

OCENA TEŽAVNOSTI BOLNIKOV GLEDE NA KATEGORIJO ZAHTEVNOSTI BOLNIŠNIČNE ZDRAVSTVENE NEGE NA ODDELKU ZA REHABILITACIJO BOLNIKOV Z OKVARO HRBTENJAČE

ASSESSMENT OF PATIENT'S DEMANDIGNESS IN RELATION TO THE WORK COMPLEXITY CLASSIFICATION OF HOSPITAL NURSING AT THE DEPARTMENT FOR REHABILITATION OF PATIENTS WITH SPINAL CORD LESION

Stanka Vrtek, mag. zdr. nege, Nataša Puzić, dr. med., Neža Majdič, dr. med.
Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – URI Soča

Izvleček

Izhodišča:

S težavnostjo bolnikov po okvari hrbtenjače v programu bolnišnične rehabilitacije narašča tudi zahtevnost zdravstvene nege. Bolnike na Univerzitetnem rehabilitacijskem inštitutu Soča (URI – Soča) lahko razvrstimo le v prve tri kategorije Slovenske kategorizacije zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege (SKZBZN). Opažamo, da je razlika v zahtevnosti rehabilitacijske bolnišnične nege bolnikov z okvaro hrbtenjače znotraj kategorije III zelo velika.

Metode:

V študijo smo vključili bolnike, ki so bili v bolnišnični obravnavi na Oddelku za rehabilitacijo bolnikov z okvaro hrbtenjače. Diplomirani medicinski sestri in zdravstveni tehniki so beležili vse aktivnosti zdravstvene nege na za študijo izdelanem formularju in oceno zaznanega napora po Borgovi lestvici zaznanega napora v dopoldanskem delovnem času sedem zaporednih dni. Izračunali smo opisne statistike in izdelali grafične prikaze.

Rezultati:

13 bolnikov z okvaro hrbtenjače (9 moških, 4 ženske) je bilo razvrščenih po SKZBZN (5 v kategorijo II, 8 v kategorijo III).

Abstract

Introduction:

The patients at our spinal cord lesions (SCL) rehabilitation department can be classified in the first three (of the four) categories of the Slovenian Classification of Work Complexity of Hospital Nursing Care (SCWCHNC). We are observing a rise in the demandingness of health and nursing care for patients with SCL. More patients with SCL are being transferred to our rehabilitation department directly from the intensive care units.

Methods:

Nurses recorded all nursing activities during the morning period for seven consecutive days; perceived effort for all the activities was recorded using the Borg scale of perceived exertion. Descriptive statistics and graphical displays were used for data analysis.

Results:

Thirteen patients with spinal cord lesion were classified according to SCWCHNC (none in category I, five in II, eight in III). Motor FIM and SCIM assessment were performed at admission (with higher scores in category II and lower in category III). Large variations in complexity of health care were observed within category III; four patients stood out for specific reasons

Motorični FIM ob sprejemu v kategoriji II je imel razpon od 21 do 77, v kategoriji III od 13 do 22. Ocena SCIM je bila ob sprejemu v kategoriji II v razponu od 15 do 68, v kategoriji III od 0 do 17. Ugotovili smo, da so znotraj II. in III. kategorije odstopanja v zahtevnosti zdravstvene nege velika. V vzorcu so izstopali štirje bolniki, kar smo prikazali in razložili v razpravi.

Zaključki:

Bolniki v bolnišnični rehabilitacijski obravnavi so po SKZBZN lahko uvrščeni največ v kategorijo III, vendar so lahko za zdravstveno nego tudi zelo zahtevni. Menimo, da bi tudi v rehabilitacijskem okolju na terciarni ravni zdravstvene oskrbe morali imeti možnost uvrstitve bolnikov v kategorijo IV, kar bi nam omogočilo realen prikaz zahtevnosti bolnikov ter ustrezno ovrednoteno delo zdravstvene nege v rehabilitacijskem timu in obenem tudi boljše načrtovanje dela tima za obravnavo najzahtevnejših bolnikov z okvaro hrbtenjače v prihodnosti.

Ključne besede:

zahtevnost bolnikov; kategorija zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege; okvara hrbtenjače; rehabilitacija

(mechanical ventilation, morbid obesity, colonisation with multiple bacteria, pressure ulcers, tracheal aspiration).

Conclusions:

A rehabilitation department should have the possibility to classify highly demanding SCL patients into the fourth SCWCHNC category, which would allow a much better assessment and planning of the complex nursing care.

Key words:

exigency of patients; work complexity classification; nursing care; spinal cord lesion; rehabilitation

UVOD

Vizije vseh zdravstvenih sistemov stremijo k izboljšanju sistema celovite kakovosti in doseganju visoke varnosti zdravstvenih storitev. To je mogoče doseči preko jasnih strategij, spreminjanja kulture, izobraževanja kadrov ter nenehnega izboljševanja procesov z zmanjševanjem odklonov od strokovnih obravnav. Kot ugotavlja Marušič, kakovostno zdravstveno oskrbo tvorijo ljudje in dobro oblikovani procesi k odličnosti stremišče organizacije (1). Za doseganje celovite kakovosti zdravstvene oskrbe mora biti le-ta organizirana tako, da spodbuja povezovanje in sodelovanje med različnimi partnerji, različnimi ravnmi in skupinami ter je smotrna za bolnike, zdravnike in druge zdravstvene strokovnjake (2). Z metodami in orodji kakovosti je mogoče izboljšati izide zdravljenja in zdravja populacije (3). Zdravstvene ustanove se trudijo s prilagajanjem trendom učinkovitega poslovanja in načrtovanjem sprememb, saj postaja kakovost vse pomembnejša tudi na področju storitev, ki jih izvaja.

