

Izvirni znanstveni članek / Original article

KATEGORIZACIJA ZAHTEVNOSTI ZDRAVSTVENE NEGE PRI ONKOLOŠKIH PACIENTIH V SPECIALISTIČNI AMBULANTNI OBRAVNAVI

WORK COMPLEXITY CLASSIFICATION IN ONCOLOGY NURSING CARE OF PATIENTS TREATED AT SPECIALIST OUTPATIENT CLINICS OF THE INSTITUTE OF ONCOLOGY

Alenka Vrečar, Brigita Skela Savič

Ključne besede: zdravstvena nega, kategorizacija, specialistična ambulantna obravnava

Key words: nursing, classification, specialist outpatient treatment

IZVLEČEK

Izhodišča: Kategorizacija zahtevnosti zdravstvene nege je orodje za ugotavljanje potreb po kadrih v zdravstveni negi. Njena uporaba nam omogoča kakovostno, kontinuirano in dobro načrtovano delo. Je pomemben element sodobne zdravstvene nege. Delo izvajalcev zdravstvene nege postane z vidika kadrovskega potreb načrtovano in organizirano, lahko ga je meriti in vrednotiti. Z uporabo kategorizacije lahko prikažemo obremenjenost zaposlenih in izračun potreb kadrov v zdravstveni negi. V slovenskem prostoru se kategorizacija zahtevnosti zdravstvene nege v največji meri izvaja v bolnišnični obravnavi, bistveno manj se kategorizacija uporablja v osnovnem zdravstvenem varstvu.

Metode dela: V raziskavi smo uporabili Mariborski sistem kategorizacije pacientov v osnovnem zdravstvenem varstvu, katerega kriterije smo s pomočjo opisne metode na vzorcu 50 onkoloških pacientov dopolnjevali s specifičnimi potrebami onkoloških pacientov v specialistični ambulantni obravnavi. V drugem delu raziskave smo zajeli 150 onkoloških pacientov, ki so bili obravnavani v različnih specialističnih ambulantah na Onkološkem inštitutu v času od 6. do 24. avgusta 2007. Da bi prikazali tudi končno vrednost same metode kategoriziranja, smo naredili študijo primera.

Rezultati in razprava: Med potekom raziskave smo s pomočjo kvalitativne metode natančno pojasnili posamezne kriterije Mariborskega sistema kategorizacije glede na specifičnost onkološke zdravstvene nege ter s tem dosegli večje razumevanje posameznega kriterija. Kvantitativna primerjava med posameznimi specialističnimi ambulantami pokaže, da je največ pacientov razvrščenih v I. kategorijo (56 %; 84 pacientov), sledi II. kategorija (37%; 56 pacientov), v III. kategorijo je bilo uvrščenih 10 pacientov (7 %), v IV. kategorijo ni bil v času raziskave uvrščen noben pacient. Rezultati so pokazali in potrdili možnost uporabe že izdelanega Mariborskega sistema kategorizacije. Prispevek

ABSTRACT

Introduction: Work complexity classification helps nurses to identify the patients' needs for nursing interventions and thereby enable quality, well-planned and continuous care. It contributes to better organisation and strategic workforce planning along with acknowledgement and validation of nursing's contribution to patient care. Work complexity classification also helps to define the scope of the workload and the necessary nursing workforce. In Slovenia, the task taxonomy in the work complexity classification is practiced predominantly in hospital settings and only to a lesser extent in primary health care.

Methods: The study is based on the categorization system as practiced in the primary health care in Maribor. The system criteria were supplemented by specific needs of oncology patients treated in specialist outpatient clinics. The descriptive research method was used in the sample of 50 oncology patients. Included in the second part of the study were 150 oncology patients treated in various specialist outpatient clinics of the Institute of Oncology, from 6 to 24 August, 2007. A case study was developed with the aim to evaluate the outcomes and effects of the Work complexity classification.

Results and discussion: Individual criteria of the Maribor classification system were clearly defined during the study by taking into consideration the specificity of oncology patients. According to the quantitative comparison among individual outpatient clinics, 84 (56%) patients were classified into the first category, 56 (37%) into the second and 10 (7%) into the third. During the time of the research none of the patients studied was classified into the fourth category. The results of the study confirm the applicability of the present Maribor classification system. The case study has also proven the value and significance of the classification system in the field of nursing workforce planning, the analysis of the complexity of workload and the delineation of time to perform specific direct and indirect nursing interventions.

Alenka Vrečar, dipl. m. s., Onkološki inštitut, Zaloška 2, 1000 Ljubljana; e-pošta: avrecar@onko-i.si

doc. dr. Brigita Skela Savič, univ. dipl. org., Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, Spodnji Plavž 3, 4270 Jesenice; e-pošta: bskelasavic@vszn-je.si

Članek temelji na diplomskem delu, ki ga je ob zaključku študija na Visoki šoli za zdravstvo Univerze v Ljubljani avtorica Alenka Vrečar izdelala pod strokovnim mentorstvom doc. dr. Brigite Skela Savič.

raziskave je natančna vsebinska razlaga posameznih kriterijev, apliciranih na skupini onkoloških pacientov, obravnavanih v specialističnih ambulantah. Tudi študija primera je pokazala dokončno vrednost in pomen sistema kategoriziranja v smislu sodobnega menedžmenta zdravstvene nege pri načrtovanju potrebnega kadra za izvajanje zdravstvene nege, in sicer tako v izračunu časa, potrebnega za obravnavo pacientov, kot tudi v izračunu števila izvajalcev zdravstvene nege.

Uvod

Področje ustreznega zaposlovanja kadrov v zdravstveni negi je eden izmed pomembnih menedžerskih izzivov današnjega časa. Zahtevnost zdravstvene nege v zdravstvenih institucijah narašča, saj se skrajšujejo ležalne dobe, povečuje se število zahtevnih kroničnih bolnikov in zahtevnost načinov zdravljenja kroničnih boleznih ter s tem povezana zdravstvenovzgojna priprava za odpust idr. Od menedžmenta zdravstvene nege in vodij na vseh nivojih se pričakuje, da bodo zagotavljali ustrezno število usposobljenih kadrov glede na potrebe pacientov po zdravstveni negi. Mark (2002) ugotavlja, da je slabo nameščanje zaposlenih povezano s padanjem kakovosti dela v zdravstveni negi. Pollack in Patel (2002) pozivata raziskovalce, naj pri proučevanju zdravstvene nege kot storitve in za to potrebnega obsega zaposlovanja upoštevajo faktorje obsega dela »ob pacientovi postelji«, ki močno vplivajo na obremenitve medicinskih sester in na kakovost dela. Fagerstrom in Rainio (1999) opisujeta optimalno intenzivnost dela v zdravstveni negi kot razmerje med pacientovimi potrebami po zdravstveni negi in številom medicinskih sester, ki so na voljo za izvajanje zdravstvene nege. Rauhala in Fagerstrom (2004) omenjeno optimalno razmerje dopolnjujeta še z izkušnjami in veščinami, ki jih imajo medicinske sestre in njihovo povprečno odsotnostjo zaradi lastne bolezni ali bolezni v družini. Needleman et al. (2002) so odkrili povezavo med številom zaposlenih in številom smrti v bolnišnici. Ugotovili so, da je povečevanje števila ur v zdravstveni negi na pacienta pozitivno povezano z boljšimi rezultati zdravstvene obravnave hospitaliziranih bolnikov. Whitman et al. (2002) so odkrili, da nižanje stopnje zaposlovanja v zdravstveni negi vodi v povečevanje neželenih izidov, kot so napake pri aplikaciji zdravil, večja pojavnost preležanin in okužb centralnih venskih katetrov. Neustrezna razporeditev medicinskih sester na delovnem mestu tako z vidika števila kot z vidika usposobljenosti je pomemben dejavnik za nastanek stresa na delovnem mestu (Heuer et al., 1996). Pomanjkanje kadra v zdravstveni negi predstavlja skrb glede ustreznosti zdravstvene nege (O'Brien - Pallas et al., 2001). Obseg dela medicinskih sester je prepoznan dejavnik, ki vpliva na klinične izide; število medicinskih sester ni nujno povezano z obsegom dela (Tucker, 2002). Ključnega pomena je, da se v zdravstveni negi ne pogovarjamo o številu medicinskih sester na pacienta, ampak da govorimo o obsegu dela, ki je pri pacientu potreben

glede na njegove potrebe po zdravstveni negi. Naloga menedžmenta je, da razvije in uporablja ustrezne metode in orodja za merjenje zahtevnosti zdravstvene nege in v skladu z rezultati merjenja razporeja kadre v zdravstveni negi ter načrtuje njihovo izobraževanje in usposabljanje. Občutek, da medicinske sestre ne morejo doseči nivoja zdravstvene nege, ki jo pacient potrebuje, nanje deluje stresno, pojavi se občutek nezadovoljive uspešnosti na delovnem mestu. Menedžment mora tovrstne situacije preprečevati, v kolikor pa se pojavijo, je potrebno izvesti podporni program v smislu zmanjševanja stresa, vodenih skupinskih pogovorov idr. (Spence et al., 2006).

