

SISTEMI DELITVE DELA V BOLNIŠNIČNI ZDRAVSTVENI NEGI

MODALITIES OF NURSING PRACTICE IN HOSPITAL NURSING CARE

Jana Šmitek

UDK/UDC 616-082-039.76-083

DESKRIPTORJI: zdravstvena nega bolnišnična; zdravstvena nega tim; zdravstvena nega proces

DESCRIPTORS: nursing service hospital; nursing team; nursing process

Izvleček – Oblikovanje ustreznega sistema ali modela delitve dela v bolnišnični praksi je odgovorna naloga menedžmenta v zdravstveni negi. V članku so s stališča pozitivnih lastnosti in slabosti predstavljeni tradicionalni sistemi delitve dela v zdravstveni negi – sistem celovite zdravstvene nege posameznega bolnika ali sistem dodelitve več bolnikov, funkcionalni sistem, timski sistem in sistem primarne zdravstvene nege. Od alternativnih modelov je opisano vodenje posameznih tipičnih primerov kot možna oblika nadgradnje bolj organiziranih sistemov delitve dela. Predstavljena je tudi ocena obstoječih sistemov delitve dela v naši zdravstveni negi s teoretičnimi smernicami, ki bi lahko vplivale na razvoj novih pristopov v bolnišnični zdravstveni negi.

Abstract – The formation of an adequate system or model of task delegation in hospital practice is a responsible task of nursing management. The article presents, from the point of view of strong and weak points, traditional systems of task delegation in nursing care - the system of holistic nursing care of individual patients, multiple patient assignment, functional model, team system and system of primary nursing care. Among alternative models, typical case management as a variety of better organized systems of task delegation is described. The article also presents the evaluation of existing systems in nursing care in Slovenia, together with theoretical directions that could influence the development of new approaches to hospital nursing care.

Uvod

Kadar govorimo o različnih sistemih delitve dela (oblikah ali modelih izvajanja) v zdravstveni negi, imamo običajno v mislih klinično oziroma bolnišnično prakso.

Sistemi delitve dela v zdravstveni negi so teoretični pristopi v menedžmentu zdravstvene nege, ki razlagajo, na kakšen način z različno strukturo negovalnega kadra dosežemo ustrezno kakovost izvajanja storitev zdravstvene nege, pričakovano zadovoljstvo bolnikov in zaposlenih v zdravstveni negi, vlogo vodilne oddelčne medicinske sestre in najboljše rezultate ter cenovno učinkovitost za delovno organizacijo.

Sistemi delitve dela v zdravstveni negi tudi opredeljujejo, individualizirajo in delegirajo aktivnosti negovalnega kadra, ki so usmerjene k bolniku, in katerih namen je zadovoljevanje individualnih potreb bolnika/varovanca (Spitzer-Lehman, 1994).

V literaturi je opisanih več tradicionalnih in alternativnih sistemov ali oblik oziroma modelov delitve dela v zdravstveni negi. Tradicionalni sistemi so:

- sistem zdravstvene nege posameznega varovanca ali dodelitev določenega števila bolnikov,

- funkcionalni sistem dela,
- timska delitev dela in
- sistem primarne zdravstvene nege (Grbec, 1988; Spitzer-Lehman, 1994; Tappen, 1995; Swansburg, 1996).

Opisani alternativni sistemi delitve dela so: vodenje posameznih tipičnih primerov (angl. case management) in vodena oskrba (angl. managed care) (Swansburg, 1996; Spitzer-Lehman, 1994), pro ACT (Spitzer-Lehman, 1994), sistem partnerstva v praksi (Spitzer-Lehman, 1994), sistem zdravstvenih tehnikov v zdravstveni negi (Spitzer-Lehman, 1994), v bolnika usmerjen sistem zdravstvene nege (Tappen, 1995) in drugi. Alternativni modeli uporabljajo najboljše značilnosti tradicionalnih sistemov in se usmerjajo v klinično kakovostno in cenovno učinkovito zdravstveno nego (Spitzer-Lehman, 1994).

Sistemi delitve dela so se v okviru menedžmenta v zdravstveni negi najprej razvili v Ameriki in temeljijo na predpostavki, da je nosilka poklica dejansko medicinska sestra. Neustrezna kadrovska sestava onemogoča uvedbo višje organiziranih sistemov delitve dela.

Za nas so še vedno najpomembnejši tradicionalni sistemi delitve dela, medtem ko se v svetu od alterna-

tivnih sistemov največ uvaža vodenje tipičnih, na diagnozo ali druge karakteristike vezanih primerov v zdravstveni negi in vodena/usmerjena oskrba.

V tujini se v različnih ustanovah uvajajo različni sistemi delitve dela. Pri oceni, kateri sistem je za določeno področje zdravstvene nege najboljši, upoštevamo različne kriterije:

- zakonski predpisi in predpisi delovne organizacije;
- filozofija zdravstvene nege določenega oddelka s poudarkom na vrednotah, ki usmerjajo prakso zdravstvene nege;
- splošne značilnosti bolnikov oziroma narava njihovih potreb;
- usposobljenost medicinskih sester;
- možnosti izobraževanja in usposabljanja,
- zahteve in podpora družbe.

Oprosti izbiri sistemov delitve dela in uporabi v praksi na posameznih področjih zdravstvene nege je možno govoriti samo v okoljih, kjer je zdravstvena nega razmeroma samostojna stroka, kjer je na voljo dovolj ustrezno izobraženega kadra in kjer družba v okviru svojih zahtev in potreb priznava tudi potrebe stroke.

Vsak sistem ima določene prednosti in slabosti, ki jih lahko opredeljujemo s stališča bolnikov, medicinskih sester, neposrednega vodenja in delovne organizacije.

V naši bolnišnični praksi zato zaenkrat lahko govorimo le o funkcionalnem in morda timskem sistemu delitve dela (izjema so enote intenzivnih terapij, kjer je delo organizirano drugače) oziroma o nekem vmesnem sistemu dela med funkcionalnim in timskim modelom.

