

Med. sestri Sonja Hartmann in
Zinka Marič
Zdravstveni dom Maribor

Oblike teamskega dela v negi bolnika na domu

UDK 362.191.14

POVZETEK. Navedene so nekatere opredeljitve bolniške nege in poklica med. sestre. Teamsko delo v negi bolnika pomeni visoko stopnjo smiselne delitve medicinskega in ostalega dela. To delo je mnogo več kot samo delo za isti problem; hkrati združuje strokovno znanje in sposobnosti vseh članov teama. Pristop je lahko multi- ali interdisciplinaren. Nujna je tesna medsebojna povezava, vsak član teama daje svoj del za skupne cilje. Medsebojna povezanost in odvisnost pomeni situacijo, iz katere spontano raste potreba po odgovornosti.

Navedene so tudi lastnosti in dolžnosti vodje teama, v zaključku pa še nekatere posebnosti navedenega pristopa v negi bolnika na domu.

FORMS OF TEAM WORK IN HOME CARE. The authors present some characteristic features of the patient care and nursing profession. Team work in nursing represents a rational distribution of medical and nonmedical tasks. It signifies much more than only dealing with the same issues; it integrates the professional knowledge and skills of all the team members. Either multi — or interdisciplinary approach to nursing can be adopted. A close cooperation is essential; each member of the team should contribute to the common goals. Mutual relationship and interdependence of the staff provide for a more intense sense of responsibility. The author outlines the characteristic traits of the leading member of the team. The paper closes with the description of some particular features of this approach observed in home care.

NEGA BOLNIKA IN POKLIC MED. SESTRE

Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) opredeljuje bolnikovo nego takole:

Nega bolnika je širok pojem in zajema celotno poklicno delo medicinskih sester, ki delajo z odraslimi in otroki. Nega v najširšem smislu besede pomeni samostojno funkcijo med. sestre: »posamezniku, bolnemu ali zdravemu, pomagati pri izvrševanju tistih opravil, ki prispevajo k zdravju ali zdravljenju ali k spokojni smrti.«

Nega bolnika v ožjem smislu besede kot bolniška nega (»Nursing care«), pomeni vse tiste dejavnosti v zdravstvu, ki so v organizirani obliki na razpolago bolniku.

Medicinska sestra je oseba, ki je dokončala šolanje za pridobitev osnovne izobrazbe v negi bolnika in je v svoji državi priznana ter pooblaščen opravlja

najbolj odgovorna opravila iz nege bolnika, in to glede na pospeševanje zdravlja, preprečevanje bolezni in skrbi za bolne.

Dina Urbančič (1967) (7) ugotavlja:

»Medicina je veda in izvedenost, ki ji je predmet dela: preprečevanje, zdravljenje in lajšanje bolezni. Temu namenu služijo medicinske, tj. strokovne dejavnosti, in paramedicinske, tj. tiste dejavnosti, ki služijo temu namenu posredno.

Nega bolnika je medicinska dejavnost, nepogrešljiva komponenta v novem procesu zdravljenja. Z nego neposredno pripomoremo do zdravljenja ali do lajšanja bolečin in bolnikove smrti, ki je tudi odsvit življenja. **Predmet obravnave nege je človek kot psihosomatično bitje, enkratno v svojih individualnih osebnostih in obeležjih, kakor tudi v manifestacijah njegove bolezni.** Zaradi motenega delovanja organizma, zaradi bolečin, onemoglosti ali grozečega pojava motenj in absolutne ali relativne odvisnosti potrebuje bolnik pomoč negovalca v najosnovnejših, najbolj elementarnih fizioloških potrebah, pa tudi v psihičnih in socialnih potrebah. Bolnik je v teh potrebah deloma ali docela odvisen od negovalčeve pomoči, v vsakem primeru pa je odvisen bolj, kot je normalno za njegov zrelostni razvoj oziroma stanje, ki ga označujemo za psihosomatično zdravje. Ta odvisnost je različna pri posameznih bolnikih in pogojena od vrste in jakosti bolezni, bolnikove reakcije na bolezen, starosti bolnika, emocionalnega stanja, intelektualnih zmogljivosti, izobrazbe ter socialnih okoliščin. Ustrezno tem obeležjem mora negovalec prilagajati vrsto in metode pomoči. Negovalec naj bi bolniku pomagal z vsem, kar poleg zdravnikovih intervencij pripomore k ozdravljenju ali k še dosegljivi stopnji rehabilitacije in ne nazadnje tudi k mirni smrti.«

Na splošno povedano: z vsem, kar bi odrasel človek opravil zase sam, če bi imel potrebno moč, voljo in znanje. Zato za vsebino svojega strokovnega dela prevzema negovalec svojo poklicno, službeno in etično dolžnost.