Merjenje zahtevnosti zdravstvene nege v Sloveniji

Eden izmed sodobnih menedžerskih pristopov v zdravstveni negi v Sloveniji je uporaba kategorizacije pacientov glede na zahtevnost zdravstvene nege. Zdravstvena nega je zaradi uporabe tega orodja z vidika kadrovskih virov bolje načrtovana. Na ta način lahko sledi potrebam pacientov po zdravstveni negi in ciljem na področju zviševanja kakovosti storitev. Poleg tega kategorizacija zahtevnosti zdravstvene nege omogoča smotno porazdelitev kadra glede na obremenitve na delovnem mestu. Kategorizacija zahtevnosti zdravstvene nege je pomemben element zagotavljanja kakovosti v zdravstveni negi. Celovito zagotavljanje kakovosti v zdravstveni negi je tudi ena izmed temeljnih usmeritev področja menedžmenta v zdravstveni negi.

Zdravstveno nego torej lahko uspešno in kakovostno načrtujemo kratkoročno in dolgoročno. Načrti vsebujejo načrtovanje vseh potrebnih virov ter posrednih in neposrednih aktivnosti, s katerimi poskušamo ugotovljene individualne potrebe pacientov po zdravstveni negi tudi zadovoljiti s čim manjšimi stroški in pri tem doseči čim višji nivo kakovosti opravljene zdravstvene nege. Cilj kategorizacije je ustvariti ravnotežje med pacientovo potrebo po zdravstveni negi in kadrovskimi viri negovalne enote (Založnik, Železnik, 2003). S kategorizacijo zahtevnosti zdravstvene nege in posledičnim kakovostnim načrtovanjem dela je zagotovljena tudi kontinuiteta obravnave pacientov. Dobro načrtovana in kontinuirana zdravstvena obravnava in s tem povezana zdravstvena nega ima velik pomen za kakovostno obravnavo pacientov. Pacienti, ki so bili obravnavani po principih kontinuirane obravnave, so z obravnavo bolj zadovoljni, imajo krajši čas hospitalizacije in manj

sprejemov v bolnišnico. Kontinuiteta je povezana tudi z večjo uporabo preventive, boljšim prepoznavanjem pacientovih psihosocialnih problemov, boljšim razumevanjem pacienta glede njegovega sodelovanja v procesu obravnave in s pravočasnim odkrivanjem pacientovih problemov (Skela Savič, 2007).

V Sloveniji se kategorizacija zdravstvene nege sistemsko izvaja na bolnišničnem področju, le ponekod jo izvajajo tudi v osnovnem zdravstvenem varstvu. Na področju osnovne zdravstvene dejavnosti se je kategorizacija zdravstvene nege začela razvijati v okviru mednarodnega projekta »Količina in kakovost v zdravstveni negi«, ki je potekal v Zdravstvenem domu Maribor v obdobju 1999–2002. Eden od rezultatov tega projekta je sistem razvrščanja pacientov in družin v osnovni zdravstveni dejavnosti, poimenovan Mariborski sistem razvrščanja pacientov v kategorije v osnovni zdravstveni dejavnosti. Sistem temelji na znani metodi kategorizacije San Joaquin, ki so jo prilagodili slovenskim razmeram. Kategorizacija je dopolnjena še z obsegom, številom, težavnostjo intervencij in porabo časa. Vodilo za razvrščanje odraslih pacientov in družin v posamezne kategorije zdravstvene nege sta bila teorija Virginie Henderson in model Dorothee Orem. Za razvrščanje odraslih pacientov so uporabili štiri kategorije zahtevnosti zdravstvene nege in sedem indikatorjev – kriterijev (Hajdinjak, Meglič, 2006). Kategorija, v katero je pacient razvrščen, se lahko spreminja iz dneva v dan ali tudi večkrat v istem dnevu. Razvrščanje pacientov v osnovni zdravstveni dejavnosti poteka ob vsakem njihovem obisku v zdravstvenem domu. Medicinske sestre pri kategoriziranju uporabljajo izdelan inštrumentarij (Razpr. 1), ki jim pomaga pri razvrščanju pacientov (De Miranda, Zorec, Filej, 2002).

Razpr. 1. Inštrumentarij za razvrščanje pacientov v kategorije (De Miranda, Zorec, Filej, 2002).

Table 1. Criteria for classifying into categories (De Miranda, Zorec, Filej, 2002).

PACIENT	I	II	III	IV
Kategorije pacientov				
1 Pacient samostojno izvaja samooskrbo	()			
2 Pacient potrebuje delno pomoč, podporo in nadzor medicinske sestre		()		
3 Pacient potrebuje nova znanja pri izvajanju aktivnosti samooskrbe		()	()	()
4 Obravnava pacienta poteka v sodelovanju z najmanj dvema strokovnjakoma druge stroke			()	()
5 Negovalne intervencije		()	()	()
6 Pacient potrebuje celotno pomoč, podporo, opazovanje in nadzor medicinske sestre			()	
7 Pacient potrebuje stalno pomoč, podporo, opazovanje in nadzor medicinske sestre				()
Korekcijski faktor		(0,5)		
SKUPAJ				

Kritični kazalci temeljijo na kompleksnosti zdravstvene nege, sposobnosti samooskrbe pacienta, negovalnih intervencijah in zdravstvenovzgojnem delu (De Miranda, Zorec, Filej, 2002). Vidmar (2007) pravi, da kompleksnost zdravstvene nege opredeljujejo zahtevana znanja in veščine glede na stopnjo izobrazbe medicinske sestre oz. tehnika zdravstvene nege ter potrebe pacienta glede na potek bolezni, zaplete, komunikacijo, zavedanje, obvladovanje, negovalne postopke. Kompleksnost zdravstvene nege lahko pojasnimo tudi z več vidikov. En vidik je usmerjen v stopnjo strokovne izobrazbe izvajalcev zdravstvene nege – višja je stopnja strokovne izobrazbe, večja je zahtevana kompleksnost njihovega dela. Kriterij kompleksnosti označuje obseg profesionalnih aktivnosti na osnovi uporabe rutine, standardiziranih postopkov ali novih postopkov. Drugi vidik je usmerjen v pacienta – potek bolezni, možnost zapletov, sposobnost komuniciranja pacienta, obseg, v katerem se pacient zaveda svojega bolezenskega stanja, uspešno uravnavanje lastnega bolezenskega stanja, negovalne intervencije, opazovanje pacienta in koordinacija števila izvajalcev pri obravnavi pacienta (Zorec, De Miranda, Filej, 2002a).

Tako pacienta I. kategorije zahtevnosti zdravstvene nege v ambulanti obravnava tehnik zdravstvene nege (100 %). 30 % časa obravnave pacienta II. kategorije je potrebna diplomirana medicinska sestra, glede na razmejitev del in nalog preostalih 70 % aktivnosti zdravstvene nege izvede tehnik zdravstvene nege. Zaradi potrebnega znanja, zahtevnosti in veščin ter srednje kompleksnosti zdravstvene nege pacienta III. kategorije je 50 % časa njegove obravnave potrebna diplomirana medicinska sestra in 50 % tehnik zdravstvene nege. Pri obravnavi pacientov IV. kategorije, ki so pogosto v življenjski nevarnosti ali zadnji fazi življenja, je 70 % časa potrebna diplomirana medicinska sestra in 30 % tehnik zdravstvene nege (Zorec, De Miranda, Filej, 2002a).

