

# MEDNARODNI PROJEKT O KOLIČINI IN KAKOVOSTI V ZDRAVSTVENI NEGI

INTERNATIONAL PROJECT ON QUANTITY AND QUALITY IN NURSING CARE

*Bojana Filej, Majda Zorec, Oscar R. de Miranda, Ton van den Hout, Ton van Naerssen*

UDK/UDC 616-083:331.05

DESKRIPTORJI: *zdravstvena nega; zdravstvena nega ocenjevanje raziskava*

DESCRIPTORS: *nursing care; nursing evaluation research*

Izvleček – *Prispevek opisuje potek mednarodnega projekta o količini in kakovosti v zdravstveni negi, ki poteka v Zdravstvenem domu Maribor v sodelovanju s Katoliško univerzo iz Nijmegen in ki ga financira Zunanje ministrstvo Nizozemske – MATRA. Predstavljeni so rezultati raziskave o količini in kakovosti zdravstvene nege v osnovni zdravstveni dejavnosti.*

Abstract – *The article describe an ongoing project on quantity and quality in nursing care that takes place at the Health Centre Maribor in cooperation with the Catholic University of Nijmegen and which is financed by Ministry for Foreign Affairs from the Netherlands MATRA. The article presents results of research on quantity and quality in nursing care in primary health care settings.*

## Uvod

Tudi zdravstvena nega postaja v času zdravstvenih reform vse pomembnejša ekonomska kategorija, čeprav še pri nas nimamo razvitega sistema spremljanja stroškov izvajalcev zdravstvene nege, razen njihovih stroškov za plače. Tudi ne zbiramo podatkov o opravljenem delu, razen v patronažni dejavnosti. Inštitut za varovanje zdravja zbira podatke o številu »medicinskih sester« (1), v katerega so vključene tako medicinske sestre kot tudi zdravstveni tehniki, s čimer je zbrisano realno stanje in ni možna primerljivost z drugimi evropskimi državami. Tako prihaja do napačne interpretacije podatkov in v tem primeru je jasno, da smo leta 1998 z 6,8 »medicinskimi sestrami« na 1000 prebivalcev bili pred Veliko Britanijo (5,0), Španijo (5,2), Portugalsko (3,8) in Madžarsko (5,0). Po številu medicinskih sester pa bistveno zaostajamo za Finsko (14,0) in Irsko (15,9). Če bi se želeli primerjati na primer s Finsko, bi moralo biti v Sloveniji 18.939 višjih oziroma diplomiranih medicinskih sester in 15.267 tehnikov zdravstvene nege, torej 34.206 izvajalcev zdravstvene nege ali ena in polkrat, več kot jih je sedaj!

Zdravstvene reforme pomenijo redukcije in najpogosteje te redukcije posežejo v kadre na področju zdravstvene nege. Tako zdravstvena zavarovalnica dosledno vsako leto zmanjšuje število kadrov v osnovni zdravstveni dejavnosti, v bolnišnicah pa bo verjetno

do tega tudi prišlo. Kadrovski normativi so bili v preteklosti postavljeni na osnovi izkustev, sedaj pa so postavljeni na osnovi slovenskega povprečja. Medicinskim sestram se nalaga vedno več dela, ne glede na to, da prevzemajo nove naloge z ozirom na spremenjeno epidemiološko situacijo, potrebe ljudi in glede na spremenjeno strategijo Svetovne zdravstvene organizacije – Zdravje 21.

Kako prepričati tiste, ki odločajo o finančnih sredstvih, da je medicinskih sester dejansko premalo, če pa za to nimamo ustreznih podatkov? Zavedamo se, da imajo vrednost le tisti podatki, ki so dobljeni na osnovi merjenja z določenimi znanstvenoraziskovalnimi metodami.

