

**SISTEMI DELITVE DELA V ZDRAVSTVENI NEGI**

Vera Grbec

UDK/UDC 614.39:614.253.5

SYSTEMS OF WORK DISTRIBUTION IN  
THE PROCESS OF NURSINGDESKRIPTORJI: *nega bolnika; nega bolnika  
tim; zdravstvena nega.*DESCRIPTORS: *nursing care; nursing team;  
nursing services*

**IZVLEČEK** – Prikazan je razvoj organizacije dela v zdravstveni negi s štirimi temeljnimi sistemi delitve dela: zdravstvena nega posameznega bolnika/varovanca, funkcionalna delitev dela, timska delitev dela in sistem primarne zdravstvene nege. Na to, kateri sistem bomo izbrali, vplivajo številni dejavniki. Vendar nam samo sistem primarne zdravstvene nege in timski sistem omogočata celovito obravnavo bolnika/varovanca in s tem tudi uveljavljanje procesa zdravstvene nege. V naših razmerah je v zdravstveni negi še vse preveč uveljavljen k nalogam usmerjen funkcionalni sistem delitve dela industrijskega tipa. V takih razmerah pa proces zdravstvene nege ne more zaživeti. Zato so potrebne predhodne velike organizacijske spremembe v smislu nove delitve dela znotraj negovalnega tima, kjer bodo višje medicinske sestre prevzele bolj kot doslej strokovno vodenje tima pri celoviti zdravstveni negi bolnika/varovanca.

**ABSTRACT** – The development of the organization of work process in the frames of the process of nursing is described, together with four basic systems of work distribution: the process of nursing with an individual patient/client, functional work organization, team work organization and the system of primary health care. The selection of a system depends upon several factors. However, only the system of primary health care enables a comprehensive treatment of a patient/client and the advancement of the process of nursing. Under our circumstances, task-oriented functional system of work distribution of the industrial type still prevails. The process of nursing therefore can not develop as it should. Preliminary and important changes in the sense of new work distribution inside the nursing team are needed; in such frames, nurses will take over the professional team guidance in the comprehensive health care of a patient/client to a greater extent as they do at the moment.

**Izvor potrebe po organiziranju dela**

Potreba po organiziranju dela je nastopila takrat, ko se je spremenil način proizvodnje, se pravi z nastopom industrijske revolucije (konec 18. stoletja v zahodni Evropi). Pred tem je delavec opravljal celovit delovni proces, sam je oblikoval celotni izdelek, zato njegovega dela ni bilo treba posebej usklajevati z delom drugih. S pojavom strojev se je začela tehnična delitev dela, delo po fazah, kjer vsak delavec opravi del dela. Izdelek je rezultat vseh delnih del delavcev.

Organizirati delo pomeni usklajevati, voditi vse delne delovne procese tako, da delo teče celovito, skladno in usmerjeno k skupnemu cilju. Z organizacijo dela so se najprej začeli ukvarjati strojni inženirji, ker so bili problemi v proizvodnji najizrazitejši.

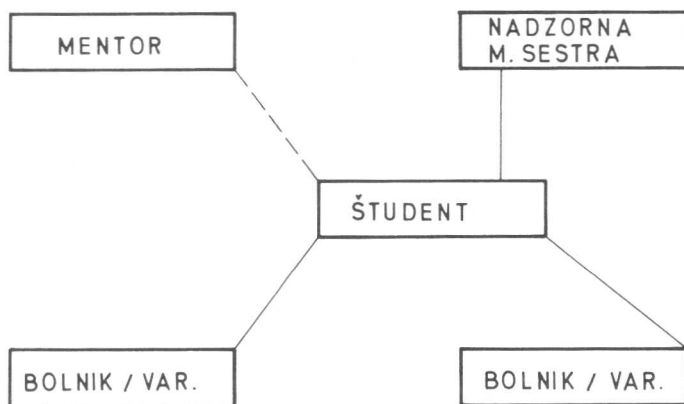
Ameriški strojni inženir Frederic Winslow Taylor (1856–1915) je postavil temelje tej vedi s svojim delom »Scientific Management«. Preučeval in razčlenjeval je elemente delovnega procesa z namenom, da se poveča proizvodnja. Velik pomen je pripisoval motivaciji delavcev. Menil je, da za izvedbo vsake naloge obstaja samo »en najboljši način«. Naloga vodje je, da ga v danih razmerah poišče.