V Mariborskem sistemu kategorizacije pacientov v osnovni zdravstveni dejavnosti je v skupino neposrednih aktivnosti razvrščenih šest glavnih aktivnosti (komunikacija s pacientom, opazovanje pacienta, diagnostično-terapevtski posegi, transport pacienta, higiena pacienta, prehrana pacienta) z 29 podaktivnostmi. V skupino posrednih aktivnosti je razvrščenih devet glavnih aktivnosti (priprava na diagnostično-terapevtske posege, komuniciranje o pacientu, dokumentiranje in administracija, priprava materiala in prostora, pridobivanje znanja, predaja službe, vodenje in organizacija dela, posvetovanje, odmor in osebna nega, pripravljenost na delo) z 52 podaktivnostmi (Kersnič, Filej, 2002). S tehniko trenutnih opazovanj (TTO) so ugotovili, da je razmerje med neposrednimi in posrednimi aktivnostmi zdravstvene nege v osnovnem zdravstvenem varstvu 20 % : 80 % (20 % neposrednih aktivnosti in 80 % posrednih aktivnosti). Neposredne aktivnosti vključujejo vse tiste aktivnosti, ki jih diplomirana medicinska sestra in

tehnik zdravstvene nege izvajata s pacientom. Posredne aktivnosti vključujejo vse tiste aktivnosti, ki jih diplomirana medicinska sestra in tehnik zdravstvene nege izvajata za pacienta, in aktivnosti, ki so potrebne, da se lahko izvedejo neposredne aktivnosti. Ugotovljeno razmerje med posrednimi in neposrednimi aktivnostmi se sklada s standardom razmerja za osnovno zdravstveno dejavnost v državah Evropske unije. Standard se upošteva pri oceni obremenitve medicinskih sester in tehnikov zdravstvene nege. Ko neposredne aktivnosti presegajo standardiziran odstotek 20 %, so izvajalci zdravstvene nege na delovnem mestu preobremenjeni. Če primanjkuje časa zaradi zmanjšane števila kadra, izvajalci zdravstvene nege izvedejo le neposredne aktivnosti, izvajanje posrednih aktivnosti pa opustijo. Pojavlja se vprašanje, kako dolgo lahko diplomirana medicinska sestra in tehnik zdravstvene nege ob pomanjkanju časa delata kakovostno, glede na svoje znanje, spretnosti in navade in glede na določene standarde in kriterije (Kersnič, Filej, 2002).

Časovni normativ zdravstvene nege v splošni ambulanti v osnovnem zdravstvenem varstvu, kjer delo v izmeni traja 7 ur, je točno določen za pacienta v posamezni kategoriji. Gre za izračun časa, ki ga potrebuje medicinska sestra za obravnavo posameznega pacienta glede na njegovo razvrstitev v posamezno kategorijo. Mariborski sistem razvrščanja pacientov je oblikoval časovni standard oziroma normativ (Razpredelnica 2) za izvajanje zdravstvene nege v splošni ambulanti dejavnosti za pacienta v posamezni kategoriji, ki služi tudi izračunu potrebnega kadra. Glede na s kategoriziranjem pridobljene podatke lahko izračunamo in prikažemo obremenjenost posamezne ambulante in tudi število potrebnih izvajalcev zdravstvene nege, tako diplomiranih medicinskih sester kot tudi tehnikov zdravstvene nege. Pri tem nam pomaga ekvivalent celotnega delovnega časa (ECDČ). ECDČ po kategorijah pacientov je izračun časa izvajalcev zdravstvene nege, potrebnega za obravnavane paciente v eni izmeni. Izračun temelji na številu pacientov posameznih kategorij, povprečnih časih, odrejenih za paciente posamezne kategorije, ter določenega standarda razmerja med neposrednimi in posrednimi aktivnostmi zdravstvene nege (20 % : 80 %) ter delovnega časa ene izmene (7 ur) (Kersnič, Filej,

Razpr. 2. *Standardizirani čas zdravstvene nege po kategorijah – splošna ambulanta (Zorec, De Miranda, Filej, 2002b).*

Table 2. *Standardized nursing care time by categories – a general clinic (Zorec, De Miranda, Filej, 2002b).*

KATEGORIJA	ECDČ/7 ur	Neposredna zdravstv. nega	Posredna zdravstv. nega	Skupaj minut
I. kategorija	0,011	0,9 min	3,7 min	4,6 min
II. kategorija	0,069	5,8 min	23,2 min	29,0 min
III. kategorija	0,286	24,0 min	96,0 min	120,0 min
IV. kategorija	0,571	48,0 min	192,0 min	240,0 min

2002). Pacient kategorije I samostojno izvaja samooskrbo, zato je potrebnega zelo malo časa medicinske sestre, medtem ko pacient kategorije IV potrebuje neprestano pomoč in podporo medicinske sestre in tako največ njenega časa (Zorec, De Miranda, Filej, 2002b).

Metode

Raziskava je potekala v dveh delih. V prvem delu smo naključno izbrali 50 onkoloških pacientov v ambulantni obravnavi, ki smo jih kategorizirali na osnovi sedmih kriterijev Mariborskega sistema razvrščanja pacientov (Kersnič, Filej, 2002). Ob izvedeni kategorizaciji smo pri vsakem pacientu vsebinsko opisali posamezne kriterije razvrščanja, in sicer s poudarki na specifičnosti onkološke zdravstvene nege. Pri beleženju aktivnosti smo si pomagali s Priročnikom slovenske kategorizacije zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege (Kolegij, 2005) in s seznamom aktivnosti, kot ga navaja Mariborski sistem razvrščanja pacientov (Kersnič, Filej, 2002). Tako smo v prvi fazi raziskave dobili vsebinski opis posameznih kriterijev in kategorij, v katere so lahko razvrščeni pacienti v specialistični ambulantni obravnavi, kar je bil tudi cilj prve faze raziskave.

V drugem delu raziskave smo vsebinske opise posameznih kriterijev in kategorij, s katerimi smo dopolnili Mariborski sistem kategorizacije pacientov v osnovnem zdravstvenem varstvu, preizkusili v praksi. Uporabnost dopoljenega Mariborskega inštrumentarija smo preverili na skupini onkoloških pacientov (N = 150), obravnavanih v specialistični ambulantni dejavnosti na Onkološkem inštitutu v Ljubljani. Vzorec je bil naključen in stratificiran, saj smo zajeli paciente iz treh najpogostejših pristopov zdravljenja raka (kirurgija, radioterapija, sistemsko zdravljenje). Da bi prikazali, kakšen je dejanski doprinos kategorizacije, smo naredili tudi študijo primera kategoriziranja pacientov z uporabo dopoljenega Mariborskega inštrumentarija v naključno izbrani specialistični ambulanti na določen delovni dan ter prikazali zahtevnost zdravstvene nege pri pacientih na ta dan in s tem povezane kadrovske potrebe. Naš cilj je bil pokazati pomen kategorizacije in ustreznost vsebinsko izdelanih kriterijev v prvi fazi raziskave ter uporabnost kategorizacije za načrtovanje ustrezne kadrovske zasedbe.

V izvedbi raziskave so sodelovali tehniki zdravstvene nege – srednje medicinske sestre (v nadaljevanju medicinske sestre), ki delajo v specialističnih ambulantah Onkološkega inštituta Ljubljana.

Rezultati

Pri 50 naključno izbranih pacientih smo beležili potrebe pacienta po zdravstveni negi in vse aktivnosti, ki jih je medicinska sestra pri tem izvedla. V razpredelnicah so navedeni trije primeri kategorizacije pacienta ter pisni in vsebinski opisi posamezne razvrstitve.

Primer kategorizacije pacienta – IRazpr. 3. *Primer razvrščanja pacienta v I. kategorijo.*Table 3. *An example of patient classification into category I.*

PACIENT J. M.				
Kategorije pacientov	I	II	III	IV
1 Pacient samostojno izvaja samooskrbo	(x)			
2 Pacient potrebuje delno pomoč, podporo in nadzor medicinske sestre		()		
3 Pacient potrebuje nova znanja pri izvajanju aktivnosti samooskrbe		()	()	()
4 Obravnava pacienta poteka v sodelovanju z najmanj dvema strokovnjakoma druge stroke			()	()
5 Negovalne intervencije		()	()	()
6 Pacient potrebuje celotno pomoč, podporo, opazovanje in nadzor medicinske sestre			()	
7 Pacient potrebuje stalno pomoč, podporo, opazovanje in nadzor medicinske sestre				()
Korekcijski faktor		(0,5)		
SKUPAJ	1	0,5	0	0

Pisni opis

Pacient J. M. je bil na kontrolnem pregledu med sistemskim zdravljenjem s kemoterapijo. Pri pacientu J. M. smo označili samo kriterij 1. Pacient je bil po seštevku posameznih izpolnjenih kriterijev opredeljen v I. kategorijo.

Vsebinski opis

Pri pacientu je medicinska sestra označila samo kriterij 1, kar pomeni, da je pacient popolnoma samostojen – seznanjen s svojo boleznijo, načinom zdravljenja in stranskimi učinki. Medicinska sestra je pacientu po pregledu pri zdravniku le dopolnila napotnico za ambulantno kemoterapijo. Pacient dodatnih pojasnil s strani medicinske sestre ni potreboval. Na kartonček za kontrolne preglede mu je zapisala datum prihodnjega ciklusa kemoterapije.