## Potek mednarodnega projekta »Količina in kakovost v zdravstveni negi«

V Zdravstvenem domu Maribor poteka mednarodni projekt »Količina in kakovost v zdravstveni negi« v sodelovanju s Katoliško univerzo iz Nijmegen na Nizozemskem. Projekt bo trajal tri leta in ga v celoti financira Zunanje ministrstvo Nizozemske – MATRA. Projekt vodita dr. Oscar R. de Miranda in Majda Zorec, viš.med.ses., prof. zdr. vzgoje. V Sloveniji projekt podpirata, ga usmerjata in nadzirata Ministrstvo za zdravje in Zbornica zdravstvene nege Slovenije –

Mag. Bojana Filej, viš. med. ses., univ. dipl. org., Zdravstveni dom Maribor, Ul. talcev 9, 2000 Maribor

Majda Zorec, viš. med. ses., prof. zdr. vzg., Zdravstveni dom Maribor, Ul. talcev 9, 2000 Maribor

Dr. Oscar R. de Miranda, Katoliška univerza Nijmegen, Nizozemska

Prof. dr. A. C. van den Hout, Katoliška univerza Nijmegen, Nizozemska

Dr. A. L. van Naerssen, Katoliška univerza Nijmegen, Nizozemska

Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Cilji projekta so:

- izdelati veljavne in zanesljive instrumente za merjenje količine in kakovosti dela v zdravstveni negi pri nas v osnovni zdravstveni dejavnosti;
- omogočiti načrtovanje kadrov in razporejanje dela izvajalcev zdravstvene nege na makro in mikro ravni zdravstvenega sistema;
- omogočiti glavnim medicinskim sestram učinkovito organizacijo dela;
- ugotoviti kakovost zdravstvene nege v zavodu;
- izdelati standarde količine in kakovosti dela v zdravstveni negi za izvajanje najboljše možne zdravstvene nege.

Projekt je razdeljen v več faz, ki obsegajo naslednje aktivnosti:

#### 1. faza (1. 7. 1999 – 31. 12. 1999)

- predstavitev projekta v zavodu;
- oblikovanje delovnih skupin (delovna skupina za količino, delovna skupina za kakovost, delovna skupina za izobraževanje, delovna skupina za merjenje količine, delovna skupina za merjenje kakovosti, delovna skupina za standardizacijo);
- oblikovanje instrumentov za merjenje količine dela;
- priprava in izvedba programa izobraževanja za medicinske sestre, ki so izvajale meritve;
- priprava in izvedba programa izobraževanja za medicinske sestre na pilotskem dispanzerju;
- pilotsko testiranje instrumentov za merjenje količine dela.

#### 2. faza (1. 1. 2000 – 30. 6. 2000)

- izvedba programa izobraževanja za medicinske sestre v vseh dispanzerjih, vključenih v projekt;
- izvedba meritev količine dela v vseh dispanzerjih;
- oblikovanje instrumentov za merjenje kakovosti dela;
- priprava in izvedba programa izobraževanja za medicinske sestre, ki so izvajale meritve kakovosti;
- priprava in izvedba programa izobraževanja za medicinske sestre na pilotskem dispanzerju;
- pilotsko testiranje prilagojenih instrumentov za merjenje kakovosti zdravstvene nege.

#### 3. faza (1. 7. 2000 – 31. 12. 2000)

- 16-tedenska kategorizacija pacientov v vseh dispanzerjih;
- priprava in izvedba programa izobraževanja za medicinske sestre v vseh dispanzerjih vključenih v projekt (kakovost);
- izvedba meritev kakovosti v vseh dispanzerjih;
- priprava računalniškega programa za potrebe razporejanja pacientov v kategorije.

#### 4. faza (1. 1. 2001 – 30. 6. 2001)

- oblikovanje časovnih standardov za izvajanje zdravstvene nege v dispanzerski in ambulantni dejavnosti;
- oblikovanje kadrovskih standardov;
- sprejetje sistema razporejanja pacientov v kategorije za osnovno zdravstveno dejavnost na Razširjenem strokovnem kolegiju za zdravstveno nego;
- izobraževanje glavnih in odgovornih medicinskih sester za izračunavanje potrebnega kadra na osnovi kategorizacije pacientov in časovnih standardov.

#### 5. faza (1. 7. 2001 – 31. 12. 2001)

- oblikovanje standardov in kriterijev kakovosti zdravstvene nege;
- predstavitev rezultatov meritev količine in kakovosti ter standardov strokovni javnosti;
- postopno prevzemanje in samostojno izvajanje nalog, ki izhajajo iz projekta.

