

ZAGOTAVLJANJE 24-URNE ZDRAVSTVENE NEGE V BOLNIŠNICI

THE ASSURANCE OF 24-HOUR NURSING CARE IN HOSPITAL SETTINGS

Branko Peršuh

UDK/UDC 616-081.213:614.25.52:331.811

DESKRIPTORJI: *negovalne službe bolnišnice; osebje in delovni urnik*

DESCRIPTORS: *nursing service hospital; personnel staffing and scheduling*

Izvleček – Avtor prikazuje načela, pomembna za izvajanje sodobne, bolniku prilagojene 24-urne zdravstvene nege, ki upoštevajo delovne obremenitve izvajalcev neprekinjene zdravstvene nege. V raziskavi procesa neprekinjene zdravstvene nege v določenem delovnem okolju prikaže dejanske obremenitve izvajalcev zdravstvene nege v vseh segmentih njihovega dela.

Abstract – The author presents the principles required for modern, patient-oriented 24-hour nursing care, taking into account work load of its performers. In the frames of the research of continuing nursing care in work settings actual work loads of the performers of nursing care in all segments of their work are presented.

Uvod

Razumevanje pojma zdravstvena nega bolnikov vključuje neprekinjenost zdravstvene nege; to posebej velja za delo v bolnišnicah. Vse bolj se uveljavlja načelo 24-urne zdravstvene nege, ki omogoča optimalno, uravnoteženo in bolnikovim potrebam prilagojeno aktivnost medicinske sestre.

Samoumevnost prisotnosti izvajalcev zdravstvene nege ob bolniku je pogojena z izročilom poklica. Pozornost je potrebno posvetiti tudi izvajalcem 24-urne zdravstvene nege. Odgovorne medicinske sestre – managerji – morajo ob načrtovanju dela upoštevati nekatere teoretične (filozofija, etika in organizacija zdravstvene nege) kakor tudi praktične vsebine (načrtovanje števila osebja in obsega dela, pričakovana kakovost zdravstvene nege, delovne obremenitve, biopsihosocialna obremenjenost medicinskih sester, pravni vidiki). Uporabljati morajo mehanizme dokumentiranja zdravstvene nege, ki omogočajo pregled in vrednotenje opravljenega dela. Tako bo dosežena uravnoteženost negovalnega tima, bolnik bo optimalno negovan, nosilka izvajanja 24-urne zdravstvene nege – medicinska sestra pa bo poklic opravljala z večjim zadovoljstvom.

V zdravstvenih zavodih ni na voljo optimalno število negovalnega osebja. V izvajanju zdravstvene nege se obseg dela nenehno večja, nosilci in izvajalci so postavljeni pred nove izzive, kadrovski normativi pa ne dohajajo povečanega obsega dela, temveč se celo zaostrujejo. To pomeni dodatne delovne obremenitve.

Avtor je raziskoval časovno razporejenost nosilcev in izvajalcev 24-urne zdravstvene nege v hospitalni enoti zdravstvene ustanove, kjer izvajajo zdravstveno nego po procesni metodi. Bolniki so srednje do težje prizadeti in na osnovi kategorizacije potreb po zdravstveni negi v II. in III. kategoriji (1), ki zahtevajo visoko stopnjo angažiranosti negovalnega osebja. Zdravstvena nega bolnikov je zahtevna in obsežna, velik del nege predstavljajo medicinsko-tehnični posegi ter priprave na diagnostično in terapevtsko obravnavo bolnikov. Zagotavljanje neprekinjene zdravstvene nege bolnikov je urejeno na podlagi zakonskih in strokovnih okvirov. Opisan je organizacijski pristop k zagotavljanju neprekinjene zdravstvene nege bolnikov, ki je prilagojen posebnostim raziskovanega oddelka.

24-urna zdravstvena nega – definicija pojma

24-urna zdravstvena nega bolniku zagotavlja neprekinjeno zadovoljevanje njegovih potreb po zdravstveni negi. Zato 24-urna zdravstvena nega zahteva: kontinuiteto delovanja službe zdravstvene nege, kontinuiteto procesne obravnave bolnika in načrtovanje njegove premestitve oziroma odpusta (1). Gre za interdisciplinarni in multidisciplinarni proces, ki vključuje bolnika, svojce, nosilce zdravstvene nege in sodelavce drugih strok. Temelji na načrtovanju celovite zdravstvene nege za neprekinjeno obravnavo bolnika, nemoteno premestitev bolnika in nadaljnjo obravnavo

Branko Peršuh, dipl. zn., Splošna bolnišnica Maribor

Članek je povzetek raziskovalne diplomske naloge o kontinuirani zdravstveni negi na Visoki zdravstveni šoli Univerze v Mariboru junija 2000.

spremenjenih bolnikovih potreb po zdravstveni negi ter glede na razpoložljive možnosti (2).

24-urna zdravstvena nega je podsistem, ki sam skrbi za svoje usklajeno in organizirano delovanje. Povsod kjer so negovalne intervencije sestavni del zdravstvenih storitev, postane zagotavljanje najvišje možne kakovosti imperativ (holistična obravnava bolnika, racionalna uporaba finančnih sredstev in drugih virov, potrebam in zahtevam prilagojeno razporejanje strokovnega kadra).

Nujna izhodišča za izvajanje 24-urne zdravstvene nege so: neprekinjena obravnava bolnika po metodi procesa zdravstvene nege na osnovi negovalnih diagnoz, dokumentiranje obravnave (uporaba dokumentacije zdravstvene nege) ter timski pristop k negovalnim intervencijam in pri načrtovanju premestitve oziroma odpusta bolnika.

Zagotavljanje 24-urne zdravstvene nege v obsegu in kakovosti, ki omogočata neprekinjeno zadovoljevanje bolnikovih potreb po zdravstveni negi, zahtevajo še: primerno kadrovsko zasedbo, primerno strokovno znanje, ustrezno delitev dela znotraj nosilcev zdravstvene nege ter usklajevanje in povezovanje z drugimi strokami, službami in dejavnostmi.

Načrtovanje števila osebja, obsega dela in obračun opravljenega dela

Ključnega pomena je dobro načrtovanje dela (ugotavljanje števila delovnih ur v letu, potrebe po negovalnem kadru, določanje delovne obveznosti, konkretno načrtovanja dela). Brus in Zupančič (3) ugotavljata, da je problem načrtovanja dela v 24-urni zdravstveni negi pereč. Tam, kjer ob sobotah, nedeljah in praznikih ter ponoči ne delajo, tega problema ne poznajo. Temeljni problem ostaja natančna določitev števila potrebnega osebja, področje, na katerem se teorija (planerjev zdravstvene nege) in praksa (managerjev – vodstev delovnih organizacij) razhajata. Menedžment težko prizna normative za kakovostno in korektno izvajanje 24-urne zdravstvene nege (6,23 delavca za eno delovišče; izhajajoč iz izračuna dejanske prisotnosti delavca) (3), skoraj nikoli pa obsega in težavnosti dela v zdravstveni negi.

Obstaja več načinov ugotavljanja potreb po kadrih: konsenzni – dogovorni (z intuitivnimi ali s konzultativnimi metodami), »upravljanje od zgoraj navzdol«, metoda kadrovskih norm (na državni ravni določeno število kadrov) in metoda kadrovskih formul (upoštevanje statističnih podatkov – ležalne dobe, zasedenosti postelj, demografskih podatkov). Medicinski sestri in bolniku najprijaznejši pristop je »upravljanje od spodaj navzgor«, kjer upoštevamo metode negovalnih intervencij in bolnikove odvisnosti od zdravstvene nege. Ugotovi se čas, ki ga negovalno osebje porabi pri bolniku za intervencije, skupaj s frekvenco le-teh. Možen je vpogled v deleža neposredne in posredne zdravstvene nege (4).

