

Majda Šlajmer-Japelj,
viš. med. s. in dipl. sociolog
Maribor

Kdaj lahko ocenjujemo kvaliteto dela medicinske sestre?

UDK 616-083.001.1

POVZETEK. Avtorica razmišlja o dejavnikih, ki ovirajo razvoj raziskovalnega dela v negi bolnika in ugotavlja, da za to delo ne zadostuje le formalna usposobljenost, ampak je potrebno strokovno znanje. Nega bolnika je elementarni del terapevtskega postopka — načrtujemo jo za vsakega bolnika posebej, zato je vrednotenje bolnikove nege naloga vsega zdravstvenega tima. Poleg enotne doktrine potrebujemo še standarde za nego bolnika.

EVALUATION OF THE QUALITY LEVEL OF NURSING. *The author considers the factors inhibiting the development of research in nursing. She maintains that not merely the formal qualification, but an adequate professional knowledge is required for the satisfactory performance of this activity. The patient care is a fundamental of the therapeutic procedures. It is planned for each patient separately, therefore the whole health team have to take part in the evaluation. In addition to the uniform doctrine in this field, the patient care standards have to be established.*

Ocenjevanje delovne kvalitete na področju medicinske sestre ni tako novo, saj je že Florence Nightingale v letu 1850 iskala metode za strokovno vrednotenje bolnikove nege. Poskušala je doseči objektivno oceno z metodo opazovanja in z analizo zbranih podatkov; njej je z iskanjem pravih strokovnih metod sledilo še več organizatorjev sestrskih služb, vendar so ta iskanja vodila predvsem v oceno opravljenih količin dela in šele razvitejša metodologija tudi na tem področju odpira objektivne možnosti za ocenjevanje delovne kvalitete, kar velja za pogoje

tudi pri nas. Upoštevati pa moramo dejstvo, da je metodologija ocenjevanja različna za delo na kliničnem področju kot za primarno zdravstveno varstvo in bi današnje razmišljanje posvetili najprej delu med. sestre v hospitalni ustanovi.

KATERI SO DANES ZAVIRALNI MOMENTI ZA STROKOVNO-ANALITIČNO DELO MEDICINSKIH SESTER?

1. **Strokovno izobraževanje** med. sestre v njenem lastnem strokovnem programu se ne usposablja ne za analizo ne za sintezo zdravstvenih problemov; upoštevajoč v svojih programih le najbližje cilje daje silno omejene možnosti za osebno strokovno rast in razvoj; saj je še vedno usmerjeno največ k posredovanju zgolj določenih tehničnih znanj. Malo je v programih možnosti za razvoj kritične profesionalne presoje.

2. **Vodilni delavci** sestrskih služb, prav tako pod vplivom svoje pretekle strokovne izobrazbe, so s svojim delom in interesom usmerjeni predvsem v trenutno prakso in v kratkoročno načrtovanje. Nove koncepte gradijo pogosto na stari praksi — le empirično.

3. **Komunikacijske sposobnosti** kot pisanje pa tudi verbalno izražanje so na splošno nezadostno razvite, čeprav postaja sposobnost komuniciranja vedno pomembnejša v samoupravnem sistemu; prav tako pa je nujna za uspešno delo v interdisciplinarnih teamih vedno večjih zdravstvenih delovnih organizacij. Dokumentacija o delu drugih zdravstvenih delavcev je obvezen del poročila o bolnikovem bivanju v določeni zdravstveni ustanovi. Karton nege, če je sploh uveden, pa je le prostovoljna oblika pismene komunikacije, čeprav vsebuje obilico koristnih podatkov za bolnika in za evalvacijo nege.

4. **V poklicu samem še nimamo strokovnjakov za metodologijo**, drugim strokovnjakom pa so postopki nege prav zaradi »nepismenosti« med. sester tuji. Kolikor se je kdo sploh ukvarjal z analizo nege, so bili rezultati usmerjeni bolj k številčnemu spreminjanju delavcev v negovalnem teamu kakor k spremembi kvalitete.

Družbene vede v svoji naraščajoči pomembnosti vdirajo tudi na področje zdravstva in tako postaja človek kot bolnik zanimiv za raziskovalno delo; zdravstveni delavci morajo tudi ekonomičnost upoštevati v organizaciji svojega dela in tudi s te perspektive postaja zdravstvena ustanova zanimiva za raziskovalce.

