

POMEN STANDARDOV V SODOBNI ZDRAVSTVENI NEGI

THE SIGNIFICANCE OF STANDARDS IN MODERN NURSING CARE

Angela Hajdinjak, Roža Meglič

UDK/UDC 614-253.5:616-083(18)

DESKRIPTORJI: *zdravstvena nega-standardi*

DESCRIPTORS: *nursing care standards*

Izvleček – Članek opisuje zagotavljanje najpomembnejših elementov kakovosti zdravstvene nege ter temeljne usmeritve na mednarodni in nacionalni ravni na tem področju. V članku so podrobneje predstavljeni standardi v zdravstveni negi in prikaz primera oblikovanega standarda.

Abstract – The article describes the most important elements of the process of assurance of the quality of nursing, as well as basic directions in this field on national and international level. Standards in nursing care are presented in detail, as well as a case of standard formation.

Zagotavljanje kakovosti zdravstvene nege

Poleg standardov in kriterijev so bistveni elementi za zagotavljanje kakovosti zdravstvene nege naslednji:

- filozofija,
- teoretični modeli,
- procesni pristop,
- standardi in kriteriji,
- dokumentacijsko-informacijski sistem,
- uspešna komunikacija,
- kontinuirana zdravstvena nega,
- sodobna organiziranost, vodenje,
- negovalne diagnoze,
- lastna terminologija,
- raziskovanje v zdravstveni negi,
- normativna ureditev.

Filozofija daje strokovnemu področju zdravstvene nege *enotnost*, kar pomeni enotno razumevanje vseh sodelujočih v zdravstveni negi glede tega, kaj zdravstvena nega je oziroma kaj je njen smisel in namen. Poleg enotnega razumevanja daje filozofija stroki zdravstvene nege *pomen* ter *ogrodje* za teorijo in prakso. Ogradje omogoča enotna izhodišča za razmišljanje o zdravstveni negi, izobraževanje, delovanje v praksi in raziskovanje.

Glede na izoblikovano in sprejeto filozofijo, v kateri so opisana tako pričakovanja, vrednote, stališča bolnikov/varovancev, kot izvajalcev zdravstvene nege, se odločamo in izberemo **teoretične modele** zdravstvene nege, ki se tej filozofiji vsebinsko prilegajo.

Način delovanja narekuje in določa procesni metodološki pristop, **proces zdravstvene nege**. Proces zdravstvene nege je metoda dela, ki s svojimi lastnostmi in načeli zahteva sodoben način delovanja. Lastnosti omogočajo sistematičnost, dinamičnost in prožnost pri delu z bolniki/varovanci, načela pa k bolnikom/varovancem usmerjeno zdravstveno nego, celovitost in individualnost pri njihovi obravnavi ter partnerski odnos. Omogoča torej prenos filozofije in teoretičnih modelov zdravstvene nege v prakso.

Razvit **dokumentacijsko-informacijski sistem** omogoča vidnost bolnikov/varovancev zdravstvene nege. V dokumentih zdravstvene nege so zapisane tako težave in problemi, kot način in uspešnost njihovega reševanja. Na podlagi zapisanega lahko ugotovljamo uspešnost zdravstvene nege in njen prispevek k zdravju posameznikov, družine, skupine in prebivalstva nasploh.

Uspešna komunikacija je pomemben element sodobne zdravstvene nege, saj so poleg dokumentiranja pomembne še druge oblike komuniciranja v zdravstveni negi. To so predvsem terapevtska komunikacija z bolnikom/varovancem, njihovimi svojci in komunikacija v monodisciplinarnih in multidisciplinarnih timih.

Kontinuirano zdravstveno nego omogočajo predvsem procesni način delovanja, učinkovita komunikacija ter sodoben dokumentacijsko informacijski sistem.

Za zagotavljanje kakovosti v zdravstveni negi potrebujemo sodobno **organiziranost in vodenje**, kar po-

meni vsaj timski model organizacije zdravstvene nege in avtonomno vodenje stroke.

