



Visoka šola
za zdravstveno nego
Jesenice
College
of Nursing
Jesenice

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

KATEGORIZACIJA ZDRAVSTVENE NEGE V SOCIALNOVARSTVENIH ZAVODIH

CATEGORISATION OF NURSING IN LONG- TERM CARE HOMES

Mentor: mag. Ljiljana Leskovic, viš. pred.

Kandidatka: Janja Duh

Jesenice, maj, 2014

ZAHVALA

Hvala moji mentorici mag. Ljiljani Leskovic, viš. pred., za vso pomoč in svetovanje pri izdelavi moje diplomske naloge.

Hvala obema recenzentoma izr. prof. dr. Brigiti Skela Savič in mag. Branku Bregarju, viš. pred. za pomoč in ustrezno vodenje do dokončanja mojega diplomskega dela.

Hvala moji lektorici Tanji Zečevič, univ. dipl. prof. slovenščine. Hvala tudi DEKS d.o.o. za prevod povzetka diplomskega dela v angleški jezik.

Hvala možu Štefanu za vse zaupanje vame in vso pomoč, s katero je brezpogojno prispeval, da mi je uspelo uresničiti želje in načrte. Moje delo je posvečeno njemu in mojim trem otrokom Juretu, Anji in Zali, ki so z velikim veseljem sprejemali moje študentske uspehe in mi tako stali ob strani.

Hvala moji delovni organizaciji, da mi je omogočila študij.

Hvala nekdanjima sodelavkama Maji Tavželj in Jasni Mali ter sedanjima sodelavcema Rudiju Slugi in Dejanu Nojiću za vso podporo, da sem lahko opravila študijske obveznosti.

Hvala vsem sošolcem in sošolkam na visoki šoli za nepozabne trenutke, saj brez njih študij ne bi bil to, kar je bil.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Kategorizacija zdravstvene nege je pomembna za financiranje zdravstvene nege in upravljanje s kadri v socialnovarstvenih zavodih. Namen Lestvice sposobnosti samooskrbe (LOSS) je z oceno socialnih in zdravstvenih potreb stanovalcev omogočiti celosten pristop in izboljšavo kakovosti obravnave.

Cilj: Želeli smo ugotoviti, ali obstajajo razlike med kategorizacijo zdravstvene nege po merilih ZZZS in kategorizacijo LOSS; ali bi hipotetično prišlo do razlik v številu kadra ob sprejetju kategorizacije zdravstvene nege in rehabilitacije ter uporabnosti LOSS kot načina kategorizacije zdravstvene nege v socialnovarstvenih zavodih.

Metoda: Raziskava je temeljila na deskriptivni kvantitativni metodi dela z uporabo anketnega vprašalnika. Oblikovan je bil anketni vprašalnik s štirimi sklopi: demografski podatki; podatki o kategorizaciji zdravstvene nege po merilih ZZZS, o kategorizaciji zdravstvene nege in rehabilitacije (pilotna kategorizacija); podatki o številu zaposlenih; podatki o razvrščanju stanovalcev po LOSS lestvici. Zbiranje podatkov smo izvedli po predhodni pridobitvi soglasij zavodov (Dom Petra Uzarja Tržič, Dom upokojencev Preddvor, Dom dr. Janka Benedika Radovljica, Dom upokojencev Kranj, Dom Franceta Bergelja Jesenice). Poslanih je bilo pet vprašalnikov, odzivnost je bila 100%. Raziskava je potekala od 7. 11. 2012 do 18. 12. 2012. Vzorec merjencev je bil namensko izbran. Podatki so obdelani z računalniškima programoma SPSS 17.0 in Excell 2007, uporabili smo deskriptivno in bivariatno statistiko.

Rezultati: Kategorizaciji zdravstvene nege po merilih ZZZS in kategorizacije LOSS nista primerljivi zaradi prevelikih odstopanj v postavkah za določanje kategorije; ob uvedbi kategorizacije zdravstvene nege in rehabilitacije bi izgubili zdravstveni kader: bolničar/negavalec ($p=0,022$), srednja medicinska sestra ($p=0,007$), diplomirana medicinska sestra ($p=0,004$), delovni terapevt ($p=0,011$). Število ponovitev LOSS (0,47%) kaže na stabilno zdravstveno stanje stanovalcev domov za starejše.

