljamo v Sloveniji, ter z njimi tesno povezane kadrovske normative na bolnišničnem oddelku.

S pomočjo opazovanja z udeležbo smo želeli ugotoviti vsebino zdravstvene nege, ter obremenitev izvajalcev zdravstvene nege s posredno in neposredno zdravstveno nego na bolnišničnem oddelku. Raziskavo smo izvajali dva tedna zaporedoma tako, da smo zajeli vse dni v tednu. Stanje na opazovanem oddelku smo posneli en dan v tednu in beležili aktivnosti osebja v zdravstveni negi v dopoldanskem turnusu vsakih 10 minut, ter tako izvedli več kot tri tisoč posnetkov stanja.

Izvajalci zdravstvene nege so vsak delovni dan skoraj enako obremenjeni. Razlike v obliki izvedene zdravstvene nege se pojavijo glede na njihovo stopnjo izobrazbe. Ugotovili smo, da se na opazovanem oddelku izvaja večji delež posredne kot neposredne zdravstvene nege.

**Ključne besede:** medicinske sestre, kategorizacija pacientov, normativi, management

## ABSTRACT AND KEYWORDS

To ensure the quality of the health care and patients who are satisfied, two very important factors have to be kept in mind, the numerous capability and the working organization of those, who are employed in the health care sector.

In my writing, I present the systems of categorizations of patients in the health care which influence the employment policy in the hospital ward.

With the observation of attendance, we wanted to establish the content of the health care and how much work there is to be done, direct and indirect, in the health care in the hospital ward.

The research was done for two weeks, every day in the week. We recorded the state in the ward one day in the week and observed the activities of the staff every ten minutes during morning working activities. We have recorded more than three thousand recordings of these states.

To conclude, we have found out that more direct than indirect health care is done in the hospital ward.

The staff has more or less the equal amount of work to do, the only difference between them is in the level of the education.

**Key words:** nurses, categorization of patients, normatives, management

## UVOD

Stroka zdravstvene nege potrebuje za predstavitev svojega avtonomnega področja delovanja in za lažjo uveljavitev kakovostne, sodobne zdravstvene nege lastno klasifikacijo in lastne klasifikacijske sisteme, kot so klasifikacija negovalnih diagnoz, klasifikacija intervencij in klasifikacija rezultatov. Klasifikacija je urejena razvrstitev, razporeditev česa (npr. pojavov) glede na skupne značilnosti, podrobnosti ali sorodnosti. Za to razvrstitev so potrebni posebni sistemi razporejanja, imenovani klasifikacijski sistemi.

Klasifikacijski sistemi so sistematični okviri, ki pomagajo razvrščati pojave v značilne skupine ali razrede. Računalniška dokumentacija zdravstvene nege omogoča, da se zberejo, obdelujejo, shranjujejo, prikažejo in poiščejo ter prenašajo tekoči podatki in informacije znotraj službe zdravstvene nege, pa tudi izven nje. Tak način dokumentiranja je pomembna podlaga za raziskovalno delo v stroki (1). S pomočjo računalnika je danes dokumentiranje našega dela bistveno lažje kot je bilo nekoč.

Z vidika sodobne zdravstvene nege delo izvajalcev zdravstvene nege prikazujemo, načrtujemo in vrednotimo glede na potrebe pacienta. Cilj sistemov za razvrščanje pacientov v kategorije je objektivno prikazati delovne obremenitve izvajalcev zdravstvene nege ter oceniti potrebe po kadrih (2).

Med izvajanjem zdravstvene nege nastopa medicinska sestra v različnih vlogah, lahko tudi v več vlogah sočasno. Na primer: medicinska sestra v vlogi svetovalke, medtem ko neguje pacienta, ga tudi uči. Vloga, ki je v nekem trenutku potrebna, zavisi od pacientovih potreb in situacije v kateri se nahaja in v kontekstu z okoljem.

# 1 TEORETIČNI DEL

## 1.1. Sodobna zdravstvena nega

### 1.1.1. Položaj sodobne zdravstvene nege v Sloveniji

V Sloveniji doživlja zdravstvena nega svoj strokovni razmah v razvoju in napredku v zadnjih petnajstih letih. Za to obdobje je značilno, da se pojavljajo vse večje težnje po strokovnih in organizacijskih spremembah, po novi orientiranosti zdravstvene nege in ne nazadnje težnja po aktivnem sodelovanju pri oblikovanju in vodenju zdravstvene politike v Sloveniji.

Uveljavlja se primarna zdravstvena nega, ki pomeni najširšo skrb za posameznika, družino in skupnost v vseh okoljih. Vse bolj se uveljavlja izraz oziroma beseda zdravstvena nega, ki natančno opredeljuje področje strokovnega dela. Medicinske sestre zahtevajo avtonomnost službe zdravstvene nege in delitev dela med izvajalci zdravstvene nege.

Nekajletna prizadevanja Zbornice zdravstvene nege, da bi na Ministrstvu za zdravstvo medicinske sestre imele svoje mesto v oddelku za zdravstveno nego, so se uresničile v letu 1995, ko je minister za zdravstvo imenoval svetovalko za področje zdravstvene nege. Razširjeni strokovni kolegij za zdravstveno nego pri Ministrstvu za zdravstvo je ob podpori široke strokovne javnosti medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov konec leta 1993 izdelal in predložil Zdravstvenemu svetu vizijo in strategijo dolgoročnega razvoja stroke zdravstvene nege z delovnim naslovom Projekt dolgoročnega razvoja stroke zdravstvene nege. V projektu so zapisane temeljne usmeritve razvoja, ki so opredeljene z aktivnostmi, ki so usmerjene v povečanje izobrazbene strukture in doseganje uveljavljanja poklica ter ustvarjanje možnosti proizvodnje lastnih kadrov. Zapisani so načini podpore za vse programe, ki vsebujejo naloge, s katerimi se uresničujejo cilji strategije Zdravje za vse. Vzpostavljati je potrebno enoten organizacijski sistem zdravstvene nege, ki bo v zdravstvenih dejavnostih vgrajen po enotni shemi, s pomočjo česar bo možno zagotavljati in uspešno izvrševati funkcije in naloge zdravstvene nege (3).

Nosilec/ka dejavnosti zdravstvene nege v Sloveniji je v skladu z navedenimi izhodišči diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik. V luči razvoja profesije se podpira

## Teoretični del

strokovni, karierni in akademski razvoj nosilk/cev dejavnosti zdravstvene nege, kar se udejanja skozi temeljno izobraževanje na 1. bolonjski stopnji, podiplomsko izobraževanje na 2. in 3. bolonjski stopnji ter vseživljenjsko učenje (4).

Po podatkih Statističnega registra delovno aktivnega prebivalstva (SRDAP), ki je bil vzpostavljen s Popisom delavcev v združenem delu, je od leta 1986 pa vse do danes, torej v zadnjih 25-ih letih, opravljalo poklic medicinske sestre, zdravstveni tehnik ali medicinske sestre babice 24.743 oseb. Na dan 31. 12. 2009 je v Sloveniji opravljalo poklic medicinske sestre nekaj več kot 16.900 oseb, med njimi je bilo 178 medicinskih sester babic. V zadnjih treh letih se njihovo število ni bistveno spreminjalo. V letu 2009 je bilo v Sloveniji skoraj 55 % medicinskih sester starejših od 40 let, v starostnem razredu od 30 do 39 let jih je bilo razvrščenih dobra četrtina (5).

Stanje	Skupaj	Ženske	Moški
31.12.2000	15.624	14.410	1.214
31.12.2001	15.607	14.373	1.234
31.12.2002	15.505	14.253	1.252
31.12.2003	15.353	14.072	1.281
31.12.2004	16.672	15.069	1.603
31.12.2005	16.347	14.845	1.502
31.12.2006	16.437	14.745	1.692
31.12.2007	16.658	14.879	1.779
31.12.2008	16.936	15.073	1.863
31.12.2009	16.928	15.032	1.896

Vir: SURS

Slika 1: Število medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, Slovenije (5)

Smiselno je omeniti tudi število brezposelnih, ki spadajo v poklicno skupino zdravstvo in sociala.

Poklicni sklop	Število	Število pr. mesec	Mesečni indeks	Število pr. leto	Letni indeks
SKUPAJ	111.561	113.948	97,91	99.316	112,33
PRIDOBIVANJE IN PREDELAVA HRANE	4.155	4.291	96,83	3.888	106,87
PRIDOB., OBDELAVA IN PREDELAVA LESA	2.737	2.829	96,75	2.499	109,52
GEOLOGIJA, RUDARSTVO IN PREDEL. RUD.	518	524	98,85	441	117,46
KOVINARSTVO IN STROJNIŠTVO	10.748	11.038	97,37	9.801	109,66
ELEKTROTEHNIKA	4.463	4.546	98,17	3.895	114,58
KEMIJA IN NEKOVINE	1.041	1.073	97,02	947	109,93
PREDEL. TEKST., KOŽ., USNJIA IN KRZNA	4.430	4.490	98,66	4.715	93,96
DRUGA PROIZVODNJA IN STORITVE	2.906	3.008	96,61	2.562	113,43
GEODEZIJA, GRADBENIŠTVO IN KOMUNALA	4.754	4.880	97,42	3.128	151,98
PROMET	2.747	2.832	97,00	2.167	126,77
TRGOVINA, GOSTINSTVO IN TURIZEM	12.251	12.434	98,53	11.049	110,88
EKONOMIJA, ORGANIZAC. IN ADMINISTR.	15.075	15.246	98,88	12.747	118,26
IZOBRAŽEVANJE IN ZNANOST	3.496	3.499	99,91	2.693	129,82
KULTURA IN UMETNOST	1.011	1.020	99,12	905	111,71
ZDRAVSTVO IN SOCIALA	1.911	1.952	97,90	1.641	116,45
OSTALO	39.318	40.286	97,60	36.238	108,50

Slika 2: Registrirana brezposelnost po poklicnem sklopu brezposelnih (6)

### 1.1.2. Elementi sodobne zdravstvene nege

Bistvo sodobne zdravstvene nege, ki jo pomembno razlikuje od tradicionalne, je usmerjenost k pacientu kot celoviti osebnosti. Pacient je v središču dogajanja, njegova vloga je enakovredna in po svojih zmožnostih in spodobnostih pri zdravstveni negi sodeluje. Sodobna zdravstvena nega podpira odgovornost pacienta do samega sebe in spoštuje njegove odločitve, mnenja in želje. Sodobna zdravstvena nega je profesija, ki ima svoje avtonomno področje delovanja, lastne prisojnosti in odgovornosti, ter lastna stališča in vrednote (1).

Pri tradicionalni zdravstveni negi je poudarek na odvisni funkciji, medtem, ko gre pri sodobni zdravstveni negi za samostojno funkcijo delovanja. Tradicionalna funkcija ne deluje po procesu zdravstvene nege kot se to dogaja v sodobni. Tradicionalna zdravstvena nega daje poudarek enemu vidiku človeka – ali je to somatski ali psihični. Sodobna zdravstvena nega obravnava pacienta holistično. V sodobni zdravstveni negi govorimo o timskem modelu organiziranja in o sistematičnem, ciljanem odkrivanju negovalnih problemov. V tradicionalni zdravstveni negi prevladuje rutinsko, naključno odkrivanje problemov.

Sodobna zdravstvena nega je v celoti načrtovana za posameznega pacienta. Tradicionalna zdravstvena nega ni načrtovana v njej so načrtovane le naloge. V sodobni zdravstveni negi je zdravstvena nega v celoti dokumentirana v negovalni dokumentaciji in ovrednotena je uspešnost na osnovi izvedenega in doseženega, kar se pokaže v stanju in vedenju pacienta. V tradicionalni je dokumentacija skromna ali je sploh ni, vrednotenja ni (7).

Sodobno zdravstveno nego lahko najnazorneje opredelimo z njenimi temeljnimi značilnostmi oziroma elementi. Temeljni elementi sodobne zdravstvene nege namreč omogočajo kakovostno, kontinuirano in predvsem avtonomno stroko s svojim specifičnim delovanjem, saj v skrbi za zdravje posameznika, skupine in družbe zapolnjuje tiste vrzeli, ki jih medicina in druge znanosti ne morejo učinkovito pokrivati. Medtem ko medicina odkriva in zdravi bolezni, zdravstvena nega v okviru svojih pristojnosti preprečuje, odkriva in rešuje probleme pacientov oziroma varovancev, ki so lahko posledica bolezni ali pa drugih vzrokov. V bistvu so to reakcije posameznikov na njihovo boljše ali slabše zdravstveno stanje in počutje. To je področje samostojnega delovanja zdravstvene nege.

Temeljni elementi sodobne zdravstvene nege so: filozofija, terminologija, proces zdravstvene nege, modeli teorije, klasifikacija, empirični indikatorji, kategorizacija, komuniciranje, dokumentiranje, organiziranje, izobraževanje, strokovno izpopolnjevanje, raziskovanje, poklicni kodeks, poklicana združenja in zakonodaja.

Vsi navedeni temeljni elementi sodobne zdravstvene nege zagotavljajo njeno avtonomnost in suverenost, oziroma avtonomno področje delovanja in tako omogočajo profesionalizacijo stroke.

Vse skozi zdravstveno obravnavo pacienta se odvija proces zdravstvene nege, ki je metoda dela, ki s svojimi značilnostmi zahteva sodoben način delovanja. Značilnosti omogočajo sistematičnosti, dinamičnost, prožnost pri delu s pacientom, usmerjenost k pacientu, upoštevanje pacienta kot celovite in individualne osebnosti, njegove aktivne vloge in enakovrednost v zdravstveni negi. Proces zdravstvene nege omogoča prenos filozofije in teorije in modelov zdravstvene nege v prakso (1).

V nadaljevanju so podrobneje predstavljeni nekateri elementi sodobne zdravstvene nege, ki so bistveni za nazornejši prikaz raziskovalnega dela naloge.

### **1.2. Kategorizacija**

Kategorizacija je sistematična delitev ali združevanje predmetov ali pojmov po skupinah in razredih ali po splošnih značilnosti, po katerih se razlikujejo ali so si podobni. Kategorizaciji podobni pojmi so: klasifikacija, razdelitev, grupiranje, razvrščanje (8).

Kategorizacija zdravstvene nege pacientov pomeni razvrščanje pacientov v kategorije glede na zadovoljevanje potreb po zdravstveni negi v določenem časovnem obdobju (2).

Januarja 2003 je Razširjeni strokovni kolegij zdravstvene nege sprejel sklep, da se ustanovijo skupine na vseh ravneh delovanja zdravstvene nege s ciljem, da omenjeno metodo, na podlagi dosedanjih praktičnih izkušenj, dogradijo v zanesljivo orodje, ki bo nudilo kakovostne podatke za nacionalni izračun potreb po izvajalcih zdravstvene nege. Ustanovljen je bil

Kolegij za poenotenje slovenske kategorizacije zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege z nalogo, da se ugotovi verodostojnost, zanesljivost in uporabnost metode in pridobljenih podatkov. Namen kolegija je tudi razvoj in izboljšava metode in odpravljanje pomanjkljivosti, ki jih ugotavljamo pri delu v praksi, da bi bili pridobljeni podatki kakovostni, realni in primerljivi znotraj vseh slovenskih bolnišnic (9).

Kategorizacija zahtevnosti zdravstvene nege je orodje za ugotavljanje potreb po kadrih v zdravstveni negi. Njena uporaba nam omogoča kakovostno, kontinuirano in dobro načrtovano delo. Je pomemben element sodobne zdravstvene nege. Delo izvajalcev zdravstvene nege postane z vidika kadrovske potrebe načrtovano in organizirano, lahko ga je meriti in vrednotiti. Pri razvrščanju pacientov lahko izmerimo tudi čas, ki je potreben za zdravstveno nego pacientov. Izvajalci zdravstvene nege razvrščajo paciente v kategorije po svoji presoji. Opisane so značilnosti, kot so življenjske dejavnosti, posebnosti terapevtskega programa in psihosocialne potrebe (2). Z uporabo kategorizacije lahko prikažemo obremenjenost zaposlenih in izračun potreb kadrov v zdravstveni negi. V slovenskem prostoru se kategorizacija zahtevnosti zdravstvene nege v največji meri izvaja v bolnišnični obravnavi, bistveno manj se kategorizacija uporablja v osnovnem zdravstvenem varstvu (10).

### **1.2.1. Namen in cilji razvrščanja pacientov v kategorije**

Preden načrtujemo zdravstveno nego za posameznega pacienta, ga moramo spoznati. Pomembno je da imamo dovolj časa spoznati bistvo posamezne potrebe, preden jo skušamo zadovoljiti. Koristno je le sistematično ugotavljanje potreb. V preteklosti so medicinske sestre to pogosto opravljale nekako mimogrede in neorganizirano. Podatkov niso zapisovale, niti jih niso posredovale drugim članom negovalnega tima. Pri takem delu se nujno dogaja, da zbirajo različni sodelavci o isti osebi vedno znova informacije, uspeh pa je manjši, kot bi moral biti ob tolikšni porabi časa. Kadar si delavci v negovalnem timu ne izmenjujejo informacij o pacientu, ni možna sinteza ali pa je nepopolna in včasih celo napačna (11).