Oblikovane **tipične negovalne diagnoze** in **druge podporne tehnike** procesne metode dela (klinični protokoli, standardizirani načrti negovalnih intervencij...) bi olajšale in omogočile hitrejši prenos sodobne zdravstvene nege v prakso.

Razvita, dogovorjena in usvojena **terminologija zdravstvene nege** omogoča enotno razumevanje in uporabo pojmov v zdravstveni negi.

Normativno urejeno strokovno področje zdravstvene nege in udejanjeno na konkretni – dejanski ravni bi prispevalo k avtonomnosti stroke, večji odgovornosti ter omogočalo večjo moč odločanja in vplivanja na različnih področjih in ravneh delovanja.

Raziskovanje v zdravstveni negi omogoča dvig zdravstvene nege na profesionalno raven.

Vse te elemente, ki opredeljujejo sodobno zdravstveno nego, moramo upoštevati, ko govorimo o kakovosti zdravstvene nege. Vsi ti elementi se med seboj pogojujejo in vplivajo tako na oceno kakovosti zdravstvene nege kot na zagotavljanje in dvig kakovosti. Poleg tega omogočajo še avtonomnost zdravstvene nege in jasno kažejo na njen smisel in namen. Z njimi postane zdravstvena nega transparentna – vidna, tako znotraj strokovnega področja kot navzven drugim zdravstvenim delavcem in še širše pripadnikom drugih strok. Predvsem pa je pomembno, da je njen smisel, namen in prispevek jasen uporabnikom, bolnikom/varovancem ter celotni družbi.

Usmeritve za uveljavitev kakovostne zdravstvene nege

Ustvarjanja pogojev za uveljavitev sodobne, kakovostne in učinkovite zdravstvene nege ne smemo razumeti le kot našo dobro voljo, da nekaj spremenimo na bolje. Ne gre le za prizadevanja nekaterih entuziastov, vizionarjev in teoretikov, ki razmišljajo samo na abstraktni ravni, pa tudi ne za prizadevanja posameznih prizadevnih strokovnjakov iz prakse.

Da ustvarimo te pogoje, nas obvezujejo razmere, v katerih živimo in delujemo. Vemo, da se družbeno ekonomski odnosi in delovni pogoji spreminjajo, največkrat slabšajo. Tako v družbi kot znotraj zdravstvene dejavnosti ostaja zdravstvena nega brez posebnega, vidnega priznanja in njen prispevek v skrbi za zdravje ljudi ostaja neopažen. Zdravstvena nega se mora prilagoditi družbenim spremembam, zahtevam za večjo učinkovitost, predvsem pa potrebam bolnikov/varovancev. Bolniki/varovanci se vse bolj zavedajo svojih pravic in zahtevajo višjo kakovost zdravstvenih storitev in v okviru teh tudi višjo kakovost zdravstvene nege.

Poleg navedenih razlogov, ki zahtevajo učinkovito in kakovostno zdravstveno nego nas obvezujejo tudi smernice in usmeritve, tako na mednarodni kot na nacionalni ravni.

Usmeritve na mednarodni ravni

MEDNARODNA RAVEN

SZO – 1977
ALMA ATA – 1978
SZO – 1984
EVR. URAD SZO – 1988
SZO – 1991
LJ. LISTINA – 1996
SZO – 1998

Pomembnejše usmeritve na **mednarodni ravni**, ki se nanašajo na zahtevo po kakovosti zdravstvene nege, so naslednje:

- Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) je leta 1977 začela oblikovati strategijo »Zdravje za vse do leta 2000«, ker je ugotovila, da je razkorak med naraščajočimi stroški v zdravstvu in zdravjem ljudi vse večji. Predvsem sta pomembni dve resoluciji. Ena govori o tem, da je potrebno za vse prebivalce sveta do leta 2000 doseči raven zdravja, ki bi jim omogočila socialno in ekonomsko produktivno življenje. Druga pa govori o pomembni spremembi filozofije zdravstvenega varstva, in sicer o usmeritvi h krepitvi in ohranjanju zdravja, za razliko od dotedanje, ki je poudarjala predvsem skrb za bolne in je bila torej usmerjena v bolezni.
- Leta 1978 je bila v Alma Ati sprejeta deklaracija, ki je dala odgovor na smernice SZO, in sicer glede tega, s kakšnimi metodami in organizacijo je mogoče to doseči.
- Leta 1984 je SZO sprejela 38 ciljev, s katerimi bi to strategijo uveljavili. Nove usmeritve SZO so obvezale tudi stroko zdravstvene nege in medicinske sestre, kar je bilo opredeljeno v 31. cilju: »zagotoviti kakovost v zdravstveni negi in pripraviti standarde zdravstvene nege«. Za doseg tega cilja je bilo potrebno prilagoditi izobraževalne programe, obenem pa so bile te smernice obvezujoče za vse pripadnike stroke, ne glede na to, na katerem področju zdravstvene nege delujejo.
- Leta 1988 je Oddelek za zdravstveno nego pri Evropskem uradu SZO na prvi evropski konferenci na Dunaju med drugim za udejanjanje nove strategije sprejel tudi naslednja priporočila, ki se nanašajo na kakovost zdravstvene nege. Zapisali so, da mora biti poudarek na kakovosti zdravstvene nege, da morajo medicinske sestre razvijati raziskovalne projekte, s katerimi bi izboljšale zdravstveno nego, da morajo biti pri organiziranju, vodenju in kadrovanju na področju zdravstvene nege avtonomne in da morajo razviti informacijske sisteme, ki omogočajo prenos informacij in raziskovalnih rezultatov.
- Leta 1991 so na skupščini v Ženevi članice SZO ugotovile zamudo v doseganju ciljev »Zdravje za vse do leta 2000«, zato so realizacijo ciljev prenesle v 21. stoletje.

- Tudi na konferenci ministrov za zdravstvo evropske regije leta 1996 v Ljubljani so v Ljubljanski listini med drugimi načeli za izvajanje zdravstvenih reform zapisali načelo, ki poudarja »kakovost zdravstvene varstva in finančno-ekonomsko učinkovitost«.
- V letu 1998 je SZO sprejela nov predlog evropske strategije pod geslom »Zdravje za vse za 21. stoletje« kot nadaljevanje prejšnjega. To je bilo opredeljeno v 21 ciljih. Kakovost je omenjena v 16. cilju, ki omenja »delovanje za kakovost zdravstvenega varstva«. Glavna usmeritev v tej novi strategiji je po eni strani več vlaganja tako družbe kot posameznika v zdravje, po drugi strani pa racionalizacija v zdravstvu ob sočasnem zagotavljanju kakovosti.

Usmeritve na nacionalni ravni

NACIONALNA RAVEN

Nacionalni program ZV RS do l. 2004
Usmeritve razvoja ZN
v luči zdravstvenih reform v R Sloveniji
Razmejitev zdravstvene nege
Kodeks etike
Zakon o ZN

Usmeritve na **nacionalni ravni** se odražajo v naslednjih dokumentih:

- Nova strategija, ki se nanaša na kakovost v zdravstvu pri nas, je zapisana v dokumentih Ministrstva za zdravstvo v Planu zdravstvenega varstva v R Sloveniji do leta 2000 in v Nacionalnem programu zdravstvenega varstva R Slovenije do leta 2004, za področje zdravstvene nege pa v dokumentih Zbornice zdravstvene nege Slovenije in Razširjenega strokovnega kolegija za zdravstveno nego.

Ti dokumenti so:

»Usmeritve razvoja zdravstvene nege v luči zdravstvenih reform v R Sloveniji« – ta dokument je bil sprejet na 5. skupščini Zbornice zdravstvene nege v novembru 1996.

»Razmejitev zdravstvene nege«, ki ga je sprejelo in potrdilo Ministrstvo za zdravstvo v novembru 1997, v kateri so opisana temeljna določila o pristojnostih, nalogah in delitvi dela v zdravstveni negi.

V fazi sprejemanja in potrjevanja je »Zakon o zdravstveni negi«.

V letu 1994 je bil sprejet prvi slovenski »Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov«.

Torej poleg mednarodnih usmeritev za zagotavljanje kakovosti v zdravstveni negi imamo tudi lastne zapisane usmeritve, čeprav so žal nekatere še vedno le na normativni ravni.