Sistem celovite zdravstvene nege posameznega bolnika ali sistem dodelitve več bolnikov

Posamezni avtorji sistema ločijo in obravnavajo različno, čeprav so njune značilnosti pravzaprav enake, drugi pa govorijo o negi posameznega bolnika ali dodelitvi skupine bolnikov kot o enem sistemu delitve dela. V besedilu sta obe možnosti predstavljeni kot isti sistem delitve dela.

Omenjeni sistem delitve dela predstavlja najstarejši sistem delitve dela v zdravstveni negi in se kot organizacijska oblika uporablja od začetka 19. stoletja (Spitzer-Lehman, 1994). Predstavlja dodelitev ene medicinske sestre k enemu ali več bolnikom, pri katerih (v svojem delovnem času – op. p.) izvaja celotno oskrbo oziroma zdravstveno nego (Grbec, 1988; Tappen, 1994). Taka delitev dela se pogosto uporablja v enotah intenzivnih terapij, pri negi na domu (Spitzer-Lehman, 1994) ali v tujini v sistemu dela privatnih medicinskih sester (Tappen, 1995). Sistem je primeren tudi za delo študentov in za bolnike v posebnih pogojih (izolacija) (Grbec, 1988).

Prednost sistema je oskrba, ki je vsestranska, kontinuirana in običajno celovita. Kakovost dela je visoka, ker delo opravljajo samo medicinske sestre (velja za angloameriško področje, od koder teoretični pristopi izhajajo; v kolikor v sistemu dodelitve bolnikov delujejo zdravstveni tehniki, ne moremo govoriti o enaki kakovosti).

Slabost so stroški oskrbe bolnikov, ker je za izvajanje neposredne zdravstvene nege potreben visok delež medicinskih sester. Slabost predstavlja tudi dodeljevanje medicinske sestre vsak dan drugemu bolniku oziroma vsak dan drugih bolnikov določeni medicinski sestri. Slednje medicinsko sestro ovira pri izvajanju kontinuirane zdravstvene nege, ker preveč časa porabi za spoznavanje bolnikov in njihovih negovalnih problemov. Ob tem so cilji običajno kratkoročni in usmerjeni v zadovoljevanje trenutnih, vsakodnevnih potreb bolnika.

Bolniki so s takim sistemom delitve dela zadovoljni, kadar je možno zagotavljati nemoteno kontinuiteto dela z omejenim številom medicinskih sester in s tem tudi vzpostavljati tesnejše terapevtske odnose med medicinskimi sestrami in bolniki.

Ta sistem delitve dela ni primeren v bolnišnicah kot osnovni vzorec za dalj časa (Grbec, 1988).

Funkcionalni sistem delitve dela

Funkcionalni sistem delitve dela je bil uveden v Ameriki že v 30. in 40. letih (Grbec, 1988) zaradi vpliva menedžmenta iz industrije, ki je poudarjal prednost razdrobitve procesov dela na posamezna opravila, in še bolj med II. svetovno vojno zaradi pomanjkanja medicinskih sester (Spitzer-Lehman, 1994).

V funkcionalnem sistemu so okvirne delovne naloge razdrobljene v posamezna opravila, ki so razdeljena med različno strokovno usposobljene kadre. Dodelitev nalog temelji na kriteriju (cenovne) učinkovitosti – naloge so dodeljene najmanj usposobljenim in najmanj plačanim izvajalcem v zdravstveni negi, ki še lahko opravijo delo (Swansburg, 1996).

Prednost tega sistema je samo v (cenovni) učinkovitosti za delovno organizacijo. Odličen je tudi v katastrofalnih pogojih – nesrečah, vojnah – zaradi pomanjkanja kadra (Spitzer-Lehman, 1994).

Slabost sistema se izraža v nezadovoljstvu bolnikov in medicinskih sester samih. Ker je zdravstvena nega razdrobljena na posamezne naloge, ni nobena medicinska sestra odgovorna za celovito oskrbo bolnika (Swansburg, 1996). Bolniki s takim sistemom delitve dela ne morejo biti zadovoljni, ker ne poudarja individualnosti bolnika, ne celovitosti v oskrbi, ne kontinuitete zdravstvene nege. Bolniki se pogosto pritožujejo nad stalnim prihajanjem in odhajanjem številnega kadra, ki je usmerjen predvsem v izvedbo svojih nalog, in ne k bolnikom in v njihove potrebe (Spitzer-Lehman, 1994). Bolniki so bolj »objekti« v zdravstveni negi, na katerih se izvajajo standardna in nestandardna opravila, in manj subjekti, s katerimi se povezujemo holi-

stično. Delo je opravljeno, ko so izvedene standardne delovne naloge (postlane postelje, razdeljeni obroki, zdravila itn.), ki so za vse bolnike enake. Odstopanja, ki pri posameznih bolnikih zahtevajo spremembo običajnega izvajanja delovnih nalog (individualni pristopi), se običajno slabše upoštevajo, ker zaposleni za to niti niso motivirani. Individualne potrebe bolnikov kader zadovoljuje glede na njihove zahteve, načrtnega ugotavljanja običajno ni, ker delovnih nalog ni možno tako podrobno opredeliti ali dodeliti (osebne zadolžitve za ugotavljanje potreb večje skupine bolnikov ni mogoče dodeliti kot delovno nalogo ne posameznici ne skupini zaposlenih; za to je potreben drugačen sistem dela). Komunikacija z bolnikom je slaba, razdrobljena in organizacijsko nepovezana, zato je tudi kakovost zdravstvene nege slaba. V delovnih okoljih, kjer prevladuje mlajši, še neizkušen kader, opazamo tudi neorganiziranost pri izvrševanju delegiranih nalog ter nenehno in neustrezno komuniciranje in ponavljajoče se iskanje istih informacij, kar moti delo drugih članov strokovne skupine in zmanjšuje učinkovitost dela. Naročene naloge včasih niso opravljene in težko je najti za to odgovorno osebo, ker se odgovornost porazgubi v skupini. Zato je tudi cenovna učinkovitost za delovno organizacijo v primerjavi z delovno učinkovitostjo vprašljiva.