Organizacijo dela so začeli razvijati na vseh področjih dela, tudi v zdravstvu. Posebej izrazita je bila potreba v bolnišnicah, ki so se razvile v delovne organizacije z visoko notranjo diferenciacijo. Čim bolj razvita je delitev dela, tem večja je potreba po organiziranju. Kako zelo na zdravstvo vpliva tehnika, nam pove tudi izraz, ki ga včasih uporabljamo za bolnišnico – »sodobna tovarna zdravja«. Ta opredelitev ni najbolj ustrezna, saj izvira iz pretiranega posnemanja industrijskega načina dela.

### Sistemi delitve dela v zdravstveni negi

Ti so lahko različni, odvisni od razvoja stroke, načina organiziranja celotne dejavnosti, od usposobljenosti članov negovalne službe in od novih spoznanj o možnostih zagotavljanja boljše kvalitete v zdravstveni negi.

Z organiziranjem skušamo doseči kar največjo korist za bolnika oziroma varovanca in ekonomično porabo sredstev. Pri izbiri sistema skušamo odgovoriti na vprašanje: kako razviti in uveljaviti sistem, s katerim bo mogoče dosegati najvišjo kvaliteto zdravstvene nege in hkrati uspešen in učinkovit način za njeno izvajanje.



V fazah razvoja zdravstvene nege so se spreminjali tudi modeli delitve dela. Pogosto oblike niso povsem čiste, temveč se med seboj prepletajo in dopolnjujejo.

Poznamo predvsem štiri temeljne sisteme delitve dela v zdravstveni negi:

**SISTEM ZDRAVSTVENE NEGE POSAMEZNEGA BOLNIKA OZIROMA VAROVANCA** Najstarejši sistem je nega posameznega bolnika oziroma varovanca. Ena medicinska sestra je dodeljena enemu bolniku in opravlja pri njem vso nego. Ena medicinska sestra lahko skrbi tudi za dva ali tri bolnike. Ta sistem je

primeren za delo študentov in za bolnike v posebnih pogojih, recimo v izolaciji. Sistem se nekoliko spremeni tudi pri delu študentov, ker le-ti nekaterih del ne morejo in ne smejo opravljati, zato sodelujeta mentor in medicinska sestra z oddelka. Ta sistem delitve dela v bolnišnicah ni primeren kot osnovni vzorec za dalj časa.

**FUNKCIONALNI SISTEM DELITVE DELA** Na razvoj tega sistema je vplival razvoj industrije in tehnologije v 30. in 40. letih. To je čas, ko je v Ameriki Henry Fonda vpeljal v avtomobilsko industrijo tekoče montažne trakove. Delitev dela je pomenila delitev na posamezna opravila. Po zgledu v industriji se je pojavilo tudi v zdravstveni negi vprašanje, ali bi zdravstvena nega ne bila učinkovitejša, če bi jo organizirali po istih načelih, vendar pri tem niso upoštevali merila učinkovitosti zadovoljevanja bolnikovih potreb. Delo je razdeljeno na delovne naloge. V ospredju je tehnični vidik dela, ki ga je treba opraviti. Pri delavcih ugotavljamo sposobnost opravljanja določenih opravil in nalog v zdravstveni negi, ki jih razvrščamo po nivojih zahtevnosti. Zahtevnost pojmuje najpogosteje v smislu tehnične zahtevnosti posameznega opravila, ne pa zahtevnosti z vidika bolnikovega stanja oziroma njegovih potreb.



SI. 2. FUNKCIONALNI SISTEM

Člani negovalne skupine so različno usposobljeni in z ozirom na to opravljajo različne naloge. Vsak član delovne skupine je zelo odvisen od drugih in njihovega dela. Šele skupno delo da rezultat, ki ga lahko vrednotimo. Način vodenja je avtorski, vodja nosi vso odgovornost za vse aktivnosti na vseh smereh: osebje zdravstvene nege, bolniki, zdravniki, študenti, obiskovalci, javnost. Pogosto ta raznolikost vlog vodje povzroča nezadovoljstvo pri delu (ker vodja zaradi preobilice različnih dejavnosti, ki jih ne more dovolj učinkovito in kvalitetno usmerjati, občuti nemoč).