#### 6. faza (1. 1. 2002 – 30. 6. 2002)

- samostojno izvajanje nalog, ki izhajajo iz projekta;
- dnevno spremljanje delovne obremenitve;
- širjenje znanja.

Projekt torej posega na tri področja – področje količine opravljenega dela, kakovosti opravljenega dela in izobraževanja.

V projekt so vključene vse dejavnosti, ki so organizirane v zdravstvenem domu – ambulantna in dispanzerska dejavnost splošne medicine, medicine dela, prometa in športa, predšolskih in šolskih otrok, zobozdravstvenega varstva odraslih ter patronažna dejavnost.

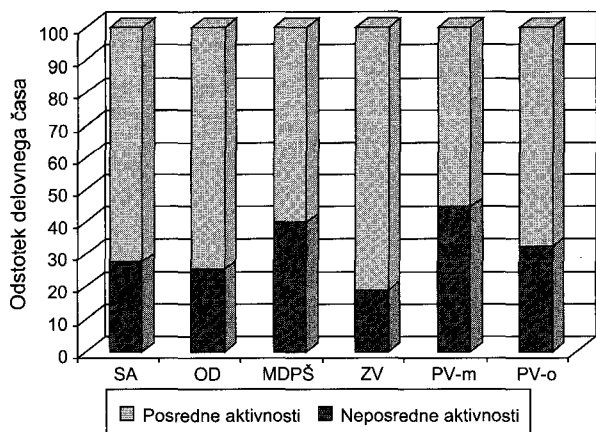
Merjenje količine dela je potekalo po metodi večkratnih trenutnih opazovanj (MVTO) in so jo izvajale za to usposobljene medicinske sestre. Kakovost opravljenega dela je bila merjena s pomočjo obsežnega vprašalnika za paciente in medicinske sestre ter s pomočjo pregleda dokumentacije za obravnavanega pacienta. Izobraževanje pa je potekalo za vse medicinske sestre in zdravstvene tehnike, vključene v projekt. Sedaj poteka usposabljanje za glavne medicinske sestre zdravstvenih domov Slovenije.

### Rezultati meritev količine dela

Za izvajanje merjenja količine dela je bil pripravljen poseben instrument, ki je razdelil intervencije zdravstvene nege v dve skupini, in sicer v neposredne aktivnosti (direktno zdravstveno nego) in v posredne aktivnosti (indirektno zdravstveno nego). Aktivnosti zdravstvene nege so bile definirane, prav tako tudi podaktivnosti v vsaki aktivnosti.

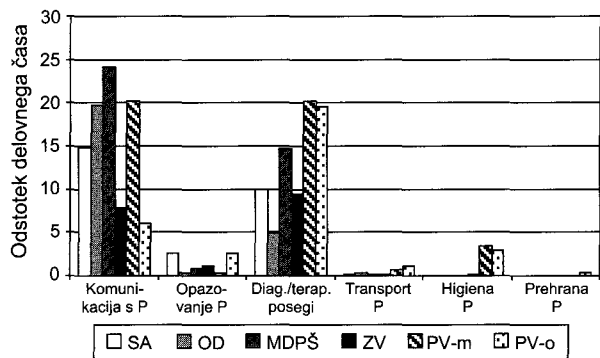
Z merjenjem smo ugotovili, da je ustrezno razmerje med neposrednimi in posrednimi aktivnostmi v zdravstveni negi – 20 : 80 (3) (standard za osnovno zdravstveno dejavnost v drugih državah) prisotno le v zobo-

zdravstvenem varstvu, v vseh ostalih dejavnostih pa ta standard ni dosežen. Bistveno odstopata dejavnost medicine dela, prometa in športa in patronažna dejavnost na mestnem območju. Razmerje med neposrednimi in posrednimi aktivnostmi v zdravstveni negi v teh dveh dejavnostih (graf 1) je značilno za zdravstveno nego na intenzivnih oddelkih (2).