Namen kategorizacije zdravstvene nege pacientov je predvsem, da bi ocenili intenzivnost zdravstvene nege ter izračunali stroške (dejanske, predvidene) za posamezni oddelek, prikazali ravnotežje med pacientovo potrebo po zdravstveni negi na eni strani in kadrovskimi zmogljivostmi negovalne enote na drugi strani (2):



- **Spremljanje potreb po zdravstveni negi:** koliko potrebne zdravstvene nege je bilo opravljeno, število pacientov, ki so bili deležni zdravstvene nege na oddelku, ali se je pacientova potreba po zdravstveni negi spremenila, ali so se način, intenzivnost ali kakovost zdravstvene nege posameznega oddelka čez čas kaj spremenili.
- **Načrtovanje in spremljanje človeških virov:** potreba po osebju za zdravstveno nego in razpoložljivosti osebja, ali so kadrovski viri glede na potrebo po zdravstveni negi znotraj oddelka in med oddelki najboljše porazdeljeni.
- **Upravljanje in spreminjanje stroškov zdravstvene nege:** spremljanje, kako potrebe po zdravstveni negi vplivajo na stroške, osnova za pregled stroškov zdravstvene nege za posameznega pacienta, na dan, na negovalno enoto, osnova za pregled stroškov zdravstvene nege za paciente s posameznimi diagnozami, osnova za izračun cene negovalnih storitev.
- **Osnova za vrednotenje in analizo ter možnost za boljše upravljanje dejavnosti zdravstvene nege hkrati pa tudi za spremljanje izpolnjevanja ciljev, kakovosti dela ali osnova za ukrepe za povečanje učinkovitosti dela.**

### 1.2.2. Metode kategorizacije

Metoda razvrščanja pacientov v kategorije in metoda večkratnega trenutnega opazovanja ne zagotavlja samo objektivnih podatkov za management, vendar nam podatki dajejo tudi možnost, da razpravljamo o kakovosti zdravstvene nege. Dolgoročno pa so podatki uporabni za oblikovanje politike na področju količine in kakovosti v zdravstveni negi (10).

Obstaja več metod kategorizacije pacientov, ki se uporabljajo glede na potrebe, zahtevnost in zmožnost posameznega oddelka ali zavoda.

Pri uporabi več metod kategorizacije zdravstvene nege pacienta v praksi dobimo vpogled v to, kaj nam metode ponujajo in katera je najprimernejša za delo v procesu zdravstvene nege pacienta glede na potrebe naše stroke. Metode bi bilo treba definirati tako, da bi bili rezultati primerljivi, ker ni rečeno, da je ista metoda uporabna v vseh zavodih in bolnišnicah.

Sistemi razvrščanja v kategorije, ki jih sedaj uporabljamo, so relativno mladi, saj začetki segajo v petdeseta in šestdeseta leta prejšnjega stoletja. Danes v svetu obstaja več kot tisoč različnih sistemov razvrščanja pacientov, vendar se je le nekaj od njih uveljavilo za široko uporabo. Namen sistemov za razvrščanje je razporeditev pacientov glede na potrebe zdravstvene nege v določeno število razredov ali kategorij (2).

V nadaljevanju so predstavljene dve najbolj pogosto uporabljeni metodi kategorizacije pacientov v Sloveniji.

### **1.2.3. Kategorizacija zdravstvene nege po metodi RUSH**

Sistem kategorizacije Rush je ameriška metoda razvrščanja pacientov in zdravstvene nege, ki so jo razvili na Univerzi Rush v ZDA (1).

Metoda RUSH je sestavljena iz dveh delov. Sistema kategorizacije zdravstvene nege pacienta in študije aktivnosti ter sistema ohranjanja kakovosti zdravstvene nege.

Kategorizacija zdravstvene nege pacienta v metodi RUSH temelji na indikatorjih. Indikatorji so razdeljeni na tri glavna področja : Status pacienta, osnovna zdravstvene nega in terapevtske potrebe. Ta tri glavna področja pokrivajo fizične in psihične potrebe pacienta po zdravstveni negi, kot tudi potrebo po učenju. Kategorizacijo zdravstvene nege pacienta je potrebno narediti vsak dan s pomočjo priročnika za presojo vsakega indikatorja posebej. Indikatorji določajo različne točke, združene točke pa opredelijo kateri skupni zahtevnosti oziroma kategoriji pacient pripada (12).

Preglednica 1: RUSH indikatorji s točkami (12)

	<i>Indikatorji</i>	<i>Točke</i>
1.	<i>Vpis / preselitev</i>	3
2.	<i>Izpis / smrtni primer / preselitev</i>	2
3.	<i>Nezavesten</i>	24
4.	<i>Zmeden / neorientiran</i>	15
5.	<i>Inkontinenca / močno potenje</i>	18
6.	<i>Slep / poslabšanje vida</i>	12
7.	<i>Izolacija</i>	9
8.	<i>Delno imobiliziran</i>	9
9.	<i>Popolnoma imobiliziran</i>	24
10.	<i>Neprekinjen nadzor / dodaten nadzor</i>	24
11.	<i>Traheostoma</i>	24
12.	<i>Obsežna nega kože / ran</i>	24
13.	<i>Lažja nega kože / ran / preventivna nega kože</i>	8
14.	<i>Popolna odvisnost pri zamenjavi položaja v postelji</i>	10
15.	<i>Sedeči položaj s pomočjo</i>	5
16.	<i>Samostojen pri zamenjavi položaja v postelji</i>	0
17.	<i>Delna pomoč pri osebni higieni</i>	3
18.	<i>Popolna pomoč pri osebni higieni</i>	4
19.	<i>Delna pomoč pri obrokih</i>	3
20.	<i>Popolna pomoč pri obrokih oralno / NGS</i>	10
21.	<i>Merjenje izločene tekočine / urina</i>	2
22.	<i>Odvzem vzorcev / pomoč pri odvzemu vzorcev</i>	2
23.	<i>Intravenozna terapija</i>	12
24.	<i>Priprave / pomoč pri pregledu, zdravljenju / operacije</i>	3
25.	<i>NGS, SUK / nega / zdravljenje</i>	8
26.	<i>Terapija s kisikom</i>	6
27.	<i>Posebna opazovanja</i>	12
28.	<i>Posebne potrebe po učenju</i>	12
29.	<i>Posebne potrebe po psihični podpori</i>	12
30.	<i>Dajanje zdravil oralno / intramuskularno / subkutano / rektalno</i>	10
31.	<i>Spremljanje bolnika na preiskave / gre po bolnika</i>	5

Štiri kategorije zdravstvene nege po metodi RUSH so (12) :

- Zmore sam - 1,
- Delna potreba po zdravstveni negi - 2,
- Popolna potreba po zdravstveni negi - 3,
- Intenzivna potreba po zdravstveni negi – 4.

S časovnimi in frekvenčnimi študijami so kategorijam zdravstvene nege pripisali štiri ključna števila. Te so : število ur na dan, vsota točk na dan, povprečje zahtevnosti zdravstvene nege na dan in raven teže zdravstvene nege na dan.

Ključna števila so določena, kot kaže tabela 2 (ena točka odgovarja približno petim minutam). Indeks zahtevnosti zdravstvene nege na določenem oddelku izračunamo tako, da skupno število točk za vse kategorije delimo s številom pacientov. Indeks oddelka potem lahko primerjamo s povprečnimi točkami po kategorijah teže zdravstvene nege (12).

**Preglednica 2: Ključna števila po metodi RUSH (12)**

<i>Kategorija</i>	<i>Ure</i>	<i>Točke</i>	<i>Povprečje zahtevnosti zdravstvene nege</i>	<i>Raven zahtevnosti zdravstvene nege</i>
<b>1</b>	0-2	0-24	0,5	0,00-0,74
<b>2</b>	2-4	25-48	1,0	0,75-1,74
<b>3</b>	4-10	49-120	2,5	1,75-3,74
<b>4</b>	10+	121+	5,0	3,75-5,00

*Primer izračuna potrebe po kadrih po kategorizacijskem sistemu RUSH:*

Če 4 pacienti različnih kategorij na oddelku potrebujejo skupno 48 ur zdravstvene nege na dan bolnišnične oskrbe, delimo 48 ur oskrbe zdravstvene nege z 8 urami (eno izmeno), dobimo število kadra, ki je potrebno za oskrbo 4 pacientov v 24 urah. Izračunamo, da potrebujemo 6 izvajalcev zdravstvene nege na dan, za 4 paciente. Če delimo število izvajalcev zdravstvene nege s tremi turnusi ( dopoldne, popoldne, nočna), potrebujemo na eno izmeno za oskrbo teh 4 pacientov 2 izvajalca zdravstvene nege.

### **1.2.4. Kategorizacija zdravstven nege po metodi SAN JOAQUIN**

Najbolj poznan in uporabljen sistem kategorizacije pacientov je ameriški sistem San Joaquin, ki so ga začeli v bolnišnici San Joaquin leta 1979 v ZDA, da bi izmerili količino opravljenega dela v zdravstveni negi. Vsebuje razvrščanje pacientov v kategorije in merjenje posrednih in neposrednih aktivnosti zdravstvene nege (1).

Zdravstvena nega hospitaliziranega pacienta obsega ugotavljanje negovalnih problemov, načrtovanje, izvajanje, dokumentiranje in ocenjevanje zdravstvene nege, izvajanje zdravstvene vzgoje in izobraževanje ter izvajanje higienskega nadzora. Po naročilu zdravnika jemanje vzorcev za preiskave, dajanje zdravil, izvajanje in sodelovanje pri diagnostično terapevtskih in rehabilitacijskih posegih ter organiziranje napotitve pacienta na diagnostično terapevtske posege v druge organizacijske enote. Zdravstvena nega se izvaja na standardnem bolnišničnem oddelku (12).

Rezultat dela, že predhodno omenjenega kolegija, je sistem razvrščanja v kategorije Slovenska kategorizacija zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege (SKZBZN, tabela 1). Slovenska verzija je spremenjena in prilagojena našemu okolju, organizacijskim in kulturnim posebnostim (2).

**Preglednica 3: Obrazec SKZBZN (13)**

<i>Kategorije zahtevnosti zdravstvene nege</i>	<i>I.</i>	<i>II.</i>	<i>III.</i>	<i>IV.</i>
<b>1</b> <i>Pretežno samostojen</i>	( )			
<b>2</b> <i>Delna pomoč pri osebni higieni</i>		( )	( )	
<b>3</b> <i>Popolna pomoč pri osebni higieni</i>			( )	( )
<b>4</b> <i>Delna pomoč pri gibanju</i>		( )	( )	
<b>5</b> <i>Popolna pomoč pri gibanju</i>			( )	( )
<b>6</b> <i>Delna pomoč pri hranjenju</i>		( )	( )	
<b>7</b> <i>Popolna pomoč pri hranjenju</i>			( )	( )
<b>8</b> <i>Pomoč pri zagotavljanju varnosti</i>		( )	( )	( )
<b>9</b> <i>Aplikacija terapije (večkratna in/ali dolgotrajna)</i>		( )	( )	( )
<b>10</b> <i>Nadzor na 2 do 3 ure /neposredno opazovanje</i>			( )	( )
<b>11</b> <i>Stalen nadzor</i>				( )
<i>Korekcijski faktor</i>	1	1	0.5	
<b>Skupaj</b>				

**Vsebinski opis kategorij:**

- I. kategorija zahtevnosti zdravstvene nege:** Sem spada pacient, ki je pretežno samostojen pri osnovnih življenjskih dejavnostih: potrebuje le nadzor, medicinsko-tehnične postopke in posege ter zdravstveno-vzgojno in/ali socialno-terapevtsko delo.

**II. kategorija zahtevnosti zdravstvene nege:** Sem spada pacient, ki potrebuje pomoč pri eni ali več od naštetih dejavnosti: osebni higieni, gibanju, hranjenju in/ali varnosti; poleg tega lahko potrebuje tudi pogostejšo in/ali dolgotrajnejšo aplikacijo terapije, pogostejše spremljanje vitalnih funkcij in/ali reden nadzor nad gibanjem v bolnišničnem okolju ter zdravstveno-vzgojno in/ali socialno-terapevtsko delo.

**III. kategorija zahtevnosti zdravstvene nege:** Sem spada pacient, ki potrebuje popolno pomoč pri eni ali več dejavnostih: osebni higieni, gibanju, hranjenju in/ali varnosti; poleg tega lahko potrebuje pogostejšo in/ali dolgotrajnejšo aplikacijo terapije, spremljanje vitalnih znakov v neprekinjenih intervalih oziroma neposredno opazovanje ter zdravstveno-vzgojno in/ali socialno-terapevtsko delo.

**IV. kategorija zahtevnosti zdravstvene nege:** Sem spada pacient, ki poleg zgoraj naštetega, potrebuje še stalno spremljanje vitalnih znakov in/ali stalno spremljanje psihofizičnega stanja (9).

#### Vsebinski opis kriterijev (13) :

**1. Kriterij št. 1: PRETEŽNO SAMOSTOJEN** je izpolnjen, če velja:

- Pacient je pri izvajanju osnovnih življenjskih aktivnosti (oblačenju, gibanju, hranjenju, izločanju, osebni higieni, vzdrževanju telesne temperature, pri namestitvi in legi v postelji, pri izogibanju nevarnostim iz okolja, komuniciranju itd.) samostojen, lahko pa potrebuje **spodbujanje in usmerjanje** k samooskrbi.
- Pacient je sposoben izvajati vse zgoraj naštete življenjske aktivnosti, tudi če ima začasno infuzijo (krajšo od 8 ur) oz. vstavljen katerikoli kateter ali sondo.
- Pacient je **invalid, ki se samostojno giblje** s pomočjo invalidskega vozička in je sposoben samostojno izvajati vse zgoraj naštete aktivnosti.
- Pacienta opazujemo in / ali pri njemu izvajamo **različne meritve do 3x dnevno** (merjenje vitalnih znakov, tekočinska bilanca, tehtanje, pulzna oksimetrija ipd).
- Pacientu **apliciramo zdravila do 5x dnevno** (per os, i.m., s.c., i.v., vaginalno, rektalno, v stomo, v uho, v nos, v oko, na sluznico, po sondi, v kratkih infuzijah (krajših od 30 minut), v obliki inhalacij ipd.).

- Pacientu apliciramo **krajšo (najmanj 30 minut trajajočo) parenteralno terapijo do 2x na dan;**
- Pri pacientu, svojcih in / ali zanj pomembnih drugih izvajamo **nenačrtovano zdravstveno-vzgojno delo** na podlagi ugotovljenih negovalnih problemov, narave bolezni in postopkov zdravljenja; sem spada vsakodnevna komunikacija: preverjanje informiranosti in znanja pacienta v zvezi s trenutnim zdravstvenim stanjem, ponavljanje, pojasnjevanje, odgovarjanje na vprašanja ipd.

**2. Kriterij št. 2: DELNA POMOČ PRI OSEBNI HIGIENI** je izpolnjen, če velja:

- Pacientu pomagamo pri umivanju v postelji tako, da mu prinesemo pripomočke za umivanje, ga vzpodbujamo, usmerjamo in nadziramo pri umivanju, ter mu umijemo težko dostopne predele telesa, kot so: hrbet, noge, anogenitalni predel.
- Pacientu pomagamo pri umivanju pri umivalniku ter mu umijemo težko dostopne dele telesa.
- Pacientu pomagamo pri tuširanju ali kopanju v kopalnici.
- Pacienta vodimo in nadzorujemo pri aktivnosti osebne higiene.
- Pacient, ki bi bil pri izvajanju aktivnosti osebne higiene sicer lahko samostojen, potrebuje **izvajanje izolacijskih ukrepov** zaradi varovanja sebe in / ali okolice.

**3. Kriterij št. 3: POPOLNA POMOČ PRI OSEBNI HIGIENI** je izpolnjen, če velja:

- Osebno higieno pacienta v celoti izvajamo v postelji ali kopalnici.

**4. Kriterij št. 4: DELNA POMOČ PRI GIBANJU** je izpolnjen, če velja:

- Pacientu, ki lahko sam vzdržuje položaj v postelji, pomagamo pri obračanju in nameščanju v ustrezen položaj v postelji.
- Pacientu pomagamo pri vstajanju iz postelje in / ali pri hoji, tako da ga podpiramo s pomočjo ene ali dveh oseb.
- Pacientu pomagamo pri nameščanju protetičnih pripomočkov za gibanje.
- Pacienta vodimo in nadzorujemo pri aktivnosti gibanja.

5. **Kriterij št. 5: POPOLNA POMOČ PRI GIBANJU** je izpolnjen, če velja:

- Pacient je nepomičen v postelji.
- Pacient ni sposoben sam spreminjati položaja v postelji.
- Pacient ni sposoben vzdrževati lege brez dodatnih pripomočkov za podlaganje.

6. **Kriterij št. 6: DELNA POMOČ PRI HRANJENJU** je izpolnjen, če velja:

- Pacientu pomagamo pri končni pripravi hrane (rezanju, mazanju, odpiranju embalaže ipd.), nato se hrani samostojno.
- Pacienta, ki se hrani samostojno, vodimo in nadziramo pri aktivnosti hranjenja.

7. **Kriterij št. 7: POPOLNA POMOČ PRI HRANJENJU** je izpolnjen, če velja:

- Pacienta hranimo per os, spodbujamo in nadziramo pri požiranju.
- Pacienta hranimo po nazogastrični sondi ali stomi.

8. **Kriterij št. 8. – POMOČ PRI ZAGOTAVLJANJU VARNOSTI**

- Pacienta opazujemo in / ali pri njemu izvajamo **različne meritve 4x dnevno** ali pogosteje (merjenje vitalnih znakov, tekočinska bilanca, tehtanje, pulzna oksimetrija ipd.
- pri **akutno ali kronično zmedenem pacientu** in / ali **samomorilno ogroženem pacientu** in / ali **otroku, ki ni sposoben sam prepoznati nevarnosti okolja**, izvajamo **reden nadzor nad gibanjem v bolnišničnem okolju (12x dnevno** ali pogosteje), **nad izvajanjem osnovnih življenjskih aktivnosti ter nad izvajanjem aktivnosti na oddelku**. Nadzor se nanaša na: redne nadzorne obhode medicinske sestre, antisuicidalni pakt, ipd. Za zagotavljanje pacientove varnosti v okolju pa izvajamo tudi terapevtsko komunikacijo, zdravstveno-vzgojno in socio-terapevtsko delo ter usmerjanje v aktivnosti, ki niso ogrožujoče za pacientovo varnost.