Razprava: Trenutno je najbolj ustrezna že obstoječa kategorizacija zdravstvene nege po merilih ZZZS. Pri kategorizaciji po LOSS bi bila ob novi določitvi sistema vrednotenja

lestvica LOSS primerna za kategorizacijo zdravstvene nege v socialnovarstvenih zavodih.

Ključne besede: kategorizacija, zdravstvena nega, stanovalci, socialno varstveni zavod

ABSTRACT

Theoretical bases: Patient acuity classification is important for financing nursing care and human resources management in long-term care homes. The purpose of the Self-Care Assessment Scale (LOSS) is to assess the social and healthcare needs of residents to provide a comprehensive approach to treatment and improve its quality.

Objective: The aim of this study was to determine any differences between the patient acuity classification following the criteria of the Slovenian Health Insurance Institute (ZZZS) and the LOSS classification, and whether adopting a new patient acuity classification and using LOSS as a method of classifying patients at long-term care homes would result in changes in the number of staff.

Method: This study was based on a descriptive quantitative work model using a questionnaire, which included four sections: demographic data; data on patient acuity classification following the ZZZS rules and data on the proposed new patient acuity classification (pilot classification); data on the number of staff; and data on classifying residents according to the LOSS scale. Data were collected based on prior consent obtained from individual institutions (the Peter Uzar Retirement Home in Tržič, Preddvor Retirement Home, Janko Benedik Retirement Home in Radovljica, Kranj Retirement Home, and France Bergelj Retirement Home in Jesenice). Five questionnaires were sent out, and we received a 100% response. The study was carried out from 7 November to 18 December 2012. The respondent sample was a non-random selection. The data were processed with SPSS 17.0 and Excel 2007 software, using descriptive and bivariate statistics.

Results: The ZZZS and LOSS patient acuity classifications are not comparable because the differences in the class-specifying items are too great. If the proposed new classification were introduced, this would result in a reduction in the number of the following nursing staff: certified nursing assistants ($p = 0.022$), licensed practical nurses ($p = 0.007$), registered nurses ($p = 0.004$), and occupational therapists ($p = 0.011$). The number of LOSS repetitions (0.47%) indicates the stable health condition of retirement home residents.

Discussion: The applicable *ZZZS* patient acuity classification is currently the most appropriate. Provided that a new evaluation system is defined for the LOSS classification, the LOSS scale would be appropriate for classifying patients at long-term care homes.

Keywords: classification, nursing care, residents, long-term care home

KAZALO

1	UVOD	1
2	TEORETIČNI DEL	4
2.1	ZDRAVSTVENA NEGA V DOMOVIH ZA OSTARELE	5
2.1.1	Model V. Henderson kot najpogosteje uporabljen model obravnave v domovih za ostarele.....	5
2.2	KATEGORIZACIJA ZDRAVSTVENE NEGE	7
2.2.1	Definicija kategorizacije	8
2.2.2	Kategorizacija zdravstvene nege po merilih za razvrščanje stanovalcev po zahtevnosti zdravstvene nege (kategorizacija po merilih Zavoda za zdravstveno zavarovanje).....	9
2.2.3	Vsebinski opis kategorij zdravstvene nege po merilih za razvrščanje stanovalcev po zahtevnosti zdravstvene nege (po merilih Zavoda za zdravstveno zavarovanje).....	11
2.2.4	Kategorizacija zdravstvene nege po merilih za razvrščanje stanovalcev v kategorije zahtevnosti zdravstvene nege in rehabilitacije (pilotna kategorizacija)	13
2.2.5	Vsebinski opis kategorij zdravstvene nege po merilih za razvrščanje stanovalcev v kategorije zahtevnosti zdravstvene nege in rehabilitacije (pilotna kategorizacija)	14
2.2.6	Nasprotja pri določanju kriterijev znotraj iste ocenitve	19
2.2.7	Lestvica ocene samooskrbe – lestvica LOSS (pilotna kategorizacija)	22
2.3	ZDRAVSTVENO-NEGOVALNI KADER IN NJEGOVE KOMPETENCE V DOMOVIH ZA OSTARELE	26
2.3.1	Diplomirana medicinska sestra.....	27
2.3.2	Srednja medicinska sestra	28
2.3.3	Bolničar – negovalec.....	28
2.3.4	Fizioterapevt.....	28
2.3.5	Delovni terapevt.....	29
3	EMPIRIČNI DEL	30
3.1	NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA	30
3.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	30
3.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	31
3.3.1	Metode in tehnike zbiranja podatkov.....	31
3.3.2	Opis merskega instrumenta	31
3.3.3	Opis vzorca.....	32
3.3.4	Opis obdelave podatkov	32
3.4	REZULTATI	33
3.5	RAZPRAVA	38
4	ZAKLJUČEK	40
5	LITERATURA	42
6	PRILOGE	46
6.1	INSTRUMENT	46