V osnovnem smislu tega sistema delitve dela naj bi vodilna medicinska sestra organizirala in nadzirala izvajanje vseh nalog ter bila v pravem pomenu besede menedžerka, ker ima samo ona celoten pregled nad oddelkom in je tudi edina odgovorna, da je vsa potrebna zdravstvena nega pri bolnikih opravljena (Spitzer-Lehman, 1994). Z organizacijskega stališča pa je zaposlene v funkcionalnem sistemu delitve dela težko nadzirati. Vodilna medicinska sestra (oddelčna, nadzorna...) na zahtevnejših oddelkih poleg svojega rutinskega dela težko nadzoruje kakovost in profesionalnost izvajanja zdravstvene nege posameznih članov skupine, ker si zaposleni v skupini medsebojno delijo standardne delovne naloge. Vodilna medicinska sestra običajno lahko individualno delegira le posamezne ne-rutinske delovne naloge in zasleduje odgovornost za neustrezno izvedbo. Oblika vodenja, kot naveda Grbec (1989), je kombinacija avtorskega in anarhičnega načina. Ne dobro in ne slabo delo ni individualno opaženo; opazijo se le posledice pomanjkljivega dela, zato sistem ne spodbuja individualnih prizadevanj, zadovoljstva ali interesa za višjo kakovost dela. Tudi komunikacija s skupino je zaradi številčnosti in razpršenosti kadra otežena.

Funkcionalni sistem delitve dela je priljubljena oblika dela zdravstvenih tehnikov, ker temelji na rutinskem delu (delo je opravljeno, ko izpolnimo določene delovne naloge), medtem ko medicinskih sester, ki imajo več znanja in obvladajo procesni pristop, taka oblika dela osebno in strokovno ne more zadovoljevati, ker ne opredeljuje smisla in cilja zdravstvene nege posameznika, niti ne spodbuja razmišljanja o bolniku in

njegovih potrebah. S funkcionalnim sistemom dela lahko zagotavljamo le minimalne standarde pri fizični oskrbi vseh bolnikov na oddelku (Anon, 1996).

Funkcionalni sistem dela ne omogoča izvajanja procesa zdravstvene nege. Po drugi strani pa funkcionalni pristop v navidezno uvedenem procesu zdravstvene nege (ko se proces razdrobi v posamezne delovne dolžnosti) ne omogoča ustreznih rezultatov. Na primer: če kadru z neustrezno izobrazbo zaradi pomanjkanja medicinskih sester kot delovno dolžnost dodelimo ugotavljanje negovalne anamneze, čeprav po vnaprej pripravljenem obrazcu, bo negovalna anamneza sicer kot delovna dolžnost praktično izdelana, vendar brez širine in globine pomembnih podatkov, ki jih potrebuje medicinska sestra za načrt zdravstvene nege, saj ugotavljanja stanja, negovalnih problemov in načrtovanja zdravstvene nege po teoretičnih in praktičnih izhodiščih ni možno deliti.

Sodobnim usmeritvam v zdravstveni negi, ki poudarjajo celovit in individualni pristop, neprekinjen in tekoč potek zdravstvene nege, usmerjen v pričakovane cilje, ter kakovostno in cenovno učinkovito obravnavo bolnika, s funkcionalnim sistemom delitve dela ni možno več slediti. Zato v tujini funkcionalni sistem delitve dela v zdravstveni negi opuščajo in o njem več ne govorijo kot o uporabnem modelu za bolnišnično prakso.

Timski sistem dela

Timski sistem dela se je pričel uvajati v zdravstveno nego v 50-ih letih kot odgovor na probleme, ki so povezani s funkcionalnim modelom.

Timski sistem dela temelji na predpostavki, da manjša skupina medicinskih sester, ki dela skupaj in jih usmerja vodja, lahko zagotovi boljše oskrbo kot v primeru, da bi delale same (Waters, 1996). Znanje, sposobnosti in zmožnosti članov tima se združujejo v prid bolniku in vsak član ima možnost prispevati k načrtovanju, delitvi in ocenjevanju zdravstvene nege (Waters, 1996). Timsko delo se izvaja pod vodstvom izkušene medicinske sestre, tim pa sestavljajo po izobrazbi različni negovalni kadri; poleg vodje še druge medicinske sestre, zdravstveni tehniki, študenti.

Namen timskega dela je izvajanje k bolniku usmerjene zdravstvene nege (Swansburg, 1996). Timu je dodeljena določena skupina bolnikov. Vsak tim prevzame odgovornost in je zadolžen za ocenjevanje, načrtovanje, delitev in vrednotenje zdravstvene nege bolnikov. Delo je načrtovano individualno za vsakega varovanca posebej, ob upoštevanju njegovih specifičnih potreb in želja (Grbec, 1989).

Glavna prednost timskega sistema dela je manjša razdrobljenost zdravstvene nege in boljša kakovost dela, vendar le zaradi večjih komunikacijskih in obsežnih koordinacijskih prizadevanj vodje tima (Tappen, 1995). Člani tima bolje poznajo svoje bolnike, ker je število bolnikov, za katere je posamezni tim odgovor-

ren, omejeno na 10 do 15. Medsebojna povezanost znotraj tima je večja, prav tako odgovornost in zadovoljstvo. Pozitivni (cenovni) rezultat se odraža tudi v delovni organizaciji, ker sistem omogoča, da se izvaja kakovostna zdravstvena nega z razmeroma velikim deležem nižje plačanega negovalnega kadra. Vendar nekateri avtorji timski sistem ocenjujejo kot najdražji zaradi manjše učinkovitosti in izgube delovnega časa, ki je povezana z vsakodnevnimi timskimi sestanki, koordiniranjem, delegiranjem in nadziranjem izvajanja zdravstvene nege (Spitzer-Lehman, 1994).