**9. Kriterij št. 9: APLIKACIJA TERAPIJE (VEČKRATNA IN /ALI DOLGOTRAJNA)**

je izpolnjen le, če velja:

- Pacientu teče infuzija in / ali perfuzija in / ali transfuzija **nepretrgoma najmanj 8 ur na dan.**
- Pacientu apliciramo krajšo (najmanj 30 minut trajajočo) parenteralno terapijo **3x na dan** ali pogosteje.
- Pacientu apliciramo **katerokoli citostatsko terapijo parenteralno.**
- Pacientu apliciramo zdravila **na isti način** (per os, i.m., s.c., i.v., vaginalno, rektalno, v stomo, v uho, v nos, v oko, na sluznico, po sondi, v kratkih infuzijah (krajših od 30 minut), v obliki inhalacij ipd. **vsaj 6x na dan ali pogosteje** (lahko so različna zdravila).
- Pacient prejema **neprekinjeno terapijo s kisikom.**

**10. Kriterij št. 10. – NADZOR NA 2 DO 3 URE/NEPOSREDNO OPAZOVANJE**

- Pri pacientu opazujemo in / ali merimo ter pisno dokumentiramo istočasno **vsaj 3 vitalne funkcije** (telesna temperatura, dihanje, srčni utrip, krvni tlak, stanje zenic, stanje zavesti itd.) **od 8 do 12x na dan**; ob tem lahko uporabljamo različne merilne aparate.
- Pri pacientu opazujemo in / ali merimo ter pisno dokumentiramo istočasno **vsaj 3 druga stanja** (stanje kože, sluznice, rane, vitalnost dela telesa, reakcije po cepljenju, urne diureze, krvnega sladkorja ipd. **ali večkrat na dan.**
- Pri pacientu opazujemo in / ali merimo ter pisno dokumentiramo **kombinacijo vitalnih funkcij in drugih stanj** – skupaj **vsaj 3 vzporedne meritve 8 ali večkrat na dan.**
- pri **hetero ali avtoagresivnem pacientu** izvajamo **neposredno opazovanje**, terapevtsko usmerjeno komunikacijo in učenje spretnosti zmanjševanja napetosti za obvladovanje agresivnosti ali zmanjšanje samomorilne ogroženosti. Zaradi zagotavljanja varnosti je tak pacient hospitaliziran na varovanem bolniškem oddelku.

### **11. Kriterij št. 11. – STALNI NADZOR**

- Pri pacientu, katerega zdravstveno stanje zahteva **stalno prisotnost medicinske sestre**, opazujemo in / ali merimo ter pisno dokumentiramo **vsaj 3 vitalne funkcije pogosteje kot na 2 uri** oz. nad 12x na dan.
- Pri pacientu, katerega zdravstveno stanje zahteva **stalno prisotnost medicinske sestre** in je v dokumentaciji definirano kot **posebno psihično stanje**, izvajamo **telesno omejevanje**, stalno terapevtsko komunikacijo ter **stalno spremljanje psihičnega in fizičnega stanja** z obveznim dokumentiranjem na obrazec o neprekinjenem varovanju pacienta.

#### **Medsebojno izključevanje kriterijev znotraj iste ocenitve (13) :**

- Kriterij št. 1: **Pretežno samostojen** izključuje vse ostale kriterije.
- Kriterij št. 2: **Delna pomoč pri osebni higieni** izključuje kriterij št. 3: **Popolna pomoč pri osebni higieni**.
- Kriterij št. 4: **Delna pomoč pri gibanju** izključuje kriterij št. 5: **Popolna pomoč pri gibanju**.
- Kriterij št. 6: **Delna pomoč pri hranjenju** izključuje kriterij št. 7: **Popolna pomoč pri hranjenju**.
- Kriterij št. 8: **Pomoč pri zagotavljanju varnosti** izključuje 2 kriterija:
  1. kriterij št. 10: **Nadzor na 2 do 3 ure / neposredno opazovanje** in
  2. kriterij št. 11: **Stalen nadzor**.
- Kriterij št. 10: **Nadzor na 2 do 3 ure / neposredno opazovanje** izključuje kriterij št. 11: **Stalen nadzor**.

Glede na vsebinski opis posameznih kriterijev zdravstvene nege lahko razdelimo negovalne postopke v dve večji skupini. In sicer, na postopke, ki jih izvajamo neposredno ob pacientu – neposredno zdravstveno nego in na postopke, ki zahtevajo strokovno znanje, ni pa nujno, da potekajo ob pacientu – posredno zdravstveno nego (14, 15).

### 1.3. Posredna ali neposredna zdravstvena nega

Od leta 1995 do 1999 je v Kliničnem centru Ljubljana, Psihiatrični kliniki in Bolnišnici Golnik potekala raziskava, kjer so primerjali obremenitve medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov na delovnem mestu. Namen raziskave je bil opredeliti delovne obremenitve medicinskih sester na delovnem mestu za vpeljavo kategorizacije z namenom njihove razbremenitve. Del te raziskave je zajemal tudi področje primerjave posredne in neposredne zdravstvene nege iz časovnega vidika. Ugotovili so, da glavne medicinske sestre na oddelkih v približno 28 odstotkih dela opravljajo neposredno zdravstveno nego, ves ostali čas posredno. Ostale medicinske sestre, slabo polovico dela (46 odstotkov), opravljajo neposredno in ostali čas pa posredno zdravstveno nego. Pri zdravstvenih tehnikih je čas dela neposredne zdravstvene nege približno enak posrednemu (14).

V Ameriki v New Jerseyu je bila narejena raziskava, kjer so preverjali posredno delo medicinskih sester na oddelkih in delegiranje le-teh svojim kolegom ali podrejenim. Ugotovili so, da je bilo izmed 26 intervencij posredne zdravstvene nege, ki jih je več kot polovica od vseh vprašanih opisala kot najpogosteje opravljene pri svojem delu, največ dokumentiranja (97 odstotkov), delegiranja in predpisovanja dela v približno 80 odstotkih in managementa vseh vrst v dobrih dveh tretjinah odgovorov. Okrog 40 – 60 odstotkov jih je odgovorilo, da najpogosteje preverjajo potek prejetanja terapije, opravljajo telefonske pogovore, se ukvarjajo s predajo poročil, pomoči obiskovalcev bolnišnice in transportom pacientov ali stvari. Večina se le redko ukvarja s triažo in evalviranjem dela (16).

#### 1.3.1. Posredna zdravstvena nega

*»Posredna zdravstvena nega so negovalne aktivnosti, ki jih izvajamo za določenega pacienta ali za vse paciente, vendar ni nujno, da potekajo ob njem.«*

(14)

Aktivnosti posredne zdravstvene nege so (14):

- Priprava na medicinsko tehnične posege pri pacientu;
- Pogovor o pacientu;
- Administrativna dela;

- Higijenski postopki, priprava na postopke zdravstvene nege in opravila po zaključku postopkov zdravstvene nege ali medicinsko tehničnega posega;
- Ocenjevanje pacientovih potreb, učenje sodelavcev, navodila sodelavcem – mentorstvo;
- Predaja in sprejem dela ob menjavi izmene;
- Organizacija in vodenje;
- Kratki odmori – osebna nega medicinske sestre;
- Uradni odmori – malica.

Del posredne zdravstvene nege je tudi komunikacija, ki se izvaja med osebjem in poteka o pacientih, kar je bistveno za dobro sodelovanje in kontinuiteto v timih. To je tudi del predaje službe, ki še vedno navadno poteka ločeno od pacientov, torej ne v bolniških sobah temveč v sestrskih postajah, dnevnem prostoru ali ambulanti. Administrativni del je del posredne zdravstvene nege, ki zajema delo, ki ga medicinska sestra opravi, da je pacientu zagotovljena identiteta in varnost, ko gre za označevanje dokumentov, izdelav zapestnic za označevanje odvzetega materiala, izdelavo nalepk, pisanje dokumentacije, označevanje zdravil, dokumentiranje aplicirane terapije, dokumentacija raznih intervencij in naročanje materiala, potrebnega za kvalitetno izvedbo dela ter popis porabljenega in prejetega materiala.

Medicinska sestra ima obenem nalogo, da vodi tim, kar pomeni, da je odgovorna za supervizijo tima, organizacijo dela na oddelku, vodi dnevnik dela in organizira sestanke, ki so pomembni za kvalitetno delo na oddelku. Tudi medicinske sestre imajo med službo čas zase, to je čas, ki ga preživijo v prostoru za rekreacijo, na malici ali drugje (17).

### 1.3.2. Neposredna zdravstvena nega

*»Neposredna zdravstvena nega so negovalne aktivnosti, ki jih medicinske sestre izvajajo neposredno s pacientom ali v določenih primerih s člani družine«. (15)*

Aktivnosti medicinske sestre v neposredni zdravstveni negi so:

- Opazovanje pacienta;
- Komuniciranje s pacientom;
- Medicinsko tehnični posegi pri pacientu;

- Vse intervencije, ki jih medicinska sestra izvaja ob bolniku, da so mu zadovoljene življenjske aktivnosti (14).

Na podlagi zbranih podatkov medicinska sestra postavi negovalne diagnoze, opredeli cilje in kriterije. Cilji zdravstvene nege so vezani na negovalne probleme pacienta, ki niso vedno posledica obolenja. Oblikuje se načrt zdravstvene nege in določijo intervencije, preko katerih bo dosežen rezultat. Uspešnost zdravstvene nege je določena ob koncu in evalvaciji doseženih ciljev, ki so bili postavljeni v začetku (18).

### **1.4. Organizacija in obremenitev kadra na bolnišničnem oddelku**

V tem delu je predstavljeno vodenje in upravljanje dnevne delovne obremenitve medicinske sestre povezano s potrebnim večjim ali manjšim številom medicinskih sester v ambulanti ali službi. Vsak dispanzer / služba želi dati pacientu / družini najboljšo obravnavo in zdravstveno nego kot je mogoče. Za ta namen v dispanzerju / službi potrebujemo določeno število medicinskih sester z določeno stopnjo strokovne izobrazbe. Število medicinskih sester, ki je potrebno v delovni izmeni niha s številom pacientov v posameznih kategorijah (19).

#### **1.4.1. Organizacija v zdravstveni negi**

Organiziranje je neprekinjen proces, ki ga opravljajo menedžerji. Vsako smotno zaporedje opravljenih nalog oziroma operacij oblikuje proces. Zaporedje operacij med delavci in sredstvi odseva v delovnem procesu. Med sredstvi in predmeti dela se odvija tehnološki proces (3).

Poleg vseh vrednot, ki jih mora dobra medicinska sestra imeti, je zelo pomembna tudi sposobnost organizacije – managementa. Za dobro organizacijo dela na oddelku pa je ključnega pomena poznavanje vseh negovalnih postopkov, ki se na oddelku vršijo.

Management pomeni planiranje, organiziranje, vodenje in kontroliranje dela v organizaciji in s tem v zvezi vseh nalog in aktivnosti, ki jih zaposleni opravljajo. Management bi lahko opredelili tudi kot ustvarjalno reševanje problemov, ki se pojavljajo na področju planiranja, organiziranja, vodenja in pregledovanja razpoložljivih virov pri doseganju ciljev poslanstva in razvoja organizacije (20).

Pri zdravstveni negi opažamo, da so medicinske sestre v slovenskih bolnišnicah v primerjavi z raziskavami v razvitem svetu pomembno manj usmerjene v fleksibilnost, timsko delo in inovativnost, saj je v ospredju kultura hierarhije, kar kaže na nerazvojno naravnost (21).

### 1.4.2. Kadrovske normative za izvajalce zdravstvene nege v bolnišnični dejavnosti

Menedžment slovenskih bolnišnic naj bi se soočil s svojim notranjim okoljem bolnišnice, to je hierarhična usmerjenost in poklicna diferenciacija, prevzeti odgovornost zanj in ga pričeti spreminjati v kulturo timskega dela, odprte komunikacije, inovativnosti, vključevanje zaposlenih v odločanje in razvoj zaposlenih (21).

Potrebna je jasna definicija postopnih sprememb v kadrovske strukturi v zdravstvenih in socialnih zavodih v korist diplomiranih medicinskih sester za naslednjih pet let, predvsem tam, kjer delovna mesta, ki zahtevajo VII. stopnjo izobrazbe, zasedajo kadri s V. stopnjo izobrazbe (4).

Žal še do danes niso izdelani in sprejeti kadrovske standardi in normative v zdravstvu, v vmesnem času sta Ministrstvo za zdravje in Zbornica zdravstvene in babiške nege odstopili od možnosti reševanja zadevne problematike z nacionalnimi poklicnimi kvalifikacijami, niti do danes še ni bila niti predstavljena kakšna druga sistemska ureditev te problematike (22).

Kadrovske normative je leta 2003 postavil Razširjeni strokovni kolegij zdravstvene nege. Oblikovani so bili na osnovi kategorizacijskega sistema San Jaoquin. Predstavljeni pa so v brošuri z naslovom Slovenska kategorizacija zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege.

Obstajajo obrazci za izračun kadrovskih normativov (9, 13):

1. Obrazec za neto kadrovske normativ za izvajanje zdravstvene nege v 24. urah na modelu kliničnega oddelka sestavljenega bolniškega oddelka, enote intenzivne nege in intenzivne terapije;
2. Obrazec za **neto** kadrovske normativ za izvajalce zdravstvene nege v 24 urah glede na kategorijo zahtevnosti zdravstvene nege;
3. Obrazec za **bruto** kadrovske normativ za izvajalce zdravstvene nege v 24 urah glede na kategorijo zahtevnosti zdravstvene nege, kjer je upoštevan korekcijski faktor.

**Preglednica 4: Neto kadrovski normativ za izvajanje zdravstvene nege v 24 urah na modelu kliničnega oddelka sestavljenega iz bolniškega oddelka, enote intenzivne nege in intenzivne terapije (pri neto kadrovskem normativu ni upoštevan faktor odsotnosti) (9, 13).**

<i>Kategorija zahtevnosti ZN</i>	<i>Št. postelj / št. pacientov</i>	<i>Razpored / 24 ur</i>	<i>Zdravstveni tehniki</i>	<i>Medicinske sestre</i>
<b><i>I. kategorija zahtevnosti ZN</i></b>	18	dopoldne	2	1
		popoldne	2	0,5
		ponoči	1	dežurna
		prosto	1	/
<i>Skupaj: 2,4 pacienta / izvajalca ZN</i>	<b>18</b>	<b>24 ur</b>	<b>6</b>	<b>1,5</b>
<b><i>II. kategorija zahtevnosti ZN</i></b>	6	dopoldne	1	1
		popoldne	1	0,5
		ponoči	1	dežurna
		prosto	1	/
<i>Skupaj: 1,1 pacienta / izvajalca ZN</i>	<b>6</b>	<b>24 ur</b>	<b>4</b>	<b>1,5</b>
<b><i>III. Kategorija zahtevnosti ZN</i></b>	12	dopoldne	2	2
		popoldne	2	2
		ponoči	2	2
		prosto	2	2
<i>Skupaj: 0,75 pacienta /izvajalca ZN</i>	<b>12</b>	<b>24 ur</b>	<b>8</b>	<b>8</b>
<b><i>IV. Kategorija zahtevnosti ZN</i></b>	10	dopoldne	3	7
		popoldne	3	7
		ponoči	3	6
		prosto	3	6
<i>Skupaj: 0,26 pacienta / izvajalca ZN</i>	<b>10</b>	<b>24 ur</b>	<b>12</b>	<b>26</b>

Sledijo primeri izračunov neto kadrovskih normativov za izvajanje zdravstvene nege v 24 urah za vse 4 kategorije zahtevnosti zdravstvene nege.

### ***I. Kategorija zahtevnosti bolnišnične nege***

$\frac{18}{7,5} = 2,4$  (obračunano število postelj za I. kategorijo zahtevnosti zdravstvene nege delimo s skupnim številom izvajalcev zdravstvene nege). Dobimo neto kadrovski normativ za prvo kategorijo zahtevnosti bolnišnične nege, ki znaša 2,4 pacienta na izvajalca zdravstvene nege.

### ***II. Kategorija zahtevnosti bolnišnične nege***

$\frac{6}{5,5} = 1,1$  (obračunano število postelj za II. kategorijo zahtevnosti zdravstvene nege delimo s skupnim številom izvajalcev zdravstvene nege). Dobimo neto kadrovski normativ za drugo kategorijo zahtevnosti bolnišnične nege, ki znaša 1,1 pacienta na izvajalca zdravstvene nege.

**III. Kategorija zahtevnosti bolnišnične nege**

$\frac{12}{16} = 0,75$  (obračunano število postelj za III. kategorijo zahtevnosti zdravstvene nege delimo s skupnim številom izvajalcev zdravstvene nege). Dobimo neto kadrovski normativ za tretjo kategorijo zahtevnosti bolnišnične nege, ki znaša 0,75 pacienta na izvajalca zdravstvene nege.

**IV. Kategorija zahtevnosti bolnišnične nege**

$\frac{10}{38} = 0,26$  (obračunano število postelj za IV. kategorijo zahtevnosti zdravstvene nege delimo s skupnim številom izvajalcev zdravstvene nege). Dobimo neto kadrovski normativ za četrto kategorijo zahtevnosti bolnišnične nege, ki znaša 0,26 pacienta na izvajalca zdravstvene nege.