KAZALO TABEL

Tabela 1: Nabor storitev zdravstvene nege in rehabilitacije	15
Tabela 2: Nabor storitev fizioterapije in delovne terapije.....	17
Tabela 3: Opis posameznih kategorij stanja sposobnosti samooskrbe in število točk, ki jih posameznik potrebuje za doseg določene kategorije	23
Tabela 4: Primer stopenj ocenjevanja sposobnosti pacienta v življenjskih aktivnostih prehranjevanje in pitje	24
Tabela 5: Ali obstaja razlika med kategorizacijo zdravstvene nege po Lestvici ocene samooskrbe LOSS in kategorizacijo zdravstvene nege merilih ZZZS v domovih za ostarele v gorenjski regiji?	33
Tabela 6: Stanovalci, razvrščeni v kategorije od 1 do 5 po Lestvici samooskrbe LOSS.	34
Tabela 7: Primerjava kategorizacije zdravstvene nege po merilih ZZZS in pilotne kategorizacije in kategorizacije po merilih ZZZS in lestvice LOSS med gorenjskimi domovi.....	35
Tabela 8: Število kadra glede na kategorizacijo zdravstvene nege po zahtevnosti zdravstvene nege in v kategorizacijo zahtevnosti zdravstvene nege in rehabilitacije v gorenjski regiji v storitvi »dan zdravstvene nege« v domovih za starejše.....	37
Tabela 9: Ali je uporabnost Lestvice ocene samooskrbe LOSS upravičena kot sistem kategorizacije v domovih za starejše osebe ?	38

KAZALO SLIK

Slika 1: Možnost prikaza lestvice LOSS	25
---	----

1 UVOD

Eden izmed sodobnih menedžerskih pristopov v zdravstveni negi v Sloveniji je uporaba kategorizacije pacientov glede na zahtevnost zdravstvene nege.

Zdravstvena nega je zaradi uporabe tega orodja z vidika kadrovskih virov bolje načrtovana. Tako lahko sledi potrebam pacientov po zdravstveni negi in ciljem na področju zviševanja kakovosti storitev. Poleg tega kategorizacija zahtevnosti zdravstvene nege omogoča smotno porazdelitev kadra glede na obremenitve na delovnem mestu. Kategorizacija zahtevnosti zdravstvene nege je pomemben element zagotavljanja kakovosti v zdravstveni negi. Celovito zagotavljanje kakovosti v zdravstveni negi je tudi ena izmed temeljnih usmeritev področja menedžmenta v zdravstveni negi (Vrečar, Skela Savič, 2009).

Namen kategorizacije zdravstvene nege pacientov je predvsem, da bi ocenili intenzivnost zdravstvene nege ter izračunali stroške (dejanske, predvidene) za posamezni oddelek (Petkovšek Gregorin, Karan, 2008).

Pri razvrščanju pacientov v kategorije zdravstvene nege lahko izmerimo tudi čas, ki je potreben za zdravstveno nego pacientov (ibid).

Na podlagi ugotovljenih potreb po storitvah zdravstvene nege in rehabilitacije, ki izhajajo iz zdravstvenega stanja in Nabora storitev zdravstvene nege in rehabilitacije, se določi kategorija zahtevnosti zdravstvene nege za razvrščanje uporabnika. Kategorizacija se spreminja glede na aktualne zahteve, ki izhajajo iz zdravstvenega stanja uporabnika in glede na načrt storitev zdravstvene nege in rehabilitacije, ki bodo sledile ugotovljenim potrebam (Skupnost socialnih zavodov Slovenije, 2011).