Bolniki so s timskim načinom dela v zdravstveni negi bistveno bolj zadovoljni kot s funkcionalnim modelom. Srečujejo se z manjšo skupino negovalnega kadra, kar povečuje medsebojno zaupanje, sproščenost v komunikaciji bolnika, možnost avtonomnega odločanja bolnika, bolnik ima večji občutek subjekta v zdravstveni negi, kontinuiteta zdravstvene nege je boljša, kar povečuje zadovoljstvo bolnika, vloge in odgovornosti posameznih izvajalk zdravstvene nege so bolniku lažje razumljive ...

Slabost timskega modela je pogosto v tem, da se slabo izvaja (Tappen, 1995; Spitzer-Lehman, 1994). Vodje tima morajo imeti znanje in izkušnje s področja menedžmenta ter sposobnosti, da lahko nadzirajo in delegirajo naloge drugim (Spitzer-Lehman, 1994). Vodje timov morajo imeti svojo vodstveno funkcijo vključeno v delovni čas in ne smejo biti v polni meri obremenjeni z drugimi delovnimi nalogami in dolžnostmi. Da timi lahko kakovostno delujejo, morajo biti ustrezno majhni in ustrezno kadrovsko sestavljeni. Velikost in sestava timov sta odvisna od zahtevnosti področja zdravstvene nege bolnikov (kirurgija, intenzivna terapija, diagnostični oddelki...), deleža neposredne (direktne) zdravstvene nege in same organiziranosti dela ter drugih objektivnih dejavnikov, ki lahko pomembno vplivajo na delovno obremenjenost timov posameznega bolniškega oddelka.

Osnova timskega dela so tudi vsakodnevni timski sestanki, ki jih bolniki ali drugi zdravstveni delavci (zdravniki) lahko občutijo kot slabost sistema.

Z organizacijskega stališča je vodenje oddelka, kjer je uveden timski model dela, lažje. Vodje timov prevzamejo del vodstvenih nalog vodilne medicinske sestre oddelka ter nadzirajo in skrbijo za izvajanje delegiranih nalog. Komunikacija o pomembnih odločitvah je lažja, ker se vodilna medicinska sestra posvetuje in dogovarja z ožjim krogom vodij timov, ki informacije in zahteve prenašajo na raven timov. Odgovornost za kakovostno zdravstveno nego in izvedbo delegiranih nalog ter spoštovanje strokovnih usmeritev je prvenstveno dodeljena vodjem timov, zato je tudi nadzor lažji.

Sistem primarne zdravstvene nege

Primarna zdravstvena nega je bila predstavljena v 70-ih letih kot povsem drugačna oblika delitve dela v

zdravstveni negi od dotedanjih (Spitzer-Lehman, 1994).

Primarna zdravstvena nega na eni strani predstavlja filozofijo zdravstvene nege, na drugi pa organizacijsko obliko. Smisel ni samo dodeljevanje bolnikov medicinskim sestram oziroma obratno, ampak je tudi pogled na zdravstveno nego kot na profesionalno k bolniku/varovancu usmerjeno prakso (Wright, 1996). Primarna zdravstvena nega je profesionalni model zdravstvene nege, ki temelji na prepričanju o terapevtski pomembnosti medsebojnega odnosa med medicinsko sestro in bolnikom.

Sistem primarne zdravstvene nege vključuje individualizirano, k bolniku usmerjeno zdravstveno nego ter neposredno komunikacijo z bolniki, družinami, zdravniki in drugimi kadri, katerega namen je zagotavljanje kontinuitete zdravstvene nege (Spitzer-Lehman, 1994).

Bistvo primarne zdravstvene nege je v odgovornosti in pristojnosti medicinske sestre. Primarna zdravstvena nega je organizirana tako, da je za celotno oskrbo posameznega bolnika 24 ur dnevno odgovorna ena medicinska sestra (in ne skupina medicinskih sester) (Swansburg, 1995). Cilj primarne zdravstvene nege je ustvarjanje terapevtskega odnosa med medicinsko sestro in bolnikom za čim boljšo pomoč bolniku pri doseganju postavljenih ciljev. V primarni zdravstveni negi se pojavljajo medicinske sestre v vlogi primarne medicinske sestre in v vlogi pridružene medicinske sestre. Sodelujejo lahko tudi asistenti ali pomočniki za zdravstveno nego (zdravstveni tehniki ...). Celodnevno oskrbo načrtuje, vodi, usklajuje in v določenem obsegu tudi izvaja medicinska sestra, ki je za posameznega bolnika določena kot primarna medicinska sestra. Primarna medicinska sestra oskrbuje določeno število bolnikov (do 6) ves čas njihove hospitalizacije, da zagotovi kontinuiteto zdravstvene nege in nadzoruje doseganje ciljev. Bolniku daje fizično, emocionalno in psihosocialno podporo in izvaja intervencije na osnovi procesa zdravstvene nege.

Pridružene medicinske sestre se lahko vključijo v izvajanje zdravstvene nege po navodilih primarne medicinske sestre sočasno ali pa v njeni odsotnosti, ko sledijo pisnemu načrtu zdravstvene nege, ki ga je izdelala. Pridružene medicinske sestre so prav tako medicinske sestre – začetnice ali tiste, ki se še ne čutijo dovolj sposobne za prevzem odgovorne naloge primarne medicinske sestre. Pridružene medicinske sestre so za izvajanje dogovorjenih načrtov odgovorne primarni medicinski sestri in lahko spremenijo negovalni načrt samo, če se stanje v odsotnosti primarne medicinske sestre bistveno spremeni. Natančno morajo opazovati bolnikove odzive na izvršene negovalne postopke in jih jasno beležiti v negovalno dokumentacijo. Primarna medicinska sestra se pri ocenjevanju zdravstvene nege in za spreminjanje ali dopolnitev negovalnega načrta zanaša na te informacije (Hayes, 1996).