Pri razporejanju delavcev je potrebno upoštevati vrsto okoliščin, ki vplivajo na potek dela (skrbeti za neprekinjeno in strokovno izvedbo zdravstvene nege bolnikov, za enakomerno razporejenost in obremenjenost vseh udeleženih delavcev, za zagotovitev ustreznega dnevnega, tedenskega počitka, odmora, letnega dopusta, upravičenih odsotnosti). Pri načrtu dela je potrebno izhajati iz 40-urnega delovnega tedna. Več kot 20 odstotkov vsega dela v zdravstveni negi poteka v posebnih pogojih dela (sobota, nedelja, praznik) in 33 odstotkov v nočnem času. Zato je potrebno upoštevati tudi posebne zahteve in pravice, izhajajoče iz zakona (nosečnice, matere otrok do treh let starosti, zdravstvene, starostne razloge, invalidske omejitve, posebne obremenitve – sevanja, citostatiki, ...).

Ker delo v nočnem času štejemo za delo pod posebnimi pogoji, sta potrebna tudi natančna evidenca in obračun opravljenega dela po strukturi (sobota, nedelja, praznik, nočno delo) in po času trajanja.

V tujini za izračun potrebnega števila negovalnega osebja že nekaj časa uporabljajo kategorizacijo bolnikov (prototipska, factorska kategorizacija). Najbolj znani in uporabljeni sistemi so: Rush-Medicus, GRASP, HSSG, Zebra, Monitor in številni drugi. Poleg kategorizacije ugotavljajo delovne obremenitve članov negovalnega tima in te ugotovitve uporabljajo kot osnovo za izračun kadrovskih potreb. Marsikje imajo na voljo tudi računalniške programe, ki iz kategorizacije in potreb po kadrih izračunajo tudi stroške zdravstvene nege (4).

V Sloveniji se sistemiziranje kadrov oblikuje na podlagi izračunov tako imenovane »zelenih knjig« iz osemdesetih let (z nekaterimi poznejšimi popravki), ki so pa največkrat izkustveni in ostajajo posnetek stanj določenega časovnega obdobja.

Kakovost zdravstvene nege

Kakovost opisujejo kot neoprijemljivo entiteto, ki jo je težko izmeriti in ki jo različni ljudje dojemajo različno (5).

V zdravstveni negi je prva merila kakovosti postavila F. Nightingale (omejitev hrupa okrog ranjencev; sestava, kakovost in serviranje hrane; kakovost in položaj postelje, žimnice; zračnost in čistoča sobe ranjenca; osebna čistoča). Njena osnovna načela so obveljala kot vodila kakovosti zdravstvene nege še v nadaljnem stoletju in dlje. V novejšem času se pojavljajo zahteve po vse bolj kakovostnem izvajanju zdravstvene nege. Medicinske sestre so intuitivno želele opravljati zdravstveno nego kar najbolje. Zahteve po kakovostni zdravstveni negi so postale uresničljive z oblikovanjem zdravstvenih standardov in kriterijev, ki so jo naredili merljivo. Vpeljan je bil pojem kontrole kakovosti – razmerje med dogovorjeno (izbranimi, postavljenimi kriteriji in standardi) in izvajano (dejansko opravljeno) zdravstveno nego.

Pri ocenjevanju kakovosti izhajamo iz štirih kakovostnih skupin, ki jih delimo na raven neustrezne (ne-

varne, rutinske ali površne) in ustrezne (primerne, optimalne ali prijazne) zdravstvene nege.

V evropskem prostoru se vse bolj uveljavlja model zagotavljanja kakovosti zdravstvene nege, prirejen po Normi Lang, ki vsebuje sedem stopenj (vrednote zdravstvene nege, izbira predmeta obdelave, določanje standardov in kriterijev, zbiranje in presoja podatkov o učinkovitosti – strokovni nadzor, ocena kakovosti, oblikovanje sklepov in načrt sprememb, izvedba sprememb). Standard pomeni v krogu izvajalcev dogovorjeno raven zdravstvene nege, s katero skušamo doseči popolnost, čim večjo strokovnost in poenotenje dela. Kot postavljen kriterij ocene pomeni objektivni, merljiv, ustrezen in sprejemljiv kazalec kakovosti zdravstvene nege, ki se nanaša na delo, vedenje, okoliščine in klinično stanje (6).

Delovne obremenitve

Obremenitve medicinskih sester na delovnem mestu so tesno povezane z ugotavljanjem potreb in kakovostno ravni zdravstvene nege. Povsod tam, kjer medicinske sestre in zdravstveni tehniki poskušamo vrednotiti svoje delo in prikazati iz tega izhajajoče obremenitve, se pojavijo problemi. Naše delo ni ustrezno dokumentirano, niti ni opredeljena bolnikova zahtevnost z vidika zahtevnosti zdravstvene nege. Vse izhaja le iz medicinske diagnoze in zdravnikovega dela.

Do povečanih delovnih obremenitev medicinskih sester prihaja predvsem zaradi neprepoznavanja količine in obsega dela, podcenjevanja opravil izvajalcev zdravstvene nege, nepriznavanja in neupoštevanja norm, standardov in procesne oblike dela, neustrezne kadrovske zasedbe delovišč, izpadov osebja in s tem v zvezi nujnim nadomeščanjem za doseg kontinuitete zdravstvene nege ter zaradi dela prek zakonsko uokvirjenih časovnih norm. Delovne obremenitve, ki izhajajo iz narave dela medicinske sestre, so večplastne. Zajemajo časovno stisko na delovnem mestu (čas, ko dela ni več mogoče dokončati ali ga je potrebno prekiniti zaradi drugih zadolžitvev; neenakomerna porazdelitev del, nepredvidljivost časa za opravljeno delo) ali časovno stisko v domačem okolju zaradi narave dela (izmensko delo, porušen bioritem, omejeni in moteni socialni stiki), zaradi odnosov z zdravnikom (nepopolna, dvoumna ali nasprotujoča si navodila ali vprašanja o bolnikovi diagnozi ali prognozi, kar je stvar zdravnika), zaradi konfliktov s sodelavkami ali nadrejenimi (tudi zaradi pomanjkanja opore, občutka medsebojne povezanosti), zaradi nege težkih bolnikov (občutek nesmiselnega podaljševanja trpljenja bolnikov, pretirana identifikacija z bolnikom) (7).

Biopsihosocialna obremenjenost medicinskih sester in sindrom izgorevanja

Težave delavcev, ki delajo v izmenah in ponoči, so številne, vendar ni moč vseh pripisati poklicnemu delu. Življenje takih delavcev se v celoti spremeni.

Obremenilne situacije lahko medicinsko sestro privedejo do biopsihosocialnih obremenitev, ki se klinično kažejo kot sindrom izgorevanja (angl. *burn-out syndrome*); prvi ga je opisal Freudenbergler leta 1974. Osebnostne spremembe se kažejo v čustvovanju, komuniciranju in delovni učinkovitosti. Zaradi razkoraka med prizadevanji (osebno angažiranje) in gratifikacijami (konkretni dosežki) prihaja do razočaranja, upada delovne vneme in osebnostnih sprememb (čustvena praznost in topost, mehanicističen, hladen in odtujen odnos do drugih). V končni fazi so pogosti cinizem in arogantnost, upad delovne učinkovitosti, utrudljivost, naveličanost, raztresenost, neokretnost (8).

Razlogi, ki privedejo do sindroma izgorelosti, so razvrščeni v tri glavne skupine: individualne specifičnosti posameznika (njegove osebnostne poteze), narava dela (posebnosti na delovnem mestu) in širše družbeno vzdušje (razmere).

Pravni vidiki

Veljavna delovna zakonodaja je v zvezi z urejanjem nočnega dela upoštevala predvsem konvencijo Mednarodne organizacije dela (International Labour Organisation, ILO) (Konvencija št. 89 o nočnem delu žena, zaposlenih v industriji) in Konvencijo št. 90 o nočnem delu otrok v industriji. Obe sta bili revidirani leta 1948; leta 1990 je bila sprejeta še Konvencija št. 171 o nočnem delu, hkrati pa tudi Protokol 1990 k revidirani konvenciji o nočnem delu žensk.