Primer kategorizacije pacienta – II**Pisni opis**

Pacient M. Z. je bil na prvem pregledu v onkološki specialistični ambulanti. Pri pacientu M. Z. smo označili kriterije 2, 3, 4. Pacient je bil po seštevku posameznih izpolnjenih kriterijev opredeljen v II. kategorijo.

Vsebinski opis

Označeni kriterij 2 – »Pacient potrebuje delno pomoč medicinske sestre, podporo in nadzor medicinske sestre« – pomeni, da je pacient potreboval navodila in dodatna pojasnila medicinske sestre, ki mu jih je lahko dala v okviru svojih pristojnosti glede same bolezni,

Razpr. 4. *Primer razvrščanja pacienta v II. kategorijo.*Table 4. *An example of patient classification into category II.*

PACIENT				
Kategorije pacientov	I	II	III	IV
1 Pacient samostojno izvaja samooskrbo	()			
2 Pacient potrebuje delno pomoč, podporo in nadzor medicinske sestre		(x)		
3 Pacient potrebuje nova znanja pri izvajanju aktivnosti samooskrbe		(x)	(x)	(x)
4 Obravnava pacienta poteka v sodelovanju z najmanj dvema strokovnjakoma druge stroke			()	()
5 Negovalne intervencije		(x)	(x)	(x)
6 Pacient potrebuje celotno pomoč, podporo, opazovanje in nadzor medicinske sestre			()	
7 Pacient potrebuje stalno pomoč, podporo, opazovanje in nadzor medicinske sestre				()
Korekcijski faktor		(0,5)		
SKUPAJ	0	3,5	2	2

priprave na sistemsko zdravljenje s kemoterapijo, glede zdravstvene nege ob tem, potreboval je tudi navodila glede posameznih laboratorijskih preiskav krvi in urina. Medicinska sestra je po podajanju navodil preverila, ali je pacient navodila tudi dejansko razumel, in mu s tem dala tudi možnost dodatnih vprašanj.

Označeni kriterij 3 – »Pacient potrebuje nova znanja« – pomeni, da je pacient potreboval dodatna znanja glede zdravstvene nege ob samem zdravljenju. Medicinska sestra mu je podala navodila glede ustne higijene, zadostnega pitja tekočine, pravilne prehrane. Pacient je prejel navodila tudi v pisni obliki. Pacienta je napotila tudi v Onkološko posvetovalnico, kjer poteka skupinsko svetovanje in kjer si pacienti lahko izmenjajo lastne izkušnje glede zdravljenja, stranskih učinkov in tega, kako so si pri tem sami pomagali.

Označeni kriterij 4 – »Negovalne intervencije« – je medicinska sestra označila zaradi izvedbe merjenja krvnega tlaka pri pacientu.

Primer kategorizacije pacienta – III**Pisni opis**

Pacient P. K. je bil pripeljan na predčasni pregled po zaključku zdravljenja zaradi poslabšanja zdravstvenega stanja in hudih bolečin. Pri pacientu P. K. smo označili kriterije 4, 5, 6. Pacient je bil po seštevku posameznih izpolnjenih kriterijev opredeljen v III. kategorijo.

Vsebinski opis

Označeni kriterij 6 – »Pacient potrebuje celotno pomoč, podporo, opazovanje in nadzor medicinske sestre« – je medicinska sestra označila takoj po prejemu pacienta. Pacient je bil pripeljan s strani reševalne službe. Tožil je o hudih bolečinah. Po predaji ga je medicinska

Razpr. 5. Primer razvrščanja pacienta v III. kategorijo.

Table 5. An example of patient classification into category III.

PACIENT P. K.				
Kategorije pacientov	I	II	III	IV
1 Pacient samostojno izvaja samooskrbo	()			
2 Pacient potrebuje delno pomoč, podporo in nadzor medicinske sestre		()		
3 Pacient potrebuje nova znanja pri izvajanju aktivnosti samooskrbe		()	()	()
4 Obravnava pacienta poteka v sodelovanju z najmanj dvema strokovnjakoma druge stroke			(x)	(x)
5 Negovalne intervencije		(x)	(x)	(x)
6 Pacient potrebuje celotno pomoč, podporo, opazovanje in nadzor medicinske sestre			(x)	
7 Pacient potrebuje stalno pomoč, podporo, opazovanje in nadzor medicinske sestre				()
Korekcijski faktor		(0,5)		
SKUPAJ	0	1,5	3	2

sestra namestila v prostor za ležeče paciente. Pacient ni imel s seboj nikogar, tako da ga je med čakanjem na pregled morala večkrat preverjati. Pacientu je nudila pomoč pri pitju tekočine in odvajanju urina, pomagala mu je tudi pri spremembi položaja na preglednem vozičku, saj ga sam ni mogel izvesti. Pacient je bil tako pod nadzorom medicinske sestre, ki pa ni bila ves čas ob njem. Izvajala je le občasni nadzor nad njegovim zdravstvenim stanjem.

Označeni kriterij 4 – »Obravnava pacienta poteka v sodelovanju z najmanj dvema strokovnjakoma druge stroke« – je medicinska sestra označila zato, ker so med samim pregledom istočasno sodelovali zdravnik, medicinska sestra in bolničarka. Pacientu sta medicinska sestra in bolničarka pomagali pri obračanju in nameščanju v položaj za čim lažji pregled. Pacientu sta ob samem pregledu pomagali tudi pri slačenju in oblačenju.

Označeni kriterij 5 – »Negovalne intervencije« – pomeni, da je medicinska sestra izvedla negovalno intervencijo, in sicer je intramuskularno aplicirala analgetik po navodilu zdravnika. Po aplikaciji zdravila je večkrat izvajala nadzor nad pacientovim stanjem. Medicinska sestra je uredila vso sprejemno dokumentacijo, poklicala reševalno službo in jim predala pacienta, ki je bil nato odpeljan za sprejem na bolnišnični oddelek.

Na osnovi tako dobljenih podatkov za vsebinsko razlago posameznega kriterija smo nato za vsak kriterij podali definicijo, opisali aktivnosti zdravstvene nege ter dodali še razširjeno razlago kriterija.

Kriterij 1

Definicija

Kriterij 1 – »Pacient samostojno izvaja samooskrbo« – označuje pacienta, ki ne potrebuje pomoči in podpore

medicinske sestre. Glede na razvrstitev z vidika pacienta gre za osebo, ki lahko obvladuje svoje zdravstveno stanje oziroma samooskrbo. Pacient je popolnoma samostojen, seznanjen s svojo boleznijo, načrtovanim zdravljenjem, stranskimi učinki posameznega zdravljenja – sistemskega, obsevalnega ali operativnega. Pacient dobro razume navodila, dobro komunicira.

Aktivnosti zdravstvene nege

Po pregledu pacienta pri zdravniku medicinska sestra samo dopolni napotnice, izpiše recepte in zapiše datum ponovnega pregleda brez dodatnih navodil in pojasnil.

Razširjena razlaga kriterija

Kriterij 1 izpolnjuje pacient, ki je na ponovnih, tj. kontrolnih pregledih v specialistični ambulanti. Pacient z izpolnjenim kriterijem 1 je opredeljen v I. kategorijo. Stopnja kompleksnosti zdravstvene nege je nizka, pacienta v tej kategoriji lahko v celoti obravnava zdravstveni tehnik (100 %).

Kriterij 2

Definicija

Kriterij 2 – »Pacient potrebuje delno pomoč, podporo in nadzor« – označuje pacienta, ki je delno samostojen. Glede na razvrstitev z vidika pacienta gre za osebo, ki delno obvladuje svoje zdravstveno stanje oziroma samooskrbo.

Aktivnosti zdravstvene nege

Po pregledu pri zdravniku pacient potrebuje delno pomoč, podporo in nadzor medicinske sestre. Medicinska sestra dopolni napotnice z navodili in pojasnili glede posameznih diagnostičnih preiskav v okviru svojih pristojnosti, izpiše recepte in zapiše datum ponovnega pregleda. Medicinska sestra po podajanju navodil preveri, ali je pacient navodila tudi dejansko razumel, in mu s tem da tudi možnost dodatnih vprašanj. Pacient navodila prejme tudi v pisni obliki. Pacient lahko potrebuje fizično pomoč medicinske sestre pri samem pregledu npr. pri slačenju in oblačenju, namestitvi na pregledno mizo, osebni higieni (menjavi plenice) itd. Zaradi narave rakave bolezni pacient potrebuje tudi psihično podporo medicinske sestre.

