

RAZVRŠČANJE PACIENTOV V KATEGORIJE GLEDE NA ZAHTEVNOST BOLNIŠNIČNE ZDRAVSTVENE NEGE *CATEGORISATION OF PATIENTS ACCORDING TO DEMANDS OF HOSPITAL NURSING CARE*

Romana Petkovšek Gregorin, dipl. med. ses., Ksenija Karan, dipl. med. ses.
Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo, Ljubljana

Izvleček

V članku je predstavljeno razvrščanje pacientov v kategorije po zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege. Opisana je metodologija razvrščanja pacientov, pojem razvrščanja ter teoretične osnove, na katerih temelji Slovenska kategorizacija zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege. Le-ta paciente po zahtevnosti zdravstvene nege razvršča v štiri kategorije.

Ključne besede:

Zdravstvena nega, kategorizacija, pacienti, Slovenija

Abstract

The article presents how the patients are categorised according to demands of nursing care. The methodology of categorisation is described together with the theoretical basis for the Slovenian categorisation of hospital patients according to their needs of nursing care, which defines four categories.

Key words:

Nursing care, categorisation, patients, Slovenia

UVOD

Z vidika sodobne zdravstvene nege delo izvajalcev zdravstvene nege prikazujemo, načrtujemo in vrednotimo glede na potrebe pacienta. Cilj sistemov za razvrščanje pacientov v kategorije je objektivno prikazati delovne obremenitve izvajalcev zdravstvene nege ter oceniti potrebe po kadrih.

Ena prvih, ki je paciente razvrščala v posamezne skupine, je bila Florence Nightingale. Razvrščala jih je intuitivno po obsegu oz. intenzivnosti zdravstvene nege, potem pa je presodila, koliko osebja je potrebnega, ter kako bodo paciente razvrstili po prostorih, kjer so bili hospitalizirani.

V Washingtonu je bil leta 1951 s časovnimi študijami narejen poizkus s štirimi kategorijami bolnikov (1).

Sistemi razvrščanja v kategorije, ki jih sedaj uporabljamo, so relativno mladi, saj začetki segajo v petdeseta in šestdeseta leta prejšnjega stoletja. Danes v svetu obstaja več kot tisoč različnih sistemov razvrščanja pacientov, vendar se je le nekaj od njih uveljavilo za široko uporabo. Namen sistemov za razvrščanje je razporeditev pacientov glede na potrebe zdravstvene nege v določeno število razredov ali kategorij (2).

Definicija kategorizacije

Kategorizacija je sistematična delitev ali združevanje predmetov ali pojmov po skupinah in razredih ali po splošnih značilnostih, po katerih se razlikujejo ali so si podobni. Kategorizaciji podobni pojmi so: klasifikacija, razdelitev, grupiranje, razvrščanje (3).

Definicija kategorizacije zdravstvene nege pacientov

Kategorizacija zdravstvene nege pacientov je metoda razvrščanja pacientov v kategorije glede na zadovoljevanje potreb po zdravstveni negi v določenem časovnem obdobju. Namen kategorizacije zdravstvene nege pacientov je predvsem, da bi ocenili intenzivnost zdravstvene nege ter izračunali stroške (dejanske, predvidene) za posamezni oddelek (1). Pri razvrščanju pacientov lahko izmerimo tudi čas, ki je potreben za zdravstveno nego pacientov.

Po Bjorkstromu in sod. (1) ločimo tri tipe razvrščanja pacientov v kategorije glede na potrebe po zdravstveni negi:

- intuitivno razvrščanje pacientov:
 - paciente razvršča osebje zdravstvene nege;
- prototipno razvrščanje:

- opisani so splošni tipi pacientov;
- pacienta opredelimo v enega od opisanih tipov;
- faktorsko razvrščanje:
 - pacientov razvrstimo po določenem številu faktorjev ali spremenljivk;
 - vse faktorje ocenimo, vrednosti pa nato seštejemo;
 - vsota pokaže, v katero kategorijo zdravstvene nege pacient sodi.

Izvajalci zdravstvene nege razvrščajo paciente v kategorije po svoji presoji. Opisane so značilnosti, kot so življenjske dejavnosti, posebnosti terapijskega programa in psihosocialne potrebe.