Splošne zakonske okvire za delo v posebnih pogojih in za nočno delo, v okviru katerega se odvija velik del procesa 24-urne zdravstvene nege, v Sloveniji urejata dva zakona: Zakon o temeljnih pravicah iz delovnega razmerja (še iz Uradnega lista SFRJ, št. 60/89 in 42/90) (nočni delovni čas kot poseben delovni pogoji, izražen predvsem z dodatkom v višini najmanj 30 odstotkov od osnovne plače in daljšim letnim dopustom) ter Zakon o delovnih razmerjih (Uradni list RS, št. 14/90, 5/91 in 71/93) (12) (kot »nočno delo šteje delo med 23. in 6. uro naslednjega dne. Če je z razporeditvijo delovnega časa določena nočna delovna izmena, se šteje za nočno delo osem nepretrganih ur v času med 22. in 7. uro naslednjega dne.«)

Posebne pogoje in varstvene ukrepe pri nočnem delu je urejal zakon o varstvu pri delu. Njegove ureditve so zadržane tudi v novem zakonu o varnosti in zdravju pri delu.

Delavcem, ki delajo ponoči, je treba zagotoviti varstvo otrok, ustrezen topel obrok, prevoz na delo in z njega ter strokovno vodstvo nočne izmene (Uradni list SRS, št. 32/74, 16/80, 25/86 in 47/86). Če je delo urejeno v izmenah, je treba zagotoviti njihovo periodično izmenjavo, pri čemer sme delavec v nočni izmeni delati le en teden.

Za uvedbo nočnega dela morajo delodajalci upoštevati tudi določila splošne kolektivne pogodbe in morebitna določila panožnih kolektivnih pogodb. Splošna

kolektivna pogodba za gospodarske dejavnosti (Uradni list RS, št. 41/97) v 20. členu določa, da morajo imeti delavci poleg zakonskih pravic zagotovljen še daljši letni dopust, počitek med nočnim delom in periodične zdravstvene preglede. Ne dovoljuje nočnega dela žensk, če gre za težja fizična oziroma zdravju škodljiva dela, če je mogoče nočno delo opraviti z moško delovno silo, če proizvodne zmogljivosti v dnevnem delovnem času niso polno izkoriščene oziroma če delo ni ustrezno organizirano. Nočno delo je z zakonom prepovedano opravljati tudi delavkam med nosečnostjo, mlajšim od 16 let starosti (prepovedano opravljati delo med 22. in 6. uro), mlajšim od 18 let starosti (prepovedano opravljati delo med 23. in 6. uro), staršu z otrokom do dveh let starosti (razen na njegovo izrecno pisno zahtevo), staršu z otrokom od enega do treh let starosti (razen če ne da predhodnega soglasja), staršu samohranilcu z otrokom do sedmega leta starosti ali hudim invalidom (razen v primeru izrecne pisne privolitve), delavkam s področja industrije in gradbeništva, če bi jim takšno delo onemogočilo najmanj sedem ur počitka med 22. in 6. uro (razen v posebnih primerih).

Na državni ravni ureja zdravstveno zakonodajo še Zakon o zdravstveni dejavnosti (Uradni list RS št. 9/92, 26/92, 13/93, 45/94, 37/95, 8/96) (14), pa tudi sindikalne pogodbe med delodajalci in panožnimi sindikalnimi organizacijami. Za delavce v ZN velja Kolektivna pogodba za zaposlene v zdravstveni negi Slovenije (Uradni list RS, št. 80/98), ki določa delovni čas zaposlenih v ZN (člen 43, 44, 45, 46), v tarifnem delu (členi 94, 95, 96, 98) pa finančne obveznosti delodajalca. V 43. členu kolektivne pogodbe določila govore o pravici zaposlenega do počitka med dvema zaporednima delovnima dnevnoma, ki traja najmanj 12 ur, o pravici do tedenskega počitka, ki traja nepretrgoma 24 ur; če mora zaposleni delati na dan svojega tedenskega počitka, mu je potrebno za tak počitek zagotoviti en dan v naslednjem tednu.

Posebne pogoje dela, način in izvedbo 24-urne oskrbe bolnikov ter stalno dežurno službo še natančneje določajo pravilniki delovnih organizacij.

Z Zakonom o zdravstveni negi (v pripravi) bo določena pravna osnova za izvajanje določenih postopkov in veščin v zdravstveni negi. Nastal bo s sodelovanjem najvišjega upravnega organa z Zbornico zdravstvene nege Slovenije. Pisan bo v okviru splošne državne zakonodaje, moral pa bo upoštevati tudi dokumente ICN (International Council of Nurses), katerega članica je tudi Slovenija. Vsebinska predpisov v njem bo morala biti prilagojena tako pravnemu redu v državi, kakor tudi razvoju stroke. Vsebinsko bo moral zakon predstaviti poklic medicinske sestre, strukturo negovalnega tima, pričakovano raven znanja, pogoje za začetek samostojnega dela, strokovni nadzor, poklicno etiko in obvezno negovalno dokumentacijo. Zakon mora biti napisan z namenom, da zagotovi najvišjo možno raven zdravstvene nege v državi (9).

V pripravljalni fazi je nov zakon o delovnih razmerjih, ki bo posegel tudi na dosežane dosežene pravice in dolžnosti zaposlenih v zdravstveni negi; prav tako bo zakonodajo potrebno prilagoditi standardom Evropske skupnosti, predvsem Direktivo o različnih vidikih organizacije delovnega časa (Council Directive of 23 November 1993 concerning certain aspects of the organisation of working time – 93/104 EC OJ 13. 11. 1993 No L 307). Premiki zakonodaje bodo krepko posegli tudi v službo zdravstvene nege.

Nosilka izvajanja (24-urne) zdravstvene nege – medicinska sestra in skupinska dinamika negovalnega tima

Medicinska sestra je po definiciji zdravstvena delavka. Njeno strokovno področje je zdravstvena nega, ki je sestavni del nacionalnega sistema zdravstvenega varstva. Znotraj zdravstvenega varstva medicinske sestre z drugimi zdravstvenimi delavci in delavci drugih sektorjev družbenih služb načrtujejo, izvajajo in vrednotijo delo ter tako zagotavljajo učinkovitost zdravstvenega sistema, ki pospešuje zdravje, preprečuje bolezni in skrbi za bolne in invalidne osebe (2). Medicinska sestra je odgovorna za negovalni proces in za proces dodelitve bolnika/varovanca članom negovalnega tima v zdravstveni negi. Odgovorna je za 24-urno zdravstveno nego, torej je nosilka procesa zdravstvene nege. Samostojno določa in analizira potrebo po zdravstveni negi; uokvirja individualni načrt zdravstvene nege in načrtuje potrebne negovalne intervencije; izvaja, določa izvajanje ali usklajuje dejavnosti; po potrebi se posvetuje z drugimi strokovnjaki; nadzoruje izvajanje zdravstvene nege; vrednoti in usklajuje negovalni plan s potrebami. Njena funkcija v zdravstveni negi je samostojna.

Po dokumentu Razmejitve zdravstvene nege so dela in naloge medicinske sestre opredeljene kot: preventivne, negovalne in spremljajoče, svetovalne, poučevalne, diagnostične, terapevtske, administrativne, sporočilne, koordinirajoče, oskrbne (2).

Medicinska sestra mora imeti takšne psihofizične in osebnostne lastnosti, ki ji omogočajo human in odgovoren odnos do bolnika/varovanca in do družbene skupnosti. Pogoj za uspešno izvajanje zdravstvene nege predstavljajo njeno strokovno znanje, natančnost, sposobnost kritičnega presojanja, ustvarjalno reševanje problemov, komunikativnost in optimizem.

Velika večina medicinskih sester svoje delo opravlja v okviru negovalnega ali zdravstvenega tima. Tim pomeni delovno skupino, negovalni tim pa delovno skupino posameznikov, ki imajo zdravstveno izobrazbo različnih stopenj. Vsak tim ima svoje »življenje«, »dih«; ima točno določeno področje delovanja in razdeljeno delo ter vloge. Posameznik mora biti upoštevan kot kreativna oseba, s svojimi specifičnimi različnostmi in sposobnostmi; prav tako je potrebno upoštevati temeljne značilnosti vedenja v timu (pri-

znanje različnosti, recipročnost odnosov, spoštovanje, omogočanje individualizacije, dajanje in sprejemanje povratnih informacij ter jasna komunikacija, priznavanje konfliktov in njihovo realno reševanje). Potrebno je jasno določiti cilje skupine in investirati v ljudi (10).