Primarna zdravstvena nega je profesionalni model, ki ga medicinske sestre rade uporabljajo, ker vsebuje štiri osnovne sestavine profesionalne prakse (Wright, 1996):

- *pristojnost in odgovornost* – medicinska sestra je pristojna in odgovorna za zdravstveno nego bolnika, ki je v njeni oskrbi, 24 ur dnevno; pri tem lahko v celoti izkoristi svoje strokovno znanje in v zdravstveno nego vključi tudi svoje osebne vrline;
- *samostojnost* – primarna medicinska sestra sama v soglasju z bolnikom odloča o bolnikovi zdravstveni negi; je avtonomna načrtovalka in izvajalka zdravstvene nege;
- *koordinacijo* – z neposredno komunikacijo med medicinskimi sestrami je omogočen nemoten potek zdravstvene nege od izmene do izmene; kakovost načrta je odvisna od ene medicinske sestre, druge lahko sodelujejo s predlogi;
- *celovitost* – vsaka medicinska sestra izvaja vso potrebno zdravstveno nego v času svoje izmene (celovita oskrba bolnika), sama ali s pomočjo drugih.

Swansburg (1996) navaja naslednje prednosti primarne zdravstvene nege v primerjavi z drugimi sistemi delitve dela v zdravstveni negi:

- medicinski sestri omogoča večjo avtonomijo in zato večjo motivacijo, pristojnost in odgovornost;
- zagotavlja večjo kontinuiteto dela, ker primarna medicinska sestra vodi zdravstveno nego ves čas hospitalizacije;
- omogoča večje poznavanje bolnikovih psihosocialnih in fizičnih potreb, ker primarna medicinska sestra sama sestavi negovalno anamnezo, oceni bolnika, razvije načrt zdravstvene nege ter deluje kot vez med bolnikom in drugimi zdravstvenimi delavci;
- vodi do večjega zaupanja med medicinsko sestro in bolnikom, kar omogoča vzpostavitev terapevtskega odnosa;
- izboljša komunikacijo in informiranje zdravnikov;
- omogoča natančno delitev del in nalog med izvajalci zdravstvene nege;
- osvobaja nadzorno/vodilno medicinsko sestro, da lahko prevzame vlogo aktivne menedžerke, ki razrešuje probleme zaposlenih ter razporeja, motivira in podpira zaposlene.

Spitzer-Lehman (1994) kot prednosti navaja:

- visoko poklicno zadovoljstvo medicinskih sester;
- možnost, da izvajajo zdravstveno nego tako, kot so se učile;
- močno medsebojno povezavo v odnosu medicinska sestra – bolnik;
- visoko kakovost, ker primarna medicinska sestra opredeli in rešuje negovalne probleme;
- bolnikovi rezultati so boljši in hitrejši;
- tudi zdravniki se pozitivno izražajo o primarni zdravstveni negi.

Ni odveč poudariti, da primarna zdravstvena nega omogoča boljši nadzor in zasledovanje okrevanja bolnikov, kar je bistvenega pomena za bolnike na zahtevnejših področjih zdravstvene nege (kirurgija, intenzivna terapija in nega), onemogoča »anarhično« odločanje o zahtevnejših negovalnih postopkih in uporabi negovalnih pripomočkov in dragih materialov, kar nena zadnje tudi zmanjšuje stroške zdravstvene nege.

Primarni model zdravstvene nege mogoča tudi razvoj koncepta »moja medicinska sestra« (Wright, 1996), kar nedvomno prispeva k poklicni identifikaciji in k osebnemu zadovoljstvu medicinske sestre.

Slabost sistema primarne zdravstvene nege je zahteva, da skoraj celoten negovalni kader sestavljajo medicinske sestre, čeprav Spitzer-Lehman (1994) ugotavlja, da je v določenem obsegu možno uporabljati mešano kadrovske sestavo.

Medicinske sestre, posebno tiste, ki potrebujejo stalne socialne stike s sodelavkami, se lahko počutijo izolirane, ker delajo same. Oskrba bolnikov je lahko slabša, če medicinska sestra ni zmožna izpolniti vseh odgovornosti, ki jih vključuje sistem primarne zdravstvene nege (Spitzer-Lehman, 1994). Ta sistem je za delovno organizacijo dražji, ker kadrovska sestava temelji na večjem deležu medicinskih sester, vendar se je povečanim stroškom možno tudi izogniti, če ne-negovalne delovne naloge opravljajo druge skupine zaposlenih in ne medicinske sestre (Swansburg, 1996).

Sistem primarne zdravstvene nege je vezan na visoko strokovno usposobljenost medicinskih sester. Cliford in Horvath (1990) na primer navajata, da mora imeti medicinska sestra na kliničnem oddelku (bolnišnica Beth Israel v Bostonu, ZDA), ki deluje kot primarna medicinska sestra in je zadolžena in odgovorna za načrtovanje in izvajanje primarne zdravstvene nege, visoko (fakultetno) stopnjo izobrazbe.

Z bolnikovega stališča je sistem primarne zdravstvene nege idealna oblika dela. Bolnik se tesneje povezuje z eno medicinsko sestro, kar omogoča večjo zaupnost in zaupanje bolnika. Bolnik je individuum v pravem in holističnem smislu, ker primarna medicinska sestra lahko zasleduje njegove telesne, duševne, socialne in duhovne potrebe ter tako ustvari veliko kakovostnejšo medsebojno povezavo kot v drugih sistemih delitve dela. Primarna medicinska sestra je zaradi odgovornosti za bolnika in tesnejše povezanosti z bolnikom veliko bolj zainteresirana za tekoče zasledovanje in posredovanje podatkov o bolniku, kar bolniku daje občutek pomembnosti v medsebojnem odnosu. Komunikacija z družino je lažja, bolj povezana s potekom napredovanja in manj je možnosti, da pride do različnih informacij.