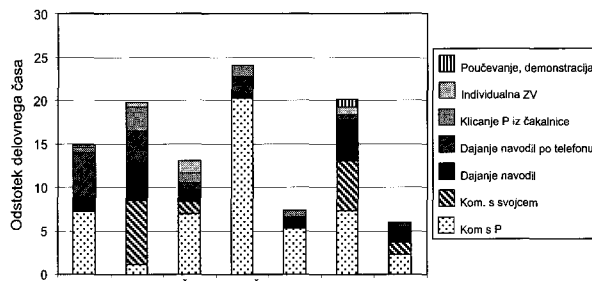
Graf 1. Primerjava neposrednih in posrednih aktivnosti v zdravstveni negi po dejavnostih.

Neposredne aktivnosti v zdravstveni negi so naslednje: komunikacija s pacientom, opazovanje pacienta, diagnostično terapevtski posegi, transport pacienta, higiena pacienta in prehrana pacienta. Vsaka aktivnost je seveda natančno definirana s podaktivnostmi. V grafu 2 je razvidno, da bistveno izstopata aktivnosti »komunikacija s pacientom« in »diagnostično terapevtski posegi«. Za aktivnost »komunikacija s pacientom« potrebuje medicinska sestra ali zdravstveni tehnik v medicini dela kar 24 % svojega časa, v dispanzerju za otroke in v patronažni dejavnosti na mestnem območju pa 20 %. Medicinske sestre in zdravstveni tehniki potrebujejo okoli 20 % delovnega časa za izvajanje diagnostično terapevtskih posegov v patronažni dejavnosti (zdravstvena nega bolnika na domu) in okoli 15 % v medicini dela prometa in športa (izvajanje antropometričnih meritev).



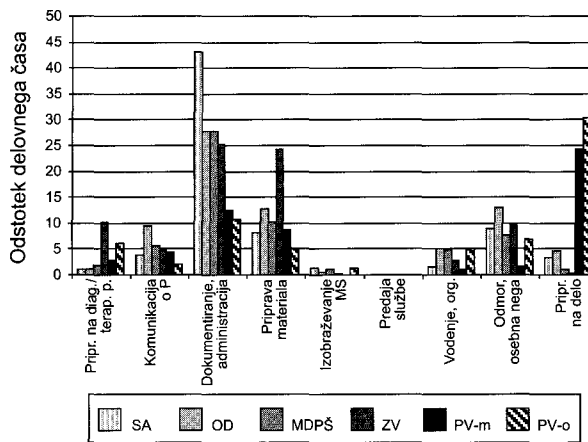
Graf 2. Primerjava neposrednih aktivnosti v zdravstveni negi po dejavnostih.

Aktivnost »komunikacija s pacientom« je definirana z naslednjimi podaktivnostmi: komunikacija s pacientom, komunikacija s svojcem, dajanje navodil, dajanje navodil po telefonu, klicanje pacienta iz čakalnice, individualna zdravstvena vzgoja in poučevanje ter demonstracija. Če analiziramo navedeno aktivnost komunikacije v medicini dela, prometa in športa, kjer medicinska sestra oziroma zdravstveni tehnik zanjo porabi 24 % svojega delovnega časa ugotovimo, da porabi kar 20 % časa za komuniciranje s pacientom, okoli 2,5 % za dajanje navodil po telefonu, 1 % za klicanje pacienta iz čakalnice in ostalo za dajanje navodil (graf 3).



Graf 3. Razmerje podaktivnosti v aktivnosti »komunikacija s pacientom« po dejavnostih.