**Preglednica 5: Neto kadrovski normativ za izvajalce zdravstvene nege v 24 urah glede na kategorijo zahtevnosti zdravstvene nege (pri neto kadrovskem normativu ni upoštevan korekcijski faktor) (9, 13).**

<i>Neto kadrovski normativ za</i>	<i>Št. pacientov / izvajalca</i>	<i>Št. izvajalcev ZN / pacienta</i>	<i>razmerje</i>
<b>I. kategorijo zahtevnosti ZN</b>	3,00 pacienta / ZT	0,33 ZT / pacienta	80,00%
	12,00 pacienta / DMS	0,08 DMS / pacienta	20,00%
<i>Skupaj</i>	<b>2,40 pacienta / izvajalca ZN</b>	<b>0,41 izvajalca ZN / pacienta</b>	<b>100%</b>
<b>II. Kategorijo zahtevnosti ZN</b>	1,50 pacienta / ZT	0,67 ZT / pacienta	72,73%
	4,00 pacienta / DMS	0,25 DMS / pacienta	27,27%
<i>Skupaj</i>	<b>1,10 pacienta / izvajalca ZN</b>	<b>0,92 izvajalca ZN / pacienta</b>	<b>100%</b>
<b>III. Kategorijo zahtevnosti ZN</b>	1,50 pacienta / ZT	0,67 ZT / pacienta	50%
	1,50 pacienta / DMS	0,67 DMS / pacienta	50%
<i>Skupaj</i>	<b>075 pacienta / izvajalca ZN</b>	<b>1,34 izvajalca ZN / pacienta</b>	<b>100%</b>
<b>IV. Kategorijo zahtevnosti ZN</b>	0,83 pacienta / ZT	1,20 ZT / pacienta	31,58%
	0,38 pacienta / DMS	2,60 DMS / pacienta	68,42%
<i>Skupaj</i>	<b>0,26 pacienta / izvajalca ZN</b>	<b>3,80 izvajalca ZN / pacienta</b>	<b>100%</b>

Kadrovski normativ temelji na oceni pacientove samostojnosti oz. odvisnosti od zdravstvene nege glede na njegovo zdravstveno stanje. Pri izračunu potrebnega kadra v 24 urah, je upoštevan tudi **korekcijski faktor - 1,30**, ki je izračunan na podlagi delovne obveznosti



## Teoretični del

zaposlenega v enem letu (40 urni delavnik na teden), števila priznanih prostih delovnih dni (državnih praznikov) v Republiki Sloveniji in povprečnega števila dni plačane odsotnosti zaradi letnih dopustov, bolniškega staleža in drugih odsotnosti (9, 13).

**Preglednica 6: Bruto kadrovski normativ za izvajalce zdravstvene nege v 24 urah glede na kategorijo zahtevnosti zdravstvene nege (upoštevani faktor kontinuitete 1,3) (9,13):**

<i>Bruto kadrovski normativ za</i>	<i>Št. pacientov / izvajalca ZN</i>	<i>Št. izvajalcev ZN / pacienta</i>	<i>razmerje</i>
<b>I. kategorijo zahtevnosti ZN</b>	2,30 pacienta / ZT	0,43 ZT / pacienta	81,13%
	9,23 pacienta / DMS	0,10 DMS / pacienta	18,87%
<i>Skupaj</i>	<b>1,85 pacienta / izvajalca ZN</b>	<b>0,53 izvajalca ZN / pacienta</b>	<b>100%</b>
<b>II. Kategorijo zahtevnosti ZN</b>	1,15 pacienta / ZT	0,87 ZT / pacienta	73,11%
	3,08 bolnika /DMS	0,32 DMS / pacienta	26, 89%
<i>Skupaj</i>	<b>0,85 pacienta / izvajalca ZN</b>	<b>1,19 izvajalca ZN / pacienta</b>	<b>100%</b>
<b>III. Kategorijo zahtevnosti ZN</b>	1,15 pacienta / ZT	0,87 ZT / pacienta	50%
	1,15 pacienta / DMS	0,87 DMS / pacienta	50%
<i>Skupaj</i>	<b>0,57 pacienta / izvajalca ZN</b>	<b>1,74 izvajalca ZN / pacienta</b>	<b>100%</b>
<b>IV. Kategorijo zahtevnosti ZN</b>	0,64 pacienta / ZT	1,56 ZT / pacienta	35,62%
	0,30 pacienta / DMS	3,38 DMS / pacienta	64,38%
<i>Skupaj</i>	<b>0,20 pacienta / izvajalca ZN</b>	<b>4,94 izvajalca ZN / pacienta</b>	<b>100%</b>

*Sledijo primeri izračunov bruto kadrovskih normativov za vse 4 kategorije zdravstvene nege (za izračun so uporabljene vse tri tabele).*

### **I. Kategorija zahtevnosti bolnišnične nege**

$\frac{18}{7,5} = 2,4$  (obračunano število postelj za I. kategorijo zahtevnosti zdravstvene nege delimo s skupnim številom izvajalcev zdravstvene nege)

$\frac{2,4}{1,3} = 1,85$  (neto kadrovski normativ nato delimo s korekcijskim faktorjem)

Dobimo bruto kadrovski normativ za prvo kategorijo zahtevnosti bolnišnične nege, ki znaša 1,85 pacienta na izvajalca zdravstvene nege.

**II. Kategorija zahtevnosti bolnišnične nege**

$\frac{6}{5,5} = 1,1$  (obračunano število postelj za II. kategorijo zahtevnosti zdravstvene nege delimo s skupnim številom izvajalcev zdravstvene nege)

$\frac{1,1}{1,3} = 0,85$  (neto kadrovski normativ nato delimo s korekcijskim faktorjem)

Dobimo bruto kadrovski normativ za drugo kategorijo zahtevnosti bolnišnične nege, ki znaša 0,85 pacienta na izvajalca zdravstvene nege.

**III. Kategorija zahtevnosti bolnišnične nege**

$\frac{12}{16} = 0,75$  (obračunano število postelj za III. kategorijo zahtevnosti zdravstvene nege delimo s skupnim številom izvajalcev zdravstvene nege)

$\frac{0,75}{1,3} = 0,57$  (neto kadrovski normativ nato delimo s korekcijskim faktorjem)

Dobimo bruto kadrovski normativ za tretjo kategorijo zahtevnosti bolnišnične nege, ki znaša 0,57 pacienta na izvajalca zdravstvene nege.

**IV. Kategorija zahtevnosti bolnišnične nege**

$\frac{10}{38} = 0,26$  (obračunano število postelj za IV. kategorijo zahtevnosti zdravstvene nege delimo s skupnim številom izvajalcev zdravstvene nege)

$\frac{0,26}{1,3} = 0,20$  (neto kadrovski normativ nato delimo s korekcijskim faktorjem)

Dobimo bruto kadrovski normativ za četrto kategorijo zahtevnosti bolnišnične nege, ki znaša 0,20 pacienta na izvajalca zdravstvene nege.

**Preglednica 7: Formula za izračun potrebnega števila izvajalcev zdravstvene nege glede na razvrstitev pacientov v kategorije zahtevnosti zdravstvene nege (13)**

<i>kategorija I</i>				
št. pacientov		normativ / 24 ur	=	št. kadra
.....	x	0,43 zdr. teh.	=	.....
.....	x	0,10 med. ses.	=	.....
<i>kategorija II</i>				
št. pacientov		normativ / 24 ur	=	št. kadra
.....	x	0,87 zdr. teh.	=	.....
.....	x	0,32 med. ses.	=	.....
<i>kategorija III</i>				
št. pacientov		normativ / 24 ur	=	št. kadra
.....	x	0,87 zdr. teh.	=	.....
.....	x	0,87 med. ses.	=	.....
<i>kategorija VI</i>				
št. pacientov		normativ / 24 ur	=	št. kadra
.....	x	1,56 zdr. teh.	=	.....
.....	x	3,38 med. ses.	=	.....

*Primer :*

Dne 19.7.2010 je bilo na oddelku za interno medicino 5a, skupno 32 pacientov. Od tega so bili 4 pacienti razporejeni v 1. kategorijo zdravstvene nege, 18 jih je bilo razporejenih v 2. kategorijo zdravstvene nege, 10 pa jih je spadalo v 3. kategorijo zahtevnosti zdravstvene nege. Pacientov, ki bi spadali v 4. kategorijo zdravstvene nege ni bilo.

Na podlagi števila pacientov, kategorij zdravstvene nege in upoštevanja normativa za vsako kategorijo zdravstvene nege posebej lahko izračunamo potrebno število kadra na oddelek za 24 ur bolnišnične oskrbe.

Preglednica 8: Primer izračuna potrebe po kadru za dan 19. 7. 2010 na 5a oddelku

<b><i>kategorija I</i></b>					
št. pacientov			normativ / 24 ur		št. kadra
4	x	0,43 zdr. teh.	=		1,72
4	x	0,10 med. ses.	=		0,40
<b><i>kategorija II</i></b>					
št. pacientov			normativ / 24 ur		št. kadra
18	x	0,87 zdr. teh.	=		13,5
18	x	0,32 med. ses.	=		5,76
<b><i>kategorija III</i></b>					
št. bpacientov			normativ / 24 ur		št. kadra
10	x	0,87 zdr. teh.	=		8,7
10	x	0,87 med. ses.	=		8,7
<b><i>kategorija VI</i></b>					
št. pacientov			normativ / 24 ur		št. kadra
0	x	1,56 zdr. teh.	=		0
0	x	3,38 med. ses.	=		0

Za dne 19.7.2010 bi bilo glede na podane podatke in zastavljeni normativ potrebnih 41 zaposlenih v zdravstveni negi, in sicer 26 zdravstvenih tehnikov ter 15 medicinskih sester za 24-urno oskrbo. To bi pomenilo 9 zdravstvenih tehnikov in 3 medicinske sestre v vsaki 8-urni delovni izmeni.

## 1.5. Kakovost v zdravstveni negi

Pri nas se pogosto govori o zagotavljanju kakovosti. Že Kersnik (1998) opozarja na problem zunanje presoje, zlasti ko je cilj zdravstvene organizacije pridobiti certifikat o skladnosti s presojevalnimi zahtevami in tako zadostiti želji ustanove po papirnem priznanju. Ko zdravstvena organizacija dobi certifikat ali akreditacijsko listino, je motivacije za nenehno izboljševanje kakovosti bolj ali manj konec. Zato je dobro vedeti, kakšne so razlike med zagotavljanjem in izboljševanjem kakovosti. Zagotavljanje kakovosti je navadno proces presoje, ki se osredotoči na opazovane izide in išče neskladnosti. Cilj zagotavljanje kakovosti

je zadržanje sedanjega standarda uspešnosti zdravstvene prakse ter razlikovanje med slabo in dobro prakso.

Pri izboljševanju kakovosti je pristop temeljitejši. Zdravstvena oskrba je proces, ki vodi do rezultatov. Najprej se moramo zavedati, da rezultati nihajo in je variabilnost predvsem rezultat procesa, ne slabe usposobljenosti posameznika. Ne gre za izločanje » slabega« osebja iz procesa, ampak za pregled podatkov procesa zaradi ugotavljanja pomembnih izvorov variabilnosti in za izboljševanje procesa. Izboljšave ne nastanejo le na podlagi raziskav in boljše tehnologije, ampak tudi z iskanjem priložnosti za izboljšave v delovnih procesih (23).

V želji, da bi zvišali kakovost stroke zdravstvene nege, moramo biti enotni in si pomagati, nadgrajevati, podpirati in dopolnjevati. Samo tako bo naše delo pravilno vrednoteno in spoštovano (2).

Kontinuirana zdravstvena obravnava ima vedno večji pomen za kakovostno obravnavo pacientov. Kontinuiteta je stopnja združevanja različnih nepovezanih dogodkov v zdravstveni obravnavi, ki se kaže kot skladen in povezan pristop zdravstvenega osebja do pacienta in njegovih potreb in kot dobro medsebojno sodelovanje osebja, ki izvaja zdravstveno obravnavo. Zaradi širine pristopov, ki so potrebni za uvedbo kontinuirane zdravstvene obravnave in niso vezani samo na uvajanje strokovnih novosti, temveč predvsem na integriranje znanja in potencialov številnih vključenih v proces obravnave pacienta, predstavlja kontinuirana zdravstvena obravnava svojevrsten menedžerski izziv. Odgovornost za ta miselni, vedenjski, strokovni in organizacijski premik nosi menedžment slovenskih bolnišnic (24).

### 1.5.1. Vidik kakovosti v zdravstveni negi

Kakovost v zdravstvu si lahko razlagamo kot ravnotežje med koristnim za zdravje posameznika in škodo, ki lahko nastane pri posamezniku. Kakovost v zdravstvu je sestavljena iz dveh medsebojno odvisnih delov: dejanske kakovosti, ki je definirana s standardi in pričakovanji zdravstvenega osebja ter kakovosti, ki jo dojemajo uporabniki zdravstvenih storitev.

Na kakovost v zdravstvu je potrebno gledati s treh vidikov:

- vidik kakovosti za uporabnike zdravstvenih storitev, ki ga ocenjujejo uporabniki zdravstvenih storitev,
- vidik kakovosti za zdravstveno osebje, ki ga ocenjuje in presoja osebje zdravstvenih strok, ki so v zdravstvu,
- vidik kakovosti za zdravstveni management, ki je najvplivnejši dejavnik kakovosti zdravstvene dejavnosti (25).

Merila za ocenjevanje kakovosti specifičnih vidikov zdravstvenega varstva je oblikovala ameriška komisija za akreditacijo zdravstvenih ustanov (JCAHO – Joint commission on Accreditation of Healthcare Organizations). Med ta merila sodijo:

- dostopnost zdravstvenega varstva / storitev,
- ustreznost oskrbe,
- stalnost oskrbe,
- uspešnost oskrbe,
- učinkovitost postopkov glede na namen uporabe,
- strokovna učinkovitost in učinkovitost glede na porabe drugih sredstev in znanja,
- stališča pacientov (vpletenost v odločanje v zvezi z zdravljenjem, zadovoljstvo z zdravstvenimi storitvami),
- varnost okolja, v katerem se nudijo zdravstvene storitve,
- pravočasnost (zagotovitev zdravstvene oskrbe takrat, ko jo pacient potrebuje) (26).

Zdravniki, medicinske sestre in drugo zdravstveno osebje definirajo kakovost predvsem s stališča tehničnega vidika kakovosti. Kar za njih pomeni, da je kakovostna zdravstvena oskrba tista oskrba, ki posameznikom in populaciji poveča možnost za doseganje zelenih izidov zdravljenja in je skladna s trenutnim strokovnim znanjem (23).

*»Kakovostna zdravstvena oskrba je oskrba, ki posameznikom in populaciji posveča možnost za doseganje zelenih izidov zdravljenja in ki je skladna s trenutnim strokovnim znanjem.« (23)*

*»Izraz skladna s sedanjim strokovnim znanjem« se ne nanaša na sedanje strokovno znanje posameznega zdravstvenega strokovnjaka, ampak na tisto, kar je v stroki ta čas znanega na podlagi znanstvenih raziskav ali konsenza strokovnjakov če trdnih dokazov (še) ni. Tako ne moremo ocenjevati uspešnosti nečesa, kar je postalo znano leta 2009, s tistim, kar smo delali leta 2006.« (23)*

Tudi za paciente je tehnična kakovost pomembna, a jo težko ocenjujejo zaradi nepoznavanja ali slabega poznavanja tega vidika kakovosti. Večina pacientov nima enakega znanja, kot ga imajo zdravstveni strokovnjaki. Zanašajo se predvsem na to, kar jim drugi povedo o določenem zdravniku ali določeni bolnišnici. Bolj zanesljivo bi bilo, če bi vedeli, da je šla zdravstvena organizacija skozi zunanjo presojo neodvisne institucije, ki izvaja akreditacijo izvajalcev zdravstvene dejavnosti.

Pri nas so standardi splošne zdravstvene obravnave za bolnišnice pripravljene že od leta 2004. Mnenja pacientov o zdravstveni oskrbi zato temeljijo na tistih vidikih, ki jih pacienti zlahka zaznajo. Ti vidiki, ne vidik tehnične kakovosti, vplivajo na njihovo zadovoljstvo z zdravstveno oskrbo. Ocenjujejo predvsem udobje, fizično in časovno dostopnost, prijaznost osebja, obveščенost o bolezni in zdravljenju, skrb za dostojanstvo in zasebnost ter sodelovanje pri zdravljenju (23).

### **1.5.2. Celovita kakovost v zdravstvu (Tom Total Quality management)**

Kakovost v zdravstvu v zadnjem času vzbuja v očeh javnosti veliko pozornosti in polemik, predvsem pa se odraža v vedno večji medijski podpori zadovoljstvu oziroma nezadovoljstvu pacientov in ostalih uporabnikov zdravstvenih storitev. Zavzetost za kakovostno opravljanje storitev mora biti dolžnost vsakega zaposlenega v zdravstveni ustanovi. Z ocenjevanjem in potrjevanjem kakovosti kot sestavnim delom prizadevanj za naš razvoj, povečujemo zaupanje uporabnikov naših storitev (27).

Pri opredelitvi razvoja kakovosti v zdravstvu je potrebno upoštevati različnost interesov. Država želi ohraniti visoko raven kakovosti ob hkratnem obvladovanju stroškov, vodilni želijo izboljšati svoje poslovanje, zaposleni želijo izboljšati svoje delo in za svoje delo dobiti tudi boljše plačilo. Na drugi strani pa pacienti pričakujejo stalno dostopnost in čim večjo dosegljivost zdravstvene službe ob čim manjših stroških zdravstvenega varstva. Hkrati želijo biti seznanjeni z možnostmi zdravljenja in sodelovati pri izbiri izvajalcev ter postopkov zdravljenja oz. oskrbe (27).

Eden od prednostnih ciljev zdravstvene politike v posameznih državah in Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) je spodbujanje kakovosti zdravstvenega varstva v smislu enake dostopnosti, kakovosti življenja, zadovoljstva uporabnikov in stroškovno uspešne uporaba virov. Družba upravičeno pričakuje sistematično razvijanje kakovosti zdravstvenega varstva, da se zdravstvena sredstva uporabijo ustrezno in za doseganje najboljše možne kakovosti oskrbe.

Tako je tudi v Sloveniji politika razvijanja kakovosti potrebna iz mnogih razlogov. Predvsem velja to na etični in družbeni ravni, kjer rastejo zahteve pacientov, prav tako pa zahtevnost obvladovanja velikega sistema zdravstvenega varstva. Vsi državljani morajo imeti možnost vpliva na zdravstveno varstvo in biti tudi ustrezno obveščeni. Podobno družba pričakuje od zdravstvenih ustanov in zdravstvenih delavcev, da bodo za svoje delo prevzemali vse večje odgovornosti in tako prispevali k še večjemu pomenu kakovosti (27).