Naloge strokovne nege pomenijo dimenzijo kompleksne, to je nedeljive dejavnosti, kakršno narekuje sodobni koncept medicine in humanizacije medicine, se pravi skrb za bolnika kot osebnost. Pri tem je zdravnik vsesplošno odgovoren za celoten proces zdravljenja, negovalec pa k temu prispeva svoj nepogrešljiv strokovni delež, kakor ga prispevajo tudi drugi sodelavci, ki v tem procesu sodelujejo. Delež enega, drugega ali tretjega sodelavca, je od primera do primera različen.

Gre za delitev dela, ki postaja tako v medicini kot v drugih strokah neizbežna in toliko bolj nujna, kolikor bolj napreduje znanost, ki oplaja to stroko in njeno prakso.

Ko govorimo o strokovni negi, govorimo o negovalcu, ker se ne opredeljuje mo na določene profile delavcev, ki v tej negi sodelujejo. V mislih imamo službo bolniške nege, kakršna mora biti zagotovljena in organizirana v sodobnih zdravstvenih zavodih in v katerih deluje team različnih profilov zdravstvenih delavcev in sodelavcev. Vsekakor je **medicinska sestra osrednji zdravstveni delavec**, ki je nosilka skrbi in odgovornosti za organizacijo, vodenje, izvrševanje in izpopolnjevanje bolniške nege, tako v bolnišnici kakor izven bolnišnice.

Stana Kavalič (1970) (2) navaja, »da so bolnikove aktivnosti, v zvezi s katerimi lahko med. sestra prakticira svojo edinstveno negovalno funkcijo na način, ki ga predvideva ICN, naslednje:

- dihanje,
- adekvatna dieta in pijača,
- odvajanje telesnih izločkov,
- gibanje in ohranitev zaželeno telesno lege,
- spanje in počitek,
- izbira primerne obleke, oblačenje in slačenje,
- vzdrževanje telesne temperature v mejah normale s prilagajanjem obleke in ureditvijo okolja,
- telesna čistoča in urejenost
- izogibanje nevarnosti v okolju,
- izražanje čustev, potreb in mnenj,
- koristno delo,
- rekreacija,
- učenje, poznavanje poti, ki vodijo k normalnem razvoju in zdravju.

Te aktivnosti opravi namesto bolnika med. sestra ali mu pri njih pomaga oziroma **v teamskem delu nosi odgovornost za področje nege**, ker najbolj razume vzročno posledične zveze, ki nastajajo v negovalnih situacijah. Razumljivo je, da mora biti nega usklajena z drugimi dejavnostmi, ki spadajo v celotno oskrbo bolnika.«

Na zasedanju skupščine regionalnega urada Svetovne zdravstvene organizacije za Evropo v Atenah leta 1976 so ugotavljali pomembnost multidisciplinarnega teamskega dela v zdravstvenih strokah ter prenašanje običajnih ali lažjih nalog na manj usposobljene kategorije sodelavcev.

Majda Šlajmer-Japelj (1977) (6) poudarja, da vsaka zdravstvena ustanova potrebuje med. sestro, ki bo ob programiranju bodočega strokovnega razvoja **pripravljala tudi razvoj in napredovanje bolniške nege**, ki mora delovati v smislu sistema in v skladu z zahtevami medicine po ekipnem delu. V zdravstvu ni uspeha in učinkov v delu posameznika, a za medsebojne odnose je osnovnega pomena pravilno vodenje.

TEAMSKO DELO

O vprašanju teamskega dela govori **Branko Kesić (1979)** pri organizaciji zdravstvene službe v poglavju ekipno delo (3).

Teamsko-ekipno delo je metoda dela, ki omogoča določenemu številu oseb, ki imajo skupni cilj, da svoje sposobnosti najbolje uporabijo z medsebojnim dopolnjevanjem svojih sposobnosti in izkušenj. V medicini se je ekipno delo razvijalo vzporedno s pojavom specializacije.

Za zdravljenje enega srčnega bolnika sta bila potrebna: leta 1913 — 2 zdravstvena delavca, leta 1968 pa že 43.

Vsaka ekipa ima vedno dva dela: **vodjo ekipe in člane ekipe**.

Šele delitev ekipe v vodjo in člane ekipe pogojuje ekipno delo, sicer lahko govorimo le o delovni skupnosti.