Razširjena razlaga kriterija

Kriterij 2 lahko izpolnjuje pacient, ki je na ponovnem pregledu, pacient med zdravljenjem – s kemoterapijo ali obsevanjem, pacient na predčasnem pregledu zaradi zdravstvenih težav ter vsi pacienti, ki so prvič obravnavani na Onkološkem inštitutu. Ti pacienti so opredeljeni v II. kategorijo. Kompleksnost zdravstvene nege je še vedno nizka. Glede na razmejitve del in nalog lahko

70 % aktivnosti izvede zdravstveni tehnik. Vendar pa mora biti zaradi aktivnosti zdravstvene nege, predvsem zdravstvenovzgojnega dela, ki zahteva veščine in specifična znanja iz onkološke zdravstvene nege, pri obravnavi pacienta II. kategorije v specialistični ambulanti vključena tudi diplomirana medicinska sestra (30 % aktivnosti).

Kriterij 3

Definicija

Kriterij 3 – »Pacient potrebuje nova znanja pri izvajanju samooskrbe« – označuje pacienta, ki potrebuje nova znanja, da lahko samostojno izvaja samooskrbo, zadovoljuje potrebe po osnovnih življenjskih aktivnostih, ohranja in krepi zdravje.

Aktivnosti zdravstvene nege

Medicinska sestra v okviru svojih pristojnosti pacientu (pa tudi svojcem, v kolikor so navzoči ob samem pregledu) v okviru zdravstvenovzgojnega dela posreduje dodatna znanja, navodila ter pojasnila v ustni in pisni obliki. Pacientu medicinska sestra svetuje o zdravstveni negi pri npr. ustnih razjedah v času prejemanja citostatikov, o zdravstveni negi obsevane kože pri radioterapiji, prehrani po operativnem posegu ipd.

Razširjena razlaga kriterija

Kriterij je izpolnjen pri vseh pacientih, ki so prvič obravnavani na Onkološkem inštitutu; pri pacientih, ki so na zdravljenju (sistemskem, obsevalnem, operativnem) ali rednih kontrolnih pregledih po zaključku zdravljenja v primeru težav; ter pri pacientih, pri katerih je prišlo do predčasnega pregleda zaradi poslabšanja zdravstvenega stanja in jim lahko v okviru zdravstvenovzgojnega dela pomagamo, hkrati pa jih lahko napotimo tudi v Onkološko posvetovalnico za zdravstveno nego, kjer dobijo še dodatna potrebna znanja in informacije.

Kriterij 4

Definicija

Kriterij 4 – »Obravnava pacienta poteka v sodelovanju z najmanj dvema strokovnjakoma druge stroke« – pomeni, da pregled pacienta v specialistični ambulanti poteka istočasno s še dvema strokovnjakoma druge stroke.

Aktivnosti zdravstvene nege

Medicinska sestra je ves čas prisotna pri pregledu pacienta pri zdravniku in sodeluje pri obravnavi pacienta. Pacientu pomaga pri slačenju, oblačenju, namestitvi v položaj za pregled itd. Pri tem ji lahko pomaga bolničarka. Medicinska sestra nudi tudi pomoč zdravniku pri diagnostično-terapevtskem posegu, ki se lahko izvede

v specialistični ambulanti (npr. pri spiranju mehurja s fiziološko raztopino preko katetra).

Razširjena razlaga kriterija

Obravnava pacienta poteka npr. ob prisotnosti specialista internista, specialista radioterapevta, medicinske sestre ter bolničarke. Govorimo o timski obravnavi strokovnjakov različnih strok, ki je velikokrat potrebna pri onkoloških pacientih. Taka obravnava je potrebna predvsem pri pacientih, ki so glede zahtevnosti zdravstvene nege opredeljeni v III. ali IV. kategorijo.

Kriterij 5

Definicija

Kriterij 5 – »Negovalne intervencije« – predstavljajo postopki zdravstvene nege ter diagnostično-terapevtski posegi, ki so bili izvedeni pri posameznemu pacientu v času pregleda v ambulanti.

Aktivnosti zdravstvene nege

Medicinska sestra pri pacientu lahko izvede npr. antropološke meritve pred uvedbo sistemkega zdravljenja, merjenje krvnega pritiska v primeru stranskih učinkov posameznih zdravil, snemanje elektrokardiograma v primeru priprave na operacijo, oskrbo operativnih ran, zaščito kože z oblogami pri obsevanih pacientih, aplikacijo zdravil, merjenje telesne temperature, pulza, saturacije kisika ipd.

Razširjena razlaga kriterija

Negovalne intervencije se lahko izvajajo pri pacientih na prvih, kontrolnih in predčasnih pregledih v specialistični ambulanti. K negovalnim intervencijam sodi tudi pomoč zdravniku pri diagnostično-terapevtskih posegih, ki se lahko izvajajo v specialistični ambulanti (npr. pri aplikaciji citostatika preko katetra v mehur ipd.).

Kriterij 6

Definicija

Kriterij 6 – »Pacient potrebuje celotno pomoč, podporo, opazovanje in nadzor medicinske sestre« – označuje pacienta, ki je slabo gibljiv, njegova pomičnost je omejena. Lahko je popolnoma nepomičen in ni sposoben sam spreminjati položaja v postelji. Ogrožena je tudi njegova varnost.

Aktivnosti zdravstvene nege

Pacienta medicinska sestra opazuje v določenih presledkih in tako izvaja občasni nadzor nad pacientovim zdravstvenim stanjem. Pacient je tako pod nadzorom medicinske sestre ob prihodu, med čakanjem na pregled pri zdravniku, med samim pregledom ter tudi po

pregledu v specialistični ambulanti. Medicinska sestra sodeluje pri sami obravnavi pacienta v specialistični ambulanti, ureja preiskave, dopolni napotnice, pacientu v okviru svojih pristojnosti poda navodila glede posameznih diagnostičnih preiskav, izpiše recepte in zapiše datum ponovnega pregleda. Pacientu pomaga pri slačenju, oblačenju, namestitvi v položaj za pregled ipd.

Razširjena razlaga kriterija

Glede zahtevnosti zdravstvene nege, naj bi pri obravnavi pacienta 50 % aktivnosti izvajal zdravstveni tehnik ter 50 % medicinska sestra. Ta kriterij lahko izpolnjujejo pacienti, ki so na ponovnih pregledih, pacienti med zdravljenjem, pacienti na predčasnih pregledih zaradi zdravstvenih težav ter pacienti, ki so prvič obravnavani v specialistični ambulanti na Onkološkem inštitutu. Pacienta se lahko obravnava v sodelovanju z najmanj dvema strokovnjakoma, izvajajo se negovalne intervencije.

Kriterij 7

Definicija

Kriterij 7 – »Pacient potrebuje stalno pomoč, podporo, opazovanje in nadzor medicinske sestre« – se od kriterija 6 razlikuje v tem, da gre za pacienta v življenjsko ogrožajočem stanju, lahko pa gre tudi za pacienta v zadnji fazi življenja.

Aktivnosti zdravstvene nege

Pacient potrebuje medicinsko sestro nenehno ob sebi, brez vmesnih prekinitev. Medicinska sestra je ves čas navzoča ob njem. Medicinska sestra uredi sprejemno dokumentacijo in poskrbi za prevoz pacienta za sprejem na oddelek. Pacienta spremlja na oddelek. Po potrebi izvaja negovalne intervencije. Pacient je ves čas pod njenim nadzorom.

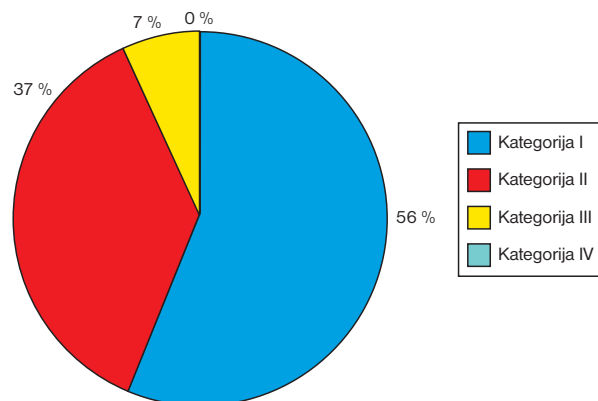
Razširjena razlaga kriterija

Tak pacient načeloma ni obravnavan v specialističnih ambulantah, ampak je takoj sprejet na bolnišnični oddelek. Gre za pacienta, ki je lahko predčasno poslan na pregled oziroma sprejem na oddelek zaradi nenadnega poslabšanja zdravstvenega stanja in težav ob tem. Včasih gre tudi za paciente, ki so prvič poslani na Onkološki inštitut. Pacienti z izpolnjenim kriterijem 7 so opredeljeni v IV. kategorijo. V času raziskave v specialistični ambulanti ni bil obravnavan noben pacient IV. kategorije.