Dokumentiranje zdravstvene nege

Zakonsko osnovo za dokumentiranje zdravstvene nege vsebuje določilo, da so bolnišnice, kakor tudi ustanove za preventivo in rehabilitacijo, dolžne sodelovati pri ukrepih za zagotavljanje kakovosti zdravljenja (Zakon o zdravstvenem varstvu, Pravilnik o evidencah v zdravstvu, Zakon o zdravstveni negi – v pripravi). Od tod izhaja zadolžitev negovalnega osebja k udeležbi pri ukrepih za zagotavljanje kakovosti v zvezi s preverljivostjo zdravstvene obravnave, potekom oskrbe in z rezultati zdravstvene obravnave. Vse to pa postane preverljivo le, če je tudi dokumentirano.

Natančno vodena negovalna dokumentacija v mnogih ustanovah še ni vpeljana, čeprav ta predstavlja delovno obvezo za vse udeležence v zdravstveni negi. Načrtovana zdravstvena nega mora biti nujno dokumentirana, sicer strategija in načrt zdravstvene nege ne bi bila dokazljiva.

Dokumentiranje zdravstvene nege šteje v tujini (ZRN) kot strokovno specifična dokumentacija, za katero ni potrebno, da je oblikovana v laiku (bolniku) razumljivi obliki. V prvi vrsti služi kot miselna opora negovalnemu osebju in dokumentira vse pomembne točke procesa 24-urne zdravstvene nege, tako da lahko vse medicinske sestre bolnika enako dobro oskrbujejo – pa tudi, da v primeru morebitnega civilno-pravnega postopka ne bi bila prikrajšana niti bolnik niti negovalno osebje (11).

Nujnost dokumentiranja v zdravstveni negi postaja vse očitnejša, namen dokumentiranja pa večplasten: kot osnova za procesno metodo dela (zapisane so vse informacije o stanju bolnika, njegovih potrebah; zabeleženi so načrtovanje in cilji negovalnih intervencij; označene vse spremenjene potrebe po zdravstveni negi; evidentirane so vse izvedene negovalne intervencije, kar omogoča vrednotenje zdravstvene nege); kot zbir dokumentacije za usklajevanje v procesni metodi dela (znotraj delovne izmene, v 24-urni zdravstveni negi, ob odpustu bolnika); kot ocena učinkovitosti, uspešnosti in kakovosti zdravstvene nege, kar omogoča kronološki pregled opravljenega dela in njegovih rezultatov; zagotavlja obvladovanje velikega števila podatkov za celostna negovalna stanja. Taki podatki omogočajo varno zdravstveno nego; dokumentiranje oblikuje stroko s sistematičnim spremljanjem celovite zdravstvene nege; kot nujen učni pripomoček pri izobraževanju dijakov, študentov, članov negovalnega tima in bolnikov/varovancev; kot vir raziskovalnih podatkov omogoča znanstveno raziskovalno delo v stroki; omogoča predstavitev avtono-

mnosti stroke znotraj nacionalnega zdravstvenega varstva (2).

Izobraževanje

Permanentno izobraževanje pomeni za medicinsko sestro imperativ – je njena pravica in dolžnost. Po zakonu ji pripadajo čas in sredstva, pa tudi dnevni 30 minut za pripravo na delo, sprotno izobraževanje ali spoznavanje literature z njenega delovnega področja.

Štiriindvajseturna zdravstvena nega je sestavina vsebin in predmetov zdravstvene nege na srednjih in visokih zdravstvenih šolah. Najdemo jo tudi v predmetniku študijskega programa Visoke zdravstvene šole Univerze v Mariboru. Vsebine so povezane z vsebinami organizacije zdravstvene nege in metode procesa zdravstvene nege. Znanja in spretnosti teorije in prakse 24-urne zdravstvene nege študentje pridobivajo pri predmetih zdravstvene nege, pridobljena znanja pa preizkušajo v zdravstvenih dejavnostih bolnišnice, zdravstvenega doma in socialnega zavoda (1).

Polje raziskave

Raziskava je potekala na kliničnem oddelku bolnišnice, ki je organizacijsko in prostorsko razdeljen na oddelke s po 29 do 45 bolniškimi posteljami. Zasedenost bolniških postelj presega 100 odstotkov – posteljni fond je polno izrabljen. Ob povprečni ležalni dobi, ki znaša 10,99 dni, je menjava bolnikov visoka.

Vodilna medicinska sestra predstavljene enote, odgovorna za organizacijo službe 24-urne zdravstvene nege, je v času raziskave razpolagala z 18 višjimi medicinskimi sestrami in višjimi zdravstvenimi tehnikami (dalje: medicinske sestre). Nekatero med njimi so tik pred pridobitvijo visokošolske strokovne izobrazbe. Normativno je oddelku v službi zdravstvene nege določenih 20 delavk z višjo strokovno izobrazbo. Zasedenost z ustreznim strokovnim kadrom je 92,85 %.

Polje raziskave predstavlja obdelava in analiza delovnih urnikov medicinskih sester, udeleženih v procesu 24-urne zdravstvene nege na raziskovanem oddelku. Iz delovnih urnikov pridobljeni podatki so bili analizirani glede na obseg dostopnih podatkov.

Uporabljeni so bili podatki enega koledarskega leta.

Od osemnajstih medicinskih sester na oddelku je bilo v raziskavo zajetih trinajst izvajalk. Zanje je bila obdelana evidenca dopoldanskega, popoldanskega in nočnega dela, evidenca pripadajočih in izkoriščenih prostih dni po dežurni službi, dni bolniškega staleža in letnega dopusta. Pet medicinskih sester, ki sicer pripadajo oddelku, ni bilo zajetih v raziskavo (premalo izkušenj za vključenost v vse oblike dela, porodni dopusti, majhni otroci, dolgotrajni bolniški staleži...).

Dopoldanska izmena traja osem ur od ponedeljka do petka. Vanjo so razporejene vse medicinske sestre, ki niso na rednem letnem dopustu, v bolniškem stale-

žu ali tiste, ki koristijo pripadajoči prosti dan po nočni dežurni službi.

Po končanem dopoldanskem delu se prične dežurna služba, ki traja do naslednjega jutra. Ob delovnikih traja dežurna služba 16 ur, ob sobotah in praznikih 24 ur. Tudi ob nedeljah traja dežurna služba 24 ur, le da se število obračunskih ur dežurstva zmanjša za osem; te pripadejo obračunu prostega dne po dežurstvu.

Medicinske sestre nastopijo dežurno službo neposredno po preteku dopoldanskega dela. Po dežurni službi ob delovnikih in nedeljah jim pripada prosti dan, ki ga praviloma morajo izkoristiti. Izjemo predstavljajo ovire pri načrtovanju dopoldanskega dela, ko medicinska sestra nadaljuje delo v naslednji dopoldanski izmeni, pripadajoči prosti dan pa izkoristi pozneje.

Dežurno službo opravljata dve izvajalki – nosilki zdravstvene nege hkrati.

Uvedeno je še dodatno popoldansko delo medicinskih sester, ki traja ob delovnikih od konca dopoldanske izmene še šest ur, ob sobotah, nedeljah in praznikih pa 12 ur prek dneva. Delavke po opravljenem popoldanskem in dodatnem delu ob vikendu niso upravičene do prostega dneva, ure se obračunajo kot nadure.

Popoldansko dodatno delo opravlja po ena medicinska sestra.

V delovni proces na oddelku je vključenih še 8 izvajalk in izvajalcev 24-urne zdravstvene nege iz diagnostično-ambulantnih služb oddelka, ki v dopoldanskem času niso v neposrednem stiku z bolniki in opravljajo dopoldansko delo v ambulantah in diagnostičnih enotah. V procesu 24-urne zdravstvene nege na oddelku sodelujejo pri dopolnilnih oblikah dela (popoldansko, nočno delo). Avtor je analiziral podatke o njihovem delu, vendar v članku niso prikazani.