Cilji razvrščanja pacientov v posamezne kategorije

Kaj nas je sploh vodilo, da smo v zdravstveni negi začeli paciente razvrščati v kategorije? Predvsem smo želeli ustvariti ravnotežje med pacientovo potrebo po zdravstveni negi na eni strani in kadrovskimi zmogljivostmi negovalne enote na drugi strani.

Namen razvrščanja pacientov v kategorije

- Spremljanje potreb po zdravstveni negi:
 - koliko potrebne zdravstvene nege je bilo opravljeno,
 - število pacientov, ki so bili deležni zdravstvene nege na oddelku,
 - ali se je pacientova potreba po zdravstveni negi spremenila,
 - ali so se način, intenzivnost ali kakovost zdravstvene nege posameznega oddelka čez čas kaj spremenili;
- načrtovanje in spremljanje človeških virov:
 - potreba po osebju za zdravstveno nego in razpoložljivosti osebja,
 - ali so kadrovske viri glede na potrebo po zdravstveni negi znotraj oddelka in med oddelki najboljše porazdeljeni;

- upravljanje in spremljanje stroškov zdravstvene nege:
 - spremljanje, kako potrebe po zdravstveni negi vplivajo na stroške,
 - osnova za pregled stroškov zdravstvene nege za posameznega pacienta, na dan, na negovalno enoto,
 - osnova za pregled stroškov zdravstvene nege za paciente s posameznimi diagnozami,
 - osnova za izračun cene negovalnih storitev;
- osnova za vrednotenje in analizo ter možnost za boljše upravljanje dejavnosti zdravstvene nege, hkrati pa tudi za spremljanje izpolnjevanja ciljev, kakovosti dela ali osnova za ukrepe za povečanje učinkovitosti dela (1).

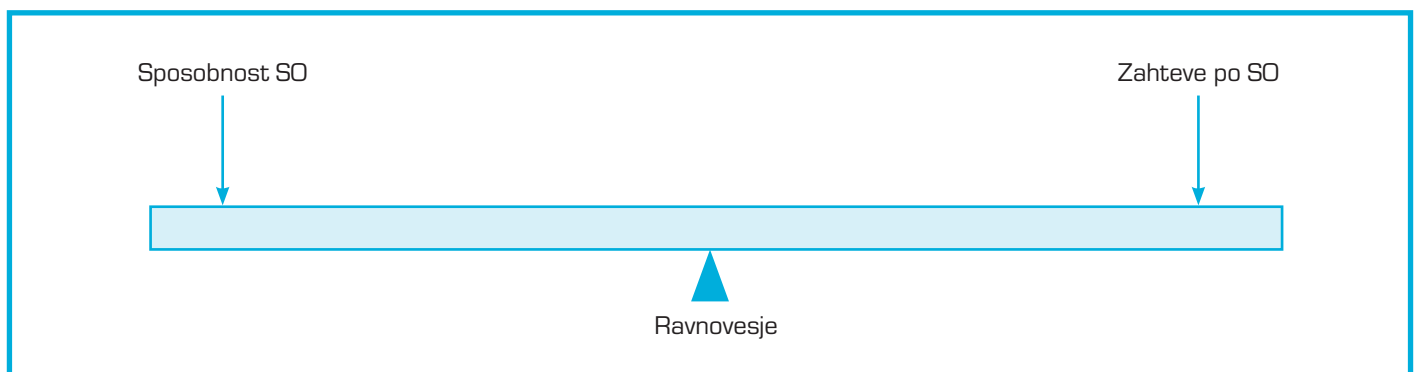
TEORETIČNI MODEL ZDRAVSTVENE NEGE DOROTHEAE E. OREM

Model samooskrbe Doroteae E. Orem temelji na teoretičnem pristopu, ki obravnava primanjkljaje v samooskrbi. Zdravstvena nega je potrebna, kadar posameznik ni sposoben sam zadovoljiti svojih fizioloških, psiholoških, razvojnih ali socialnih potreb (4).