Case management (Vodenje tipičnega primera)

To je najpogostejše uporabljen alternativni sistem delitve dela v zdravstveni negi (Zander, 1990 cit. v Spit-

zer-Lehman, 1994). Že takoj na začetku je treba poudariti, da ta sistem dela ni izključna domena zdravstvene nege, ampak je zdravstvena nega le partner v natančno načrtovani celoviti (bolnišnični) oskrbi bolnika. Predstavlja klinični sistem, ki je usmerjen v pristojnost posameznika ali skupine za izvajanje bolnišniških oskrb v neprekinjeni obliki z zagotavljanjem in omogočanjem doseganja kakovosti ter kliničnih in cenovnih rezultatov.

Predstavlja tudi:

- posredovanje, doseganje in usklajevanje služb in virov, ki jih potrebuje bolnik/družina;
- posredovanje v odločilnih trenutkih (in/ali kadar nastopi pomembna sprememba) pri posameznih bolnikih;
- vodenje in reševanje pojava odklonov, ki imajo negativen kakovostno-cenovni vpliv in
- ustvarjanje možnosti in sistemov za doseganje rezultatov (Swansburg, 1996).

Vodenje tipičnega primera v zdravstveni negi je pristop, ki se usmerja na koordinacijo, povezovanje in neposredno delitev bolnišničnih uslug ter uvaja interni nadzor nad sredstvi in viri, ki se uporabljajo v zdravstveni negi. Tako vodenje poudarja nujnost zgodnjega ocenjevanja potreb, intervencij in splošnih negovalnih načrtov ter vključevanja drugih sistemskih služb (Cohen in Cesta, 1997).

Sistem uporablja mehanizme za doseganje pričakovanih rezultatov v določenem času, ki jih lahko prevedemo kot klinične usmeritve ali usmeritve za odločanje (Spitzer-Lehman, 1994; Rankin in Stalings, 1996; Cohen in Cesta, 1997).

Te usmeritve določajo dolžino ležalne dobe, potrebne vire, bolnikove negovalne cilje in vključevanje pomembnega negovalnega kadra za celoten čas hospitalizacije (Spitzer-Lehman, 1994).

Klinične usmeritve izražajo ključne dogodke, spremembe, ki med bolnikovo hospitalizacijo nastopijo tipično ob predvidenem času glede na vrsto primera. Enostranski časovni razpored, ki spremlja klinične usmeritve, pomaga medicinski sestri in drugim profesionalcem jasno zaznavati, kako naj napredujejo ključni dogodki v bolnikovi oskrbi. Časovni razpored opisuje, kaj se vsak dan opravi pri določenem bolniku glede na diagnozo, in kateri mejniki morajo biti doseženi pri bolniku »tipičnega« primera. Če se bolnikovo stanje oddalji od cilja, se načrt spremeni. Za večje število tipičnih primerov s predvidljivimi vzorci oskrbe se klinične usmeritve združijo v »uporabniku prijazne« dokumente, imenovane negovalne karte, ki jih medicinske sestre lahko delno uporabljajo kot nadomestilo za individualni načrt zdravstvene nege. Uporabljajo se tudi za bolnike kot bolnikove negovalne karte ali usmeritve, ki bolnike obveščajo o načrtu njihovega napredka in kdaj lahko pričakujejo odpust (Rankin in Stalings, 1997).

Cilji vodenja tipičnega primera so:

- izboljšanje kakovosti oskrbe,
- nadzor nad razporejanjem virov in sredstev,
- zmanjšanje ležalne dobe,
- večje zadovoljstvo bolnikov in večje zadovoljstvo zaposlenih (Cohen in Cesta, 1997).

Phipps s sodelavci (1995) navaja kot glavne sestavine vodenja tipičnega primera v zdravstveni negi:

- sodelovanje vseh članov zdravstvenega tima pri oskrbi bolnika,
- združevanje pričakovanih rezultatov s časovnimi okviri za ocenitev klinične prakse (z uporabo kliničnih usmeritev),
- uporabo načel stalnega izboljševanja kakovosti in analizo odstopanj in
- pospeševanje profesionalne prakse.

Vodenje tipičnega primera je običajno zgrajeno na sistemu primarne zdravstvene nege, čeprav to ni izključni pogoj (Spitzer-Lehman, 1994).

Medicinske sestre, ki se ukvarjajo z vodenjem tipičnih primerov, so klinične specialistke zdravstvene nege ali izkušene vodilne medicinske sestre (v Ameriki z opravljenim magisterijem), ki v praksi sodelujejo z zdravniki (Spitzer-Lehman, 1994) in ki rešujejo probleme, se pogajajo, pospešujejo dogajanja in izpostavljajo bolnikove potrebe po zdravstveni negi (Phipps et al, 1995). Medicinska sestra je običajno zadolžena za 10 do 15 bolnikov od sprejema do odpusta. Njena vloga je povezovanje z vsemi člani zdravstvenega in ne le negovalnega tima, vključno z zdravniki. Za neposredno zdravstveno nego bolnikov ima na voljo negovalni tim, ki ga sestavljajo medicinske sestre in drugi manj izobraženi negovalni kadri. Njeno delovanje, izvajanje sistema in spremljanje odstopanj od kliničnih usmeritev usklajuje koordinatorka vodenja tipičnega primera (Phipps et al, 1995).