Kakovost v zdravstvu ustvarjamo vsi, ki smo s svojim delom vključeni v zdravstveni sistem. Zavzetost za kakovostno opravljanje storitev mora biti dolžnost vsakega zaposlenega v zdravstveni ustanovi. Z ocenjevanjem in potrjevanjem kakovosti kot sestavnim delom prizadevanj za naš razvoj povečujemo zaupanje uporabnikov naših storitev (4). Zdravstveni sistemi so kompleksni in zapleteni družbeni, politični, solidarnostni in poslovni sistemi,

v katerih potekajo medicinski, upravljavski in informacijski procesi (5).

V procesu zdravstvene nege mora imeti bolnik aktivno vlogo in sodelovati pri rehabilitaciji v čim večjem obsegu, usklajeno s tem, kaj zmore, sme in zna. Vloga medicinske sestre se glede na bolnikovo stanje in sposobnosti spreminja ter zahteva različne oblike pomoči, od spodbude, podpore, učenja do popolne oskrbe (6). Z meritvami količine opravljenega dela v zdravstveni negi so na zahtevo vlade pričeli v bolnišnici San Joaquin v ZDA leta 1979, saj so želeli nadzorovati zdravstveni sistem v državi. Razvili so sistem kazalcev za merjenje odvisnosti odraslih bolnikov od negovalnega kadra. Merili so posredne in neposredne aktivnosti v zdravstveni negi. Bolnike so razvrščali v štiri negovalne kategorije. Metodo kategorizacije San Joaquin je evropskim razmeram prilagodil de Miranda s sodelavci v Univerzitetni bolnišnici Radboud Nijmegen na Nizozemskem (4, 6 - 8).

Tudi v Sloveniji smo na področju stroke zdravstvene nege spoznali, da potrebujemo kategorizacijski sistem, ki bo omogočal objektivno ocenjevanje zahtevnosti zdravstvene nege. Raziskovalna naloga Kliničnega centra Ljubljana, Bolnišnice Golnik – KOPA in Psihiatrične klinike Ljubljana z naslovom »Projekt uvajanja programa za zagotavljanje kakovosti, sistema razvrščanja bolnikov na področju zdravstvene nege« (v nadaljevanju Projekt) iz leta 2000 je od leta 1998 vodila v postopno uvedbo kategorizacije bolnikov v vseh

bolnišnicah (6). V Projektu so uporabili kategorizacijski sistem San Joaquin, ki razvršča bolnike v štiri kategorije. Prva kategorija je najmanj zahtevna, četrta najbolj.

Sistem San Joaquin so oblikovali leta 1979 na ameriškem ministrstvu za zdravje, izobraževanje in blaginjo. Temelji na teoriji Dorothee Orem – model samooskrbe, kjer pri bolniku ocenjujemo stopnjo zmožnosti oziroma nezmožnosti samooskrbe. Sistem sodi med faktorske in sloni na uporabi devetih indikatorjev. Ti temeljijo na sposobnosti samooskrbe pri določenih življenjskih aktivnostih, kot so osebna higiena, gibanje, hranjenje in varnost ter na zahtevnosti pacienta glede določenih diagnostično-terapevtskih postopkov.

Ob uvedbi kategorizacijskega sistema San Joaquin v slovenski prostor smo indikatorje prilagodili glede na posamezna področja zdravstvene nege. Po nekajletni poskusni dobi smo spoznali, da ni dovolj, da smo izbrali že razvit in uveljavljen sistem in ga prenesli v naše okolje; nujne so bile prilagoditve našim potrebam, organizacijskim in kulturnim razlikam. Razširjeni strokovni kolegij za zdravstveno nego pri Ministrstvu za zdravje je kot vrhovni organ na področju zdravstvene nege leta 2004 sprejel metodo kategorizacije bolnikov za sestavni del bolnišnične prakse, vsakodnevno ugotavljanje kategorije zahtevnosti zdravstvene nege bolnika pa za sestavni del negovalne oziroma zdravstvene dokumentacije bolnika, kar v svoji vsebini opredeljuje tudi Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva. Januarja 2003 je razširjeni kolegij zdravstvene nege sprejel sklep, da se na vseh ravneh delovanja zdravstvene nege ustanovijo skupine, ki naj omenjeno metodo na podlagi dosedanjih praktičnih izkušenj dogradijo v zanesljivo orodje, ki bo nudilo kakovostne podatke

za nacionalni izračun potreb po izvajalcih zdravstvene nege (9). Namen kategorizacije bolnikov je predvsem izračun intenzivnosti zdravstvene nege ter stroškov za posamezen oddelek in je podlaga za dnevno določitev potrebnega števila medicinskih sester na oddelku. Po protokolu slovenske kategorizacije kategorizira vodja negovalnega tima v sodelovanju z ostalimi člani.