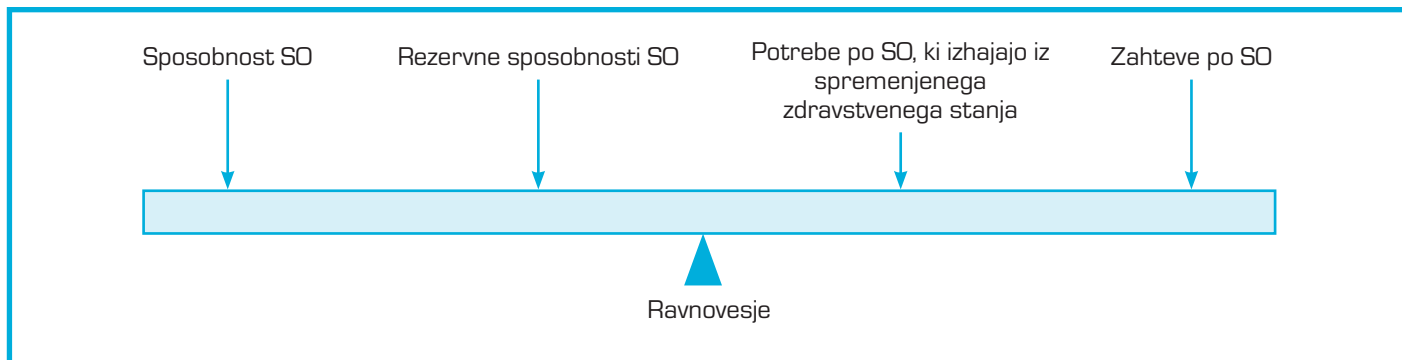
D. E. Orem poudarja pacientovo aktivno vlogo, odgovornost posameznika, da z dejavnostjo vzdržuje in izboljšuje zdravje ali sprejme stanje bolezni.

Naloga medicinske sestre je, da ugotovi, katere potrebe lahko varovanec zadovolji sam, medicinska sestra naredi le tisto, česar on ne more storiti. Medicinska sestra pacienta nauči samostojnosti - poudarjena je vzgojno-izobraževalna funkcija medicinske sestre (5).

D. E. Orem govori o popolni in nepopolni pacientovi samooskrbi (SO) (slika 1) (6).



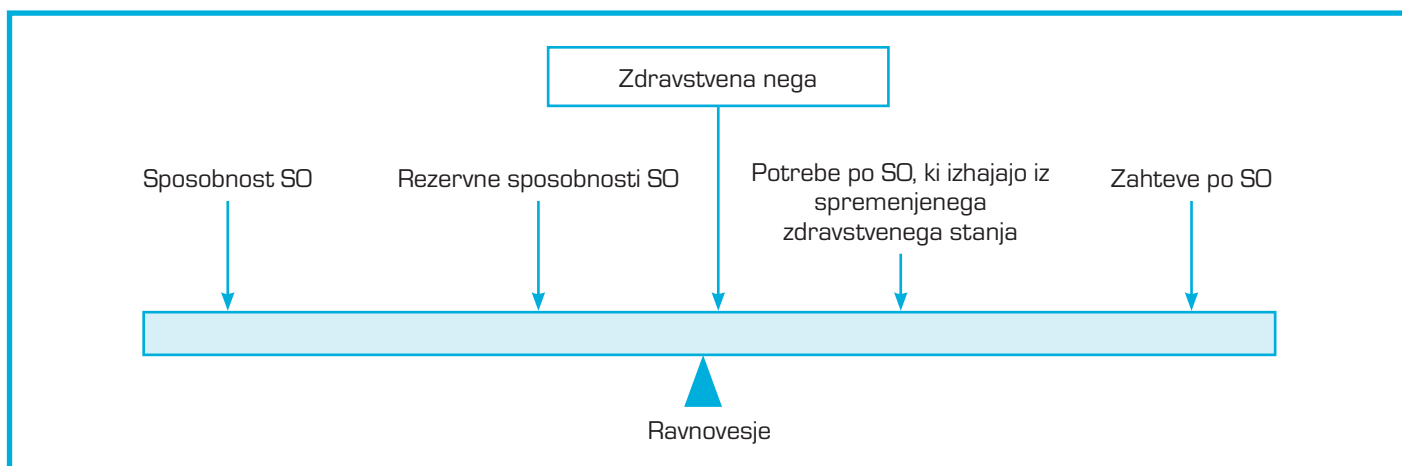
Slika 1: Popolna pacientova samooskrba (SO), kjer so sposobnosti in zahteve uravnotežene (7)