*»Celovito upravljanje kakovosti je holističen pristop h kakovosti v organizaciji, tako da vsak del organizacije deluje po načelih kakovosti (Grandzol, 1997).« (23)*

Nenehno izboljševanje kakovosti je del celovitega upravljanja kakovosti. To pomeni, da celovito upravljanje kakovosti in nenehno izboljševanje kakovosti nista eno in isto. Nenehno izboljševanje kakovosti je eno od načel celovitega upravljanja kakovosti, ki podpira njegovo strategijo. V praksi gre za vsakdanja dejanja zdravstvenih strokovnjakov, podpornega osebja, voditeljstva in managerjev. Eno od orodij nenehnega izboljševanja kakovosti je sistem merjenja uspešnosti delovanja. Del tega sistema je poročanje o kazalnikih kakovosti v določenih časovnih razmikih glede na naravo dela ali naravo kazalnika in obseg odgovornosti managerjev (23).

### **1.5.3. Kazalniki kakovosti v zdravstvu**

Izboljševanje kakovosti zahteva podatke o stanju in kulturo izboljševanja. Če nimamo podatkov in kazalnikov, ki temeljijo na njih; ne moremo priporočati poti za izboljšanje kakovosti. Toda, ne glede na to, ali so ti podatki o kakovosti v zdravstvu na razpolago, brez kulture sodelovanja in podpore na moremo uveljavljati predlogov za izboljšanje kakovosti.



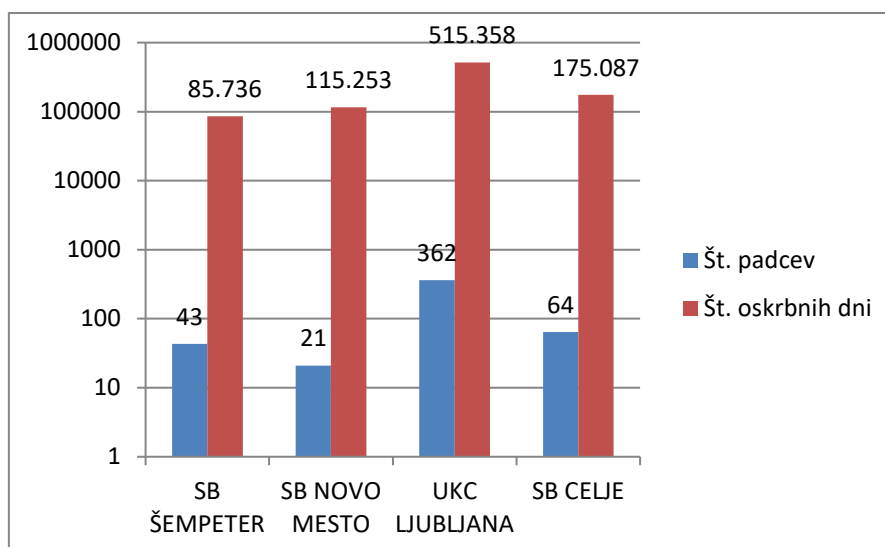
Izbira ustreznih kazalnikov kakovosti je odvisna od tega, s kakšno dejavnostjo zdravstvene dejavnosti se ukvarjamo, kaj nas znotraj te dejavnosti zanima, ali bomo te kazalnike uporabljali za notranjo presojo ali pa za zunanjo presojo in za primerjavo z drugimi zdravstvenimi inštitucijami.

Ministrstvo za zdravje že od leta 2006 zbira šest obveznih kazalnikov kakovosti za bolnišnice. Zbiranje teh kazalnikov se je že vpeljalo, pokazale pa so se tudi določene težave, predvsem pri definiranju kazalnikov in interpretaciji rezultatov. To nam samo kaže, da so kazalniki kakovosti dinamična kategorija, na kateri je potrebno ves čas delati, da ostane živa in prilega problematiki, ki ji je namenjena (28).

Kazalniki kakovosti, ki so enotni za vse slovenske bolnišnice so (29):

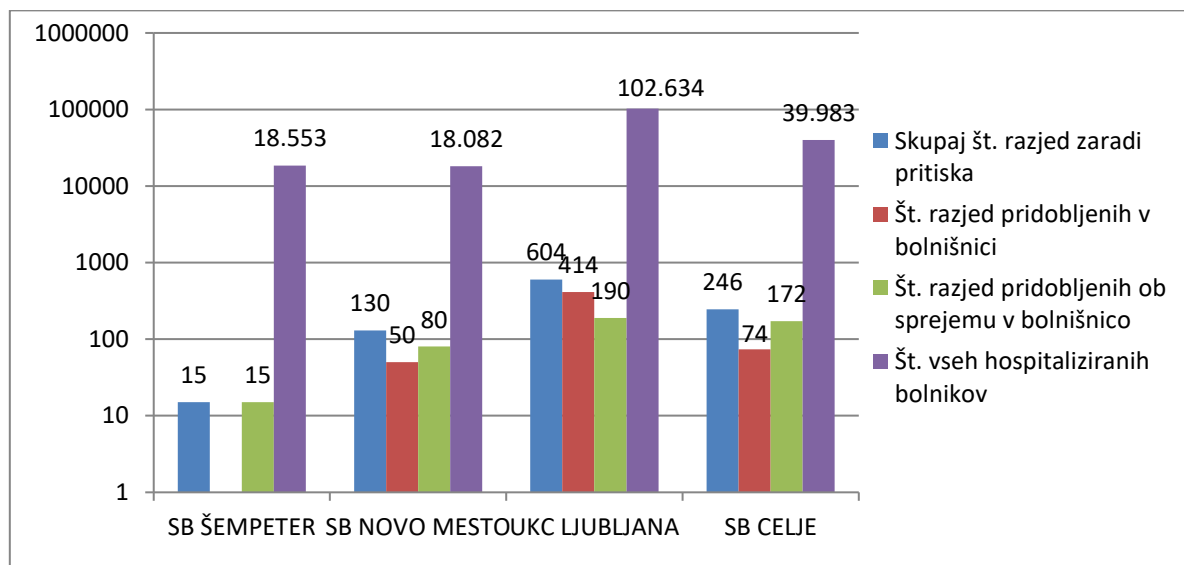
- Število padcev s postelje na 1000 oskrbovanih dni odraslih pacientov
- Število preležanin, nastalih v bolnišnici, na 1000 hospitaliziranih pacientov
- Čakalna doba za računalniško tomografijo
- Čakanje na odpust: dnevi, ko pacienti, ki so končali zdravljenje v akutni bolnišnici, čakajo na odpust
- Delež nenačrtovanega ponovnega sprejema v isto bolnišnico v 7 dneh po odpustu zaradi iste diagnoze ali zapletov, povezanih s to boleznijo
- Kolonizacija z MRSA

V nadaljevanju je grafično predstavljenih vseh šest kazalnikov kakovosti za leto 2010, naključno izbranih štirih slovenskih bolnišnic (29, 30, 31, 32).



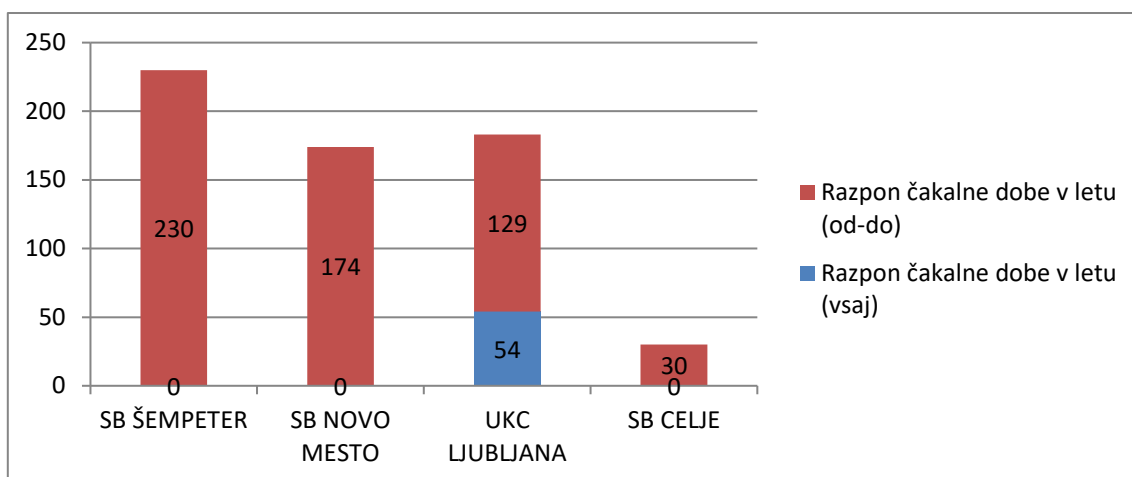
Slika 3: Število padcev na število oskrbovalnih dni odraslih pacientov (29-32).

Slika 3 nam prikazuje število padcev na število oskrbovalnih dni odraslih pacientov, za splošne bolnišnice Dr. Franca Derganca Nova Gorica, Novo Mesto, Celje in UKC Ljubljana, za leto 2010.



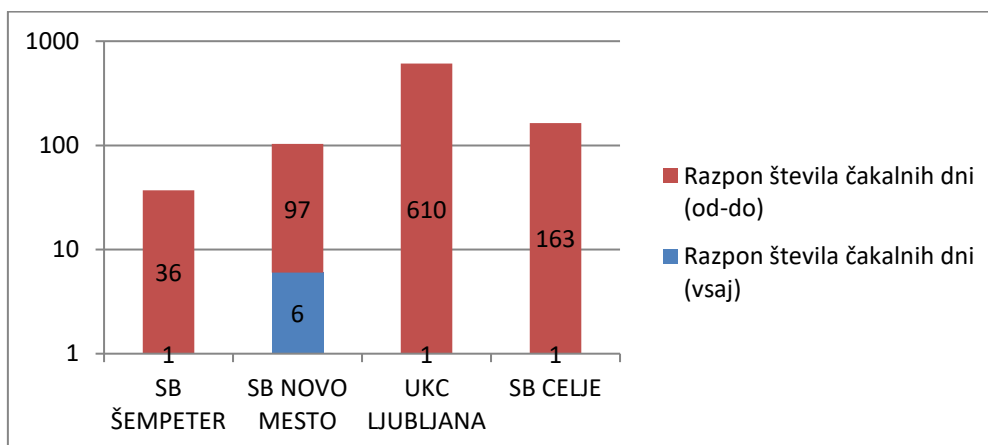
Slika 4: Število preležanin, nastalih v bolnišnici, vseh hospitaliziranih pacientov (29 - 32).

Slika 4 nam prikazuje število razjed zaradi pritiska, nastalih med hospitalizacijo, odkritih ob sprejemu, od vseh hospitaliziranih pacientov za splošno bolnišnico Dr. Franca Derganca Nova Gorica, Novo Mesto, Celje in UKC Ljubljana, za leto 2010. Število pacientov je prikazano v logaritmčni skali, zato števila nič, ki se pojavi v podatkih splošne bolnišnice Dr. Franca Derganca, Nova Gorica, ni mogoče prikazati.



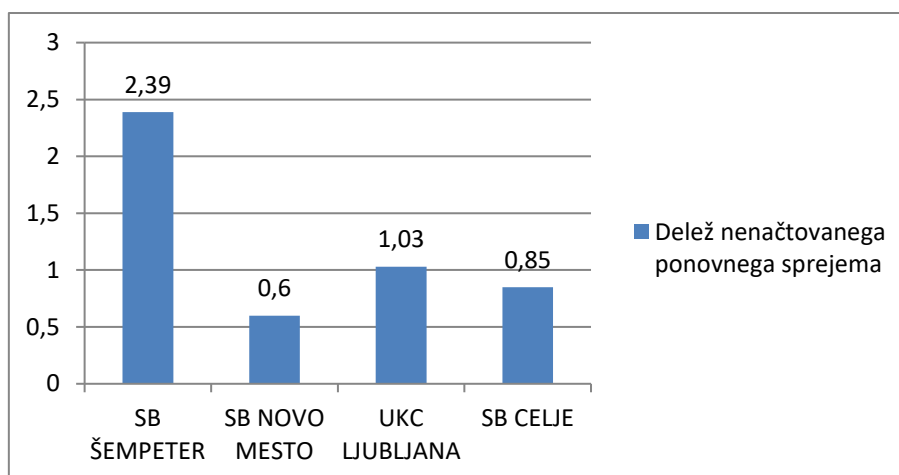
Slika 5: Čakalna doba za računalniško tomografijo (CT) (29 - 32).

Slika 5 nam prikazuje razpon čakalne dobe za računalniško tomografijo v letu 2010 za splošno bolnišnico Dr. Franca Derganca Nova Gorica, Novo Mesto, Celje in UKC Ljubljana.



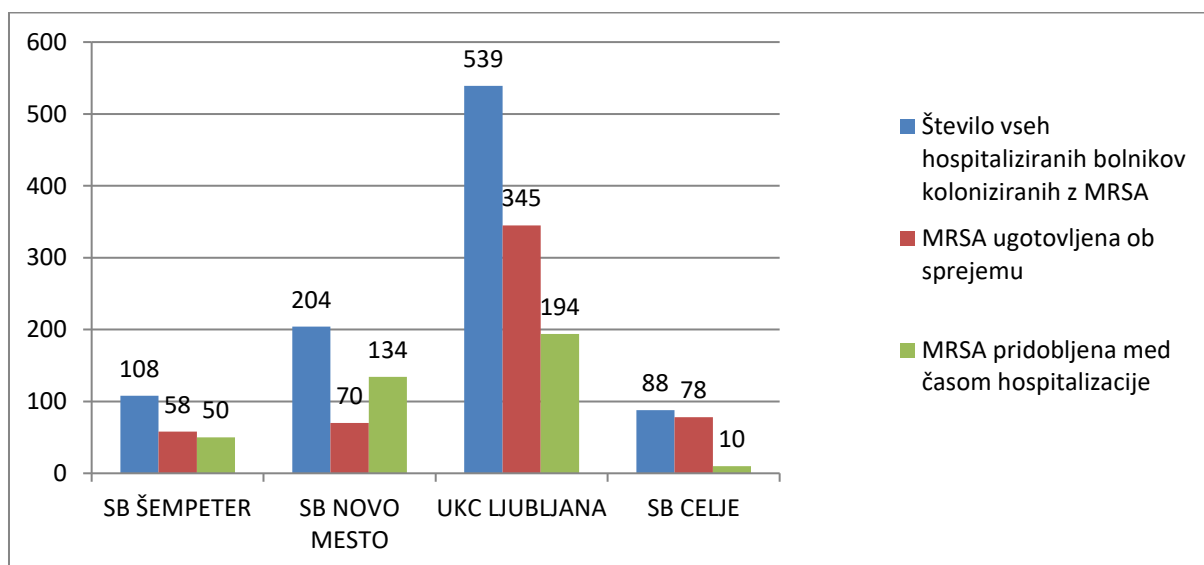
Slika 6: Čakanje na odpust: dnevi, ko pacienti, ki so končali zdravljenje v akutni bolnišnici čakajo na odpust (29 - 32).

Slika 6 nam prikazuje koliko dni pacienti, ki so končali zdravljenje v bolnišnici, še čakajo na odpust, za splošno bolnišnico Dr. Franca Derganca Nova Gorica, Novo Mesto, Celje in UKC Ljubljana, za leto 2010.



Slika 7: Delež nenačrtovanega ponovnega sprejema v isto bolnišnico v 7 dneh po odpustu zaradi diagnoze ali zapletov, povezanih s to boleznijo (29 - 32).

Slika 7 nam prikazuje koliko je bilo nenačrtovanih ponovnih sprejemov v isto bolnišnico za splošno bolnišnico Dr. Franca Derganca Nova Gorica, Novo Mesto, Celje in UKC Ljubljana, za leto 2010.



Slika 8: Kolonizacija z MRSA

Slika 6 nam prikazuje, koliko pacientov se je okužilo z MRSA v bolnišnici in koliko jih je bilo ugotovljenih ob sprejemu v bolnišnico za splošno bolnišnico Dr. Franca Derganca Nova Gorica, Novo Mesto, Celje in UKC Ljubljana, za leto 2010.

## 2 EMPIRIČNI DEL

### 2.1. Namen raziskave in hipoteza

Namen diplomske naloge je proučiti aktivnosti osebja zdravstvene nege na bolnišničnem oddelku. S pomočjo raziskave smo želeli ugotoviti vsebino zdravstvene nege, ter obremenitev izvajalcev zdravstvene nege s posredno in neposredno zdravstveno nego na bolnišničnem oddelku.

Na obravnavanem področju je v našem prostoru zelo malo raziskav, zato je vsebina naloge z vidika prakse zelo pomembna.

Zanimal nas je predvsem delež neposrednih stikov s pacientom v delovni izmeni zaposlenega v zdravstveni negi. Zastavili smo si hipotezo:

**H1.** Zaposleni v zdravstveni negi na bolnišničnem oddelku izvajajo večji delež posredne zdravstvene nege kot neposredne zdravstvene nege.

### 2.2. Vzorec in metodologija

Raziskavo smo izvajali v Splošni bolnišnici Dr. Franca Derganca Nova Gorica na enem izmed internističnih oddelkov. Oddelek je bil izbran v dogovoru z vodstvom bolnišnice, ki je zbiranje podatkov dovolilo.

Izbrali smo metodo opazovanja z udeležbo, s katero smo dva zaporedna tedna (19. 7. – 30. 7. 2010) posneli dogajanje na oddelku. Opazovali smo en dan v tednu tako, da smo v petih tednih zajeli vse delovne dni v tednu. Aktivnosti osebja v zdravstveni negi smo spremljali v dopoldanskem turnusu vsakih 10 minut, ter tako izvedli več kot tri tisoč posnetkov stanja.

Instrument, ki omogoča zbiranje podatkov v izbrani metodi trenutnih opazovanj, je opazovalni list. To je izdelana razpredelnica (Priloga 1), v katero smo zapisovali lokacijo, opombe in aktivnosti 4 zdravstvenih tehnikov, 1 zdravstvenega tehnika pripravnika in 2 medicinskih sester.

S pomočjo legende (Priloga 2) smo v list opazovanja vpisovali podatke in jih razdelili na posredno in neposredno zdravstveno nego.

### 2.3. Potek raziskave

Na oddelku smo podatke beležili v opazovalne liste od 7h do 15h, vsakih 10 minut. Največjo težavo so nam povzročali časovni intervali, saj je osebje v enem intervalu opravilo več nalog. Zabeležena pa je bila tista aktivnost, ki je v opazovanem intervalu prevladovala. Za podrobnejši posnetek opazovanja, bi morali časovni interval skrajšati.