Kategorije bolnikov lahko razložimo z vidika bolnika, njegovih potreb po zdravstveni negi in z vidika medicinske sestre (Tabela 1):

- V kategorijo I zahtevnostne zdravstvene nege sodi bolnik, ki je pretežno samostojen pri osnovnih življenjskih aktivnostih; potrebuje pa nadzor, diagnostično-terapevtske postopke in posege ter zdravstveno-vzgojno in/ali socialno-terapevtsko delo.
- V kategorijo II sodi bolnik, ki potrebuje delno pomoč pri eni ali več od naslednjih aktivnostih: osebna higiena, gibanje, hranjenje in/ali varnost; 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.
- V kategorijo III sodi bolnik, ki potrebuje popolno pomoč pri eni ali več aktivnostih: osebna higiena, gibanje, hranjenje in/ali varnost; 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.
- V kategorijo IV sodi bolnik, ki poleg prej naštetega, potrebuje še stalno spremljanje vitalnih znakov in/ali stalno spremljanje psihofizičnega stanja (7).

Tabela 1: *Obrazec Slovenske kategorizacije zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege.*

Table 1: *The Slovenian Classification of Work Complexity of Hospital Nursing Care form.*

Kategorije 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 – neposredno opazovanje			[]	[]
11	Stalen nadzor				[]
	Korekcijski faktor	1	1	0,5	
	Skupaj				

Pojasnilo / Note: Korekcijski faktor ima vrednost 1 v prvih dveh kategorijah in 0,5 v tretji kategoriji. / The value of the correction factor is 1 for the first two categories and 0.5 for the third category.

V času bolnišnične rehabilitacijske obravnave bolnikov v URI Soča kategoriziramo po protokolu Slovenske kategorizacije zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege. Ker sta izračun dobljenih podatkov in analiza precej zamudna, si pomagamo z računalniškim programom. Podpora informacijskega sistema je nujna pri dnevnem razvrščanju pacientov v kategorije in omogoča lažje dokumentiranje ter sproten vpogled vodilnih medicinskih sester v dnevno delovno obremenitev medicinskih sester. Bolnike kategoriziramo vsak dan retrogradno za zadnjih 24 ur, za obdobje od 13. ure prejšnjega dne do 13. ure tekočega dne. Oznako kategorije vpišemo pod tekoči dan.

Zaradi boljšega ukrepanja na terenu, bolje organiziranega transporta in obravnave ob poškodbi hrbtenjače ter zaradi zgodnje diagnostike in kirurškega ukrepanja ob bolezni hrbtenjače je preživetje oseb z okvaro hrbtenjače večje. Težnja je, da bolnika sprejmemo čim bolj zgodaj po akutni obravnavi, kar pomeni bolj zahtevno in kompleksno rehabilitacijo. Od leta 2001 do leta 2007 smo ugotavljali porast težavnosti in število zapletov pri bolnikih v bolnišničnih programih rehabilitacije na URI-Soča. Na Oddelku za rehabilitacijo bolnikov z okvaro hrbtenjače je bil največji delež zapletov in posegov v času dežurstva v celotni ustanovi (10). Bolnike v URI Soča po dogovoru razvrščamo le v prve tri kategorije. Na Oddelku za rehabilitacijo bolnikov z okvaro hrbtenjače v URI Soča nimamo težav z razvrščanjem v kategorijo I in II, opazamo pa velike razlike v zahtevnosti zdravstvene nege bolnikov, razvrščenih v kategorijo III.

Glede na to smo v raziskavi želeli natančneje opredeliti problem zahtevnosti zdravstvene nege bolnikov, ki so vključeni v programe rehabilitacije po okvari hrbtenjače in prikazati razlike v zahtevnosti bolnišnične rehabilitacijske zdravstvene nege bolnikov predvsem znotraj tretje kategorije.

METODE

V študijo smo vključili bolnike, ki so bili v bolnišnični obravnavi na Oddelku za rehabilitacijo bolnikov po okvari hrbtenjače v obdobju od 1. 9. 2015 do 26. 10. 2015. Vzorec je vseboval 13 pacientov (devet moških in štiri ženske). V kategorijo II je bilo razvrščenih pet bolnikov, osem pa v kategorijo III. Sočasno smo aktivnosti nege beležili pri največ treh bolnikih.

Raziskavo smo izvedli s pomočjo izdelanega obrazca, ki je vključeval aktivnosti zdravstvene nege, število oseb, ki so aktivnost opravile in porabljen čas za posamezno aktivnost. Beležili smo tudi oceno znanega napora po Borgovi lestvici znanega napora (11) ob aktivnosti, ki so jo izvajali zdravstveni tehniki in medicinske sestre. Ocenjevalci so bili vsi zdravstveni tehniki in medicinske sestre, ki so izvajali aktivnosti zdravstvene nege pri izbranem pacientu. Časovni termin je obsegal dopoldanski delovni čas, od 6.30 do 13.30, v sedmih zaporednih dneh, razen v enem primeru, ko je bil po šestem dnevu bolnik nenačrtovano premeščen v drugo zdravstveno ustanovo zaradi zapleta.

Tabela 2: Lastnosti bolnikov v vzorcu.

Table 2. Patients' characteristics.