V drugem delu raziskave je bil inštrumentarij Mariborskega sistema razvrščanja pacientov z našo vsebinsko opredelitvijo posameznega kriterija preizkušen pri 150 onkoloških pacientih, obravnavanih v različnih specialističnih ambulantah na Onkološkem inštitutu v času od 6. do 24. avgusta 2007. To so bili pacienti na

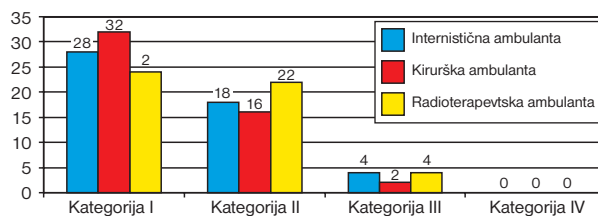
prvih pregledih na Onkološkem inštitutu, na kontrolnih pregledih in pacienti na zdravljenju (sistemskem, obsevalnem ali kirurškem zdravljenju). V petih dneh od 6. do 10. avgusta je bilo kategoriziranih 50 naključnih pacientov internistične specialistične ambulante, in sicer 10 pacientov na dan. Da bi dosegli naključnost, se je kategoriziralo prvih 10 pacientov v času od 8. do 11. ure dopoldan, vsak dan v tednu v drugi internistični specialistični ambulanti, saj obravnava poteka v različnih specialističnih ambulantah Onkološkega inštituta glede na področje bolezni – npr. internistična specialistična ambulanta za rak dojke, za rak prebavil ... Na isti način je bilo kategoriziranih tudi 50 pacientov kirurške specialistične ambulante, in sicer v času od 13. do 17. avgusta, ter 50 pacientov radioterapevtske specialistične ambulante, v času od 20. do 24. avgusta 2007.

Slika 1 in Slika 2 opisujeta opredelitev 150 onkoloških pacientov v specialistični ambulanti obravnavi v času raziskave ter zastopanost posameznih kategorij v določeni specialistični ambulanti.



Sl. 1. Kategorizacija 150 pacientov v specialistični ambulanti obravnavi (v %).

Fig. 1. Categorization of 150 patients in specialist outpatient clinics (in %).

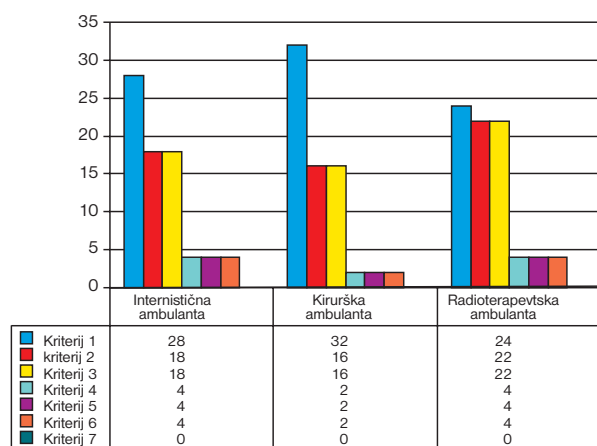


Sl. 2. Primerjava kategorij po posameznih specialističnih ambulantah.

Fig. 2. Comparison of categories of individual specialist outpatient clinics.

Glede na primerjavo med posameznimi specialističnimi ambulantami je bilo v času raziskave največ pacientov razvrščenih v I. kategorijo, kar 56 % (84

pacientov). Največ pacientov I. kategorije je bilo v kirurški specialistični ambulanti, sledi internistična, nato radioterapevtska specialistična ambulanta. Naslednja po številu pacientov je bila II. kategorija, in sicer je bilo razvrščenih v II. kategorijo 56 pacientov, kar pomeni 37 % vseh, ki so bili vključeni v raziskavo. Največ pacientov, razvrščenih v II. kategorijo, je bilo v radioterapevtski specialistični ambulanti, sledi internistična, nato kirurška specialistična ambulanta. Kriterije za III. kategorijo je izpolnjevalo samo 10 pacientov oziroma 7 %. Internistična in radioterapevtska specialistična ambulanta sta imeli enako število v III. kategorijo opredeljenih pacientov – štiri, kirurška specialistična ambulanta je imela dva pacienta manj. V času raziskave v specialistični ambulanti obravnani v IV. kategorijo ni bil uvrščen nihče. Kako so bili uporabljeni posamezni kriteriji, prikazuje Slika 3.



Sl. 3. Primerjava uporabe kriterijev po posameznih specialističnih ambulantah.

Fig. 3. Comparison of criteria used in individual specialist outpatient clinics.

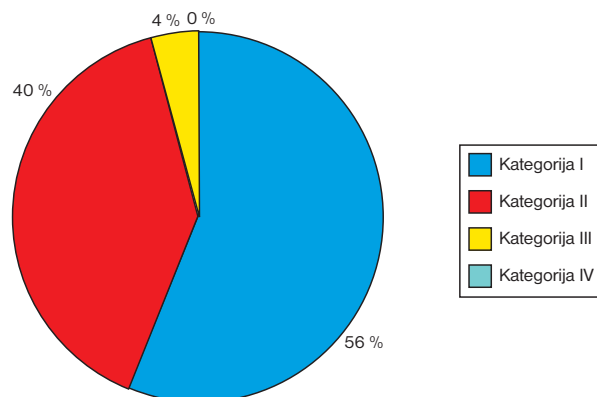
Po vsebinski opredelitvi posameznega kriterija in preizkusu inštrumentarija v praksi smo naredili še študijo primera kategoriziranja pacientov v naključno izbrani specialistični ambulanti na določen dan. Z njo smo želeli prikazati dokončno vrednost uporabe sistema kategorizacije pacientov kot ustrezne metode in orodja za merjenje zahtevnosti zdravstvene nege ter posledično ustrezno načrtovanje števila izvajalcev zdravstvene nege glede na število pacientov v posamezni kategoriji in glede na čas, ki se ga potrebuje za samo obravnavo pacientov.

Študija primera

7. avgusta 2007 je bilo v izbrani naključni internistični specialistični ambulanti za rak dojke naročenih 23 pacientk na sistemskem zdravljenju ali na rednem kontrolnem pregledu po zaključku zdravljenja ter 2

pacientki, ki sta bili naročeni na prvi pregled na Onkološkem inštitutu.

Tako je bilo obravnavanih 25 pacientk, kategoriziranih po sedmih kriterijih in razvrščenih v štiri kategorije. V I. kategorijo je bilo razvrščenih 14 pacientk oziroma 56 %, v II. kategorijo 10 pacientk oziroma 40 %, v III. kategorijo ena pacientka, III. kategorija je bila torej zastopana v 4 %; v IV. kategorijo ni bila v času študije razvrščena nobena pacientka (Sl. 4).



Sl. 4. Primer kategoriziranja pacientk v internistični specialistični ambulanti za rak dojke.

Fig. 4. An example of categorization of female patients in internal specialist clinic for breast cancer.

Na podlagi s kategorizacijo pridobljenih podatkov smo naredili izračun časa, ki ga medicinska sestra potrebuje za obravnavo pacientk glede na njihovo razvrstitev v posamezno kategorijo. Izračunani čas, potreben za obravnavo vseh pacientk, je 7,906 ur.

I. kategorija:	14 pacientk × 4,6 min (neposredne in posredne ZN) = 64,4min
II. kategorija:	10 pacientk × 29,0 min (neposredne in posredne ZN) = 290 min
III. kategorija:	1 pacientka × 120,0 min (neposredne in posredne ZN) = 120 min
IV. kategorija:	0 pacientk
Skupaj	474,4 min : 60 min = 7,906 ur

Naredili smo tudi izračun potrebnega števila izvajalcev zdravstvene nege. Izračunano število izvajalcev zdravstvene nege je 1,13.