Slika 2: Popolna pacientova samooskrba (SO) s svojimi rezervnimi sposobnostmi (7)

V primeru porušenega ravnovesja med sposobnostmi in zahtevami zaradi bolezni ali poškodbe je pacient sposoben uporabiti svoje rezervne sposobnosti, če jih ima, in tako ostane v ravnovesju (slika 2) (6).

Pacient potrebuje zdravstveno nego, ko so potrebe in zahteve po samooskrbi večje, kot so njegove sposobnosti samooskrbe (slika 3) (6).



Slika 3: Posameznik kot prejemnik zdravstvene nege (7)

Cilj zdravstvene nege je obnoviti ravnovesje med sposobnostmi in potrebami po samooskrbi. Medicinska sestra mora najprej ugotoviti, ali je pacient sposoben zadovoljiti svoje potrebe, kje je primanjkljaj v samooskrbi in kaj je vzrok temu primanjkljaju.

Metoda sloni na uporabi devetih indikatorjev, ki izhajajo iz pacientove sposobnosti samooskrbe pri določenih življenjskih dejavnostih, kot so: osebna higiena, gibanje, hranjenje, zagotavljanje varnosti ter določeni diagnostično-terapevtski postopki (8).

METODA ZA RAZVRŠČANJE V KATEGORIJE PO SAN JOAQUINU

Metoda za razvrščanje po San Joaquinu je bila oblikovana leta 1970. Izvira iz teoretičnih osnov zdravstvene nege in konceptualnih modelov zdravstvene nege. Osnova za to metodo razvrščanja je teoretični model samooskrbe Doroteae E. Orem.

Metoda po San Joaquinu razvršča paciente v štiri kategorije. Za razvrščanje pacientov v posamezne kategorije uporablja različne kriterije.

Z vidika pacienta:

- kategorija I: pacient, ki lahko obvladuje svoje zdravstveno stanje,
- kategorija II: pacient, ki delno obvladuje svoje zdravstveno stanje,
- kategorija III: pacient, ki ne obvladuje svojega zdravstvenega stanja,
- kategorija IV: pacient, ki je popolnoma nesposoben obvladati svoje zdravstveno stanje.

Z vidika pacientovih potreb po zdravstveni negi:

- kategorija I: minimalna zdravstvena nega,
- kategorija II: zmerna zdravstvena nega,
- kategorija III: obsežna zdravstvena nega,
- kategorija IV: intenzivna zdravstvena nega.

Z vidika medicinske sestre lahko te štiri kategorije pacientov opišemo:

- kategorija I: pacient ne potrebuje pomoči in podpore medicinske sestre pri dejavnostih za samooskrbo,
- kategorija II: pacient potrebuje delno pomoč, podporo in nadzor medicinske sestre,
- kategorija III: pacient potrebuje vso pomoč, podporo, opazovanje in nadzor medicinske sestre, vendar ne ves čas,
- kategorija IV: pacient ves čas potrebuje vso pomoč, podporo, opazovanje in nadzor medicinske sestre.

RAZVRŠČANJE PACIENTOV V KATEGORIJE PO ZAHTEVNOSTI ZDRAVSTVENE NEGE V SLOVENIJI

Tudi v Sloveniji smo na področju zdravstvene nege spoznali, da je uvedba sistema za razvrščanje v kategorije nujna. Januarja 2003 je Razširjeni strokovni kolegij zdravstvene nege pri Ministrstvu za zdravje sprejel sklep, naj se ustanovijo skupine na vseh ravneh delovanja zdravstvene nege, cilj njihovega dela pa naj bi bil, da bi omenjeno metodo razvrščanja po San Joaquinu na podlagi izkušenj dopolnili in izoblikovali v zanesljiv inštrument, ki bi nudil kakovostne podatke za izračun potreb po kadrih za vso državo. Ustanovljen je bil Kolegij za poenotenje slovenske kategorizacije zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege, katerega naloga je bila ugotoviti verodostojnost, zanesljivost in uporabnost metode in pridobljenih podatkov. Namen kolegija, katerega članice smo tudi medicinske sestre Inštituta Republike Slovenije za rehabilitacijo (IRSR), je bil razvoj in izboljšanje metode in odprava pomanjkljivosti, ki so bile ugotovljene pri praktičnem delu (9).