So pa strokovna področja, kjer ne zadošča le formalna usposobljenost za raziskovalno delo, ampak je nujna tudi prisotnost strokovnega znanja, kot npr.:

a) evalvacija nege je možna le ob kompletnem zdravstvenem teamu (medicinska sestra, zdravnik, psiholog, strokovnjak za prehrano itd.),

b) pomoč v metodologiji in tehnično obdelavo oskrbi lahko poseben team, kakor velja to v praksi tudi za druga strokovna področja,

c) evalvacija kvalitete nege ni možna, dokler nimamo enotne doktrine nege.

V Evropi so v nekem smislu skušali meriti »produktivnost« dela v negovalnem sistemu, vendar so spoznali, da niso izmerili osnovnih kvalitet tega dela: tj. odnosa zdravstveni delavec-bolnik in zdravstvenovzgojno delo, ker že tradicionalno psihosocialna komponenta v zdravstvu ni štela za vredno kvaliteto — tudi danes še nismo ušli tej obliki tehnokratične miselnosti, kakor se pojavlja v odnosu do zdravstva.

Le interdisciplinarni pristop k raziskavam sestrskega dela nam ne bo pomagal, dokler med. sestre same ne bodo dosegle stopnje izobrazbe, ki jim bo omogočala raziskovalno delo lastnega strokovnega področja.

KVALITETA — KAJ JE IN KAKO JO MERIMO?

Besedo kvaliteta radi uporabljamo in z rastjo osebnega standarda postaja vedno pogostnejša. O »dobri kvaliteti« govori, kadar neki izdelek ali opravljeno delo doseže raven, za katero smo se predhodno dogovorili in velja zato za vse. Individualne ocene kvalitete bi se namreč zelo razlikovale — zato potrebujemo dogovorjene standarde in normative.

Lažje jih je postavljati za oceno vsega materialnega, mnogo bolj komplicirano je pa to postaviti v zvezo z ljudmi in njihovimi odnosi. Prav iz tega razloga potrebujemo poleg *enotne doktrine nege še sistem vrednosti* za nego.

Vrednotenje bolnikove nege je naloga vsega zdravstvenega teama, ker je nega elementarni del terapevtskega postopka. Kot smo že ob drugih problemih ugotovili, nam je tudi za to delo nujno potrebno razvito strokovno izrazoslovje, ki ga vedno bolj pogrešamo.

Nega mora vsebovati ves proces »sestrskega« dela; biti mora programirana za vsakega bolnika po lastnem strokovnem znanju in načrt nege ne more biti le zbira naročil za tehnične intervencije in spremljanje na konzultacije. Če med. sestra ni sposobna predvideti specifičnih negovalnih nalog za vsakega bolnika, je njena upravičenost do vodenja negovalnega teama sporna.

Na splošno so med. sestre zainteresirane za raziskovalno delo o kvaliteti nege najbolj, kadar lahko rezultati neposredno vplivajo na uspešnost dela.

STANDARDI

Iz področja dela lahko ocenjujemo strukturo negovalnega teama, sam delovni proces ali pa rezultate nege; pri tem nam mora biti pa jasno, da so vsa ta področja vzajemno soodvisna.

Ko dela pričujemo, se odločimo za *standarde* — ti so variable v odnosu do pričakovane ravni posameznega postopka ali učinka, kot npr.: priprava bolnika na operacijo — opredeliti moramo najprej standard tega postopka za področje, ki ga raziskujemo.

Standardi so vodilo za načrtovanje in izvedbo bolnikove nege, so okvir, v katerih naj se kaže določena kvaliteta. Standarde bolnikove nege postavi skupina izkušenih med. sester, specializiranih za določeno področje nege — pomaga jim pa pri tem ves negovalni team. Raven standardov nam že predstavlja tudi »filozofijo« sestrskega dela za določeni oddelek oziroma zdravstveno ustanovo.

Pozornost pri ocenjevanju kvalitete nege je vedno bolj usmerjena k bolniku oziroma varovancu in ne toliko k postopkom dela. Za dejansko oceno kvalitete je namreč pomemben dosežen rezultat, kar naj nam bo vodilo za ocenjevanje kvalitete dela.

Literatura:

Perspectives and problems on quality of Nursing Care
Elaborat: Hanneke M. Th. Maanen, National hospital Institute Utrecht Nizozemska,
August 1978