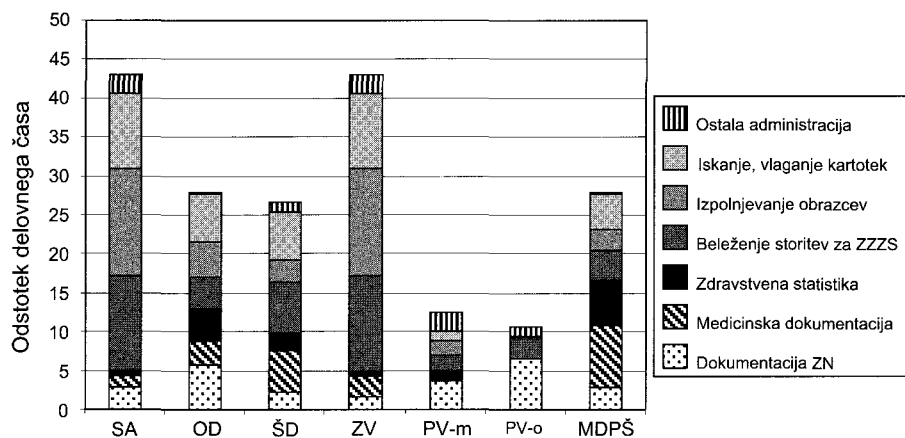
Posredne aktivnosti v zdravstveni negi so naslednje: priprava na diagnostično terapevtske posege, komuniciranje o pacientu, dokumentacija in administracija, priprava materiala in prostora, izobraževanje medicinskih sester, predaja službe, vodenje in organiziranje, odmor in osebna nega ter priprava na delo. Bistveno odstopa aktivnost »dokumentiranje in administracija«, saj medicinske sestre in zdravstveni tehniki največ delovnega časa zanjo potrebujejo v ambulantah splošne medicine (okoli 44 %), 28 % v dispanzerju za otroke in v medicini dela prometa in športa ter okoli 20 % v zobozdravstvenih ambulantah za odrasle (graf 4). Opazna odstopanja so še pri aktivnosti »priprava



Graf 4. Primerjava posrednih aktivnosti v zdravstveni negi po dejavnostih.

na delo« v patronažni dejavnosti in »priprava materiala« v zobozdravstveni dejavnosti.

Za medicinske sestre in zdravstvene tehnike v osnovni zdravstveni dejavnosti velja, da veliko časa namenijo dokumentiranju in administraciji, kar se je pokazalo tudi v projektu. Aktivnost je definirana s podaktivnostmi beleženja različnih podatkov (zdravstveno negovalnih, medicinskih, statističnih...) v različne dokumente oziroma obrazce. Te podaktivnosti so: dokumentacija zdravstvene nege, medicinska dokumentacija, zdravstvena statistika, beleženje storitev za zdravstveno zavarovalnico, izpolnjevanje obrazcev, iskanje in vlaganje kartotek in ostala administracija (graf 5).



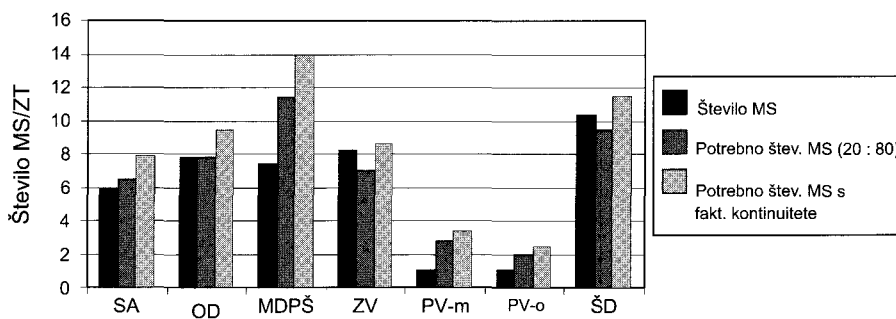
Graf 5. Razmerje podaktivnosti v aktivnosti »dokumentacija in administracija« po dejavnostih.

Iz zbranih podatkov ugotavljamo, da je največ dokumentiranja in administracije prisotnega v ambulantah splošne medicine in v zobozdravstvenem varstvu, in to kar okoli 43 %. Tudi razmerje v podaktivnostih v obeh dejavnostih je približno enako: izpolnjevanje obrazcev, beleženje storitev za zdravstveno zavarovalnico, iskanje in vlaganje kartotek, dokumentacija zdravstvene nege, ostala administracija, medicinska dokumentacija in zdravstvena statistika. Zanimiva je ugotovitev, da medicinska sestra oziroma zdravstveni tehnik pravzaprav v vseh dejavnostih potrebuje za iskanje in vlaganje kartotek od 4 % do 6 % svojega delovnega časa (dispanzer za otroke, dispanzer za šolarje, medicina dela, prometa in športa), v splošnih ambulantah in v zobozdravstvenih ambulantah pa kar 10 % svojega delovnega časa. Navedena podaktivnost je zelo pomembna, čeprav se nepoznavalca lahko zdi banalna. Napačno vložena kartoteka pomeni praktično to, da bi morala medicinska sestra oziroma zdravstveni tehnik