Zagotavljanje kakovosti

Kakovost je pojem, ki ga je na kratko težko opredeliti. Besedo pogosto uporabljamo, vendar je mne-

nje o tem, kaj kakovost je, subjektivno. To je odvisno od osebnih pričakovanj, vrednot in ocene posameznika.

Kakovost zdravstvene nege so že leta 1933 poskušale v ZDA definirati Lee in Jones, ki sta zapisali, da je visokokakovostna zdravstvena nega tista, ki izrabi vsa razpoložljiva znanja in tehnike.

Leta 1968 je definicijo kakovosti oblikoval ameriški zdravnik Avedis Donabedian, ki je dejal, da je kakovost skladnost med cilji in dejansko opravljeno zdravstveno nego. Bil je tudi prvi, ki je predstavil kakovost z vidika evalvacijskega procesa.

Leta 1978 je Williamson opredelil kakovost kot stopnjo doseženih uspehov v zdravstveni negi, ki jih dosežemo z odgovorno uporabo vseh razpoložljivih sredstev in aktivnosti.

Predvsem ti dve definiciji sta bili medicinskim sestram izhodišče za razvijanje kakovosti v zdravstveni negi, tako na lokalni, nacionalni in mednarodni ravni.



Za zagotavljanje kakovosti v zdravstveni negi lahko uporabljamo zunanje ali notranje metode.

Bistvena razlika je v tem, da je pri zunanem zagotavljanju kakovosti ta zagotovljena od zunaj (zunanji strokovnjaki, institucije). Zagotavljanje kakovosti znotraj zdravstvenih ustanov pa je naloga izvajalcev zdravstvene nege, ki jo samostojno načrtujejo in izvajajo ter so zanjo tudi sami odgovorni.

Interno zagotavljanje kakovosti zdravstvene nege lahko izvedemo bodisi centralno ali decentralizirano.

Značilnosti centralnega zagotavljanja kakovosti so:

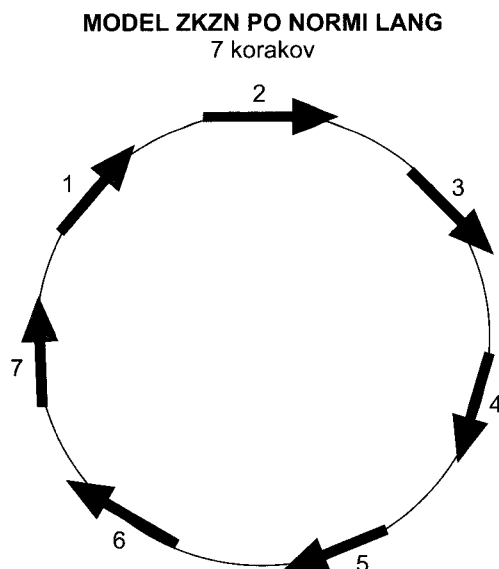
- natančna analiza celotne aktivnosti zdravstvene nege;
- uporaba inštrumenta, ki je znanstveno utemeljen in uporaben za zdravstveno nego;
- zagotavljanje kakovosti izpelje skupina za to usposobljenih strokovnjakov;
- negovalni timi, ki izvajajo zdravstveno nego, v to nimajo vpogleda.

Značilnosti decentraliziranega zagotavljanja kakovosti so:

- opazovanje izvajanja zdravstvene nege;
- inštrument opazovanja ni trdno določen, izbran je glede na to, katero intervencijo zdravstvene nege opazujejo;
- izvajajo jo na ravni bolniške enote – oddelka;
- izvajajo jo člani negovalnih timov, ki v enoti delujejo;

- člani negovalnega tima imajo neposreden vpogled v zagotavljanje kakovosti zdravstvene nege.

Izkušnje evropskih dežel, predvsem z Nizozemske, kažejo, da je za zagotavljanje kakovosti zdravstvene nege zelo uporaben model Norme Lang.