Rezultate v opazovalnih listih smo obdelali v programu Excell, s pomočjo katerega smo jih opisno predstavili v preglednicah.

### 2.4. Rezultati

Rezultati pridobljeni z analizo opazovalnih listov so predstavljeni s preglednicami in opisno.

**Preglednica 9: Delež neposredne in posredne zdravstvene nege na internističnem oddelku Splošne bolnišnice Franca Derganca, glede na dan v tednu.**

DAN V TEDNU	AKTIVNOST			skupaj	
	ni podatka	neposredna zdravstvena nega	posredna zdravstvena nega		
ponedeljek	n	18	269	399	686
	%	2,6	39,2	58,2	100,0
torek	n	18	266	402	686
	%	2,6	38,8	58,6	100,0
sreda	n	18	271	397	686
	%	2,6	39,5	57,9	100,0
četrtek	n	18	269	399	686
	%	2,6	39,2	58,2	100,0
petek	n	18	274	394	686
	%	2,6	39,9	57,4	100,0
skupaj	N	90	1349	1991	3430
	%	2,6	39,3	58,0	100,0

Legenda: n=frekvenca opazovane aktivnosti na dan; N= frekvenca opazovane aktivnosti na teden; % = delež posamezne aktivnosti glede na vse opazovane aktivnosti

V 9. preglednici je prikazan delež posredne in neposredne zdravstvene nege na dan opazovanja, od ponedeljka do petka, za vse izvajalce zdravstvene nege na izbranem bolnišničnem oddelku, med 7. do 15. uro.

Ugotavljamo, da med 3430 opazovanimi aktivnostmi delež neposredne zdravstvene nege znaša 39,3 %, večino delovnega časa (58 %) pa zaposleni v zdravstveni negi izvajajo posredno zdravstveno nego. Med posameznimi dnevi v tednu ni opaziti pomembnih nihanj v razmerju aktivnosti.

**Preglednica 10: Delež zdravstvene nege na internističnem oddelku Splošne bolnišnice Franca Derganca, glede na prostor izvajanja.**

PROSTOR	AKTIVNOSTI ZDRAVSTVENE NEGE	
	n	%
bolniška soba	2095	<b>61,1</b>
ordinacija, kopalnica, čisti prostor, reanimacijska soba	235	<b>6,9</b>
oddelčni pult, pisarna	476	<b>13,9</b>
sestrska soba	160	<b>4,7</b>
drugo	374	<b>10,9</b>
ni podatka	90	<b>2,6</b>
skupaj	3430	<b>100,0</b>

Legenda: n=frekvenca opazovane aktivnost glede na lokacijo; % = delež aktivnosti glede na lokacijo

V preglednici 10 je prikazan delež aktivnosti zdravstvene nege glede na lokacije, kjer ta poteka.

Osebjem zdravstvene nege se med delovnim časom največ zadržuje v bolniški sobi (61,1 %), dobro desetino časa se nahaja za oddelčnim pultom in v pisarni (13,9 %) in drugje (10,9 %).

Slabih pet odstotkov časa, torej 24 minut delovnega časa (100 % = 480 minut), zaposleni v zdravstveni negi ostajajo v sestriški sobi, kjer poteka predaja službe zdravstvenih tehnikov.

Slabi trije odstotki, ki so opredeljeni v kategoriji »ni podatka« zajemajo čas, ko dopoldanska izmena štirih zdravstvenih tehnikov zaključuje turnus in nastopi popoldanska izmena, delo

nadaljujeta dva tehnika zdravstvene nege. Predvsem gre tu za čas, ko poteka izmenjava delovnih izmen. Skoraj nikoli dopoldanska izmena ne zapusti oddelka točno ob 14h 30.

Pod opazovano rubriko »drugje« sodijo lokacije kot so: menza, drug oddelek, transport kužnin, dežurna soba medicinskih sester.

**Preglednica 11: Oblika zdravstvene nege na internističnem oddelku Splošne bolnišnice Franca Derganca, glede na prostor izvajanja.**

PROSTOR		AKTIVNOST			skupaj
		ni podatka	neposredna zdravstvena nega	posredna zdravstvena nega	
bolniška soba	n	0	1322	773	2095
	%	0,0	<b>63,1</b>	<b>36,9</b>	100,0
ordinacija, kopalnica, čisti prostor, reanimacijska soba	n	0	23	212	235
	%	0,0	<b>9,8</b>	<b>90,2</b>	100,0
oddelčni pult, pisarna	n	0	2	474	476
	%	0,0	<b>0,4</b>	<b>99,6</b>	100,0
sestrska soba	n	0	0	160	160
	%	0,0	<b>0,0</b>	<b>100,0</b>	100,0
drugo	n	0	2	372	374
	%	0,0	<b>0,5</b>	<b>99,5</b>	100,0
ni podatka	n	90	0	0	90
	%	100,0	0,0	0,0	100,0
skupaj	N	90	1349	1991	3430
	%	2,6	<b>39,3</b>	<b>58,0</b>	100,0

Legenda: n=število opazovanj posredne in neposredne zdravstvene nege glede na lokacijo; N= število vseh opazovanj posredne in neposredne zdravstvene nege glede na lokacijo ; % = delež vseh posameznih opazovanj posredne in neposredne zdravstvene nege glede na lokacijo

V bolniških sobah poteka jutranja nega, hranjenje, odvzemi krvi, aplikacija intravenozne terapije in kanil, preveze ran, delitev in aplikacija zdravil per os, vizita, pogovor s pacientom, delitev zajtrka, preoblačenje pacientov, aspiracije, menjava urinskih vrečk, merjenje vitalnih funkcij, ustna nega, obračanje pacientov, uvajanje centralnih venskih katetrov, odvzemi za plinske analize krvi, uvajanje nazogastrične sonde ali sukcije, preveze raznih dializnih katetrov ali subklavijskih katetrov, vse to zajema neposredna zdravstvena nega v bolniški sobi (63,1 %).



K posredni zdravstveni negi v bolniški sobi (36,9 %) sodi: pisanje raporta, pospravljanje pultov in nočnih omaric, razkuževanje kljuk in pultov, vizita.

Med 235. opazovanji v ordinaciji, kopalnici, čistem prostoru in reanimacijski sobi, prevladuje posredna zdravstvena nega (90,2 %). Tu gre za postopke ko pripravljamo intravenozno terapijo, epruvete za odvzeme krvi, pospravljanje raznih materialov in čiščenje pripomočkov. Le majhen delež obsega neposredna zdravstvena nega (9,8 %), ki zajema diagnostično-terapevtske posege v teh prostorih: venepunkcije, asistenca pri vstavitvi subklavijskih ali dializnih katetrov, asistenca pri punkcijah in biopsijah kostnega mozga, asistenca pri plevralnih, lumbalnih in abdominalnih punkcijah, reanimacija, dajanje klistirjev, tuširanje pacientov, izvajanje dihalnih testov.

Tudi za oddelčnim pultom in v pisarni, od 476 opazovanj, prevladuje posredna zdravstvena nega (99,6 %). Tukaj se odvijajo vsa administrativna dela, naročanje materialov v lekarno, pogovori in obveščanje svojcev po telefonu, naročanje preiskav v računalnik, organizacija transporta pacientov, organizacija razporeda kadra na oddelku, organizacija preiskav za paciente, urejanje odpustov in sprejemov, obveščanje svojcev, iskanje izvidov kužnin.

V sestrski sobi poteka samo posredna zdravstvena nega (100 %) – raport zdravstvenih tehnikov.

Pod opazovalno rubriko »drugo« so zajete lokacije, ko izvajalcev zdravstvene nege ni na oddelku, opravljajo druge naloge (npr. prenos kužnin – plinske analize krvi, dokumentacije) ali so na malici. Sem spada tudi raport medicinskih sester, ki se odvija v dežurni sobi.

V opazovalni rubriki »ni podatka« gre za odsotnost osebe, tu nismo zabeležili niti posredne niti neposredne zdravstvene nege.

**Preglednica 12: Oblika zdravstvene nege na internističnem oddelku Splošne bolnišnice Franca Derganca, glede na prostor in število vseh opazovanj v določenem prostoru.**

PROSTOR	OBLIKA ZDRAVSTVENE NEGE		
	ni podatka	neposredna zdravstvena nega	posredna zdravstvena nega
bolniška soba	n	0	1322
	%	0,0	98,0
ordinacija, kopalnica, čisti prostor, reanimacijska soba	n	0	23
	%	0,0	1,7
oddelčni pult, pisarna	n	0	2
	%	0,0	0,1
sestrska soba	n	0	0
	%	0,0	0,0
drugo	n	0	2
	%	0,0	0,1
ni podatka	n	90	0
	%	2,6	0,0
<b>skupaj</b>	N	90	1349
	%	100,0	100,0

Legenda: n=število opazovanj posredne in neposredne zdravstvene nege glede na lokacijo; N= število vseh opazovanj posredne in neposredne zdravstvene nege glede na lokacijo ; % = delež vseh opazovanj posredne in neposredne zdravstvene nege glede na posamezno lokacijo

Neposredna zdravstvena nega se izvaja predvsem v bolniških sobah (98,0 %). Le dober odstotek (1,7 %), ki predstavlja osem minut dela v delovnem dnevu, se izvaja v ordinaciji, ambulanti, kopalnici in drugih funkcionalnih prostorih na oddelku.

Tudi posredna zdravstvena nega poteka v pretežni meri (38,8 %) v bolniški sobi, četrtnina za oddelčnim pultom in v pisarni (23,8 %), kjer potekajo administrativna dela, pogovori o pacientih in vnašanje naročil za preiskave v računalniški sistem. Desetina (10,6 %) posredne zdravstvene nege se izvaja v ordinacijah, reanimacijski sobi, čistem prostoru, kopalnici kjer v večini poteka priprava na terapevtsko - diagnostične postopke.

Skoraj petina (18,7 %) posredne zdravstvene nege ki poteka izven oddelka, ter osem odstotkov, ki se izvaja v sestrski sobi, pomenita dobro četrtno nalog (26,7 %), ki se izvajajo zaradi pacienta, čeprav brez njegove prisotnosti. Te naloge osebje uresničuje na lokacijah, ki jih praktično težko povezujemo z oskrbo pacienta.

**Preglednica 13: Osebe zdravstvene nege na internistične oddelku Splošne bolnišnice Franca Derganca, glede na prostor izvajanja dela.**

OSEBA		PROSTOR						Skupaj
		Ni podatka	bolniška soba	ordinacija, kopalnica, čisti prostor, reanimacijska soba	oddelčni pult, pisarna	sestrska soba	drugo	
zdravstveni	n	30	306	15	58	40	41	490
tehnika_1	%	6,1	62,4	3,1	11,8	8,2	8,4	100,0
zdravstveni	n	30	339	12	43	36	40	500
tehnika_2	%	6,0	67,8	2,4	8,6	7,2	8,0	100,0
zdravstveni	n	0	350	10	50	30	40	480
tehnika_3	%	0,0	72,9	2,1	10,4	6,3	8,3	100,0
zdravstveni	n	0	343	19	71	24	33	490
tehnika_4	%	0,0	70,0	3,9	14,5	4,9	6,7	100,0
dipl.med.s_1	n	0	199	68	129	0	94	490
	%	0,0	40,6	13,9	26,3	0,0	19,2	100,0
dipl.med.s_2	n	0	211	93	92	0	94	490
	%	0,0	43,1	19,0	18,8	0,0	19,2	100,0
zdr.tehnik_pripravnik	n	30	347	18	33	30	32	490
nik	%	6,1	70,8	3,7	6,7	6,1	6,5	100,0
Skupaj	N	90	2095	235	476	160	374	3430
	%	2,6	61,1	6,9	13,9	4,7	10,9	100,0

Legenda: n=število opazovanj posameznika; N= število opazovanj vseh izvajalcev zdravstvene nege za posamezno lokacijo; % = delež opazovanj za vsakega izvajalca zdravstvene nege za posamezno lokacijo

V tabeli 13 so prikazane podobnosti oz. razlike med lokacijo izvajanja dela glede na delovno mesto izvajalca.

Zdravstveni tehnik pripravnik je po deležu aktivnosti primerljiv ostalim zdravstvenim tehnikom, saj se v bolniški sobi zadržuje 70,8 %.

Zdravstveni tehniki se v primerjavi z medicinskimi sestrami več zadržujejo v bolniških sobah. V ordinacijah, kopalnici, čistem prostoru in reanimacijski sobi, se medicinske sestre

## Empirični del

zadržujejo petino delovnega časa. Zdravstveni tehniki in pripravnik pa se v teh prostorih zadržujejo približno 3 % delovnika.

Medicinske sestre potrošijo četrtno delovnega časa za oddelčnim pultom in v pisarni (26,3 %). Zdravstveni tehnik pripravnik se manj nahaja za oddelčnim pultom in v pisarni (6,7 %). V sestrski sobi se medicinske sestre ne zadržujejo, medtem ko se zdravstveni tehniki in zdravstveni tehnik pripravnik tu zadržujejo 4,7 % vsega delovnega časa.

**Preglednica 14: Delež porazdelitve posredne in neposredne zdravstvene nege na internističnem oddelku 5a, Splošne bolnišnice Franca Derganca, v času opazovanja od 19. 7. 2010 - 23. 7. 2010 in 26. 7. 2010 - 30. 7. 2010, glede na izobrazbo.**

OSEBA		AKTIVNOST			skupaj
		Ni podatka	neposredna zdravstvena nega	posredna zdravstvena nega	
zdravstveni tehnik_1	n	30	139	321	490
	%	6,1	28,4	65,5	100,0
zdravstveni tehnik_2	n	30	342	128	500
	%	6,0	68,4	25,6	100,0
zdravstveni tehnik_3	n	0	345	135	480
	%	0,0	71,9	28,1	100,0
zdravstveni tehnik_4	n	0	199	291	490
	%	0,0	40,6	59,4	100,0
dipl.med.s_1	n	0	74	486	490
	%	0,0	15,1	84,0	100,0
dipl.med.s._2	n	0	66	484	490
	%	0,0	13,4	85,3	100,0
zdr.tehnik_pripravnik	n	30	314	146	490
	%	6,1	64,1	29,8	100,0
skupaj	n	90	1349	1991	3430
	%	2,6	39,3	58,0	100,0

Legenda: n=število opazovanj posameznika; N= število opazovanj vseh izvajalcev zdravstvene nege glede na aktivnosti zdravstvene nege (posredne, neposredne); % = delež opazovanj za vsakega izvajalca zdravstvene nege za posredno in neposredno zdravstveno nego

Zdravstveni tehnik pripravnik v največji meri opravlja neposredno zdravstveno nego (64,1 %).

## Empirični del

Zdravstveni tehniki opravijo povprečno več kot polovico neposredne zdravstvene nege, medicinske sestre pa le okrog 14 %.

Z deležem posredne zdravstvene nege je nekoliko drugače. Največji del posredne zdravstvene nege opravijo medicinske sestre (približno 85 %).

Zdravstveni tehnik pripravnik opravi 29,8 % neposredne nege. Povprečni delež posredne zdravstvene nege zdravstvenih tehnikov pa znaša približno 44 %.

**Preglednica 15: Delež porazdelitve posredne in neposredne zdravstvene nege na internističnem oddelku Splošne bolnišnice Franca Derganca, v času opazovanja glede na časovni interval opazovanja.**

ČAS		AKTIVNOST			skupaj
		Ni podatka	neposredna zdravstvena nega	posredna zdravstvena nega	
7.00	n	0	0	70	70
	%	0,0	0,0	100,0	100,0
7.10	n	0	50	20	70
	%	0,0	71,4	28,6	100,0
7.20	n	0	50	20	70
	%	0,0	71,4	28,6	100,0
7.30	n	0	50	20	70
	%	0,0	71,4	28,6	100,0
7.40	n	0	46	24	70
	%	0,0	65,7	34,3	100,0
7.50	n	0	51	19	70
	%	0,0	72,9	27,1	100,0
8.00	n	0	42	28	70
	%	0,0	60,0	40,0	100,0
8.10	n	0	40	30	70
	%	0,0	57,1	42,9	100,0
8.20	n	0	35	35	70
	%	0,0	50,0	50,0	100,0
8.30	n	0	30	40	70
	%	0,0	42,9	57,1	100,0
8.40	n	0	26	44	70
	%	0,0	37,1	62,9	100,0
8.50	n	0	23	47	70
	%	0,0	32,9	67,1	100,0
9.00	n	0	23	47	70
	%	0,0	32,9	67,1	100,0
9.10	n	0	20	50	70
	%	0,0	28,6	71,4	100,0
9.20	n	0	25	45	70
	%	0,0	35,7	64,3	100,0
9.30	n	0	28	42	70
	%	0,0	40,0	60,0	100,0
9.40	n	0	26	44	70
	%	0,0	37,1	62,9	100,0
9.50	n	0	24	46	70
	%	0,0	34,3	65,7	100,0
10.00	n	0	33	37	70
	%	0,0	47,1	52,9	100,0
10.10	n	0	24	46	70
	%	0,0	34,3	65,7	100,0
10.20	n	0	26	44	70
	%	0,0	37,1	62,9	100,0

## Empirični del

ČAS		AKTIVNOST			skupaj
10.30	n	0	25	45	70
	%	0,0	35,7	64,3	100,0
10.40	n	0	26	44	70
	%	0,0	37,1	62,9	100,0
10.50	n	0	24	46	70
	%	0,0	34,3	65,7	100,0
11.00	n	0	18	52	70
	%	0,0	25,7	74,3	100,0
11.10	n	0	12	58	70
	%	0,0	17,1	82,9	100,0
11.20	n	0	18	52	70
	%	0,0	25,7	74,3	100,0
11.30	n	0	13	57	70
	%	0,0	18,6	81,4	100,0
11.40	n	0	14	56	70
	%	0,0	20,0	80,0	100,0
11.50	n	0	17	53	70
	%	0,0	24,3	75,7	100,0
12.00	n	0	17	53	70
	%	0,0	24,3	75,7	100,0
12.10	n	0	37	33	70
	%	0,0	52,9	47,1	100,0
12.20	n	0	46	24	70
	%	0,0	65,7	34,3	100,0
12.30	n	0	37	33	70
	%	0,0	52,9	47,1	100,0
12.40	n	0	34	36	70
	%	0,0	48,6	51,4	100,0
12.50	n	0	17	53	70
	%	0,0	24,3	75,7	100,0
13.00	n	0	37	33	70
	%	0,0	52,9	47,1	100,0
13.10	n	0	31	39	70
	%	0,0	44,3	55,7	100,0
13.20	n	0	43	27	70
	%	0,0	61,4	38,6	100,0
13.30	n	0	31	39	70
	%	0,0	44,3	55,7	100,0
13.40	n	0	41	29	70
	%	0,0	58,6	41,4	100,0
13.50	n	0	41	29	70
	%	0,0	58,6	41,4	100,0
14.00	n	0	38	32	70
	%	0,0	54,3	45,7	100,0
14.10	n	0	35	35	70
	%	0,0	50,0	50,0	100,0
14.20	n	0	1	69	70
	%	0,0	1,4	98,6	100,0
14.30	n	30	6	64	70
	%	42,9	8,6	91,4	100,0
14.40	n	30	5	35	70
	%	42,9	7,1	50,0	100,0
14.50	n	30	5	35	70
	%	42,9	7,1	50,0	100,0
15.00	n	30	8	32	70
	%	42,9	11,4	45,7	100,0
<b>skupaj</b>	N	90	1349	1991	3430
	%	2,6	39,3	58,0	100,0

Legenda: n=število opazovanj posredne in neposredne zdravstvene nege v deset minutnem intervalu; N= število vseh opazovanj posredne in neposredne zdravstvene nege v časovnem obdobju od 7h do 15h; % = delež posredne in neposredne zdravstvene nege glede v deset minutnem intervalu

Ob 7h zjutraj je delež posredne zdravstvene nege najvišji in znaša celih 100 %.