Metode dela so zajele razvrščanje pridobljenih podatkov v tabele in analizo podatkov z osnovnimi statističnimi metodami. Za izračun posameznih parametrov in obdelavo podatkov je bil uporabljen računalniški program *Excell* za *Windows 95* z vgrajenimi računskimi in statističnimi funkcijami.

Rezultati

Določene in definirane so bile posamezne obveznosti medicinskih sester: delovna obveza, dejanska (neto) prisotnost, efektivno dopoldansko delo, dodatne obveznosti, razširjena delovna obveza, prikazane v tabeli 1.

Redni delovni čas

Z urniki – mesečnimi razporedi dela je bilo spremljano redno delo vsake posamezne medicinske sestre (13 izvajalk) v obdobju enega koledarskega leta. V tabeli 2 so prikazani delovni dnevi za vse izvajalke po mesecih. Delovni dnevi zajemajo: redno delo, letni dopust (LD), bolniški stalež in proste dneve po dežurni službi. Ti so prikazani kot dejansko izkoriščeni (K),

Tab. 1. Določitev parametrov: delovna obveza, dejanska (neto) prisotnost, efektivno dopoldansko delo, dodatne obveznosti, razširjena delovna obveza.

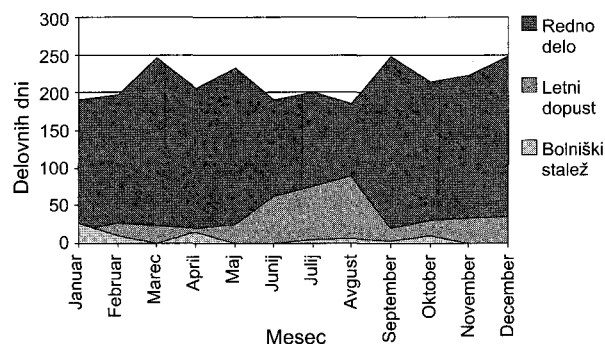
Delovna obveza	Delovni dnevi v mesecu brez praznikov, sobot in nedelj
Dejanska (neto) prisotnost	Opravljeni delovni dnevi v mesecu brez praznikov, sobot in nedelj, brez letnega dopusta, bolniškega staleža in prostih dni
Efektivno dopoldansko delo	Dejanska (neto) prisotnost + korišćeni pripadajoči prosti dnevi
Dodatne obveznosti	Σ (dežurstvo delovnik) + (dežurstvo sobota – praznik) + (dežurstvo nedelja) + (popoldansko delo delovnik) + (popoldansko delo vikend)
Razširjena delovna obveza	Σ (efektivno dopoldansko delo) + (dodatne obveznosti)

Tab. 2. Redna delovna obveza v delovnih dnevih (dopolndan, 40-urni delovnik) medicinskih sester matičnega oddelka, ki so nosilke ŠUZN (n = 13).

Mesec	Redno delo	LD	Stalež	Prosti dnevi		
				k	p	fond
Σ jan	191	17	27	25	25	25*
Σ feb	197	27	10	13	22	34
Σ mar	246	24	0	29	29	34
Σ apr	206	20	15	19	20	35
Σ maj	233	26	0	14	29	50
Σ jun	191	62	0	20	22	52
Σ jul	200	76	5	3	23	72
Σ avg	185	90	7	2	27	97
Σ sep	248	20	3	15	27	109
Σ okt	214	31	10	18	24	115
Σ nov	222	34	0	17	24	122
Σ dec	248	36	0	21	21	122
Σ jan–dec	2581	463	77	196	293	122

* prenos delovnih dni iz prejšnjega koledarskega leta

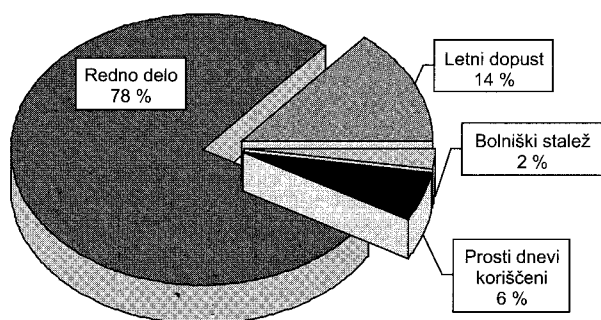
nato kot tisti, ki izvajalkam pripadajo (P) in v končni alineji fond prostih dni.



Graf 1. Odnos med maso efektivnega dela, letnim dopustom in bolniškim staležem iz tabele 2 po mesecih, v delovnih dnevih za 13 izvajalk matičnega oddelka.

Vsota dejanske (neto) prisotnosti dni vseh trinajstih delavk v zdravstveni negi predstavlja vrednost 2581 delovnih dni. Razmerje vsote rednega dela, letnega dopusta in bolniškega staleža je predstavljeno v grafu 1.

Grafična ponazoritev letne porazdeljenosti delovnih obveznosti (graf 2) zajema ob rednem delu vse kategorije odsotnosti: letni dopust, bolniški stalež in izkoriščene proste dni. Delež rednega dela se ob upoštevanju izkoriščenih prostih dni spremeni v dejansko (neto) prisotnost. Prosti dnevi predstavljajo kategorijo, ki jo je potrebno šteti med redne oblike dela, saj izhajajo iz delovne obveznosti. Prikaz pripadajočih ali



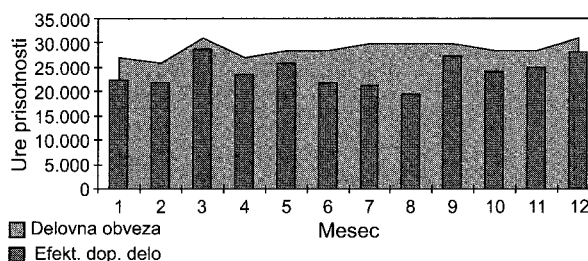
	Redno delo	Letni dopust	Bolniški stalež	Koriščeni pr. dnevi	Skupaj
Del. dnevi	2581	463	77	196	3317
Odstotki	77,81 %	13,95 %	2,32 %	5,9 %	100 %

Graf 2. Letna delovna obveza izvajalcev ŠUZN v rednem delovnem času po tabeli 2 v odstotkih.

izkoriščenih prostih dni kot oblike odsotnosti je upravičen samo v primeru, ko se želi prikazati dejanska (neto) prisotnost določenega izvajalca na delovnem

Tab. 3. Razmerje med dopoldansko delovno obvezo in efektivnim delom vseh 13 izvajalk ŠUZN na oddelku po mesecih (ure).

Mesec	1		2	
	Delovna obveza	Efektivno dopoldansko delo	Odstotek izkoriščenosti	(2 : 1) × 100
jan	27040	22464	83,07	
feb	25688	21840	85,02	
mar	31096	28600	91,97	
apr	27040	23400	86,53	
maj	28392	25688	90,47	
jun	28392	21944	77,28	
jul	29744	21112	70,97	
avg	29744	19448	65,38	
sept	29744	27352	91,95	
okt	28392	24128	84,98	
nov	28392	24856	87,54	
dec	31096	27976	89,96	
Skupaj	344760	288808	83,77	



Graf 3. Razmerje med mesečno delovno obvezo in efektivnim delom iz tabele 3.

mestu ali ob prikazovanju posledičnih učinkov razširjene delovne obveze na obseg rednega dela.

Iz tabele 2 izhaja izračun razmerja med delovno obvezo in efektivnim dopoldanskim delom izvajalk zdravstvene nege na raziskovanem oddelku (tab. 3), kar slikovno prikazuje graf 3.

Povprečna dejanska (neto) prisotnost za posameznega izvajalca znaša letno 198,5 delovnih dni ali mesečno 16,5 delovnih dni (tab. 4). Nadpovprečno visoka letna masa letnega dopusta na izvajalca (več kot 35 delovnih dni) gre na račun že opisanih povečanih delovnih obremenitev ter prenosa koriščenja starih letnih dopustov. Meseci junij, julij in avgust kažejo visoko

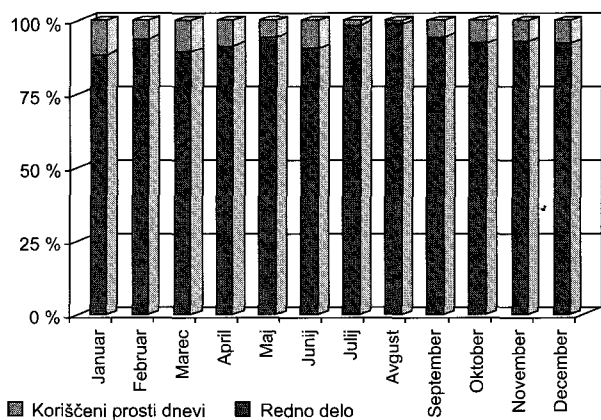
Tab. 4. Letni in povprečni mesečni izračun obveznosti iz redne delovne obveze za enega izvajalca ŠUZN, v delovnih dnevih.