Avtorica je predstavila svoj model kot neprekinjen krog dejanj v sedmih korakih, ki so namenjeni opisovanju, merjenju in spreminjanju zdravstvene nege. Ti koraki so:

1. Identifikacija vrednot (družbene vrednote, strokovne vrednote, znanstvena spoznanja).
2. Določitev standardov in kriterijev.
3. Izdelava metod in primerjava standardov in kriterijev s prakso zdravstvene nege.
4. Analiza rezultatov.
5. Možne poti spreminjanja.
6. Izbrana pot spreminjanja.
7. Uvajanje sprememb.

Standardi v zdravstveni negi

Standardi so sprejete in veljavne norme, ki opredeljujejo aktivnosti zdravstvene nege in stopnjo kakovosti zdravstvene nege. So sredstvo oziroma orodje za merjenje kakovosti. Standardi morajo biti dinamični, da jih je možno prilagajati in spreminjati.

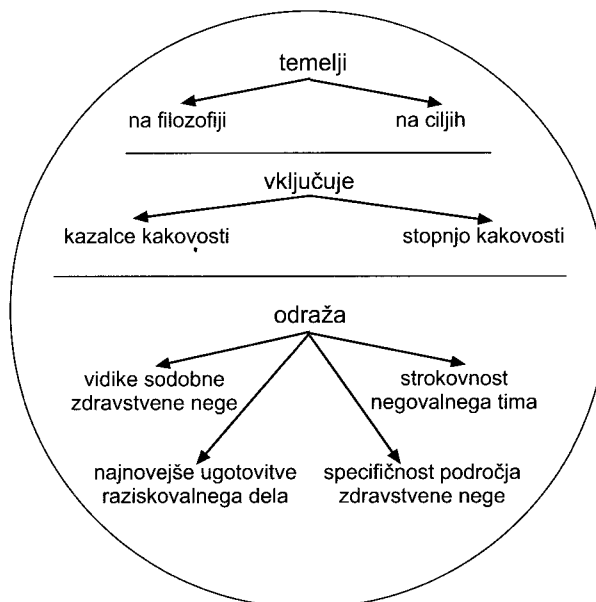
Značilnosti standardov

Odražati morajo vidike sodobne zdravstvene nege, najnovejše ugotovitve raziskovalnega dela, podprte s praktičnimi izkušnjami, strokovno usposobljenost in pristojnosti članov negovalnega tima. Obenem pa morajo odražati tudi specifičnost posameznega področja zdravstvene nege. Standardi opredeljujejo tudi pogoje za izvajanje zdravstvene nege in pričakovane rezultate.

Standardi in kriteriji

vsebujejo merljive kriterije, ki omogočajo, da standard ovrednotimo.

Značilnosti standarda



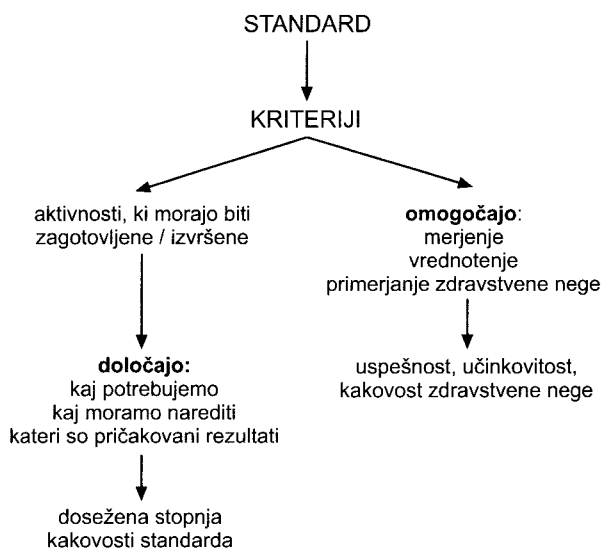
Kriteriji morajo biti merljivi, specifični, primerni, razumljivi, jasni in sodobni.

Kriteriji so merilo za vrednotenje, primerjanje in presojanje standardov, hkrati pa so tudi merilo za ocenjevanje uspešnosti, učinkovitosti in kakovosti zdravstvene nege.