pregledati tudi več kot 3000 kartotek, da bi našla pravo! Veliko časa zahteva beleženje storitev za zdravstveno zavarovalnico, kar je jasno, saj je sistem evidence in nadzora s strani zdravstvene zavarovalnice računalniško vzpostavljen in poteka ažurno.

Graf 6 nam prikazuje delovno obremenitev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov. Delovna obremenitev je izračunana na osnovi več parametrov, ki jih je pri tem treba upoštevati.

Graf nam prikazuje število prisotnih medicinskih sester oziroma zdravstvenih tehnikov, število potrebnih izvajalcev zdravstvene nege glede na količino opravljenega dela in število potrebnega kadra, če bi pri izračunavanju upoštevali dejavnik kontinuitete (povprečno število dni dopusta, povprečno število dni bolniške odsotnosti in število dni za strokovno izpopolnjevanje po kolektivni pogodbi). Podatki so pokazali, da so najbolj obremenjene medicinske sestre in zdravstveni tehniki v dispanzerju medicinske dela in v patronažni dejavnosti ter da potrebujemo večje število izvajalcev zdravstvene nege v

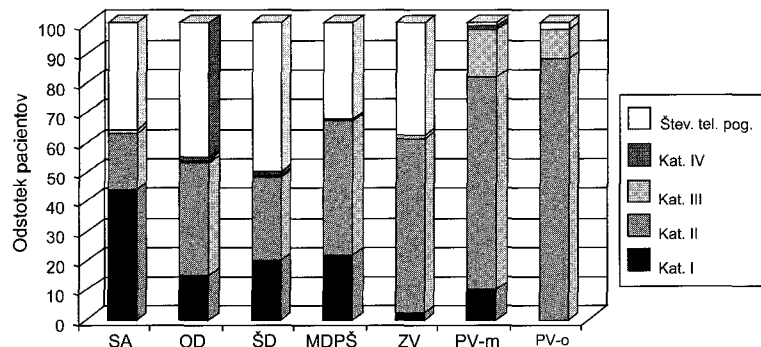


Graf 6. Delovna obremenitev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov po dejavnostih.

vseh dejavnostih, če upoštevamo dejavnik kontinuitete. Če upoštevamo le standard razmerja med neposrednimi in posrednimi aktivnostmi v zdravstveni negi (20 % neposredne aktivnosti : 80 % posredne aktivnosti v zdravstveni negi), potem je bilo v času merjenja zadostno število izvajalcev zdravstvene nege v dispanzerju za otroke, preveč pa v zobozdravstvenem varstvu in v dispanzerju za šolske otroke.

Za izračunavanje delovne obremenitve izvajalcev zdravstvene nege potrebujemo tudi podatek o tem, koliko pacientov je razvrščenih v posamezno kategorijo. Za potrebe projekta smo razvili tako imenovani *mariborski sistem razvrščanja pacientov v kategorije v*

osnovni zdravstveni dejavnosti. Kategorije nam povedo, koliko časa medicinske sestre je potrebne za pacienta v posamezni kategoriji in kakšne paciente obravnavajo izvajalci zdravstvene nege glede na njihove potrebe po zdravstveni negi in glede na njihovo sposobnost samooskrbe.



Graf 7. Primerjava pacientov po kategorijah.