I. kategorija:	0,011 ECDČ × 14 pacientk = 0,154 ECDČ
II. kategorija:	0,069 ECDČ × 10 pacientk = 0,690 ECDČ
III. kategorija:	0,286 ECDČ × 1 pacientka = 0,286 ECDČ
IV. kategorija:	0 pacientk
Skupaj	1,13 ECDČ

Razprava

V razvitem svetu bolnišnice težijo k preoblikovanju v specializirane centre za akutno obravnavo bolnikov, kjer je organizacija strokovnega dela vedno bolj usmerjena k zmanjševanju posteljnih zmogljivosti na bolniških oddelkih in k vzporednemu povečevanju obsega ambulantne dejavnosti in obravnave v dnevni bolnišnici (Skela Savič, Strojjan, 2006; Maarse, Mur-Veeman, Spreenwenberg, 1997). Tako je izjemnega pomena, kako se danes bolnišnice v Sloveniji pripravljajo na te spremembe, zlasti na področju ustrezne strokovne usposobljenosti kadrov v specialistični ambulantni obravnavi in ustreznega števila kadrov glede na potrebe bolnikov v tej obravnavi. Cilji razvrščanja pacientov v kategorije so veljavno in zanesljivo merjenje količine in kakovosti dela v zdravstveni negi, ugotavljanje dnevne in obdobjne delovne obremenitve medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, dobro načrtovanje kadrov in razporejanje dela izvajalcev zdravstvene nege tako v zavodih kot na državni ravni in učinkovita organizacija vodilnih medicinskih sester (De Miranda, Zorec, Filej, 2002). Vidmar (2007) poudarja tudi še boljše načrtovanje oziroma opredelitve potrebnih stroškov za zdravljenje in zdravstveno nego. Izvajanje kategorizacije nam omogoča dokazovanje obremenjenosti. Zaman se namreč dokazuje, da je količina zdravstvene nege za kakovostno obravnavo pacientov prevelika ali da imamo premajhno število izvajalcev zdravstvene nege, če za to nimamo pravih podatkov in ustreznih izračunov. Clark (1999) pravi, da je zdravstvena nega slabo razumljena in zato podcenjena. Ne glede na testirani model kategorizacije v naši raziskavi Morris s sodelavci (2007) ugotavlja, da so direktne in indirektne aktivnosti v zdravstveni negi pogojene s stopnjo odvisnosti pacienta, resnostjo njegove bolezni, časom, ki je na razpolago za pacienta, in kompleksnostjo zdravstvene obravnave. Poleg tega imajo pomemben vpliv še druge aktivnosti, ki jih izvajajo medicinske sestre, kot so delo s študenti na oddelku, oddelčni sestanki idr.

Definicija oziroma vsebinska razlaga posameznega kriterija v naši raziskavi in posledično tudi razlaga posamezne kategorije so nam lahko v veliko pomoč pri samem izvajanju postopka kategoriziranja pacientov. Predstavljajo osnovo za delo in lažje razumevanje kategoriziranja posameznega pacienta. V raziskavi smo ob samem razvrščanju pacientov v posamezne kategorije prišli do pomembnega spoznanja pri pacientih, ki so bili na ponovnih pregledih v specialistični ambulanti. Če pri pacientu ob prvem pregledu ugotovimo aktualne in potencialne negovalne ter zdravstvenovzgojne probleme in mu zato nudimo vso pomoč, podporo in nadzor in ob vsem tem tudi ustrezno informiranje, bo naše delo ob prihodnjem obisku pacienta v specialistični ambulanti boljše načrtovano ter usmerjeno v doseganje ciljev na področju prepoznanih problemov pri pacientu. Pri tem težimo k čim večji samostojnosti pacienta. Pacient se

ob vsakem ponovnem pregledu v specialistični ambulanti kategorizira znova. Če smo na primer pacienta ob njegovem prvem obisku na Onkološkem inštitutu razvrstili v II. kategorijo, lahko načrtujemo ustrezno obravnavo, informiranje in zdravstvenovzgojne cilje, usmerjene k temu, da bo pacient ob prihodnjem obisku lahko uvrščen v I. kategorijo. To bi pomenilo, da je bila medicinska sestra pri svojem delu ob pacientovem prvem pregledu uspešna in da je bila zdravstvena nega izvedena učinkovito in kakovostno. Medicinska sestra bo zanj ob prihodnjem pregledu tako porabila tudi manj časa in se bo lahko zaradi tega bolj posvetila drugim pacientom, pacientom II. ali morebiti III. kategorije. Vse to pa že predstavlja dobro načrtovano in kontinuirano zdravstveno obravnavo in s tem povezano kakovostnejšo izvedbo zdravstvene nege (Skela Savič, 2007).

Za kakovostno izvajanje onkološke zdravstvene nege medicinska sestra v specialistični ambulanti potrebuje določeno znanje o onkologiji, posebnostih onkološkega pacienta, onkološkem zdravljenju, onkološki zdravstveni negi – predvsem poznavanju posebnosti zdravstvene nege ob sistemskem zdravljenju, radioterapiji in kirurškem zdravljenju. Delo medicinske sestre v specialističnih ambulantah mora biti usmerjeno v pravočasno odkrivanje primanjkljaja znanja pacientov na področju aktualnih in potencialnih problemov v času predpisane zdravstvene obravnave. Deficiti znanja pri pacientih lahko pomembno vplivajo na kakovost izidov zdravstvene obravnave. Tako Skela Savič in Strojjan (2006) pravita, da mora imeti diplomirana medicinska sestra, ki dela z onkološkimi pacienti, znanja iz širšega spektra aktivnosti zdravstvene nege, kot so prehrana, zdravstvena nega različnih vrst stom in ran, bolečine, inkontinence ter neželeni učinki specifičnega onkološkega zdravljenja.

Po preizkusu samega inštrumentarija Mariborskega sistema kategoriziranja v praksi, se je izkazalo, da je le-ta primeren tudi za sekundarni nivo obravnave pacientov v specialistični ambulanti. Potrebne so bile samo dopolnitve glede posebnosti onkoloških pacientov in onkološke zdravstvene nege, kjer je zdravstvenovzgojno delo pomembna dimenzija z vidika znanja, ki ga potrebuje medicinska sestra, z vidika organiziranih oblik svetovanja in z vidika časa, potrebnega za izvedbo te aktivnosti, kar je potrebno upoštevati v kadrovskih normativih.

Z rezultati kategoriziranja lahko uspešno načrtujemo število in sestavo izvajalcev zdravstvene nege v posamezni specialistični ambulanti po dnevih glede na število pacientov v posamezni kategoriji in glede na čas, ki ga pri tem potrebujemo, da je zdravstvena nega izvedena kakovostno. V študiji primera nam rezultata izračunov potrebnega časa in števila izvajalcev glede na število pacientk v posamezni kategoriji prikažeta, da je v eni izmeni (7 ur) v internistični specialistični ambulanti – ambulanti za rak dojke – časa, potrebnega za obravnavo pacientk, premalo (čas obravnave vseh pa-

cientk namreč presega delovni čas 7 ur). Prav tako lahko iz izračunov vidimo, da je izvajalcev (1 izvajalec) za normalno izvajanje zdravstvene nege dovolj. Menimo pa, da bi lahko zaradi kompleksnosti zdravstvene nege in potrebnega dodatnega specifičnega znanja in veščin ter predvsem zaradi zdravstvenovzgojnega dela bila v samo obravnavo pacienta v specialistični ambulanti poleg tehnika zdravstvene nege vključena tudi diplomirana medicinska sestra (izračun števila izvajalcev zdravstvene nege prikaže potrebo po dodatnem 0,13 izvajalca). V specialistični ambulanti je bilo namreč obravnavanih 10 pacientk II. kategorije in ena pacientka III. kategorije.

Aktivnosti in vloga medicinskih sester pri zagotavljanju ustreznega informiranja in zdravstvenovzgojnega dela pri onkoloških pacientih za onkološke medicinske sestre niso novost, saj na Onkološkem inštitutu Ljubljana že od leta 2006 deluje Posvetovalnica za onkološko zdravstveno nego, ki pokriva več področij zdravstvenovzgojnega dela z onkološkimi pacienti. Prvi začetki dela posvetovalnice na področju svetovanja pacientov s stomo segajo v leto 1999. Medicinske sestre so skozi vodeno projektno delo v obdobju 2004 do 2006 definirale področja svojega delovanja in pričele z aktivno obliko svetovanja bolnikom v letu 2006 (Blejc, 2006; Mlakar Mastnak et al., 2005a; Mlakar Mastnak et al., 2005b; Uršič, Velepich, Skela Savič, 2000; Velepich, Skela Savič, Cerar, 1998).