Vrste standardov

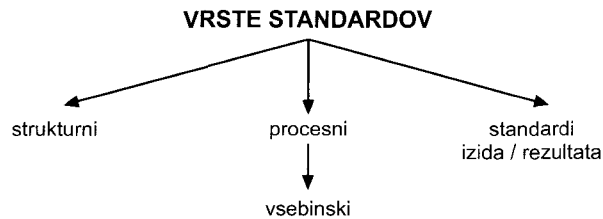
Donabedian je razdelil standarde na standarde strukture, procesa in izida. E. Mason pa poleg teh omenja tudi standarde vsebine.

Standardi in kriteriji



V *standardu strukture* so opisani viri za kakovostno izvajanje zdravstvene nege, obenem pa se v oblikovanem standardu odraža kakovost menedžmenta v zdravstveni negi.

Kriteriji standardov strukture opisujejo, kaj mora zagotoviti, da dosežemo pričakovane rezultate.



V kriterijih standardov strukture opredelimo:

- izvajalce zdravstvene nege. Pri tem upoštevamo izobrazbo, usposobljenost in strokovna znanja, pristojnosti in odgovornosti ter določimo število;
- strokovnjake drugih področij, kadar sodelujejo pri izvedbi;
- prostor;
- opremo in pripomočke;
- pomožne in podporne službe, npr: centralna kuhinja, pralnica...;
- zahtevano znanje izvajalcev
- literaturo, vire, kjer si izvajalci osvežijo ali poglobijo znanja;
- dokumentiranje: navedemo, kam dokumentiramo.

Vsi ti kriteriji morajo biti zagotovljeni, da lahko bolnikom/varovancem zagotovimo varno zdravstveno nego.

Torej v kriterijih standardov strukture opišemo kdo, kje in s čim bo izvedel določeno aktivnost.

V *standardu procesa* s kriteriji opišemo, katere akcije je potrebno izvesti, kako pogosto in kdaj. Kadar je akcija vezana na komunikacijo, opišemo vsebino – kaj povemo, kaj učimo, da rezultat dosežemo, ter opišemo oblike in metode dela.

Standardi izida opredelijo pričakovane rezultate ali izide. V kriterijih standardov izida zapišemo, kakšen izid pričakujemo in kdaj ter kako ga prepoznamo.

S standardom izida merimo zadovoljstvo bolnika, pričakovano spremembo v bolnikovem zdravstvenem stanju in znanju bolnika (vedenje o bolezni, zdravstvenem stanju, življenjskem slogu...).

Standardi izida usmerjajo medicinsko sestro oziroma ji določajo, kaj mora pri bolniku ugotavljati.

Po kriterijih standarda izida ocenjujemo stopnjo kakovosti zdravstvene nege.

Poti oblikovanja, sprejemanja in uvajanja standardov

Prepričanja večine strokovnjakov za zagotavljanja kakovosti zdravstvene nege v svetu je, da naj bi razvijali in oblikovali standarde in kriterije po naslednjih etapah:

Primer oblikovanega standarda na podlagi negovalne diagnoze:

NEGOVALNA DIAGNOZA (možni problem): **Možnost nastanka razjede zaradi pritiska**

1. STRUKTURA

Izvajalci:	dipl. medicinska sestra (MS), višja medicinska sestra (MS), zdravstveni tehnik (ZT)
Število izvajalcev:	1 MS in 1 ZT
Prostor:	bolniška soba, kopalnica
Oprema in pripomočki:	– bolniška postelja, mehka žimnica, rjuhe, odeja, vzglavnik – pripomočki za razbremenitev: blazine (iz pene, polnjene z zrakom, vodo, gelom), drugi antidekubitisni pripomočki (naštej)
Zahtevano znanje izvajalcev:	– sodobna ZN (filozofija, teoretični modeli, proces zdravstvene nege – negovalna diagnoza, znanje etike) – aktivnost ZN (vzdrževanje osebne higiene, prehranjevanje, gibanje, odvajanje...) – znanje o razjedah zaradi pritiska, rizičnih dejavnikih nastanka, najpogostejših in najbolj ogroženih mestih nastanka in najnovejših raziskavah s tega področja – sheme za določanje stopnje ogroženosti – sheme Waterloo, Norton ali...
Literatura:	učbeniki, članki v strokovnih revijah, že oblikovani standardi, sheme... (točno navesti vir)
Dokumentiranje:	negovalna dokumentacija, kontrolni list gibanja in obračanja
Priloge:	shema Waterlow, Norton...
Cilji:	– ohraniti bolnikovo kožo nepoškodovano – preprečiti razjede zaradi pritiska – ohraniti bolnikovo integriteto in samospoštovanje