Vodja ekipe:

Vsak vodja ekipe mora imeti vrsto karakteristik lastnosti:

- **zaupanje v cilj** — to mora vodja prenašati na ekipo;
- **borbenost** — vsaka programirana akcija naleti nujno na ovire, ki jih mora vodja premagovati;
- **sposobnost odločanja** — vodja ekipe ima pravico do končne odločitve. V tem je bistvo ekipnega dela. V vseh akcijah in dejavnostih leži končna odločba v rokah vodje. Vsak član pa mora imeti pravico in možnost sodelovati pri formiranju končne odločbe. Končna odločba je torej produkt ekipnega dela. Vodja mora vedeti za mnenja posameznih članov ekipe, vendar v ekipi ne more biti nikoli glasovanja, ker pri sprejemanju odločitve ni večinskega mnenja. Vodja ne more upoštevati večine. Lahko celo odloči proti volji ekipe;
- **vztrajnost in doslednost** — mora trajati toliko časa, dokler vodja morda ne spozna, da je pogrešil. Takrat pa mora priznati svojo zmoto;
- **občutek odgovornosti** — prav v zdravstvu je občutek odgovornosti najvažnejši od vseh profilov;
- **intelektualna zmogljivost** — biti mora vsaj tolikšna, da je vodja ekipe zmožen presoditi mnenja članov ekipe in se nato odločiti;
- **znanje** — vodja ekipe mora dobro poznati področje, ki ga ekipa obdeluje in zna odgovoriti na vprašanja: kaj, kako, koliko;
- **smisel za medosebne odnose** — oceniti mora svoje sodelavce in se na osnovi te ocenitve odločiti o medsebojnih odnosih. Med člani ekipe lahko obstajajo tudi emocionalni odnosi, vodja ekipe pa mora ostati vedno izven njih.

V ekipi naj bo vodja tisti, ki ima te kvalitete v najvišji meri.

Dolžnosti vodje ekipe so:

- mora definirati cilj,
- razviti mora duha ekipe,
- tehnično upravljanje,
- kontrola organizacije,
- stimulacija kooperacije.

Člani ekipe so:

Člani ekipe so enakopravni. Zavestno morajo sprejeti vodjo ekipe. Večina ljudi dobi sposobnost vodje v času svojega razvoja. V ekipi niso vedno le pozitivni ljudje. V našem sistemu nimamo možnosti rešiti se negativnih ljudi. Vodja ekipe in člani ekipe morajo poskušati negativiste spremeniti. Medicinci so nasploh najmočnejši individualisti, zato je ekipno delo v medicini pogosto težko. Uspeh ekipe je odvisen od kohezije ali povezanosti v ekipi; nepovezane, in ekipe raznih interesov ne morejo imeti uspeha. Rezultati ekipnega dela pa so najboljši od vseh načinov dela.

Obravnava problema oziroma posameznika je lahko: **multidisciplinarna ali interdisciplinarna.**

V vsakem primeru sodeluje v obravnavi več strokovnjakov.

Multidisciplinarni pristop k primeru pomeni, da sodeluje več strokovnjakov, od katerih izhaja vsak iz svojih lastnih ugotovitev o primeru, kot npr. pri sodni obravnavi, kjer izvedenci in priče opisujejo dogodek ali težave vsak iz svojega lastnega aspekta, porota pa na to, ko sliši vse te izjave, skuša objektivno odločati.

Interdisciplinarni pristop k primeru pomeni, da mora vsak strokovnjak znati prehajati tudi v druge, sorodne strokovne discipline. Vsak posameznik upošteva pri navajanju svojih ugotovitev in rešitev ugotovitve in delo drugega strokovnega sodelavca v teamu, ki sočasno obravnava primer.

Prim. dr. Ivan Amon (1) takole razlaga teamsko delo:

»Teamsko delo je zahteva dveh zakonitosti modernega racionaliziranega dela. Na eni strani teži k temu psihološka potreba osamljenega delavca, po drugi strani pa zahteva racionalizacijo dela v tehničnem pogledu vse bolj organizirano sodelovanje večje skupine ljudi. Kooperacija, koordinacija in komunikacija med člani ekipe oziroma teama predstavljajo osnovo za uspešnost teamskega dela. Vsak posamezni član ekipe mora podrediti svoje obnašanje in svoj način dela skupnemu cilju ekipe, s katero se čuti osebno povezan. Potrebna je aktivna in predana zavzetost za delovni cilj in učinkovitost dela. **Posamezniku odreja vlogo v ekipi njegovo lastno delo.** V sedanji delitvi dela je to odločilno. Ne razlikujemo samo horizontalno delitev dela po strokah ali specializaciji, temveč tudi vertikalno delitev dela v isti stroki, kjer delavec opravlja samo določeno delo v celotnem delovnem procesu. V teamu je potrebno **vse sodelavce tesno povezovati med seboj, vsem mora biti jasen cilj skupnega dela.** Teamski pristop obravnave omogoča spoznavanje delovnega področja teamskega sodelavca, kar olajša komunikacijo, prispeva k zanesljivejši klasifikaciji bolnikovih težav in izboljšuje zastavljeni program dela z bolnikom in za bolnika.«

Teamsko delo kot način dela moramo razlikovati od oblike dela v skupini. Oblike dela v skupini so lahko neposredno delo v ožji skupini in posredno delo v širši skupini.