Bolnik/ Patient ID	Spol, starost Sex, age	Kat. po SKZBZN SCWCHNC cat.	SCIM*	FIM*	Posebnosti ob sprejemu Particularities at admission
3a	M, 60	III	0	13	Traheostoma, kanila, štiri RZP, TT 93kg.
3b	M, 72	III	12	19	Koloniziran z MRSA, TT 157 kg.
3c	M, 51	III	0	13	Prvi pacient v URI – Soča, koloniziran s štirimi multirezistentnimi bakterijami (CRE, MRSA, VRE, ESBL), psihiatrične težave, traheostoma, trahealna kanila, ena RZP.
3d	Ž, 57	III	17	22	
3e	Ž, 77	III	9	19	
2e	M, 42	II	21	27	
3f	Ž, 76	III	17	22	
3g	Ž, 58	III	14	20	TT 93 kg, težave z neustrezno torakolumbosakralno ortozo, pomoč pri premeščanju.
2d	M, 36	II	28	21	
2a	M, 31	II	68	77	Spastičnost, narejen test aplikacije baklofena intratekalno.
2b	M, 83	II	27	25	
2c	M, 59	II	15	46	
3h	M, 65	III	0	13	Podporna mehanska ventilacija, traheostoma, trahealna kanila, težave pri hranjenju, disfagija, veliko aspiracij sekreta skozi kanilo, kolonizacija z ESBL.

Legenda: starost je v letih; SKZBZN – Slovenska kategorizacija zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege; * – ob sprejemu; RZP – razjeda zaradi pritiska; TT – telesna teža (kg).

Legend: age is in years; SCWCHNC – Slovenian Classification of Work Complexity of Hospital Nursing Care; * – at admission; RZP – pressure ulcer; TT – body weight (in kg).

Značilnosti posameznih bolnikov so predstavljene v Tabeli 2. Za vključene spremenljivke smo izračunali opisne statistike in izdelali grafične prikaze. V prvem delu smo za vsako osebo določili dan, ko je osebe za nego porabilo največ časa. S tem smo odpravili razlike, ki bi sicer nastale zaradi aktivnosti, ki se ne izvajajo vsak dan oziroma se pri različnih osebah izvajajo ob različnih dneh. Za primerjavo časa osebe 3h s časom ostalih oseb v kategoriji III smo izračunali vrednost z. Pri grafičnem prikazu smo, poleg povprečja celotne kategorije III, razen osebe 3h, dodali še povprečje kategorije III brez oseb 3a, 3c in 3h, saj se je izkazalo, da osebi 3a in 3c ravno tako vidno odstopata od preostalih oseb v kategoriji III. V drugem delu smo za vsako osebo izračunali skupni porabljeni čas v prvih šestih dneh. Za tak časovni interval smo se odločili zaradi nenačrtovane premestitve osebe 3h po šestem dnevu. Tudi tu smo za primerjavo časa osebe 3h s časom ostalih oseb iz kategorije III izračunali vrednost z ter grafičnemu prikazu dodali povprečje kategorije III brez oseb 3a, 3c in 3h. V tretjem delu smo analizirali čas, porabljen za posamezno aktivnost. Za aktivnosti, ki jih je osebe opravljalo pri vsaj štirih osebah iz kategorije III, smo izračunali skupno povprečje in z njim primerjali rezultate osebe 3h ter določili vrednosti z. Mejo statistične značilnosti smo postavili pri $p < 0,01$. Pri analizi smo uporabili paket R studio (R version 2.15.3) (12).

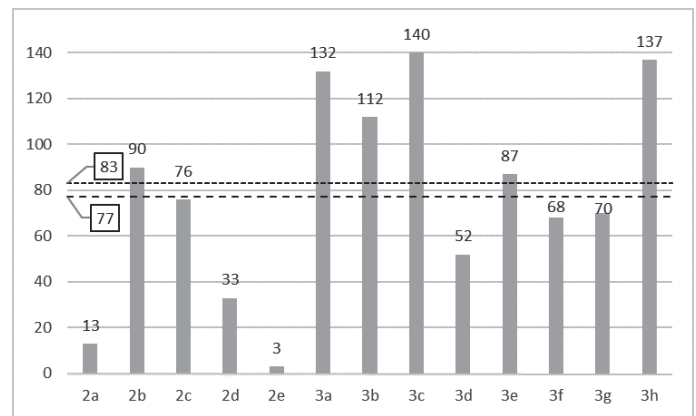
Raziskavo je odobrila etična komisija URI-Soča na seji 4. 9. 2015.

REZULTATI

Povprečna starost vključenih bolnikov je bila 59 let. Standardni odklon je znašal 15 let, kar kaže na veliko razpršenost starosti. Trije bolniki v kategoriji II so imeli paraplegijo ali paraparezo, dva bolnika pa tetraparezo ali tetraplegijo. V kategoriji III sta imela dva bolnika paraplegijo, sedem pa tetraplegijo ali tetraparezo. Čas od sprejema v URI Soča do vključitve v študijo je bil od treh dni do treh mesecev. Povprečni čas celotne hospitalizacije na našem oddelku je bil 3,3 mesece.

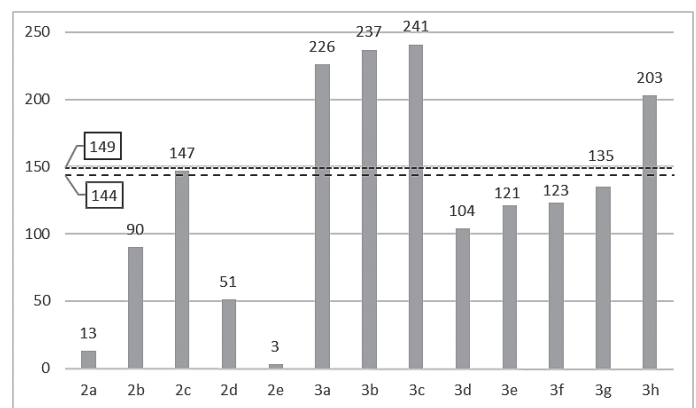
Ugotovili smo razlike med rezultati ocene na motoričnem delu FIM ob sprejemu med bolniki v kategorijah II in III (kategorija II v razponu od 21 do 77, kategorija III v razponu od 13 do 22) (Tabela 2). Razlike smo ugotovili tudi pri rezultatih ocene SCIM. Ocena ob sprejemu za bolnike v kategoriji II je v razponu od 15 do 68, za bolnike v kategoriji III od 0 do 17 (Tabela 2).