2. PROCES

MS in ZT

- upoštevata individualnost in celovitost b/v
- pri izvajanju aktivnosti zagotavljata zasebnost b/v
- upoštevata zmožnosti in sposobnosti aktivnega sodelovanja b/v
- zagotavljata varnost in dobro počutje b/v

MS

- ob prvem stiku z b/v oceni ogroženost za nastanek razjed po Waterloo/Norton shemi in določi stopnjo ogroženosti
- v primeru ogroženosti nastavi kontrolni list gibanja in obračanja

MS

- pouči b/v o razjedah, najpogostejših mestih in vzrokih nastanka razjed
- pouči ga o pomenu preprečevanja in načinih ohranjanja nepoškodovane kože
- seznanj ga z začetnimi znaki razjede zaradi pritiska (rdečina na koži, bolečina)
- motivira ga za sodelovanje

ZT

- v času hospitalizacije higiensko vzdržuje ležišče in skrbi, da je podlaga suha, ravna in brez gub
- pri nepokretnem bolniku prestilja posteljo 1-krat zjutraj in 1-krat zvečer oziroma kadar je to potrebno. Pri b/v z oviranim gibanjem postiljata in prestiljata posteljo dve osebi

ZT

- vseskozi skrbi za dobro počutje b/v v postelji (spanje, počitek, zaposlitev...)

ZT

- ves čas hospitalizacije vzdržuje osebno higieno in urejenost b/v
- posebno pozornost namenja inkontinentnemu b/v
- ob vsaki higienizaciji oceni stanje kože, posebno na ogroženih delih

MS

- ob sprejemu oceni stanje prehranjenosti b/v in zagotovi zdravstvenemu stanju primerno prehrano (kalorično polnovredno, beljakovine, minerale, vitamine...)
- dnevno zagotavlja približno 2 litra tekočine (glede na bilanco tekočin)

MS

- za 24 ur načrtuje menjavo lege in uporabo antidekubitusnih pripomočkov. V času ogroženosti načrtuje menjavo lege na najmanj 2 uri (glede na bolnikov stopnjo ogroženosti, sposobnosti in zmožnosti gibanja in sodelovanja, ob upoštevanju terapijskega programa oziroma omejitev)
- če se stanje spremeni, ponovno oceni stopnjo ogroženosti in načrt spremeni. Načrt menjave lege in uporabe pripomočkov vpiše na kontrolni list gibanja in obračanja. Vsakih 24 ur ovrednoti uspešnost doseženih rezultatov

3. IZID – PRIČAKOVANI REZULTAT

- b/v bo ohranil samospoštovanje in integriteto
- b/v bo zagotovljena integriteta
- b/v bo sodeloval pri preprečevanju
- b/v bo varen in se bo dobro počutil v času hospitalizacije

- b/v je seznanjen z razjedo zaradi pritiska in poučen o mestih in vzrokih nastanka
- b/v je poučen o načinih preprečevanja

- b/v pozna začetne znake razjede zaradi pritiska

- b/v je motiviran za sodelovanje

- b/v bo ležal v čistem, suhem in varnem ležišču ves čas hospitalizacije

- b/v se bo v času hospitalizacije v postelji dobro počutil

- b/v bo v času hospitalizacije higiensko urejen (čist in suh)

- b/v bo užival zdravstvenemu stanju primerno prehrano

- b/v bo glede na potrebe zaužil zadostno količino tekočin

- b/v bo glede na stopnjo ogroženosti menjaval lego najmanj na 2 uri ob uporabi antidekubitusnih pripomočkov

ZT

- po načrtu namešča bolnika v položaj z antidekubitusnimi pripomočki ali brez njih
- vsako spremembo položaja in uporabo pripomočka takoj zabeleži na kontrolni list gibanja in obračanja
- o morebitni spremembi na bolnikovi koži takoj poroča MS
- koža b/v bo intaktna; ne bo imel rdečin in ne bo čutil bolečine

1. etapa: Raven bolniških enot

Standarde in kriterije oblikujejo najprej delovne skupine na posameznih bolniških enotah ali oddelkih. Sestavljajo jih dva ali trije strokovnjaki iz prakse, vodi jih mentor, ki ima največ izkušenj.