Pri delovanju strokovne nege na bolnikovem domu v patronažni službi ZD Maribor upoštevamo metodo teamskega dela tem bolj, ker obstaja med samimi med. sestrami patronažne službe delitev dela. **Negovalni team** predstavlja vertikalno povezavo. Vodja teama je med. sestra — predstojnik enote, člani teama so med. sestre, ki bolnika negujejo, in laična negovalka, ki še vedno ni vključena neposredno. Teamska metoda obravnave bolnika se zato izvaja sproti, po potrebi ter občasno na strokovnih sestankih z laično nego.

Rajonski team predstavlja horizontalno povezavo in multidisciplinarni pristop. Vodja teama je rajonski zdravnik, in sicer za mestna območja posameznega rajona, za podeželska območja zdravnik, ki je prevzel nalogo koordinacije za ta območja, za rakave bolnike pa zdravnik onkološkega dispanzerja. Člani ekipe so predstojnica enote strokovne nege, med. sestra, ki v rajonu neguje bolnike, patronažna med. sestra rajona ter posredno laična negovalka in socialni delavec. **Teamska metoda obravnave** se izvaja na teamskem sestanku, in sicer praviloma enkrat tedensko za posamezne rajone. Področje obravnave je bolnik, predstavljen z dokumentacijo, ob kateri so dopolnjujejo spoznanja in prevzemajo obveze. Po

potrebi med. sestra za podeželsko območje obiše zdravnika v ambulanti na podeželju.

Ce tak način dela razumemo kot teamsko delo v širšem smislu, tedaj prištevamo v to delo tudi vsa tista dela in koordinacije dela, ki sežejo tudi izven lastne zdravstvene ustanove, k drugim strokovnim službam, pa tudi na domove bolnika in njegovih svojcev.

Med najpomembnejšo povezavo štejemo koordinacijo z bolnišnično službo za bolnikove potrebe. Po določenem urniku obiskuje določena sestra patronažne službe, ki je odgovorna za to funkcijo, bolnišnične oddelke, kjer se neposredno dogovarja s strokovnimi delavci in tudi bolniki o njegovih potrebah, ki bi jih naj reševala patronažna služba. Pravkar se z razširjenim sestrskim kolegijem bolnišnice in občinsko socialno službo dogovarjamo o poglobljeni koordinaciji med bolnišnično in izvenbolnišnično nego bolnika ter sodelovanju z občinsko socialno službo.

Literatura:

1. Amon I.: Bilten, Strokovno glasilo ZD Maribor.
2. Kavalič S.: Sodobni koncept za nego bolnika, Zdrav. obzornik, šte. 3, 1970, 125—130.
3. Kesič B.: Zapiski iz predavanj o organizaciji zdravstva na III. stopnji, 1979.
4. Korhauser P.: Vzgoja in izobraževanje, Zavod SRS za šolstvo, Ljubljana, 1977.
5. Šali B.: Teze za delo vzgojne posvetovalnice, Ljubljana, 1970.
6. Šlajmer-Japelj M.: Sestrstvo v naslednjem desetletju, Zdrav. obzornik št. 1, 1977, 12—14.
7. Urbančič D.: Ali je nega bolnika medicinska ali paramedicinska dejavnost, Zdrav. obzornik št. 2—3, 1967, 59—63.
8. O negi bolnika po smernicah Svetovne zdravstvene organizacije (prevedla Breda Möschel iz Deutsche Schrivestern Zeitung 1968), Zdrav. obzornik št. 6, 1969, 1—5.

UMRLJIVOST OTROK V DANAŠNJEM SVETU

Povprečna umrljivost otrok v današnjem svetu je ocenjena na nekako 83 smrti na 1000 živorojenih otrok ali z drugimi besedami: po eden na vsakih 12 otrok umre v prvem letu svojega življenja. Po deželah v razvoju je umrljivost otrok v glavnem deset do dvajsetkrat večja kakor v razvitih deželah. Po nekaterih deželah v razvoju doseže odstotek umrljivosti novorojenčkov tudi do 200 na 1000 živorojenih otrok. Med razvitimi deželami je imela Švedska najnižji odstotek — le 8,3 smrtnih primerov na 1000 živorojenih otrok (ta podatek velja za leto 1976).

V letu 1978 je od približno 122 milijonov otrok umrlo nič manj kot 10 do 12 milijonov otrok, še preden so dočakali svoj prvi rojstni dan; 77 % teh smrti je bilo v Afriki in Južni Aziji.

Iz gradiva SZO