## **Empirični del**

---

Deleži posredne zdravstvene nege so skoraj v vseh opazovalnih intervalih višji od deležev neposredne zdravstvene nege, ki dosežejo najvišje vrednosti okrog 7h 10 min do 7h 50 min (okrog 73 %), 12h 10 min do 12h 30 min (okrog 53 %) in okrog 13h 20min, ko znaša delež neposredne zdravstvene nege 61,4 %.

Od 11h 10 min do 11h 40min se giblje delež posredne zdravstvene nege okrog 83 %. Delež posredne zdravstvene nege doseže zelo visoko raven (okrog 95 %) tudi okrog 14h 30 min.

### 3 RAZPRAVA

V vsaki zdravstveni ustanovi se izvajalci zdravstvene nege poslužujemo različnih kategorizacijskih sistemov z namenom ugotovitve stopnje zahtevnosti nege pacienta. Kategorijo zahtevnosti oskrbe je včasih zelo težko določiti. Kategorizacijski sistemi nam služijo kot orodje za merjenje zdravstvene nege, glede na izmerjeno zahtevnost oskrbe, pa lahko izračunamo potrebo po kadru.

Namen diplomske naloge je prikazati obremenjenost kadra, glede na delež posredne in neposredne zdravstvene nege, na internističnem oddelku za gastroenterologijo in endokrinologijo Splošne bolnišnice Franca Derganca. Z opazovanjem negovalnih aktivnosti ob pacientu in o pacientu smo želeli ugotoviti, koliko in s katero vrsto zdravstvene nege so bolj obremenjeni izvajalci ter prikazati vlogo organizacije dela in negovalnega tima.

V desetminutnih intervalih smo opazovali kaj izvajalci zdravstvene nege počnejo med delovnim časom, koliko se zadržujejo neposredno v bližini pacienta, koliko časa se ukvarjajo s posredno zdravstveno nego, koliko negovalnih intervencij opravijo v eni delovni izmeni in kaj te opazovane intervencije zajemajo.

Opazovanje je bilo oteženo, ker bi morali za natančnejše rezultate, opazovanje razdeliti na krajši časovni interval, da bi lahko zabeležili prav vse negovalne intervencije, ki jih je posameznik opravil. V 10 minutah je posamezni izvajalec zdravstvene nege opravil več intervencij, zabeležili pa smo zgolj tisto, ki je prevladovala.

Iz pridobljenih rezultatov ugotavljamo, da znaša delež posredne zdravstvene nege na opazovanem oddelku kar 58 %. Vsebina posredne zdravstvene nege zajema predvsem administrativna dela, organiziranje dela in vodenje, pripravo na medicinsko tehnične posege in pogovore o pacientu.

V splošnem se v bolniški sobi odvija skoraj vsa neposredna in tudi dobra tretjina vse posredne zdravstvene nege na oddelku.



Zaposleni v zdravstveni negi se v bolniških sobah zadržujejo 61 % delovnega časa, kar je 4,9 ure v 8 – urni delovni izmeni. V tem času opravljajo predvsem neposredno zdravstveno nego (63,1 %). Na vseh drugih lokacijah oddelka je obseg neposredne zdravstvene nege zelo nizek (od 30 sekund do 8,2 minuti).

Pod opazovano rubriko »drugo« smo zabeležili več kot desetino (52 minut) delovnega časa zaposlenih v zdravstveni negi, v katerem se izvaja skoraj izključno posredna zdravstvena nega. V tej rubriki gre za predvsem za malico in transport kužnin – prenos plinskih analiz krvi, dokumentacije, predajo službe medicinskih sester, ki poteka v dežurni sobi.

Kolektivna pogodba za zaposlene v zdravstveni negi v 154. členu določa 30 minut za malico in 30 minut za strokovno pripravo na delo (33). Če povežemo podane podatke ugotovimo, da se zdravstveno osebje od 60 minut, ki jim pripada za malico in pripravo na delo, 7 minut posveča drugim zadolžitvam.

Obdobje, od 14h 30 minut do 15h, zajema rubrika »ni podatka«, kjer gre za prehod dopoldanske v popoldansko izmeno. V popoldanski izmeni sta na oddelku samo dva tehnika zdravstvene nege.

Zanimiv je podatek, ki pravi, da se slaba četrtnina (23,8 %) posredne zdravstvene nege zgodi za oddelčnim pultom ali v pisarni, kar kaže da je administrativnega dela, ki ga mora zdravstveno osebje opraviti veliko, morda preveč, saj se na ta račun zmanjša neposredna obravnava pacienta.

Precejšnje razlike so se pokazale v vsebini dela, glede na stopnjo izobrazbe zaposlenega. Medicinske sestre opravljajo večinoma posredno zdravstveno nego, kar je skladno z njihovimi kompetencami in funkcijami. Naloge medicinskih sester na oddelku so vodenje preiskav in samega dogajanja na oddelku, razporejanje nalog celemu negovalnemu timu in organizacija dela (približno 85 %). Poleg teh nalog medicinske sestre opravljajo tudi del neposredne zdravstvene nege, ki zajema predvsem intravenozno terapijo in odvzeme vzorcev krvi.

Pri tehnikah zdravstvene nege je zgodba obratna. V dopoldanski izmeni opravijo več neposredne zdravstvene nege, približno 55 %, manj pa posredne zdravstvene nege ( približno

45,0%). Tehniki zdravstvene nege so torej bolj obremenjeni z neposredno zdravstveno nego, tako da se profila medicinske sestre in tehnika zdravstvene nege dopolnjujeta.

*»Tim pomeni delovno skupino, negovalni tim delovno skupino posameznikov, ki imajo zdravstveno izobrazbo različnih stopenj in je predmet njihovega poklicnega delovanja – zagotavljanje zdravstvene nege. Uspešnost in zadovoljstvo z delom vsakega posameznika v timu je odvisna tako od posameznika kot od celotnega tima.« (34)*

V Zakonu o delovnih razmerjih, kjer je govora o pripravnikih in opravljanju pripravništva, je pripravnik predstavljen kot oseba, ki ni samostojna in sklene zaposlitev z namenom vpeljevanja v delo (35).

Zdravstveni tehnik pripravnik po podatkih raziskave kaže, da sta vsebina in obseg njegovega dela primerljiva z delom usposobljenega zdravstvenega tehnika. Zdravstveni tehnik pripravnik se namreč, podobno kot drugi zdravstveni tehniki na oddelku, v bolniški sobi zadržuje 70,8 % delovnega časa in v tem času opravlja večinoma neposredno zdravstveno nego.

V obrazcih Slovenska kategorizacija zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege (13), prisotnosti tehnika zdravstvene nege – pripravnika, ne zasledimo. Njegovo delo torej v zastavljenih normativih zdravstvene nege ni vrednoteno in ne upoštevano.

Z metodo trenutnih opazovanj posvečamo objektivnost analize vsebine, obsega, razgibanosti in obenem zahtevnosti poklica. Opazovanje trenutnih dogodkov, ki smo ga izvedli na izbranem internističnem oddelku v času dveh tednov je bilo omejeno zgolj na število in vrsto aktivnosti zdravstvene nege, ni pa spremljalo kakovosti storitev. Merila kakovosti v zdravstveni negi so zelo različna, (npr. ankete o mnenju pacientov), kazalniki, ki jih uporabljajo bolnišnice, pa kažejo zgolj izjemne dogodke, ne pa dejanske kakovosti storitve. Toda, najprej moramo vedeti kaj počnemo, šele potem lahko merimo tudi kako dobro to počnemo.

Ker kadrovski normativi v zdravstvu do danes, še niso bili uradno sprejeti in uzakonjeni, se soočamo z minimalnim številom kadra na bolnišničnem oddelku (22). Pomanjkanje kadra

potegne za seboj nestrpnost, nezadovoljstvo in napake, posledično postaja zdravstvena nega rutinsko delo in zato razvrednotena.

Iz podatkov vsebine dela osebja v zdravstveni negi dobimo vtis, da se zdravstvene ustanove danes premalo posvečajo kakovosti storitev z vidika pacienta, saj zaposleni opravijo manj neposrednih kot posrednih storitev. Prednost imajo torej administracija, razgovori in naloge izven zdravstvene nege, pacient pa se zapostavlja.

## 4 SKLEP

Medicinske sestre so na opazovanem bolnišničnem oddelku bolj obremenjene s posredno zdravstveno nego kot z neposredno, za tehnike zdravstvene nege pa velja ravno nasprotno.

Obremenitev kadra zdravstvene nege je skozi vse delovne dni v tednu približno enaka, zato lahko predvidevamo, da velja podobno tudi čez vikend in ob praznikih, ko je osebja manj.

Oddelčna medicinska sestra je odgovorna za ustrezno razporejanje opravil med osebje, vsi izvajalci zdravstvene nege pa morajo znati presoditi pomembnost in nujnost posamezne naloge. Podatki nakazujejo, da je količina dela v zdravstveni negi morda preobsežna glede na razpoložljivi čas in stopnjo odvisnosti pacientov z ozirom na kategorizacijo.

V zdravstveni negi prevelik poudarek namenjamo kvantiteti, s tem pa znižujemo kvaliteto. Veliko nepravilnosti v zdravstveni negi se zgodi prav zaradi preobremenjenosti, slabe organiziranosti in pomanjkanja časa. Pacient potrebuje včasih bolj pogovor kot poseg, vendar mu ga ne moremo nuditi, ker nas preganja čas in druga opravila, ki jih še moramo opraviti. Nekakovostno opravljena storitev vodi v komplikacije pri zdravju hospitaliziranih in ponovne hospitalizacije, kaže se tudi v izidih kazalnikov kakovosti.

Zmanjšanje obremenjenosti osebja v zdravstveni negi je mogoče z upoštevanjem kadrovskega normativov, s katerimi določamo število in usposobljenost osebja glede na stopnjo odvisnosti in število pacientov. Na ta način bi zelo veliko pridobili na kvaliteti zdravstvene nege, zadovoljstvu bolnikov in kadra, in sploh realizirali naše poslanstvo.

## 5 SEZNAM VIROV

1. Hajdinjak G, Meglič R. *Sodobna zdravstvena nega*. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo, 2006:11-8, 27-41,145.
2. Petkovšek R, Karan K. *Razvrščanje pacientov v kategorije glede na zahtevnost bolnišnične zdravstvene nege*. *Rehabilitacija* 2008; 7 (1): 32- 3.
3. Kersnič P. *Organizacija službe zdravstvene nege v zdravstvenih zavodih Slovenije*. *Obzor Zdr N* 1997; 31 (1-2): 3-23.
4. Zbornica Zveza. *Strateške usmeritve za izobraževanje v zdravstveni negi za obdobje 2010/11 – 2020*.[http://www.zbornica-zveza.si/dokumenti/Zb%20Zv%20strategija%20izobrazev%202010-2020\\_gradivo%20za%20razpravo\\_dec%202010.pdf](http://www.zbornica-zveza.si/dokumenti/Zb%20Zv%20strategija%20izobrazev%202010-2020_gradivo%20za%20razpravo_dec%202010.pdf) <30.6.2011>.
5. Statistični Urad Republike Slovenije. *Število medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, Slovenija*. [http://www.stat.si/novica\\_prikazi.aspx?id=3110](http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=3110) <30.6.2011>.
6. Državni portal republike Slovenije. *Registrirana brezposelnost po poklicnem sklopu brezposelnih*. <http://e-uprava.gov.si/ispo/brezposelnost/zacetna.ispo> <30.6.2011>.
7. Hajdinjak A. *Pomen teoretičnih modelov za zdravstveno nego*. *Obzor Zdr N* 1999; 33 (1-2):137-8.
8. *Slovar slovenskega knjižnega jezika*. Ljubljana. Državna založba Slovenije, 1994:742.
9. Kalačnik Gruden M, Bregar B, Peternelj A in sod. *Slovenska kategorizacija zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege*. Ljubljana: Klinični center 2010: 4-15.
10. Skela Savič B, Vrečar A. *Kategorizacija zahtevnosti zdravstvene nege pri onkoloških pacientih v specialistični ambulantni obravnavi*. *Obzor Zdr N* 2009; 43 (3) : 171-82.
11. *Kolaborativni cenetr SZO za primarno zdravstveno nego. Proces zdravstvene nege in dokumentiranje*. Maribor: Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego 1995: 44-45.

12. Založnik V, Železnik D. Kategorizacija bolnikov po metodi RUSH v primerjavi z metodo San Jaoquin. *Obzor Zdr N* 2003; 37 (1): 37-50.
13. Kalačnik Gruden M, Bregar B, Peternelj A in sod. Slovenska kategorizacija zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege (verzija 2). Ljubljana: Klinični center 2005: 7-15.
14. Naka S, Pavšič Trškan B. Delovne obremenitve medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov. *Obzor Zdr N* 1999; 33 (1-2): 3- 8
15. JOHNSON J. Quantifyeing an ambulatory care patient classificaton instrument. *JONA*, 1989;19 (11):36-42.
16. Mccloskey CJ, Bulechek MG, Moorhead S, Daly J. Nurses` use and delegation of indirect care. *Nurs Econ*,1996: 22-23.
17. Železnik D, Brložnik M, Buček H in sod. Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi. Ljubljana – Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije 2008. [http://www.zbornica-zveza.si/dokumenti/kongres\\_zbn/pdf/233B.pdf](http://www.zbornica-zveza.si/dokumenti/kongres_zbn/pdf/233B.pdf) <30.6.2011>
18. Peršolja Černe M. Zdravstvena nega otroka in mladostnika: izročki predavanj 2007/2008. Izola, Univerza na Primorskem, Visoka šola za zdravstvo, 2007: 5-8.
19. Projekt Količina in kakovost v zdravstveni negi. Zdravstveni dom Adolfa Drolca Maribor 2001. 7-8.
20. Možina S, Kavčič B, Tavčar M. in sod. Management. Ljubljana: Didakta, 1994:15-16.
21. Skela Savič B. Organizacijska kultura in uvajanje sprememb v slovenskih bolnišnicah: Subkulture in mesto zdravstvene nege?. *Obzor Zdr N* 2006; 40 (4): 197-8.