Rezultati analize porabljenega časa za nego za celoten vzorec so prikazani na Slikah 1 so 4. Na Slikah 1 in 2 je prikazan porabljeni čas za izvedbo vseh aktivnosti v določenem časovnem intervalu za izvedbo ocenjevanja na dan, ko je bilo največ aktivnosti zdravstvene nege. Sliki 3 in 4 prikazujeta vsoto vsega porabljenega časa v izbranem intervalu dneva za aktivnosti v prvih šestih dneh ocenjevanja. Pikčasta črta predstavlja povprečje vseh bolnikov v kategoriji III, razen 3h. Črtkana črta pa predstavlja povprečje bolnikov v kategoriji III brez 3a, 3c in 3h.



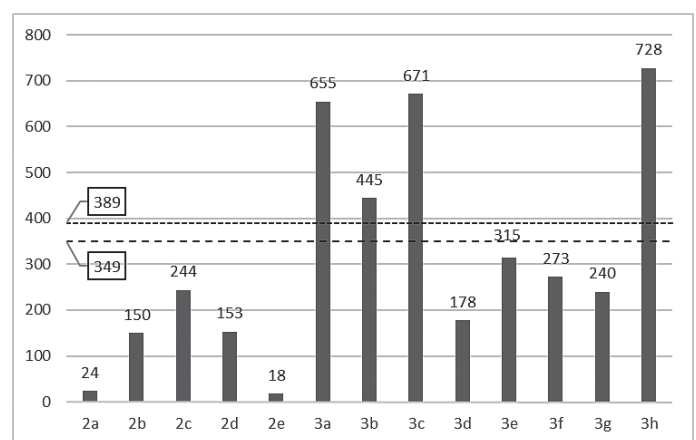
Slika 1: Maksimalno število porabljenih minut na dan za posameznega bolnika (v časovnem intervalu izvedbe ocenjevanja).

Figure 1: Maximum number of minutes spent per day on each patient (during the assessment time-period).



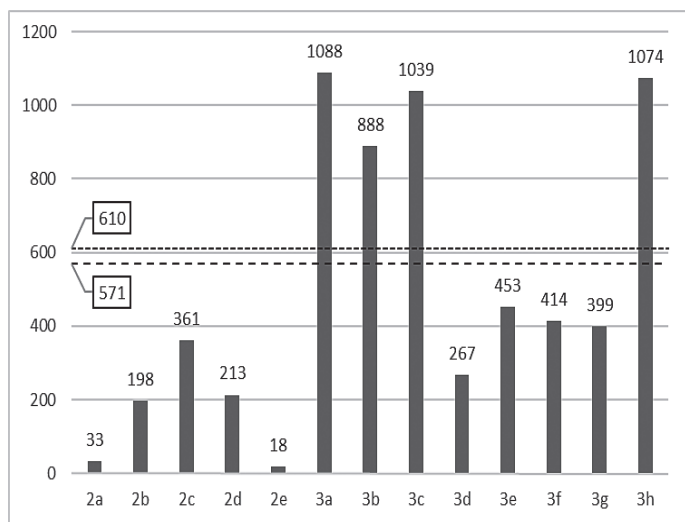
Slika 2: Maksimalno število porabljenih minut na dan (v časovnem intervalu izvedbe ocenjevanja), pomnoženo s številom oseb, ki so aktivnosti izvajale.

Figure 2: Maximum number of minutes spent per day on each patient (during the assessment time-period) multiplied by the number of staff who performed the activities.



Slika 3: Skupno število porabljenih minut za posameznega bolnika v prvih šestih dneh izvedbe ocenjevanja.

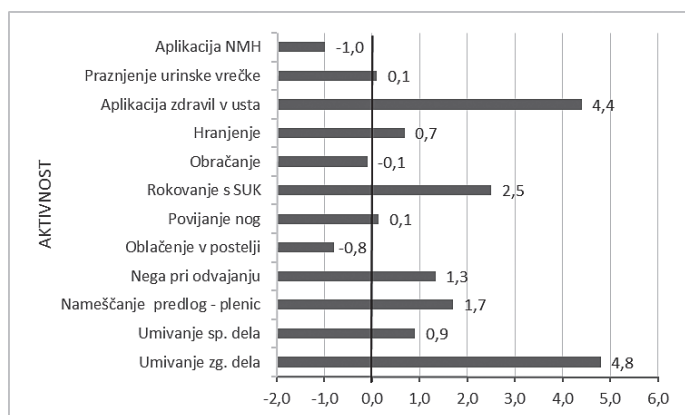
Figure 3: Total number of minutes spent on each patient during the first six days of assessment.



Slika 4: Število porabljenih minut za posameznega bolnika v prvih šestih dneh izvedbe ocenjevanja, pomnoženo s številom oseb, ki so pri negi sodelovale.