Zdravstveno nego v teku enega dneva pri enem bolniku opravlja štiri, pet ali več oseb, od katerih nihče ne čuti posebne odgovornosti do njega kot individualne celovite osebnosti. Nekateri menijo, da je ta sistem ekonomičen, vendar ima mnogo pomanjkljivosti. Na splošno velja, da ta sistem ne zahteva posebnega napora članov skupine. Nekateri delavci se počutijo bolj varne v vlogi odvisnosti, ki jo zahteva funkcionalni sistem, in pasivno sledijo navodilom ter opravljajo ponavljajoče se naloge. Potrebe bolnika oziroma varovanca so zreducirane na minimum, predvsem pa so zapostavljene psihične in socialne potrebe.

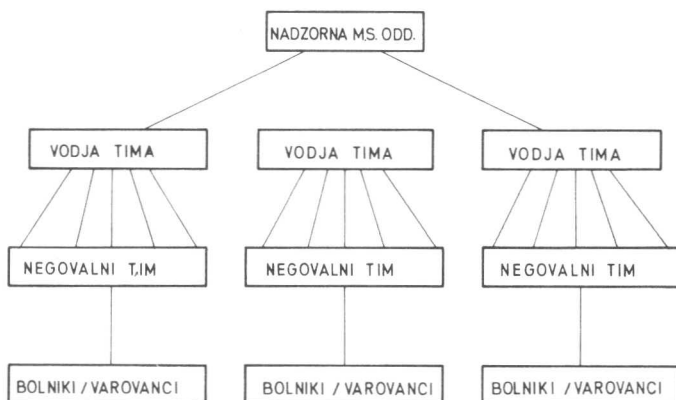
Ta sistem ne omogoča doseganja visoke kvalitete dela in s tem temeljnega smotra zdravstvene nege.

**TIMSKI SISTEM** Medicinska sestra vodi skupino delavcev, ki zadovoljujejo potrebe posameznika ali skupine ljudi po zdravstveni negi, na osnovi sodelovanja in usklajevanja. Timsko delo se je razvilo v 50. letih zaradi socialnih in tehnoloških sprememb.

1950 je Eleanor Lamberston opravila študijo timskega dela v bolnišnici v New Yorku. Ugotovila je:

- da je timsko delo v zdravstveni negi uporabno,
- da pripomore k boljši izrabi znanja in sposobnosti vseh članov tima,
- da je s timskim delom mogoče dosegati visoko kvaliteto zdravstvene nege.

Metoda se je hitro razvijala in uporabljala širše kot katerakoli druga opisana metoda.



SI. 3. TIMSKI SISTEM

Sistem timskega dela zahteva naslednje:

1. Tim zdravstvene nege vedno vodi medicinska sestra, ki je poleg teoretičnega znanja dobro usposobljena v praksi.
2. Sistem je mogoče uporabiti povsod tam, kjer zdravstvene potrebe izhajajo iz celovitosti potreb bolnika oziroma varovanca.
3. Sistem vključuje bolnika oziroma varovanca v načrtovanje nege kjerkoli in kolikor je mogoče (bolnik kot subjekt).
4. Sistem je nespremenljiv, dinamičen in prilagodljiv.
5. Od vsakega člana zahteva in izkoristi njegove sposobnosti, možnosti, interes.

Oblika vodenja je decentralizirana: odločanje in odgovornost sta prenesena na operativni nivo. Vodja mora vključiti vse člane v način dela, ki je usmerjen v reševanje problemov in temelji na potrebah bolnika oziroma varovanca. Hkrati pa mora upoštevati sposobnost posameznih članov, njihove želje in možnosti.

Tim ponavadi skrbi za 10 – 15 bolnikov in vključuje tri do pet medicinskih sester. Vsak član tima vpliva na celoten tim s svojo osebnostjo, posebej pa še

z naslednjimi lastnostmi: osebna angažiranost, samodisciplina, prožnost, volja do učenja, upoštevanje mnenja drugih itn. Najmočnejši vpliv ima vodja tima. Za uspešno vodenje ni konkretnih navodil in modelov, vsaka situacija je drugačna. Predpogoj pa je strokovno znanje, izkušnje, ustvarjalnost in tiste sposobnosti, ki jih ponavadi označujemo z izrazom »vodstvene sposobnosti«. Te je težko opredeliti, do polnega izraza pa pridejo v realni situaciji. Nekateri so skušali opisati lastnosti, ki jih ima dober vodja:

- upošteva mnenje drugih in sprejema sugestije za boljše delo,
- daje pri delu zgled sodelavcem,
- zna motivirati za delo,
- zna oceniti moč in šibkost vsakega člana tima, mu pomaga in svetuje, kadar je to potrebno,
- zna oceniti bolnikove potrebe in pomagati članom tima, da jih spoznajo,
- zna načrtovati in pravilno ukrepati.