	Redno delo	Letni dopust	Bolniški stalež	Prosti dnevi koriščeni	Prosti dnevi pripadaj.
Letno dni	198,538	35,61	5,923	15,076	22,538
Mesečno povprečje dni	16,544	2,976	0,493	1,256	1,878
Maksimalna vrednost	19,076	6,923	2,076	2,230	2,230
Minimalna vrednost	14,230	1,307	0	0,153	1,538
Standardna deviacija	1,747	1,767	0,605	0,580	0,223

ko frekvenco letnega dopusta, kar predstavlja v skupni masi skoraj polovico vseh izkoriščenih dni letnega dopusta v četrtini delovnega leta. Bolniški stalež je glede na mlad, ženski kolektiv izredno nizek in pod državnim povprečjem (14 delovnih dni) (2) ali pod povprečjem raziskovanj (15 delovnih dni) (3).

Problematiko izkoriščanja prostih dni po dežurni službi prikazuje graf 4. Odstotek izkoriščenih prostih dni mesečno niha: od visokega izkoristka v januarju do meseca avgusta, ko izkoriščenih prostih dni praktično ni.

Izkoriščeni prosti dnevi po dežurni službi na enega izvajalca zdravstvene nege kažejo letno povprečje približno v višini enomesečne delovne obveze.



Graf 4. Korišćenje pripadajočih prostih dni po mesecih.

Fond prostih dni, ostalih po dežurstvu, kaže različne vrednosti. Nekatere medicinske sestre proste dneve dosledno izkoristijo, pri večini pa ta fond niha. Porast neizkoriščenih prostih dni je opaziti v poletnih mesecih. Decembra – ob prenosu v naslednje leto – ostaja v fondu neizkoriščenih 136 prostih dni. Manjši del se prenese v naslednje koledarsko leto.

Dopoldanska delovna obveza predstavlja v procesu neprekinjene zdravstvene nege – po številu izvajalcev – njen največji del. Glede na razmerje med dopoldan-

Tab. 5. Razporejenost izvajalcev ŠUZN na raziskovanem oddelku.

	Dop. delo (6–14)	Pop. delo (14–20)	Nočno delo (20–6)	Skupaj
Število	18 × 0,8377 =			
izvajalcev	15,0786	3	2	20,0786
Odstotek	75,10 %	14,94 %	9,96 %	100 %

sko delovno obvezo, prikazano v tabeli 3, in efektivnim dopoldanskim delom, je mogoče izračunati povprečno realno število izvajalcev zdravstvene nege v dopoldanskem času, kakor je prikazano v tabeli 5. Število izvajalcev v popoldanskem (en dodatni popoldanski izvajalec, 2 dežurna izvajalca) ter v nočnem času (2 dežurna izvajalca) je stalno in se ne spreminja.

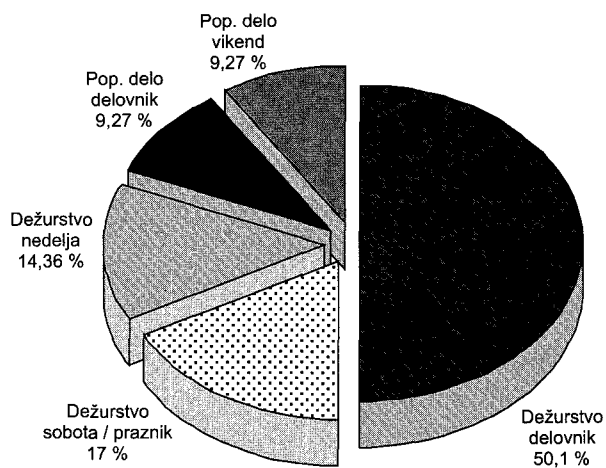
Dopolnilne oblike dela

Tabela 6 prikazuje letni seštevek dodatnih obveznosti medicinskih sester na raziskovanem oddelku po posameznih obveznostih v delovnih dnevih (dežurna služba: delovniki, sobote in/ali prazniki, nedelje; popoldansko dodatno delo: delovniki, vikendi).

Polovica obveznosti pripade dežurni službi ob delovnikih, kakor prikazano v grafu 5. Povprečna letna in mesečna

Tab. 6. Dodatne delovne obveznosti medicinskih sester raziskovanega oddelka po mesecih in posameznih obveznostih.

	Dež. del. dnevi	Dež. sob./pr. dnevi	Dež. ned. dnevi	Pop. del. dnevi	Pop. vik. dnevi	Vsota ure
jan	21	7	4	12	7	756
feb	19	6	3	6	1	568
mar	24	4	5	13	4	726
apr	18	4	2	9	7	570
maj	23	5	6	8	5	740
jun	17	6	5	12	8	704
jul	23	4	1	11	5	614
avg	22	6	5	12	5	748
sep	24	2	3	12	5	636
okt	21	7	3	12	4	696
nov	18	3	6	9	6	630
dec	21	3	5	8	5	636
Skupaj	251	57	48	124	62	8024



Graf 5. Letna razporeditev dodatnih delovnih obveznosti v odstotkih.

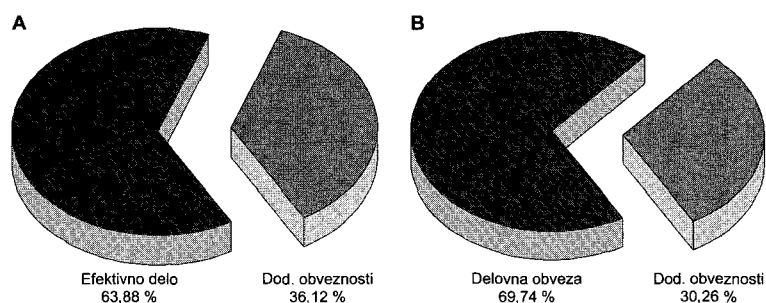
obremenitev medicinskih sester z dodatnimi delovnimi obveznostmi je prikazana v tabeli 7).

Vse oblike dela

Tabela 8 ponazarja mesečno porazdelitev vseh obveznosti v obdobju enega koledarskega leta za vse me-

Tab. 7. Povprečna letna in mesečna obremenitev z dodatnimi delovnimi obveznostmi za posamezno medicinsko sestro v urah.

	Dež. del.	Dež. sob./pr.	Dež. ned.	Pop. del.	Pop. vik.	Vsota ure
Letna obremenitev na 1 vms – ure	308,912	105,216	88,608	57,228	57,228	617,23
Mesečna obremenitev na 1 vms – ure	25,742	8,768	7,384	4,769	4,769	51,435



Graf 6. Razmerje med redno delovno obvezo in dodatnimi obveznostmi: efektivno delo napram masi dodatnih obveznosti (A) in celotna delovna obveza napram masi dodatnih obveznosti (B).

Tab. 8. Redno delo in dodatne obveznosti vseh izvajalk ŠUZN na raziskovanem oddelku.