V Ameriki je vodenje tipičnega primera nujna oblika dela pri plačilnem sistemu, ki temelji na skupinah bolnikov z enako medicinsko diagnozo (DRGs). Vodenje tipičnega primera je tesno povezano s finančnimi interesi delovne organizacije, zato na prvi pogled izstopa občutek, da so interesi bolnika potisnjeni v ozadje. Če upoštevamo, da se vodenje tipičnega primera povezuje z bolj organiziranimi sistemi delitve dela v zdravstveni negi, ki upoštevajo sodobna načela obravnave bolnikov v zdravstveni negi, potem zadovoljstvo bolnikov ne more biti manjše kot v drugih sistemih delitve dela. Prednost za bolnika je v tem, da je vnaprej seznanjen s predvidenimi postopki zdravljenja, zdravstvene nege, fizioterapije in vlogami morebitnih drugih služb v celoviti obravnavi in seveda tudi s svojo vlogo in prizadevanji, da predvideni postopki napredujejo skladno z načrtom. Načrtovano napredovanje vključuje predpostavko, da se bolnik po pričakovanju normalno odziva na zdravljenje in zdravstveno nego (izključuje predvidevanje zapletov).

Po teoretični oceni je vodenje tipičnih primerov na bolniških oddelkih zelo uporabno pri skupinah bolnikov, kjer je napredovanje možno predvideti (na primer pri kirurških bolnikih po standardnih operacijah, pri določenih obolenjih, stanjih...), ker izraža dogovorjen način obravnave bolnika, določa pogostnost negovalnih in diagnostičnih postopkov (in jih s tem omejuje na razumno mejo), predvideva porabo zdravil in materiala in ustvarja enotno doktrino, seveda ob medsebojnem strinjanju in sodelovanju vseh služb, ki bolnika obravnavajo.

Sistemi delitve dela v naši praksi zdravstvene nege

Sistemi delitve dela v naši bolnišnični praksi še vedno niso jasno opredeljeni. Iz grobe ocene in poznavanja dela na kirurških oddelkih lahko povzamem, da je naš sistem dela še vedno kombinacija funkcionalnega in timskega načina dela, z večjim nagibanjem v smer funkcionalnega modela. Vzroki so objektivni.

Funkcionalni sistem je tradicionalen sistem v naši praksi in se je večinoma ohranil z vsemi negativnimi značilnostmi, medtem ko je timski sistem že odvisen od kadrovske organiziranosti posameznih oddelkov in od znanja medicinskih sester, ki naj bi ta sistem izvajale. Velik pomen pri vpeljevanju, organiziranju in vzdrževanju določenega sistema delitve dela na posameznem področju ima poglobljeno znanje iz menedžmenta v zdravstveni negi, ki pa pri nas ni prisotno v dovolj veliki meri zaradi odsotnosti podiplomskih programov profesionalnega menedžmenta.

V praksi sicer ocenjujemo, da imamo razvit timski model dela, vendar moramo najprej z določenimi predpostavkami opredeliti, kaj pomeni timska delitev dela v praksi. Waters (1996) navaja naslednje ugotovitve Thore Kron, ene od začetnic uvajanja koncepta timske delitve dela, o tem, česa *ne moremo* opredeljevati kot timsko delo:

1. Timski model v zdravstveni negi *ni* katerikoli način dela, ki ga tako poimenujemo.
2. Timski model *ne* pomeni dodeljevanje negovalnih nalog članom tima na funkcionalni osnovi. Če gre samo za dodeljevanje nalog, je to funkcionalni model, ne glede na poimenovanje načina dela.
3. Ustvarjanje timov *ni* le razpolavljanje oddelka ali števila bolnikov.
4. Timski model *ni* enakomerna porazdelitev delovnih nalog in bolnikov med člane tima.
5. Timskega modela *ne* predstavljata le dve skupini zaposlenih, vsaka z imenovanim/določenim vodjem.
6. O timskem načinu dela *ne* moremo govoriti, če se izvaja samo ob prisotnosti študentov na oddelku.
7. Timski sistem delitve dela *ni* timski model, če se izvaja samo v dopoldanski izmeni.

8. Timski model *ni* le medsebojno sodelovanje ali timsko delo.

Kronova meni, da je timski sistem dela filozofija, ki temelji na dveh osnovnih prepričanjih:

- da ima vsak bolnik pravico do najboljše zdravstvene nege, ki mu jo je možno ponuditi in
- da imajo vsi zaposleni pravico do pomoči pri izvajanju najboljše zdravstvene nege, ki so jo sposobni izvajati (Waters, 1996).

Iz take filozofije izhajajo nadaljnji ukrepi, ki so potrebni za spreminjanje funkcionalnega sistema delitve dela v timskega. Ukrepanje je fleksibilno, kar pomeni, da imajo oddelki izključno pravico do lastne organizacije timskega modela dela, ki ga prilagajajo glede na svoje potrebe in možnosti, zagotovljene pa morajo biti bistvene sestavine in cilji timskega dela.

Timski sistem delitve dela je potrebno najprej opredeliti z bistvenimi nalogami, ki jih negovalni tim izvaja, z odgovornostmi članov tima, vodij timov in vlogo oddelčne medicinske sestre. Swansburg (1996) izpostavlja tudi potrebo po reorganizaciji dela na oddelkih, s katero izločimo ne-negovalna opravila, ki jih lahko prevzamejo pomožni, administrativni in drugi kadri, da se negovalno osebje lahko bolj usmeri v zdravstveno nego bolnikov, ki temelji na procesni metodi dela (ugotavljanje negovalnih potreb, postavljanje ciljev, izvajanje zdravstvene nege in vrednotenje izidov). Uvajanje timskega dela v zdravstveno nego zahteva preučitev literature o načrtovanju timov, razvoj filozofije timskega dela, načrtovanje smiselnega izkoriščenja vseh negovalnih kadrov, načrtovanje vsakodnevnih timskih sestankov, sestavljanje negovalnih načrtov in razvoj timskega vodenja (Swansburg, 1996).