Poseben pomen v timskem delu imajo dnevni timski sestanki. Pomenijo prenos informacij med člani tima. Te informacije se nanašajo na oceno stanja bolnika oziroma varovanca, ugotavljanje ciljev, načrtovanje, izbiro ustreznih metod dela, informacije o izkušnjah, posebnostih, kontinuiteti dela, o rezultatih dela itn.

Dnevni timski sestanki imajo veliko motivacijsko vlogo in dosti pripomorejo tudi k strokovni rasti posameznika. Na njih sproti razrešujemo nesoglasja in napetosti, ki se lahko pojavijo med posamezniki.

Manj ugodne strani timskega dela: nekateri so mnenja, da je ta sistem dražji, ker je učinkovitost zaradi drobljenja na manjše delovne enote (time) manjša. Vodenje zahteva več časa, veliko medicinskih sester ne želi sprejemati te vloge.

**SISTEM PRIMARNE ZDRAVSTVENE NEGE** Ta model individualizirane nege se je razvil v začetku 70. let in danes ga uvaja polno ali delno v sistem zdravstvene nege okrog 10% zdravstvenih ustanov v ZDA.

Primarna zdravstvena nega je kontinuiran in koordiniran proces, kjer ena medicinska sestra ugotavlja bolnikove oziroma varovančeve potrebe in z načrtom nege zagotavlja celotno 24-urno zdravstveno nego med hospitalizacijo ali dokler so potrebe po zdravstveni negi prisotne. Ta medicinska sestra je samostojna, ima potrebne pogoje za delo in je odgovorna za rezultate. Vsak bolnik oziroma varovanec je dodeljen določeni medicinski sestri. V času njene odsotnosti (kadar sama ni v službi) delo opravljajo še dve ali tri medicinske sestre, tako da je načrt v celoti izveden. Pri tem ima pomembno vlogo komunikacija v pisni ali ustni obliki.

Pričakovane prednosti tega sistema:

1. Bolj kot v drugih sistemih je jasna odgovornost za načrtovanje zdravstvene nege.
2. Razpon nadzora pri tem sistemu je manjši: tim skrbi za 4 – 6 bolnikov (pri timskem sistemu pa 10 – 15 in pri funkcionalnem za približno 30 bolnikov). Manjši razpon nadzora omogoča višjo kvaliteto dela.
3. Manj časa se porabi za koordinacijo in več za strokovno delo.
4. Medicinska sestra lahko spreminja osnove za načrt, preden ga dokončno izdela. Primarna zdravstvena nega vsebuje koncept holistične nege (celovite, kompleksne) in načrt nastaja skupaj z bolnikom, svojci.
5. Proces zdravstvene nege in zdravniška oskrba potekata vzporedno. To

omogoča večje sodelovanje pri načrtovanju in koordiniranju zdravljenja in zdravstvene nege kot integralnih delov celovite zdravstvene oskrbe.

Ta sistem zahteva dobro organizirane tiste nemedicinske dejavnosti, ki so tesno vezane na zdravstveno nego:

- komunikacijski sistem,
- transportni sistem,
- sistem distribucije,
- administrativno delo.



SI.4. SISTEM PRIMARNE NEGE

Čim bolj so ti sistemi razviti, tem manj časa porabi medicinska sestra za posredno delo in več lahko nameni neposrednemu delu z bolnikom. V zadnjih 20. letih je bilo objavljenih veliko študij posameznih sistemov. Tako na primer model Gordona Friesena vključuje decentralizirane oblike dejavnosti in oskrbe. Kartoteke, dokumentacija, zdravila, materiali in perilo naj bodo v bolniških sobah. Po tem modelu distribucije zunaj bolniške sobe ne opravljajo medicinske sestre. Komunikacije je izboljšal tako, da je nadomestil tradicionalno sestrsko postajo z administrativno-komunikacijskim centrom, kjer delajo nezdravstveni delavci. Ti koordinirajo znotraj oddelčne in medoddelčne komunikacije. Poleg tega priporoča računalniško podprt informacijski sistem.