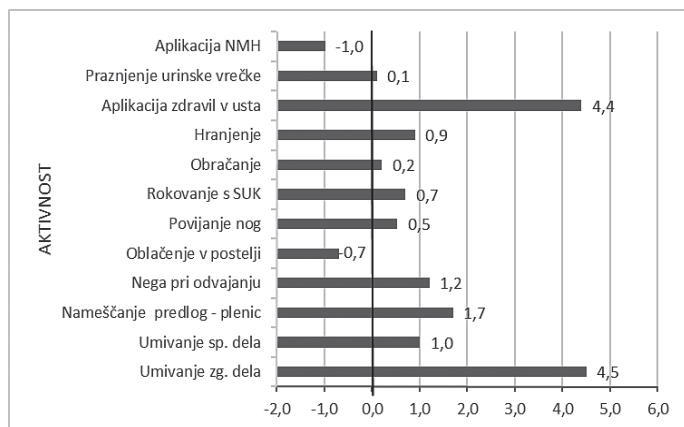
Figure 4: Total number of minutes spent on each patient during the first six days of assessment multiplied by the number of staff involved in nursing care.

Zadnji dve sliki (5 in 6) se nanašata na osebo 3h. Pri analizi posameznih aktivnosti je bila vrednost z izračunana na podlagi časa, porabljenega za osebo 3h, pri kar petih za več kot eno standardno deviacijo oddaljena od aritmetične sredine celotne kategorije III. Najbolj se je oseba 3h razlikovala pri porabljenem času za umivanje zg. dela telesa in aplikaciji zdravil v usta ($p < 0,0001$). Tri aktivnosti (praznjenje urinske vrečke, obračanje in povijanje nog) se po porabljenem času praktično niso razlikovale od celotne kategorije III. Pri dveh aktivnostih (aplikacija nizkomolekularnega heparina (NMH) in oblačenje v postelji) pa je bilo za osebo 3h porabljenega manj časa kot za ostale osebe iz kategorije III. Upoštevajoč število osebja, ki je pri negi sodelovalo, je bilo stanje zelo podobno.



Slika 5: Vrednosti z za različne aktivnosti pri osebi 3h, izračunane na podlagi časa, ki je bil porabljen za aktivnost.

Figure 5: Standardised deviates (z -values) for various activities of patient 3h calculated from the time spent on each activity.



Slika 6: Vrednosti z za različne aktivnosti pri osebi 3h, izračunane na podlagi časa za aktivnost, pomnoženega s številom oseb, ki so pri zdravstveni negi sodelovale.

Figure 6: Standardised deviates (z -values) for various activities of patient 3h calculated from the time spent on each activity multiplied by the number of staff involved in nursing care.

RAZPRAVA

Želeli smo dobiti vpogled v obseg problematike najzahtevnejših bolnikov, ki jih obravnavamo na oddelku z vidika zdravstvene nege. Zaradi boljšega ukrepanja na terenu ob poškodbi, boljše organiziranega transporta in obravnave ob poškodbi hrbtenjače ter zaradi zgodnje diagnostike in kirurškega ukrepanja ob boleznih hrbtenjače je preživetje oseb z okvaro hrbtenjače višje. Težnja je, da bolnika sprejmemo čim bolj zgodaj po akutni obravnavi, kar pomeni bolj zahtevno obravnavo in tudi zdravstveno nego ob sprejemu in med rehabilitacijsko obravnavo. Ugotovili smo, da so znotraj II. in III. kategorije velika odstopanja v zahtevnosti zdravstvene nege. Bolnikov, razvrščenih v I. kategorijo, v času raziskave nismo imeli na oddelku.

Bolniki v II. kategoriji zahtevnosti zdravstvene nege potrebujejo delno pomoč pri eni ali več aktivnostih, ki zajamejo osebno higieno, gibanje, hranjenje in/ali varnost. Ugotovili smo, da smo v dopoldanskem času za izbrane aktivnosti pri teh bolnikih porabili od 3 do 147 minut. V III. kategorijo zahtevnosti zdravstvene nege sodijo bolniki, ki potrebujejo popolno pomoč pri eni ali več omenjenih aktivnostih. Porabljen čas za izbrane aktivnosti v dopoldanskem času pri tej skupini bolnikov je bil od 52 minut do 140 minut.

Bolnik, označen s 3h, je bil v času hospitalizacije na 24-urni podporni mehanski ventilaciji. Na oddelku je bil sprejet neposredno iz intenzivne enote akutne bolnišnice. Potrebno je bilo stalno spremljanje vitalnih znakov in psihofizičnega stanja. Po šestih dneh je rehabilitacijsko obravnavo v URI - Soča prekinil in se vrnil v intenzivno enoto zaradi poslabšanja zdravstvenega stanja. V teh šestih dneh je bil ves čas v bolniški sobi, izvajali smo nego na postelji. Zaradi težav s požiranjem in vstavljene trahealne kanile smo potrebovali več časa za aplikacijo zdravil v

usta. Kasneje so mu zaradi težav pri hranjenju in požiranju vstavili perkutano endogastrostomo. Pri aplikaciji nizkomolekularnega heparina smo porabili manj časa, ker so bili vsi pripomočki zaradi izolacije v sobi; manj časa smo porabili pri oblačenju, saj le-to ni bilo potrebno. Bolnik zaradi slabega zdravstvenega stanja ni imel terapevtskega programa.