Velikost timov ne more biti določena administrativno, ker obstajajo velike razlike v zahtevnosti zdravstvene nege med posameznimi oddelki. Tudi posamezni oddelki podobnih usmeritev (kirurški, internistični ...) se medsebojno razlikujejo, ker obseg in zahtevnost zdravstvene nege narekujejo potrebe bolnikov. Velikost negovalnih timov (število dodeljenih bolnikov) in kadrovske sestavo bi morali pri nas na ključnih področjih določati na osnovi raziskovalnega dela, ki bi upoštevalo sprejeto delitev dela v zdravstveni negi. Seveda je to naloga za prihodnost – in ne bo idealno izvedljiva, dokler zdravstvena nega ne bo toliko samostojna, da bo pristojna za predlaganje lastnih kadrovskih normativov na osnovi dejanskih potreb in dokler ne bomo imeli dovolj medicinskih sester za zadovoljevanje teh potreb (če jih bomo glede na omejevanje sredstev sploh kdaj imeli?).

Za učinkovito delovanje timov so potrebni trije predpogoji (Waters, 1996):

- vsak tim vodi medicinska sestra, ki mora imeti vodstvene in upravljalne sposobnosti,

- znotraj tima je potrebna učinkovita pisna in ustna komunikacija,
- način vodenja oddelka mora podpirati aktivno vlogo vodje tima.

Kljub objektivnim oviram pri odločanju o najustrežnejšem sistemu delitve dela na posameznih področjih bolnišnične zdravstvene nege smo bliže uvedbi timskega modela kot modela primarne zdravstvene nege. Waters (1996) navaja določene izkušnje iz Anglije, po katerih je možno povezati vlogo primarne oziroma »imenovane« medicinske sestre z vlogo vodje tima. Določitev imenovane medicinske sestre, ki je odgovorna za zdravstveno nego vsakega bolnika, je zahteva britanskega zdravstvenega varstva, ki je tudi opredeljena v pravicah bolnikov. S povezavo vlog imenovane medicinske sestre in vodje tima zadovoljijo zahtevam po individualni odgovornosti za bolnike tudi v ustanovah, kjer niso zagotovljeni vsi pogoji za uvedbo sistema primarne zdravstvene nege.

Če bi v naši bolnišnični zdravstveni negi uspeli uvesti timski model dela v pravem pomenu besede in ga povezati z individualno odgovornostjo za bolnika, potem bi lahko dosegali skoraj enako kakovost prakse zdravstvene nege, kot jo omogoča sistem primarne zdravstvene nege.

Sklep

Uvedba ustreznega sistema delitve dela je v bolnišnični praksi zdravstvene nege izrednega pomena. S sistemom delitve dela je posledično povezana kakovost izvajanja zdravstvene nege in možnost upoštevanja sodobnih načel ter zadovoljstvo bolnikov pa tudi medicinskih sester. Že Grbec (1989) ugotavlja, da je proces zdravstvene nege mogoče uvajati samo tam, kjer smo organizacijsko uspeli uveljaviti pravi timski način dela in odnose med sodelavci. Glede na to, da funkcionalni sistem delitve dela ne omogoča izvajanja procesa zdravstvene nege, ki je osnovno merilo sodobne zdravstvene nege, je povsem jasno, da je uvedba ustreznega sistema ali modela delitve dela predpogoj za začetek izvajanja procesne metode dela v praksi. Prehod iz funkcionalnega v timski sistem delitve dela ne more biti spontan, marveč zahteva načrten pri-

stop, organizacijske spremembe, spremembo mišljenja in drugačno opredelitev vlog in odgovornosti zaposlenih v zdravstveni negi, drugačne kadrovske pristope...

Dolgoročna vizija razvoja zdravstvene nege naj bi vključevala tudi uvedbo sistema primarne zdravstvene nege v bolnišnično prakso. Le-ta ima namreč prednost pred timskim načinom dela, kar nakazujejo posamezne večletne primerjalne študije v tujini. V sistemu primarne zdravstvene nege dosegajo boljše rezultate na področju kakovosti zdravstvene nege, manjša je fluktuacija medicinskih sester in tudi stroški so nižji v primerjavi s timskim modelom dela (Waters, 1996).

Namen članka ni kritika že obstoječega organiziranja timskega dela na posameznih oddelkih pri nas; osnovni namen je spodbujanje mišljenja in primerjave, do kakšne mere se naši timski sistemi delitve dela ujemajo s teoretičnimi usmeritvami, ki izhajajo iz tuje teorije menedžmenta v zdravstveni negi, in kaj bi morali spremeniti, da bi pospešili izvajanje sodobne zdravstvene nege v bolnišnični praksi.

Literatura

1. Anon. Organizing care. *European Nurse* 1996; 1: 73–5.
2. Clifford JC, Horvath KJ. Advancing professional nursing practice: innovations at Boston Beth Israel Hospital. New York: Springer Publishing Company Inc, 1990.
3. Cohen EL, Cesta TG. Nursing case management: from concept to evaluation. 2nd ed. St. Louis: Mosby, 1997.
4. Grbec V. Sistemi delitve dela v zdravstveni negi. *Zdrav Obzor* 1988; 22: 3–9.
5. Grbec V. Timsko delo v procesu zdravstvene nege. *Zdrav Obzor* 1989; 23: 123–7.
6. Hayes M. Primary nursing: a case study – nurse – resident enrichment in a care for elderly setting. *European Nurse* 1996; 1: 257–61.
7. Phipps WJ, Cassmeyer VL, Sands JK, Lehman MK. Medical-surgical nursing: concepts and clinical practice. 5th ed. St. Louis: Mosby Year Book Inc, 1995.
8. Rankin SH, Stallings KD. Patient education: issues, principles, practices. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott, 1996.
9. Spitzer-Lehman R. Nursing management desk reference: concepts, skills & strategies. Philadelphia: V. B. Saunders Company, 1994.
10. Swansburg RC. Management and leadership for nurse managers. 2nd ed. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers, 1996.
11. Tappen RM. Nursing leadership and management: concepts and practice. 3rd ed. Philadelphia: F. A. Davis Company, 1995.
12. Waters K. Team nursing. *European Nurse* 1996; 1: 173–8.
13. Wright S. Primary nursing: defining principles. *European Nurse* 1996; 1: 250–6.