22. *Sindikat medicinskih sester*. <http://www.sindikata-florence.si/2010/08/izjava-za-javnost-9/> <30.6.2011>
23. *Robida A. Pot do odlične zdravstvene prakse*. Ljubljana: Planet GV: 2009: 26,54-5.
24. *Skela Savič B. Kontinuirana zdravstvena obravnava – izziv sodobnega menedžmenta bolnišnične zdravstvene nege*. *Obzor Zdr N* 2007; 41 (1): 3-11.
25. *Skela Savič B. Zadovoljstvo bolnikov- kazalec kakovosti v zdravstvu*. *ONKO* 2001;15(2):18–22.
26. *Fras Z., Panjtar M. Kako merimo kakovost zdravstvenega varstva*. *Zdravo Vestn* 2002; 7: 737 – 41.  
<http://vestnik.sz.d.si/st2-12/st2-12-737-741.htm> <30.6.2011>
27. *Simčič Biserka. Celovita kakovost v zdravstvu*. Ljubljana: Društvo ekonomistov v zdravstvu 2005: 24-25.
28. *Terbižan M. Dnevi Angele Boškin Dejstvo za kakovost*. Zbornik predavanj: Bled 2008; 2: 20-1.
29. *Splošna bolnišnica Franca Derganca. Kazalniki kakovosti*. <http://www.bolnisnica-go.si/node/341> <30.6.2011>
30. *Splošna bolnišnica Celje. Kazalniki kakovosti*. [http://www.sb-celje.si/fileadmin/dokumenti/Kazalniki\\_kakovosti/SB\\_Celje\\_kazalniki\\_kakovosti\\_2010\\_splet.pdf](http://www.sb-celje.si/fileadmin/dokumenti/Kazalniki_kakovosti/SB_Celje_kazalniki_kakovosti_2010_splet.pdf) <30.6.2011>
31. *Splošna bolnišnica Novo Mesto. Kazalniki kakovosti*. [http://www.sb-nm.si/Portals/0/Content/dokumenti/Kazalniki%20Bolnisnice\\_2010-%20ukrepi%20-%20skupnakoncna-1.pdf](http://www.sb-nm.si/Portals/0/Content/dokumenti/Kazalniki%20Bolnisnice_2010-%20ukrepi%20-%20skupnakoncna-1.pdf) <30.6.2011>

32. Univerzitetni Klinični center Ljubljana. Kazalniki kakovosti. [http://www4.kclj.si/admin/dokumenti/0000020a-00000285-kazalniki\\_kakovosti\\_2010.pdf](http://www4.kclj.si/admin/dokumenti/0000020a-00000285-kazalniki_kakovosti_2010.pdf) <30.6.2011>
33. Uradni list Republike Slovenije. Kolektivna pogodba za zaposlene v zdravstveni negi. <http://www.uradni-list.si/1/content?id=3103> <4.7.2011>
34. Škerbinek Ana. Skupinska dinamika negovalnega tima. *Obzor Zdr N* 1998; 32 (1-2): 25-6.
35. Zakon o delovnih razmerjih. Opravljanje pripravništva. [http://www.mdds.gov.si/si/zakonodaja\\_in\\_dokumenti/veljavni\\_predpisi/zakon\\_o\\_delovnih\\_razmerjih/#c16825](http://www.mdds.gov.si/si/zakonodaja_in_dokumenti/veljavni_predpisi/zakon_o_delovnih_razmerjih/#c16825) <4.7.2011>



## 6 PRILOGE

Priloga 1: Izpolnjen primer opazovalnega lista za en opazovalni dan

čas	Medicinska sestra	lokacija	aktivnost	opombe
7:00	S1	4	12	raport
	S2	4	12	raport
	S3	4	12	raport
	S4	4	12	raport
	DMS1	5	12	raport
	DMS2	5	12	raport
	P	4	12	raport
7:10	S1	1	2	meri RR,TT
	S2	1	5	nega
	S3	1	5	nega
	S4	1	5	nega
	DMS1	5	12	raport
	DMS2	5	12	raport
	P	1	5	nega
7:20	S1	3	8	telefon s svojci
	S2	1	5	nega
	S3	1	5	nega
	S4	1	3	menjava infuzijske tekočine
	DMS1	5	12	raport
	DMS2	5	12	raport
	P	1	5	nega
7:30	S1	1	2	meri RR,TT
	S2	1	5	nega
	S3	1	5	nega
	S4	1	5	nega
	DMS1	2	7	priprava terapije za aplikacijo
	DMS2	1	7	iv odvzem krvi
	P	1	5	nega
7:40	S1	1	3	preveza rane, povijanje nog
	S2	1	5	nega
	S3	1	5	nega

## Priloge

čas	Medicinska sestra	lokacija	aktivnost	opombe
	S4	3	8	telefon s svojci
	DMS1	2	7	priprava th za aplikacijo
	DMS2	1	7	iv odvzem
	P	1	5	nega
7:50	S1	1	2	merjenje KS
	S2	3	8	telefon s svojci
	S3	1	5	nega
	S4	1	3	menjava urinske vrečke
	DMS1	1	7	delitev th
	DMS2	1	7	iv odvzem krvi
	P	1	5	nega
8:00	S1	1	2	merjenje KS
	S2	1	5	nega
	S3	1	5	nega
	S4	1	4	pomoč pac do Wcja
	DMS1	1	7	delitev th
	DMS2	1	7	iv odvzem krvi
	P	1	3	preveza rane
8:10	S1	1	2	merjenje KS
	S2	1	5	nega
	S3	3	8	telefon s svojci
	S4	1	11	vizita
	DMS1	1	7	pomaga deliti th
	DMS2	1	7	delitev th
	P	1	3	odklaplja infuzijo, ki je stekla
8:20	S1	1	5	ustna nega
	S2	1	5	nega
	S3	1	6	delitev zajtrka, pomoč pri hranjenju
	S4	1	11	vizita
	DMS1	1	11	vizita

## Priloge

čas	Medicinska sestra	lokacija	aktivnost	opombe
	DMS2	3	13	organizacija preiskav, razpored osebja za vizito
	P	1	6	delitev zajtrka, pomoč pri hranjenju
8:30	S1	1	11	vizita
	S2	3	8	telefon s svojci
	S3	1	4	pomoč pac pri posedanju
	S4	1	11	vizita
	DMS1	1	11	vizita
	DMS2	3	9	naročanje lekarne
	P	1	6	delitev zajtrka, hranjenje
8:40	S1	1	11	vizita
	S2	1	6	hrani
	S3	3	8	telefon s svojci
	S4	1	11	vizita
	DMS1	1	11	vizita
	DMS2	3	9	naročanje lekarne
	P	1	6	hrani po ngs
8:50	S1	1	11	vizita
	S2	1	6	hrani
	S3	1	3	menjava infuzije
	S4	1	11	vizita
	DMS1	1	11	vizia
	DMS2	3	9	naročanje lekarne
	P	1	6	harni po ngs
9:00	S1	1	11	vizita
	S2	3	8	telefon s svojci
	S3	1	10	pospravi pladnje od zajtrka
	S4	1	11	vizita
	DMS1	1	11	vizita
	DMS2	3	9	naročanje lekarne
	P	1	10	pospravlja pladnje, nočne omarice, briše pulte

## Priloge

čas	Medicinska sestra	lokacija	aktivnost	opombe
9:10	S1	1	11	vizita
	S2	1	4	pomoč do Wcja
	S3	3	8	telefon s svojci
	S4	1	11	vizita
	DMS1	1	11	vizita
	DMS2	1	7	daje transfuzijo (SZP)
	P	1	10	pobira pladnje, briše omarice in pulte
9:20	S1	1	11	vizita
	S2	1	3	deli th
	S3	1	3	deli th
	S4	1	11	vizita
	DMS1	1	11	vizita
	DMS2	3	8	telefon s svojci
	P	1	3	odklaplja infuzijo, ki je stekla
9:30	S1	3	13	urejenje povizitnega dela
	S2	3	8	telefon s svojci
	S3	1	3	delitev th
	S4	1	11	vizita
	DMS1	1	11	vizita
	DMS2	2	10	pospravlja čisti prostor, uredi tase
	P	1	3	pomoč pri delitvi th
9:40	S1	3	13	urejenje povizitnega dela
	S2	1	3	deli th
	S3	1	3	delitev th
	S4	1	11	vizita
	DMS1	3	13	urejenje povizitnega dela
	DMS2	1	9	piše raport
	P	3	8	telefon s svojci
9:50	S1	1	13	urejenje povizitnega dela
	S2	1	3	deli th
	S3	1	5	nega

## Priloge

čas	Medicinska sestra	lokacija	aktivnost	opombe
	S4	1	11	vizita
	DMS1	3	13	urejenje povizitnega dela
	DMS2	1	7	menjava iv kanala
	P	1	5	nega
10:00	S1	1	2	meri RR, Spo2
	S2	1	3	deli th
	S3	3	8	telefon s svojci
	S4	1	11	vizita
	DMS1	3	13	urejenje povizitnega dela
	DMS2	1	9	piše raport
	P	1	4	pomoč pac v WC
10:10	S1	1	9	piše raport
	S2	1	3	delitev th
	S3	1	3	deli th
	S4	1	11	vizita
	DMS1	3	13	urejenje povizitnega dela
	DMS2	1	9	piše raport
	P	1	5	ustna nega
10:20	S1	1	9	piše raport
	S2	1	3	deli th
	S3	1	3	deli th
	S4	3	13	urejenje povizitnega dela
	DMS1	3	8	telefon s svojci
	DMS2	1	9	piše raport
	P	1	5	ustna nega
10:30	S1	1	9	piše raport
	S2	1	3	delitev th
	S3	1	3	delitev th
	S4	3	13	urejanje povizitnega dela
	DMS1	1	7	daje povizitno th

## Priloge

čas	Medicinska sestra	lokacija	aktivnost	opombe
	DMS2	1	9	piše raport
	P	3	8	telefon s svojci
10:40	S1	1	9	piše raport
	S2	1	3	deli th
	S3	1	3	delitev th
	S4	3	13	urejanje povizitnega dela
	DMS1	1	7	iv odvzem krvi
	DMS2	1	9	piše raport
	P	1	3	daje Fragmin sc
10:50	S1	1	9	piše raport
	S2	1	3	deli th
	S3	1	3	deli th
	S4	3	13	urejanje povizitnega dela
	DMS1	1	7	preveza subklavjskega katetra
	DMS2	1	9	piše raport
	P	1	3	povijanje nog
11:00	S1	1	9	piše raport
	S2	1	3	SUK ex - pac gre domov
	S3	1	3	delitev th
	S4	5	15	malica
	DMS1	1	7	iv kanal, povizitna terapija
	DMS2	1	7	aplikacija povizitne th
	P	5	15	malica
11:10	S1	1	9	piše raport
	S2	1	3	deli th
	S3	1	3	daje inhalacije
	S4	5	15	malica
	DMS1	1	7	povizitna th

## Priloge

čas	Medicinska sestra	lokacija	aktivnost	opombe
	DMS2	1	7	povizitna th
	P	5	15	malica
11:20	S1	1	3	menjava vrečke pacientki s stomo
	S2	1	3	delitev th
	S3	2	10	pospravlja voziček s per os th
	S4	5	15	malica
	DMS1	1	7	menjava iv kanala - flebitis, aplikacija povizitne th
	DMS2	2	7	priprava th za pop in drugi dan - dela voz
	P	5	15	malica
11:30	S1	5	15	malica
	S2	5	15	malica
	S3	5	15	malica
	S4	3	8	telefon s svojci
	DMS1	3	9	uredi izvide po temperaturnih listah
	DMS2	2	7	priprava th za pop in drugi dan
	P	1	3	ustna nega
11:40	S1	5	15	malica
	S2	5	15	malica
	S3	5	15	malica
	S4	3	8	telefon s svojci
	DMS1	3	9	uredi izvide
	DMS2	2	7	priprava th za pop in drugi dan
	P	2	10	pospravlja kopalnico in izplakovalnico
11:50	S1	5	15	malica
	S2	5	15	malica
	S3	5	15	malica

## Priloge

čas	Medicinska sestra	lokacija	aktivnost	opombe
	S4	1	5	pomoč pri preoblačenju
	DMS1	2	7	pomaga urejati th za pop in drugi dan
	DMS2	2	7	priprava th za pop in drugi dan
	P	3	8	telefon s svojci
12:00	S1	5	15	malica
	S2	5	15	malica
	S3	5	15	malica
	S4	1	3	menjava infuzije
	DMS1	1	7	menjava iv kanala
	DMS2	2	7	priprava th za pop in drugi dan
	P	2	10	pospravlja kopalnico in izplakovalnico
12:10	S1	1	2	merjenje KS
	S2	1	5	nega
	S3	1	5	nega
	S4	1	6	pomoč pri pitju
	DMS1	1	7	menjava iv kanala
	DMS2	2	7	priprava th za pop in drugi dan
	P	3	8	telefon s svojci
12:20	S1	1	2	merjenje KS
	S2	1	4	pomoč pri posedanju
	S3	1	6	hrani, deli kosila
	S4	1	4	pomoč do Wcja



## Priloge

čas	Medicinska sestra	lokacija	aktivnost	opombe
	DMS1	3	7	pripravlja epruvete za drugi dan, naroča v računalnik preiskave - dela laboratorij
	DMS2	1	7	daje infuzijo antibiotika (th na 6h)
	P	1	6	hrani po ngs
12:30	S1	1	7	aplikacija insulinov
	S2	1	6	hrani
	S3	1	4	posedanje pacienta
	S4	1	6	hranjenje
	DMS1	3	7	dela laboratorij
	DMS2	3	8	telefon s svojci
	P	1	6	hrani
12:40	S1	1	7	aplikacija insulinov
	S2	1	5	nega
	S3	1	6	hranjenje
	S4	1	6	hranjenje
	DMS1	3	7	pripravlja epruvete za drugi dan, naroča v računalnik preiskave
	DMS2	1	7	daje Analgin
	P	1	5	nega
12:50	S1	1	3	menjava infuzijske steklenice
	S2	1	10	pospravlja od kosila
	S3	1	5	nega
	S4	1	5	nega

## Priloge

čas	Medicinska sestra	lokacija	aktivnost	opombe
	DMS1	3	7	pripravlja epruvete za drugi dan, naroča v računalnik preiskave
	DMS2	3	8	telefon s svojci
	P	1	3	menjava urinske vrečke
13:00	S1	3	8	telefon s svojci
	S2	1	5	nega
	S3	1	6	pomoč pri pitju
	S4	1	5	ustna nega
	DMS1	1	7	daje transfuzijo
	DMS2	2	10	pospravlja čisti prostor
	P	1	5	nega
13:10	S1	1	3	preveza rane na glavi
	S2	3	8	telefon s svojci
	S3	1	5	nega
	S4	1	3	menjava infuzijske steklenice
	DMS1	5	15	malica
	DMS2	5	15	malica
	P	1	5	ustna nega
13:20	S1	3	8	telefon s svojci
	S2	1	3	menjava infuzije
	S3	1	5	nega
	S4	1	5	nega
	DMS1	5	15	malica
	DMS2	5	15	malica
	P	2	10	pospravi čisti prostor
13:30	S1	1	5	ustna nega
	S2	1	5	nega

## Priloge

čas	Medicinska sestra	lokacija	aktivnost	opombe
	S3	1	3	menjava urinske vrečke
	S4	2	10	pospravljanje stvari iz lekarne
	DMS1	5	15	malica
	DMS2	5	15	malica
	P	2	10	pospravljanje stvari iz lekarne
13:40	S1	2	10	pospravljanje stvari iz lekarne
	S2	3	8	telefon s svojci
	S3	2	10	pospravlja stvari iz lekarne po omarah
	S4	1	5	nega
	DMS1	5	15	malica
	DMS2	5	15	malica
	P	1	5	nega
13:50	S1	3	8	telefon s svojci
	S2	1	3	preveza rane RZP
	S3	1	3	preveza rane RZP
	S4	1	5	nega
	DMS1	2	7	priprava th (antibiotiki na 8ur)
	DMS2	1	7	iv odvzem krvi (dopisano naročilo)
	P	1	5	nega
14:00	S1	1	3	preveza rane RZP
	S2	3	8	telefon s svojci
	S3	1	3	preveza rane RZP
	S4	1	5	nega
	DMS1	1	7	aplikacija th

## Priloge

čas	Medicinska sestra	lokacija	aktivnost	opombe
	DMS2	3	13	uredi transport pac na UZ
	P	1	5	nega
14:10	S1	4	9	piše negovalna poročila
	S2	4	9	piše negovalna poročila
	S3	1	5	nega
	S4	1	5	nega
	DMS1	1	7	aplikacija th
	DMS2	3	9	uredi vse izvide, ki jih zdravniki še niso videli
	P	1	5	nega
14:20	S1	4	12	raport
	S2	4	12	raport
	S3	4	12	raport
	S4	4	12	raport
	DMS1	3	8	telefon s svojci
	DMS2	2	10	pospravlja delovni prostor, ordinacijo
	P	4	12	raport
14:30	S1	4	12	raport
	S2	4	12	raport
	S3	4	12	raport
	S4	1	1	govori s pacientko o bolečinah
	DMS1	2	7	priprava protibolečinske th pp
	DMS2	3	8	telefon s svojci
	P	4	12	raport
14:40	S1	ni	ni	
	S2	ni	ni	

## Priloge

čas	Medicinska sestra	lokacija	aktivnost	opombe
	S3	1	4	pomoč pac do Weja
	S4	3	11	pokaže izvide, ki so pripravljene na pultu zdravniku
	DMS1	1	7	daje protibolečinsko th pacientki, ki toži za bolečino
	DMS2	5	12	raport v dežurni sobi
	P	ni	ni	
14:50	S1	ni	ni	
	S2	ni	ni	
	S3	3	10	pospravlja temperaturne liste in izvide
	S4	1	6	daje pacientu piti
	DMS1	5	12	raport v dežurni sobi
	DMS2	5	12	raport v dežurni sobi
	P	ni	ni	
15:00	S1	ni	ni	
	S2	ni	ni	
	S3	3	8	telefon s svojci za informacije z zdravnikom
	S4	1	3	daje inhalacije pp
	DMS1	5	12	raport v dežurni sobi
	DMS2	5	12	raport v dežurni sobi
	P	ni	ni	

**Priloga 2: Legenda opazovalnega lista**

***Funkcija medicinske sestre:***

- S1 – tehnik zdravstvene nege
- S2- tehnik zdravstvene nege
- S3 – tehnik zdravstvene nege
- S4 –tehnik zdravstvene nege
- P – pripravnik (tehnik zdravstvene nege)
- DMS1 – diplomirana medicinska sestra
- DMS2 – diplomirana medicinska sestra

***Lokacija:***

- 01 – bolniška soba
- 02 – ordinacija, kopalnica, čisti prostor, reanimacijska soba
- 03 – pult na oddelku, pisarna
- 04 – soba za medicinske sestre
- 05 – drugo (menza, dežurna soba)

***Aktivnost:***

Neposredna ZN

- 01 – komuniciranje s pacientom
- 02 – opazovanje pacienta, meritve
- 03 – medicinsko tehnični posegi, postopki izvajanje (menjava urinske vrečke, menjava infuzijske steklenice, dajanje zdravil per os)
- 04 – mobilizacija / gibanje pacienta, pomoč in izvajanje
- 05 – jutranja nega pacienta, pomoč in izvajanje
- 06 – prehranjevanje in pitje, pomoč in izvajanje

***Posredna ZN:***

- 07 – priprava zdravil, priprava za medicinsko tehnične posege (zahtevnejše), aplikacija iv terapije
- 08 – komuniciranje O pacientu, pacientih
- 09 – administrativna dela, pisanje raporta
- 10 – čiščenje, pospravljanje, urejanje materialov
- 11 – vizita, pregledi pacienta, sodelovanje
- 12 – predaja službe
- 13 – management, organizacija, supervizija
- 14 – odmor, osebne potrebe
- 15 – glavna pavza, malica (pol ure odsotnosti)

99 – ni podatka