Bolnik, označen s 3c, pri katerem je bila poraba časa za aktivnosti najvišja, je bil sprejet iz terciarne ustanove, koloniziran s štirimi večkrat odpornimi bakterijami, zato je bila potrebna stroga kontaktna izolacija. Ves čas je bil v bolniški sobi, kjer so terapevti tudi izvajali terapije. Za izvedbo negovalnih aktivnosti se je osebje moralo obleči in obuti v zaščitna oblačila in obutev, po zaključku aktivnosti tudi sleči. Imel je vstavljeno trahealno kanilo, potrebne so bile številne aspiracije za čiščenje dihalnih poti. Bolnik je bil v akutni bolnišnici kirurško obravnavan zaradi razjede zaradi pritiska (RZP), zato smo v naši ustanovi izvajali strog režim obračanja v postelji za preprečitev ponovitve RZP.

Bolnik, označen s 3a, je bil na oddelku že deveti mesec, ker odpust v ustrezno negovalno ustanovo ni bil možen. Imel je več RZP, ki smo jih oskrbovali enkrat dnevno (tudi zato, ker smo dnevno izvajali elektrostimulacijo RZP), z izjemo na odvajalni dan, ko smo izvajali preveze tudi večkrat. Imel je vstavljeno trahealno kanilo. Za izčiščenje dihalnih poti smo večkrat dnevno izvajali manevre za asistiranje izkašljevanje. Zaradi popolne odvisnosti od pomoči ob tetraplegiji smo ga večkrat obračali v postelji. Zaradi čezmerne telesne teže je obračanje izvajalo več zdravstvenih tehnikov.

Pri izvedbi negovalnih aktivnosti so sodelovale največ tri osebe, razen pri premeščanju bolnika 3b, ki je tehtal 157 kg in so ga iz postelje na voziček in v obratni smeri premeščali štirje zdravstveni tehniki. Zaradi teže bolnika 3b nismo izvajali prhanja leže. Bil je koloniziran z MRSA, zato je osebje potrebovalo dodaten čas za uporabo zaščitnih sredstev pred izvedbo negovalnih aktivnosti in po njej.

Z Borgovo lestvico zaznanega napora smo pri izvajanju aktivnosti ocenjevali napor od najmanj (6 enot) do najbolj (20 enot) intenzivnega. Pri bolnikih v III. kategoriji je znašal od 11 do 20 enot, pri bolnikih v II. kategoriji pa od 12 do 15 enot. Iz rezultatov ocenjevanja napora lahko sklepamo, da kljub temu, da je negovalno osebje poučeno o pravilnem izvajanju negovalnih aktivnosti, izvedbo pri bolnikih v II. in III. kategoriji dojema kot lahko (11 - 12 enot) do maksimalno naporno (19 - 20 enot).

Pomanjkljivosti raziskave

Raziskava je bila narejena na majhnem vzorcu, delo smo beležili v izbranem časovnem intervalu, nekateri obrazci niso bili natančno izpolnjeni. Zavedati se moramo, da je merjenje opravljenega dela in beleženje opravljenih aktivnosti še dodatno delo za zdravstveno osebje. V raziskavo smo namensko vključili bolnike, uvrščene v III. kategorijo, za katere smo menili, da v resnici presegajo zahtevnost te kategorije. Meritve smo izvajali samo za določene oz. izbrane bolnike, ne pa sočasno za vse bolnike na oddelku, saj bi to presegalo naše delovne zmogljivosti. V tem času zaradi izvajanja

meritev ni bilo povečanega števila zaposlenih na oddelku. Vendar smo z izvajanjem meritev količine in kakovosti dela v zdravstveni negi pridobili številne, zelo dragocene podatke. Večino jih ni mogoče prikazati v tem članku. Kljub temu so dobljeni rezultati dovolj jasni, predvsem pa zelo pomembni za razumevanje realne slike o potrebah po zdravstveni negi bolnikov v bolnišničnem rehabilitacijskem okolju.

V raziskavi nismo nameravali oceniti obremenitve članov strokovne skupine za nego bolnika v danem trenutku ali opazovanem obdobju. Prav tako tudi nismo načrtovali ocene obremenitev posameznega člana strokovne skupine za nego. V prihodnje si želimo na osnovi takih analiz urediti bolj ustrezno in pošteno sestavo strokovne skupine na terciarni ravni zdravstvenega varstva, ki bi temeljila na metodološko primerljivih izračunih obremenjenosti posameznega zdravstvenega delavca. Kadrovske normativi so bili v preteklosti postavljeni na osnovi izkustev, sedaj pa na osnovi slovenskega povprečja. Na področju bolnišnične rehabilitacijske obravnave na nacionalni ravni ali v ustanovi nimamo izdelanih normativov za načrtovanje števila članov strokovne skupine za nego v dnevni (in nočni) izmenah, prav tako pa se število ne prilagaja glede na kategorizacijo ali težavnost bolnikov na oddelku.

Plačevanje storitev na področju zdravstva se izvaja po metodi glavarine, ki povrne izvajalcu storitev zdravstvenega varstva fiksni znesek na bolnika za določen sklop storitev. To pomeni, da dobi izvajalec zdravstvene storitve enako vsoto denarja za bolnika, s katerim ima malo dela in ki običajno kmalu zapusti ustanovo, kot za bolnika, s katerim ima veliko dela, veliko stroškov in ki je v ustanovi dlje časa. To je vsekakor napačno, saj spodbuja k naboru čim večjega števila bolnikov, ki ne ustvarjajo večjih stroškov, da je pretok bolnikov čim večji in da lahko ustanova na takšen način poveča svoj dohodek. S tem so bolniki s hujšimi okvarami lahko izločeni oziroma se jih izvajalci lahko izogibajo. Ob upoštevanju medicinske etike do takih primerov ne bi smelo prihajati, je pa kljub temu takšen pomislek na mestu.