Rezultat dela kolegija je sistem razvrščanja v kategorije Slovenska kategorizacija zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege (SKZBZN, tabela 1). Slovenska verzija je spremenjena in prilagojena našemu okolju, organizacijskim in kulturnim posebnostim.

Tabela 1: Obrazec SKZBZN

Kriteriji zahtevnosti zdravstvene nege	I	II	III	IV
1 Pretežno samostojen	{ }			
2 Delna pomoč pri osebni higieni		{ }	{ }	
3 Popolna pomoč pri osebni higieni			{ }	{ }
4 Delna pomoč pri gibanju		{ }	{ }	
5 Popolna pomoč pri gibanju			{ }	{ }
6 Delna pomoč pri hranjenju		{ }	{ }	
7 Popolna pomoč pri hranjenju			{ }	{ }
8 Pomoč pri zagotavljanju varnosti		{ }	{ }	{ }
9 Aplikacija terapije (večkratna in/ali dolgotrajna)		{ }	{ }	{ }
10 Nadzor na 2 do 3 ure			{ }	{ }
11 Stalen nadzor				{ }
Korekcijski dejavnik	1	1	0,5	
Skupaj				

Protokol SKZBZN

- razvrščanje pacientov v kategorije glede na potrebe po zdravstveni negi opravlja medicinska sestra-vodja negovalnega tima s sodelovanjem drugih članov negovalnega tima,
- razvrščanje opravlja enkrat dnevno ob predaji službe zdravstvene nege članov negovalnega tima dopoldanske izmene popoldanski, predvidoma med 12,30 in 13,30,
- razvrščanje opravlja za zadnjih 24 ur, za obdobje od 13. ure prejšnjega dne do 13. ure tekočega dne, rezultat razvrščanja je vpisan pod tekoči dan,
- vsi pacienti, ki so ob času razvrščanja hospitalizirani 8 ur in več, so razvrščeni v kategorije glede na potrebe po zdravstveni negi,
- pacienti, ki so v bolnišnici manj kot 8 ur, niso razvrščeni po stopnji zahtevnosti zdravstvene nege, evidentiramo jih kot S – sprejem,
- pacienti, ki v soglasju s svojim zdravnikom začasno odidejo domov (sobota, nedelja), niso razvrščeni, vpišemo jih v rubriki V – vikend (9).

Vsebinski opis kategorij

I. kategorija zahtevnosti zdravstvene nege:

Sem sodi pacient, ki je pretežno samostojen pri osnovnih življenjskih dejavnostih; potrebuje le nadzor, medicinsko-tehnične postopke in posege ter zdravstveno-vzgojno in/ali socialno-terapevtsko delo.

II. kategorija zahtevnosti zdravstvene nege:

Sem sodi pacient, ki potrebuje pomoč pri eni ali več od naštetih dejavnosti: osebni higieni, gibanju, hranjenju in/ali varnosti; poleg tega lahko potrebuje tudi pogostejšo in/ali dolgotrajnejšo aplikacijo terapije, pogostejše spremljanje vitalnih funkcij in/ali reden nadzor nad gibanjem v bolnišničnem okolju ter zdravstveno-vzgojno in/ali socialno-terapevtsko delo.

III. kategorija zahtevnosti zdravstvene nege:

Sem sodi pacient, ki potrebuje popolno pomoč pri eni ali več dejavnostih: osebni higieni, gibanju, hranjenju in/ali varnosti; poleg tega lahko potrebuje pogostejšo in/ali dolgotrajnejšo aplikacijo terapije, spremljanje vitalnih znakov v neprekinjenih intervalih oziroma neposredno opazovanje ter zdravstveno-vzgojno in/ali socialno-terapevtsko delo.