Največ pacientov je razvrščenih v drugo kategorijo, se pravi v kategorijo pacientov, ki potrebujejo delno pomoč, podporo in nadzor medicinske sestre. Morda je presenetljivo, da tudi v osnovni zdravstveni dejavnosti obravnavamo paciente, razvrščene v četrto kategorijo (dispanzer za otroke in šolske otroke, patronažna dejavnost). V tej kategoriji potrebujejo pacienti stalno pomoč, podporo, opazovanje in nadzor medicinske sestre, kar pomeni, da mora biti medicinska sestra ves čas, ko je pacient v ambulanti, ob njem oziroma da je prisotnost patronažne medicinske sestre potrebna vsaj enkrat dnevno na pacientovem domu. Zanimiv je tudi podatek, da od 38 % do 55 % pacientov, poleg vseh tistih, ki obiščejo ambulante, še želi dodatne informacije po telefonu. V času je to približno 10 % delovnega časa medicinske sestre. Storitve ni niti evidentirana niti finančno vrednotena. Analizo vsebine telefonskih pogovorov bomo dodatno raziskovali s pomočjo študentov ob delu na Visoki zdravstveni šoli v Mariboru.

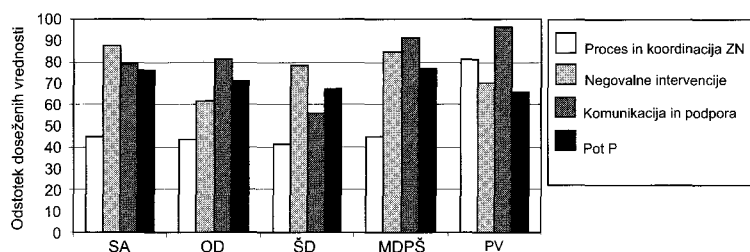
## Rezultati meritev kakovosti zdravstvene nege

Kakovost v zdravstveni negi smo merili s pomočjo vprašalnika za pacienta, vprašalnika za medicinsko sestro in s pomočjo pregleda pacientove dokumentacije ter z opazovanjem izvedenih negovalnih intervencij. Vprašalnika za pacienta se v patronažni dejavnosti in v zobozdravstveni dejavnosti razlikujeta.

Kakovost zdravstvene nege opredeljujejo štirje koncepti – pot pacienta, komunikacija in podpora, negovalne intervencije, proces in koordinacija zdravstvene

nege, vsak koncept pa merimo z indikatorji. Graf 8 nam prikazuje odstotek dosežene vrednosti kakovosti v posameznem konceptu v splošnih ambulantah, v dispanzerju za otroke in šolarje, na področju medicine dela ter v patronažni dejavnosti.

Odstotkov doseženih vrednosti konceptov kakovosti ne moremo ocenjevati kot »dobro« ali »slabo«. Potrebno si je prizadevati za izboljšanje doseženih vrednosti, za kar pa je potrebno pripraviti določene standarde, ki določajo željeno raven opravljanja dela. Tako so v pripravi različni standardi, kot so na primer etična načela v zdravstveno negovalnem procesu obravnave pacienta, filozofija zdravstvene nege v osnovni zdravstveni dejavnosti itn.



Graf 8. Koncepti kakovosti po dejavnostih.

## Sklep

Z izvajanjem meritev količine in kakovosti dela v zdravstveni negi smo pridobili številne zelo dragoocene podatke. Večino njih ni mogoče prikazati v tem članku. Podatke bomo uporabljali v samem zdravstvenem domu za izboljšanje organizacije dela na vseh ravneh organizacijske strukture ter za izboljšanje kakovosti zdravstvene nege. Na nacionalni ravni nam bodo podatki v pomoč za prikaz dela medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, za prikaz njihove obremenjenosti ter za določitev ustreznih kadrovskih normativov za osnovno zdravstveno dejavnost.

## Literatura

1. Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. Zdravstveni statistični letopis Slovenija 1998. Zdrav Var 1999; 38.
2. De Miranda OR. The workload on the Emergency Room from the University Hospital of Nijmegen. Nijmegen: University Hospital Nijmegen, 1985.
3. De Miranda OR, Blanjaar H. Patient Classification and the workload of the nurses on policlinics. Nijmegen: University of Nijmegen: 1986.
4. McHugh M, Dwyer V. Measurement issues in patient acuity classification for prediction of hours in nursing care. Nur Admin Quar 1992; 16: 20–31.