Mesec	1	2	3	4	5
	Delovna obveza	Efektivno dop. delo	Dodatne obveznosti	Dodatne obveznosti/delovna obveza (količnik 3 : 1)	Dodatne obveznosti/efektivno delo (količnik 3 : 2)
jan	2080	1728	756	36,34	43,75
feb	1976	1680	568	28,74	33,80
mar	2392	2200	726	30,35	33,0
apr	2080	1800	570	27,40	31,66
maj	2184	1976	740	33,88	37,44
jun	2184	1688	704	32,23	41,70
jul	2288	1624	614	26,83	37,80
avg	2288	1496	748	32,69	50,0
sept	2288	2104	636	27,79	30,22
okt	2184	1856	696	31,86	37,5
nov	2184	1912	630	28,84	32,94
dec	2392	2152	636	26,58	29,5
Skupaj	26520	22216	8024	30,256	36,11

dicinske sestre. Stolpca 4 in 5 ponazarjata razmerje med dodatnimi obveznostmi in delovno obvezo (delovni dnevi v mesecu, brez praznikov, sobot in nedelj) in med dodatnimi obveznostmi ter efektivnim delom (dejanska – neto – prisotnost posameznih medicinskih sester, skupaj s prostimi dnevi po dežurni službi).

Razmerje med delovno obvezo in dodatnimi obveznostmi 13-ih izvajalk 24-urne zdravstvene nege na oddelku ponazarja graf 6: delovno obvezo v primerjavi z maso dodatnih obveznosti (graf 6 A) ter efektivno dopoldansko delo v primerjavi z maso dodatnih obveznosti (graf 6 B).

Graf 7 prikaže mesečne mase efektivnega dela v primerjavi z maso dodat-

nih obveznosti po mesecih in v urah delovnih obveznosti.

Iz zbranih podatkov je moč izračunati deleže posameznih dodatnih obveznosti v primerjavi z maso efektivnega dopoldanskega dela, kakor je prikazano v tabeli 9. Delež čistega nočnega dela v primerjavi z razširjeno delovno obvezo znaša v povprečju prek 9 odstotkov, kar slikovno prikazuje graf 8.

V končnih tabelah je prikazano razmerje med redno in dodatno delovno obvezo za enega izvajalca 24-urne zdravstvene nege na raziskovanem oddelku (tab. 10), izračun efektivnega delovnega časa po delovnih izmenah na oddelku s 195 bolniki po veljavnih standardih (tab. 11) ter izračun obremenitev izvajalcev 24-urne zdravstvene nege napram uradni delovni obvezi v hipotetičnem 30- in 40-letnem obdobju (tab. 12).

Sklep

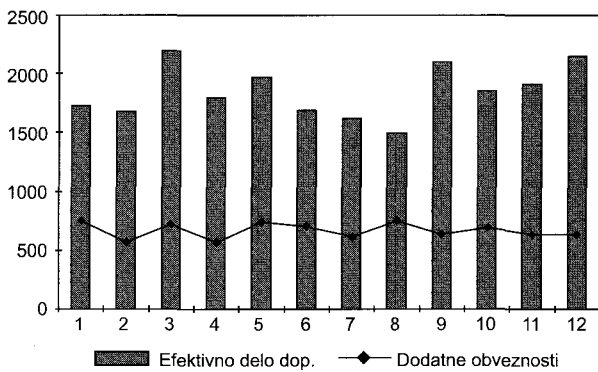
Rezultati raziskovanja v pričujoči nalogi so služili prikazu procesa 24-urne zdravstvene nege, njenega časovnega poteka in organizacije v takšni meri, da postane, kljub dodatnim obremenitvam, vsaj do neke mere prijazna tudi do izvajalcev zdravstvene nege.

Osnovo delovnega časa delavcev v 24-urni zdravstveni negi predstavlja 40-urni delovni teden. Dodatne delovne obveznosti predstavljajo del redne delovne

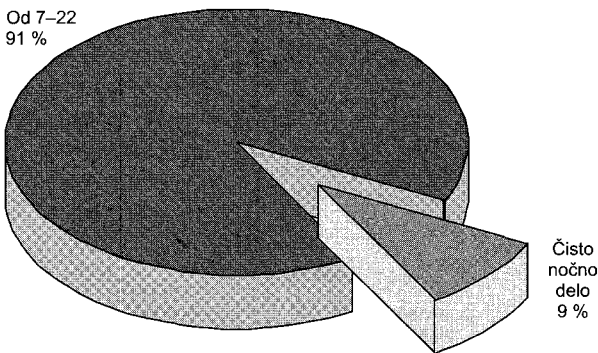
obveze in smo jih dolžni opravljati, če ni drugih (zakonskih, zdravstvenih, socialnih) ovir. V stacionarni zdravstveni ustanovi znaša delež ur rednega delovnega časa v primerjavi s 24-urno pokritostjo delovišča sa-

Tab. 9. Efektivno dopoldansko delo napram dodatnim obveznostim ter delež čistega nočnega dela izvajalk ŠUZN na oddelku, po mesecih.

Mesec	Efektivno dop. delo ure	Dež. delovniki ure	Dež. sob. /praznik ure	Dež. nedelje ure	Pop. delo delovniki ure	Pop. delo vikendi ure	Delovnih ur od 7-22 ure	Čisto noč. delo ure	Skupaj del. ur ure
jan	1728	336	168	96	72	84	2228	256	2484
feb	1680	304	144	72	36	12	2024	224	2248
mar	2200	384	96	120	78	48	2662	264	2926
apr	1800	288	96	48	54	84	2178	192	2370
maj	1976	368	120	144	48	60	2444	272	2716
jun	1688	272	144	120	72	96	2168	224	2392
jul	1624	368	96	24	66	60	2014	224	2238
avg	1469	352	144	120	72	60	1980	264	2244
sept	2104	384	48	72	72	60	2508	232	2740
okt	1856	336	168	72	72	48	2304	248	2552
nov	1912	288	72	144	54	72	2326	216	2542
dec	2152	336	72	120	48	60	2556	232	2788
Σ	22216	4016	1368	1152	744	744	2739 2	2848	30240



Graf 7. Prikaz mesečnih mas efektivnega dela napram masi dodatnih obveznosti v urah delovnih obveznosti.



Graf 8. Delež čistega nočnega dela napram razširjeni delovni obvezi.

Tab. 10. Razmerje med redno in dodatno delovno obvezo enega izvajalca ŠUZN na raziskovanem oddelku.

	Letno povprečje (ure)	Mesečno povprečje (ure)
Dejanska prisotnost (neto)	1588,30	132,352
Efektivno delo	1708,912	142,40
Dodatne obveznosti	617,23	51,435
Skupaj neto prisotnost + dod. obveznosti (1 + 3)	2205,53	183,787
Skupaj efektivno delo + dod. obveznosti (2 + 3)	2326,142	193,835
Razmerje (3 : 4) × 100	27,985 %	27,985 %
Razmerje (3 : 5) × 100	26,534 %	26,534 %

mo 17,6 %, kar pomeni, da je potrebno 82,4 % časa izpolniti z dodatnimi oblikami dela. Izračun ne pomeni dejanskega stanja v zdravstveni negi, saj je statičen in ne upošteva dejstva, da pojem *delovišče* v zdravstveni negi ni najbolj uporaben. Potrebe bolnikov nihajo, pojem delovišča pa predstavlja v dopoldanskem času povsem drugo kategorijo kakor v popoldanskem ali v nočnem času.

V procesu 24-urne zdravstvene nege predstavlja dopoldanski delovni čas kategorijo z največjo intenziv-

Tab. 11. Izračun efektivnega delovnega časa po delovnih izmenah za ŠUZN na oddelku s 195 bolniki po veljavnih standardih.

	Delovni dnevi			Skupaj
	od 6 ^h -14 ^h	od 14 ^h -22 ^h	od 22 ^h -06 ^h	
Ure	8	8	8	24
Št. izvajalcev	15,078*	2,75**	2	19,828
Dnevno ur	120,624	22	16	158,624
Letno ur (× 255)	30.759,12	5610	4080	40.449,12
Odstotki	76,04	13,87	10,09	100

* 18 izvajalcev × 83,77%

** 2 izvajalca po 8 ur, 1 izvajalec po 6 ur

	Sobote, nedelje, prazniki			Skupaj
	od 6 ^h -14 ^h	od 14 ^h -22 ^h	od 22 ^h -06 ^h	
Ure	8	8	8	24
Št. izvajalcev	2,75*	2,75*	2	7,5
Dnevno ur	22	22	16	60
Letno ur (× 110)	2420	2420	1760	6600
Odstotki	36,66	36,66	26,68	100

* 2 izvajalca po 8 ur, 1 izvajalec po 6 ur

	Skupaj			Skupaj
	od 6 ^h -14 ^h	od 14 ^h -22 ^h	od 22 ^h -06 ^h	
Letno ur	33.179,12	8030	5840	47.049,12
Odstotki	70,52	17,07	12,41	100

Tab. 12. Obremenitve izvajalcev ZN zaradi izvajanja ŠUZN napram uradni delovni obvezi v hipotetičnem 30- in 40- letnem obdobju.