IV. kategorija zahtevnosti zdravstvene nege:

Sem sodi pacient, ki poleg zgoraj naštetega, potrebuje še stalno spremljanje vitalnih znakov in/ali stalno spremljanje psihofizičnega stanja.

Korekcijski faktorji:

Korekcijski faktorji so k posameznim kategorijam postavljeni kot uteži. V poizkusnem obdobju, ko smo sistem za razvrščanje v kategorije testirali, smo ugotovili, da bi bili bolniki brez teh uteži razporejeni v neprimerno višje kategorije, kot pa bi bilo potrebno, glede na zahtevnost zdravstvene nege, ki jo potrebujejo. Tako smo I. kategoriji dodali korekcijski faktor 1, II. kategoriji korekcijski faktor 1 in III. kategoriji faktor 0,5.

Tudi pri faktorskih sistemih v tujini so to težavo rešili na enak način.

ZAKLJUČKI

Zagotavljanje kakovosti zdravstvene nege je razdeljeno na več področij, eno od teh je tudi razvrščanje pacientov v kategorije glede na zahtevnost zdravstvene nege.

Najin namen je bil predvsem predstaviti cilj, namen ter metodo razvrščanja pacientov v posamezne kategorije.

V naslednjem članku nameravamo širše predstaviti razvrščanje pacientov v kategorije v Inštitutu Republike Slovenije za rehabilitacijo, in sicer rezultate spremljanja in zbrane podatke od leta 2004 do leta 2007. V tem obdobju so bili v Inštitutu Republike Slovenije za rehabilitacijo razvrščeni v kategorije po zahtevnosti zdravstvene nege vsi hospitalizirani pacienti.

LITERATURA

1. Björkström M, Bolinder A, Bäckstedt AM, Johansson M, Levenstam AK, Haurgren M. Patientklassificering inom omvårdnadsområdet; Metodbeskrivning och användning för KPP och andra system 2000: 9-38.
2. Sermeus W, Epping P. Management of a nursing ward. Using patient clinical data for nurse assignment. The informed touch series 1997; www.besnsg.org.uk/inftouch/voll/sermeus.html
3. Slovar slovenskega knjižnega jezika. Ljubljana: Državna založba Slovenije, 1994: 742.
4. Černenšek P. Kategorizacija stanovalcev glede na zdravstveno nego v posebnem socialnem zavodu. In: Kersnič P, Filej B, ur. Zbornik predavanj in posterjev 4. kongresa zdravstvene nege »Globalizacija in zdravstvena nega«, Portorož, 1.-3. oktober 2003. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2003: 89-100.
5. Bohinc M, Cibic D. Teorija zdravstvene nege. Ljubljana [i. e.] Radovljica: Didakta, 1995: 20-9.
6. Rajkovič V, Šušteršič O, ur. Informacijski sistem patronažne zdravstvene nege. Kranj: Moderna organizacija, 2000: 15-9.
7. Hren M. Inkontinenca - negovalni in psihosocialni problem v celostni rehabilitaciji bolnikov z okvaro hrbtnega mozga. Diplomsko delo. Ljubljana: [M. Hren], 1996. Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo, 1996.
8. Založnik V, Černivec J. Vpliv negovalne dokumentacije na razvrstitev bolnikov v kategorije po metodi Rush in metodi San Joaquin na oddelku za internistično intenzivno medicino splošne bolnišnice Maribor. In: Kersnič P, Filej B, ur. Zbornik predavanj in posterjev 4. kongresa zdravstvene nege »Globalizacija in zdravstvena nega«, Portorož, 1.-3. oktober 2003. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2003: 101-10.
9. Klančnik Gruden M, Brebar B, Peternej A, Bergant M, Čepon V, Dornik S. et al. Slovenska kategorizacija zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege (SKZBZN). Priročnik. Kolegij za poenotenje kategorizacije zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege. Sedež: Klinični center, Zaloška c. 2, Ljubljana, 11.04.2005.