Sklep

Zdravstvene reforme najpogosteje zmanjšujejo število kadrov prav v zdravstveni negi, diplomiranim medicinskim sestram in tehnikom zdravstvene nege pa nalagajo vedno več nalog. Kljub pomembnemu deležu zdravstvene nege v celostni in kakovostni oskrbi onkoloških pacientov je izvajanje zdravstvene nege vse manj vidno in slabo dokumentirano. V specialističnih ambulantah se podatki o aktivnostih zdravstvene nege ne spremljajo, ne merijo in ne vrednotijo. Če želimo prikazati pomembnost aktivnosti zdravstvene nege v specialistični ambulanti, moramo nujno pristopiti k uvajanju merilnih inštrumentov, s katerimi bomo lahko dokazovali izvedeno delo, njegovo količino in kakovost. Če torej želimo narediti zdravstveno nego vidno tudi na področju obravnave v specialistični ambulanti dejavnosti, moramo v sam proces dela nujno uvesti sedaj že izdelan inštrument, s katerim lahko ovrednotimo aktivnosti zdravstvene nege. Izvajanje kategorizacije oziroma razvrščanje pacientov v kategorije mora postati prioritarna naloga vodilnih medicinskih sester in izvajalcev zdravstvene nege. Kategorizacija je pomemben inštrument za dokazovanje in vrednotenje dela, ki lahko prinese izboljšave, čeprav na začetku prinaša dodatno administrativno delo. Organizacija dela je s sistemom kategorizacije učinkovitejša, saj gre za tekoče razporejanje dela, razvijanje in usposabljanje kadrov,

novi zaposlovanje ter nenazadnje tudi za predlaganje in spreminjanje kadrovskega normativov – v tem je tudi velik doprinos kategorizacije.

Zasedba specialističnih ambulant zajema večinoma tehnike zdravstvene nege (srednje medicinske sestre, zdravstvene tehnike). Rezultati raziskave (od 150 pacientov, ki so bili zajeti v raziskavi, jih je bilo v II. in III. kategoriji opredeljenih kar 44 %) pa kažejo, da bi bilo v specialistične ambulante nujno potrebno zaposliti tudi diplomirane medicinske sestre.

Literatura

1. De Miranda OR, Zorec M, Filej B. Razvrščanje pacientov in družin v kategorije v osnovni zdravstveni dejavnosti. In: Kersnič P, Filej B, eds. Količina in kakovost zdravstvene nege v osnovni zdravstveni dejavnosti. Maribor: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor; 2002: 104–11.
2. Blejc U. Pogovor rešuje zadrege. Naša žena. 2006;24:14–5.
3. Clark J. A language for nursing. Nurs Stand. 1999;13(31):42–7.
4. Fagerstrom L, Rainio A. Professional assessment of optimal nursing care intensity level: a new method of assessing personnel resources for nursing care. J Clin Nurs. 1999;8(4):369–79.
5. Hajdinjak A, Meglič R. Sodobna zdravstvena nega. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo; 2006: 27–38.
6. Heuer L, Bengiamin M, Downey V, Imler NJ. Neonatal intensive care nurse stressors: an American study. Br J Nurs. 1996;5(18): 1126–30.
7. Kersnič P, Filej B, eds. Količina in kakovost zdravstvene nege v osnovni zdravstveni dejavnosti: metode, meritve, management in načini za doseganje ciljev. Maribor: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor; 2002.
8. Kolegij za poenotenje slovenske kategorizacije zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege. Priročnik (verzija 2); Slovenska kategorizacija zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege. Ljubljana: Republiški strokovni kolegij zdravstvene nege; 2005.
9. Mark BA. What explains nurse's perceptions of staffing adequacy? J Nurs Adm. 2002;32(5):234–42.
10. Maarse H, Mur-Veeman I, Spreenwenberg C. The reform of hospital care in the Netherlands. Med Care. 1997;35(10 Suppl):0526–39.
11. Morris R, Macneela P, Scotta A, Treacy P, Hyde A. Reconsidering the conceptualization of nursing workload: literature review. J Adv Nurs. 2007;57(5):463–71.
12. Mlakar Mastnak D, Bernot M, Cerar C, Erjavšek Z, Golob I, Jelen Jurič J, et al. Razširjen program Posvetovalnice za onkološko zdravstveno nego na Onkološkem inštitutu Ljubljana. In: Logonder M, Skela Savič B, Lokar K, eds. Sodobni trendi v onkologiji in onkološki zdravstveni negi. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji pri Zbornici zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zvezi društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2005a: 20–3.
13. Mlakar Mastnak D, Bernot M, Cerar C, Erjavšek Z, Golob I, Jelen Jurič J, et al. Plan razvoja razširjenega programa posvetovalnice za onkološko zdravstveno nego. In: Novaković S, Červek J, Anderluh F, Bešič N, Ebert M, Frković Grazio S, et al., eds. Paliativna oskrba bolnikov z rakom: zbornik. 18. onkološki vikend, Laško, 10. in 11. junij 2005. Ljubljana: Kancerološko združenje Slovenskega zdravniškega društva, Onkološki inštitut, Zveza slovenskih društev za boj proti raku; 2005b: 114–6.
14. Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, Stewart M, Zelevinsky K. Nurse staffing levels and the quality of care in hospitals. N Engl J Med. 2002;346(22):1715–22.
15. O'Brien – Pallas L, Baumann A, Donner G, Tomblin Murphy G, Lochhaas – Gerlach J, Luba M. Forecasting models for human resources in health care. J Adv Nurs 2001;33(1):120–9.
16. Pollack MM, Patel KM. Commentary: need for shift in focus in research into quality of intensive care. Lancet. 2002;359(9301): 95–6.

17. Rauhala A, Fagerstrom L. Determining optimal nursing intensity: the Rafaela method. *J Adv Nurs*. 2004;45(4):351–9.
18. Skela Savič B. Kontinuirana zdravstvena obravnava: izziv sodobnega managementa bolnišnične zdravstvene nege. *Obzor Zdr N*. 2007;41(1):3–11.
19. Skela Savič B, Strojani P. Reorganizacija bolniških enot Oddelka za radioterapijo na Onkološkem inštitutu Ljubljana. *Zdrav Vestn*. 2006;75(6/7):371–8.
20. Spence K, Tarnow – Mordí W, Duncan G, Jayasuria N, Elliott J, King J, et al. Measuring nursing workload in neonatal intensive care. *J Nurs Manag*. 2006;14(3):227–4.
21. Tucker J, UK Neonatal Staffing Study Group. Patient volume, staffing, and workload in relation to risk – adjusted outcomes in a random stratified sample of UK neonatal intensive care units: a prospective evaluation. *Lancet*. 2002;359(9301):99–107.
22. Uršič H, Velepčič M, Skela Savič B. Results of year's work of consultancy in oncology nursing. In: *Research for practice. Proceedings book. 2nd EONS Spring Convention, Prague, Czech Republic, 14.–15. April 2000*. Brussels: European Oncology Nursing Society; 2000: 33.
23. Velepčič M, Skela Savič B, Cerar C. The role of consultancy for oncological nursing care in the education of patients and their families. In: *Practising for the future : the role of oncology nurses. Proceedings book. 1st EONS spring convention, Leuven, Belgium, 17–18 April 1998*. Leuven: EONS; 1998: 47.
24. Vidmar I. Kategorizacija pacientov v ambulanti splošne medicine. In: Filej B, Kersnič P, eds. *Zdravstvena in babiška nega – kakovostna, učinkovita in varna*. 6. mednarodni kongres zdravstvene in babiške nege, kongresni center Domina 10.–11. maj 2007. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2007: 627–35.
25. Whitman GR, Kim Y, Davidson LJ, Wolf GA, Wang SL. The impact of staffing on patient outcomes across specialty units. *J Nurs Adm*. 2002;32(12):633–9.
26. Založnik V, Železnik D. Kategorizacija pacientov po metodi Rush v primerjavi z metodo San Joaquin. *Obzor Zdr N*. 2003;37(1):37–51.
27. Zorec M, De Miranda OR, Filej B. Mariborski sistem kategorizacije pacientov in kompleksnost zdravstvene nege. In: Kersnič P, Filej B, eds. *Količina in kakovost zdravstvene nege v osnovni zdravstveni dejavnosti*. Maribor: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor; 2002a: 113–21.
28. Zorec M, De Miranda OR, Filej B. Izračunavanje potrebnega števila medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov za izvajanje zdravstvene nege po Mariborskem sistemu razvrščanja pacientov v kategorije. In: Kersnič P, Filej B, eds. *Količina in kakovost zdravstvene nege v osnovni zdravstveni dejavnosti*. Maribor: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor; 2002b: 122–9.
29. Zorec M, De Miranda OR, Filej B. Mariborski sistem merjenja količine dela v zdravstveni negi v osnovni zdravstveni dejavnosti. In: Kersnič P, Filej B, eds. *Količina in kakovost zdravstvene nege v osnovni zdravstveni dejavnosti*. Maribor: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor; 2002c: 74–88.