	Delavke v zdravstveni negi	Uradna delovna obveza	Razlika (dnevi)
A. Efektivno dopoldansko delo (letni povpreček delovnih dni)	213,6154	209	+4,6154
B. Dodatne obveznosti (letno dni)	77,1525	-	+77,1525
Skupaj (A+B)	290,7679	209	+81,7679
Hipotetično 30-letno obdobje (A+B) × 30	8723,037	6270	+2453,037
Hipotetično 40-letno obdobje (A+B) × 40	11630,716	8360	+3270,716

Pretvorba delovnih dni v leta:

2453,037 dni / 21,25 (povprečno mesečno število delovnih dni)
 = 115,4370 mesecev
 115,43703 mesecev / 12 = **9,6197 let**

3270,716 dni / 21,25 (povprečno mesečno število delovnih dni)
 = 153,916 mesecev
 153,916 mesecev / 12 = **12,826 let**

nostjo dela v vseh segmentih celostne obravnave bolnika. Opravi se večina diagnostičnih in terapevtskih posegov, izvede se večji del aktivnosti zdravstvene nege, vključno z načrtovanimi negovalnimi intervencijami. Raziskava je pokazala, da je koncentracija nego-

valnega osebja v dopoldanskem času najvišja. Ozko grlo se pojavi v času letnih dopustov, ko ob nezmanjšani zasedenosti oddelka izkoristek negovalnega osebja pade na 70 (meseca julija) oziroma na 65 odstotkov (meseca avgusta).

Vključenost vseh razpoložljivih višjih medicinskih sester v proces 24-urne zdravstvene nege v dopoldanskem času je zmanjšana zaradi zakonsko določenih in opravičljivih izostankov: letnega dopusta, bolniških odsotnosti in prostih dni po dežurni službi.

Število dni letnih dopustov izvajalk zdravstvene nege na raziskovanem oddelku odstopa od uradnih podatkov, kar lahko, ob povečanju dni dopusta zaradi izobrazbe, starostne strukture in težjih delovnih pogojev, predstavlja težavnejše načrtovanje dela. Izvajalci zdravstvene nege pogosto ne morejo izrabiti letnega dopusta v terminih, ki bi jim ustrezali.

Podpopprečno nizko število dni bolniške odsotnosti v raziskavi kaže na visoko delovno zavest izvajalk zdravstvene nege in na izkoriščanje prostih dni po dežurni službi ali letnega dopusta v času bolezni.

Dopolnilne oblike dela predstavljajo dobro tretjino časa redne delovne obveze – več kot 50 delovnih ur mesečno, od tega prek 33 ur v popoldanskem in večernem času ter prek 18 ur čistega nočnega dela. Znatno del dodatnih obveznosti odpade na sobote, nedelje in praznične dni.

Prosti dnevi po dežurni službi predstavljajo kot instrument zakona varovalko morebitni preobremenjenosti nosilk zdravstvene nege. Razlika med pripadajočimi prostimi dnevi in dejansko izkoriščenimi prostimi dnevi po dežurni službi na raziskovanem oddelku znaša letno 1/3 vseh pripadajočih prostih dni. Nedslednost pri izkoriščanju prostih dni predstavlja glavni vzrok prekoračevanja veljavnih zakonskih norm delovne zakonodaje, ki govori o delovnih obremenitvah. Vzrok za to je pomanjkanje osebja. Gre predvsem za vprašanje odgovornosti do dela in do kakovosti dela, pa za odgovornost za strokovne napake, ki bi se ob več kot 24-urnem delu lahko (in lažje) pojavile. Znano je, da medicinska sestra popolnoma odgovarja za svoje strokovno delo. Ob delu prek veljavnih norm pa je potrebno upoštevati tudi pravne vidike, saj bi v primeru strokovne napake del odgovornosti nosila tudi oseba, ki je medicinsko sestro neustrezno razporedila oziroma ji dovolila delo prek polnega delovnega časa. Potrebno je paziti, da ne prihaja do situacij, ko je (v drugem delovnem okolju) šele računalniški program onemogočil neustrezno in nevarno razporejanje delavcev prek delovnega časa.

Obstoječi kadrovske normativi ne upoštevajo spreminjenih in zato povečanih potreb bolnikov po zdrav-

stveni negi. Vse bolj postaja očitna potreba po ponovnem vrednotenju obsega dela in po novi sistemizaciji, ki bo postavila realnejše okvirje potrebnega števila delavcev zdravstvene nege. Potrebno bo razmisliti o novih oblikah organiziranosti službe zdravstvene nege – o turnusnem načinu dela ali o deljenem delovnem času. Povečevanje sedanjih obremenitev nosilcev zdravstvene nege najverjetneje ne bi bilo izvedljivo. Če bi (ob sedanjem številu izvajalcev zdravstvene nege) število dežurnih mest na raziskovanem oddelku povečali za eno, bi to pomenilo skoraj sedem in pol odstotno povečanje obremenitve delovnega kolektiva.

Vse nakazane možnosti, ki vodijo k dvigu kakovosti zdravstvene nege, žal pomenijo dodatne delovne obremenitve za izvajalce zdravstvene nege. Izračun kaže, da izvajalka 24-urne zdravstvene nege ob v sestavku opisanih obremenitvah v hipotetičnem 30-letnem obdobju opravi skoraj za štirideset let uradne delovne obveze. Skupaj z dejstvom, da medicinska sestra skoraj nima možnosti napredovanja in torej ostaja ves čas službovanja ob bolniku, bi kazalo razmisliti o možnostih upoštevanja dodatnih oblik dela pri izračunu norm za doseg polne delovne dobe.

Literatura

1. Vuga S. Kontinuirana zdravstvena nega. Študijski model Visoke zdravstvene šole Univerze v Mariboru. *Obzor Zdr N* 1997; 31: 259–73.
2. Pajnikihar M. Teoretične osnove zdravstvene nege. Maribor: Visoka zdravstvena šola, 1999.
3. Brus A, Zupančič P. Zagotavljanje neprekinjene zdravstvene nege bolnikov in obračun delovnega časa v kliničnem centru oziroma v bolnišnicah. *Obzor Zdr N* 1997; 31: 75–7.
4. Naka S, Pavčič Trškan B. Delovne obremenitve medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov. *Obzor Zdr N* 1999; 33: 3–8.
5. Irurita VF. Dejavniki, ki s stališča bolnika vplivajo na kvaliteto zdravstvene nege. *Obzor Zdr N* 1997; 31: 133–40.
6. Kadivec S. Zagotavljanje kakovosti v zdravstveni negi. *Obzor Zdr N* 1998; 32: 209–13.
7. Rakovec-Felser Z. Sindrom »burnout« ali sindrom izgorelosti medicinske sestre. *Obzor Zdr N* 1996; 30: 29–32.
8. Rakovec-Felser Z, Kos M. Biopsihosocialna obremenjenost in proces izgorevanja pri medicinskih sestrah. *Obzor Zdr N* 1997; 31: 57–63.
9. Šlajmer-Japelj M. Zdravstvena nega potrebuje zakonski in regulativni okvir. *Obzor Zdr N* 1995; 29: 63–5.
10. Škerbinek AL. Skupinska dinamika zdravstvenega tima. *Obzor Zdr N* 1998; 32: 25–8.
11. Hartwig T. *Pflegedokumentation*. *Pflegezeitschr* 1999; 4: 285–7.
12. Zakon o delovnih razmerjih. *Uradni list RS št. 14/90, 5/91, 71/93, 2/94*.
13. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. *Uradni list R Slovenije št. 9/92*.
14. Zakon o zdravstveni dejavnosti (Uradni list RS št. 9/92, 26/92, 13/93, 45/94, 37/95, 8/96).