### Kateri sistem dela je najboljši?

To vprašanje se postavlja, ko ocenjujemo prednosti in slabosti posameznih sistemov. Obsežne raziskave o teh problemih so potekale v St. Mary Hospital, Milwauke v Združenih državah Amerike. Seveda potekajo primerjave največ med zadnjima dvema sistemoma, ki omogočata tudi doseganje visoke kvalitete dela.

Na izbiro sistema vpliva:

1. Razvitost medicinske podporne službe (decentralizacija).
2. Stopnja potreb bolnika po zdravstveni negi. Čim več zdravstvene nege bolniki potrebujejo, tem bolj učinkovita je primarna zdravstvena nega.

Tam, kjer je intenzivnost in zahtevnost dela zelo visoka, je v primarni zdravstveni negi velik potencial za izboljšanje kvalitete dela in pravilne izrabe znanja medicinskih sester.

## Kateri sistem dela je uveljavljen pri nas?

Odgovor na to vprašanje ni preprost. Najbrž zato ne, ker nimamo vedno čistih oblik, temveč se elementi enega in drugega sistema lahko prepletajo in dobimo različne kombinacije sistemov. Pri nas veliko govorimo o timskem delu. Če natančneje primerjamo razmere v praksi in zgoraj navedene značilnosti posameznih modelov, pa o timskem delu ne moremo biti več tako prepričani. Naš način dela v večini organizacijskih enot vsebuje še vse preveč elementov starega funkcionalnega sistema, usmerjenega k opravi in nalogam.

Timsko delo zahteva celovito obravnavo bolnika oziroma varovanca, ki je mogoča samo z ugotavljanjem njegovih potreb, postavljanjem ciljev in načrtov, timsko izvedbo dela in evalvacijo.

Tu najdemo tudi odgovor na vprašanje, zakaj se proces zdravstvene nege tako počasi in težko uveljavlja. Proces ne moremo uvajati v pogojih funkcionalne delitve dela, temveč samo tam, kjer je delo organizirano po timskem sistemu ali sistemu primarne zdravstvene nege.

Zato vsako uvajanje procesa zdravstvene nege zahteva reorganizacijo v smislu nove delitve dela v negovalnem timu. Medicinske sestre, ki so z uvajanjem procesa zdravstvene nege že začele, se tega dobro zavedajo. Potrebovale pa bi več pomoči in razumevanja, saj predstavlja gibanje za proces zdravstvene nege tudi korak naprej v novo delitev in kvaliteto dela, ki smo jo na našem strokovnem področju dolžni doseči.

Prav bi bilo, da bi razmišljali tudi o sistemu primarne zdravstvene nege. Najbolj se je tej obliki približala polivalentna patronažna dejavnost. Nujno pa bi bilo, da bi jo uvedli tudi v nekaterih intenzivnih oddelkih bolnišnične dejavnosti, kjer so pogoji za uvedbo tega sistema. Razvoj zdravstva v zadnjih desetletjih je bil tako hiter, da je prehitel razvoj nujnih spremljajočih dejavnikov, med drugim tudi dobre organizacije dela. Skrajni čas je, da zamujeno popravimo.

## LITERATURA

1. Chambers C C. The nurse as group leader. New York: Springer, 1977.
2. Douglass L M. The effective nurse; Leader and manager. St. Louis: Mosby, 1984.
3. Douglass L M. Bevis E O. Team leadership in action. St. Louis: Mosby, 1970.
4. Marram G D, Schlegel M W, Bevis E O. Primary nursing: a model for individualized care. St. Louis: Mosby, 1974.
5. Nicholls M E, Wessells V G, ed. Nursing standards; Nursing process. Wakefield, Nursing Resources, 1977.
6. Stevens B J. First-line patient care management. Wakefield: Contemporary publishing, 1976.

---

**GLEDANO PRAVILNO NI NEPOMEMBNA NITI NAJMANJŠA STVAR; VSE STVARI SO KAKOR OKNA, SKOZI KATERA GLEDA OKO MISLECA V NESKONČNOST SAMO.**

Carlyle