2. etapa: Raven zdravstvene ustanove

Za koordinacijo aktivnosti za zagotavljanje kakovosti med posameznimi oddelki na ravni zdravstvene ustanove (klinika, bolnišnica...), oblikuje standarde skupina strokovnjakov, katere naloga je spremljanje, svetovanje in usklajevanje dela. Skupina za koordinacijo je sestavljena iz članov delovnih skupin oddelkov in strokovnjaka, ki je usposobljen za raziskovanje v zdravstveni negi.

3. etapa: Nacionalna raven

V delovno skupino za usklajevanje, presojo primernosti in uporabnosti standardov in kriterijev na nacionalnem nivoju so vključeni strokovnjaki od zunaj. Delovna skupina je sestavljena iz teoretikov zdravstvene nege, strokovnjakov za organizacijo, vodenje in raziskovanje v zdravstveni negi ter strokovnjakov iz prakse.

Pot oblikovanja, sprejemanja in uvajanja standardov pa je seveda možna tudi v obratnem vrstnem redu.

Osnova oziroma najpomembnejši element zagotavljanja in pospeševanja kakovosti zdravstvene nege so torej standardi in kriteriji, ki med drugim jasno opredeljujejo naloge, pristojnosti in odgovornosti zdravstvene nege ter njen prispevek k dobrim rezultatom ozi-

roma uspehom zdravstvene nege in zdravstvenega varstva v celoti.

Standardi in kriteriji zagotavljajo in pospešujejo kakovost zdravstvene nege. So koristen in nujen pripomoček za delo v praksi. Vendar je potrebno poudariti, da moramo kljub oblikovanim standardom bolnike/varovance vedno obravnavati individualno in glede na njihovo stanje, probleme in potrebe ter v skladu s tem načrtovati in izvajati zdravstveno nego.

Literatura

1. Bohinc M. Zadovoljstvo bolnikov kot element menedžmenta v zdravstveni negi. *Obzor Zdr N* 1999; 33: 159–63.
2. Filej B. Zdravje za vse za 21. stoletje. *Obzor Zdr N* 1999; 33: 165–70.
3. *Forderung der medizinischen Qualitätssicherung*. Bonn: Forschung im Dienste der Gesundheit, 1994.
4. Giebing H. *Pflegerische Qualitätssicherung in kuzem Überblick*. Krankenpflege. *Pflegezeitschrift* 1995; 10: 608–13.
5. Hajdinjak A. Pomen teoretičnih modelov za sodobno zdravstveno nego. *Obzor Zdr N* 1991; 1: 2–7.
6. Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, 1994.
7. Mason EJ. *How to write meaningful standards of care*. Columbia: Copyright by Delmar Publishers Inc., 1994.
8. Nacionalni program zdravstvenega varstva R Slovenije do leta 2004. Uradni list št. 49/2000.
9. *Razmejitev zdravstvene nege*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege, Utrip december 1997.
10. Sale D. *Quality Assurance*. London: Published by Macmillan Press, 1996.
11. Sekavčnik T. *Razvijanje standardov in kriterijev kakovosti zdravstvene nege*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, 1997.
12. Stosser A. *Pflegestandards*. Berlin: Springer-Verlag, 1994.
13. Wendel J, Trampert S. *Beeinflusst die Übergabequalität die Wirtschaftlichkeit*.
14. Zbornica zdravstvene nege Slovenije. *Usmeritve razvoja zdravstvene nege v luči zdravstvenih reform v R Sloveniji*. Utrip 1998; 6: 23–6.