Medicinske sestre smo gonilna sila za zagotavljanje kakovostne zdravstvene oskrbe, saj omogočamo, da je sistem še bolj učinkovit. Število zaposlenih v zdravstveni negi ter delovno okolje imata neposredne posledice za oskrbo bolnikov. Izsledki raziskav kažejo, da imajo bolnišnice z večjim deležem medicinskih sester na število bolnikov nižjo stopnjo umrljivosti (13). Podobno so bili manjše število medicinskih sester, povečan obseg dela in nestabilna delovna okolja v zdravstveni negi povezani z negativnimi izidi zdravljenja pri bolnikih, vključno pri padcih in napakah pri dajanju zdravil (14). Obsežna raziskava v Angliji je pokazala, da ima večje število zdravstvenih tehnikov/bolničarjev v primerjavi s številom diplomiranih medicinskih sester nasprotni učinek, torej višjo stopnjo umrljivosti v bolnišnicah, medtem ko je večje razmerje medicinskih sester na posteljo povezano z nižjo stopnjo umrljivosti pri ozdravljivih zapletih (15).

ZAKLJUČEK

Rezultati analize so pokazali velike razlike v zahtevnosti negovalne obravnave pri bolnikih, ki so uvrščeni v III. kategorijo

zahtevnosti zdravstvene nege. Bolniki so lahko zelo zahtevni za obravnavo le nekaj dni ali pa daljše obdobje - do več mesecev.

Glede na rezultate raziskave menimo, da bi tudi v rehabilitacijskem okolju na terciarni ravni zdravstvene oskrbe morali imeti možnost uvrstitve bolnikov v IV. negovalno kategorijo. To bi nam omogočilo realen prikaz zahtevnosti oskrbe pacientov, realno časovno, vsebinsko in finančno ovrednoteno delo zdravstvene nege v rehabilitacijskem timu in obenem tudi boljše načrtovanje dela celotnega rehabilitacijskega tima za obravnavo najzahtevnejših bolnikov z okvaro hrbtenjače v bližnji in daljni prihodnosti.

Literatura:

1. Marušič D. Izboljševanje sistema celovite kakovosti v zdravstvenem sistemu. Bilten. 2006; 22(2): 35.
2. Robida A, Yazbeck A, Kacopir B, Mate T, Marušič D. Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje; 2006.
3. Robida A. Program kakovosti v zdravstvu na ravni države. V: E-zdravje v e-Sloveniji: zbornik kongresa Slovenskega društva za medicinsko informatiko, Bled, 1. december 2004. Ljubljana: Slovensko društvo za medicinsko informatiko; 2004: 194-201.
4. Simčič B. Celovita kakovost v zdravstvu. V: Kakovost v zdravstvu: 12. strokovno srečanje ekonomistov in poslovodnih delavcev v zdravstvu, Otočec ob Krki, 12. in 13. maj 2005. Ljubljana: Društvo ekonomistov v zdravstvu; 2005: 24-7.
5. Štern B. Pomen sistemskega pristopa k vrednotenju kakovosti v zdravstvenem sistemu. Zdrav Vestn. 2006; 75(5): 303-8.
6. Hajdinjak G, Meglič R. Sodobna zdravstvena nega. 2. dopolnjena izd. V Ljubljani: Zdravstvena fakulteta; 2012.
7. de Miranda OR, Zorec M, Filej B, van den Hout AC. Razvrščanje pacientov in družin v kategorije v osnovni zdravstveni dejavnosti. Obzornik Zdr N. 2001; 35(6): 237-40.
8. de Miranda OR, Zorec M, Filej B, van den Hout AC. Razvoj metodologije merjenja količine dela v zdravstveni negi v mednarodnem projektu. Obzornik Zdr N. 2001; 35(5): 181-4.
9. Klančnik Gruden M, Bregar B, Peternej A, Marinšek N. Slovenska kategorizacija zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege (SKZBZN): priročnik. Verzija 4. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2011.
10. Puzić N, Burger H, Vidmar G, Marolt M, Zorko M, Moharić M. Zahtevnost rehabilitacije bolnišničnih pacientov na Inštitutu za rehabilitacijo v letih 2001 do 2007. Rehabilitacija. 2009; 8(1): 3-8.
11. Borg G. Psychophysical scaling with application in physical work and the perception of exertion. Scand J Work Environ Health. 1990; 16 Suppl 1: 55-8.
12. R Core Team. R: a language and environment for statistical computing. Vienna: R Foundation for Statistical Computing; 2013. Dostopno na: www.R-project.org (citirano 2. 3. 2017).
13. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse R, et. al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. Lancet. 2014; 383(9931): 1824-30.
14. Duffield C, Diers D, O'Brien-Pallas L, Aisbett C, Roche M, King M, et. al. Nursing staffing, nursing workload, the work environment and patient outcomes. Appl Nurs Res. 2011; 24(4): 244-55.
15. Griffiths P, Jones S, Bottle A. Is »failure to rescue« derived from administrative data in England a nurse sensitive patient safety indicator for surgical care? Observational study. Int J Nurs Stud. 2013; 50(2): 292-300.