Povsod po svetu se javni zdravstveni zavodi srečujejo s pomanjkanjem kadra, tako v zdravstveni negi kot v drugih disciplinah. Da bi v zdravstveni negi subjektivno oceno pomanjkanja izvajalcev zdravstvene nege objektivno prikazali, so se začeli razvijati različni sistemi kategorizacije pacientov na podlagi zahtevnosti zdravstvene nege. Sistemi kategoriziranja so se razvili z namenom prikazati zahtevnost/intenzivnost zdravstvene nege na objektivni način in s tem prilagoditi kadrovske zasedbe v skladu z

intenzivnostjo zdravstvene nege (Sullivan, Decker, 1977 povz. po Bregar, Klančnik Gruden, 2009, str. 11-13).

»Kadri so temeljni dejavniki sleherne dejavnosti in gonilo ter »predmet« razvoja. Kadri so vsi ljudje, ki lahko ustvarjajo, sodelujejo pri delu, pri načrtovanju, odločanju in izvajanju nalog za doseg osebnih in delovnih ciljev v organizaciji« (Možina et al., 1998 cit. po Vrtek, 2007, str. 8).

Kot navaja Kavšek (2006) sta zdravstvena nega in oskrba osnovni dejavnosti v domovih starejših in pokrivata po zasedenosti največji delež kadra. Nosilka procesa zdravstvene nege je diplomirana medicinska sestra. Negovalni tim sestavljajo diplomirana medicinska sestra, tehniki zdravstvene nege in bolničarji. V tim zdravstvene nege so vključeni fizioterapevti in delovni terapevti, ki izvajajo rehabilitacijske storitve za uporabnike v domovih za starejše občane. Zdravljenje izvaja zdravnik na primarni ravni.

Kakovost in raven zdravstvene nege v socialnih zavodih sta pogojeni s številom diplomiranih medicinskih sester, zdravstvenih tehnikov, bolničarjev in s stalno prisotnostjo zdravnika. Pri obravnavi starostnika v zavodih upoštevamo strokovne standarde za področje zdravstvene nege ter njegove omejene sposobnosti, zdravstveno stanje in bolezni. Zdravstvena dejavnost domov za ostarele temelji na Zakonu o zdravstveni dejavnosti, po katerem socialnovarstveni zavodi v okviru zdravstvene dejavnosti opravljajo zdravstveno nego in rehabilitacijo za svoje stranke. V socialnih zavodih so pristojnosti medicinskih sester nejasne, vsaj glede na tolmačenje pristojnih za nadzor nad razvrščanjem uporabnikov v kategorije zdravstvene nege s strani ZZZS. Kategorizacija stanovalcev po kriterijih, ki jih prizna ZZZS, v ospredje postavlja zdravnika. Vsa prizadevanja in naše razlage, da zdravniki niso usposobljeni za strokovni nadzor na področju izvajanja postopkov in intervencij v zdravstveni negi, so ostali brez posluha. Vodstvo zdravstvene nege v socialnih zavodih že desetletja opozarja, da trenutno veljavni kriteriji niso podlaga za določanje kategorije po zahtevnosti zdravstvene nege, da so pomanjkljivi, da ne izhajajo iz dejanskih potreb uporabnika. Še vedno trdimo, da ZZZS svoja razmišljanja preveč naslanja samo na medicinsko-tehnične posege, ki jih predpisuje zdravnik, in ne posveča dovolj pozornosti posegom in intervencijam zdravstvene nege (Leskovic, 2005).

Ravno tako kot po vsem svetu, je tudi pri nas problem pomanjkanje kadra. V želji, kako čimbolje prikazati pomanjkanje kadra, so se tako v slovenskem kot tudi svetovnem prostoru začeli uvajati različni načini kategorizacije zdravstvene nege. Z ustrezno kategorizacijo želijo preprečiti preobremenjenost in izgorevanje negovalnega kadra, kar je povsod velik problem.

2 TEORETIČNI DEL

V Sloveniji se že dolga leta srečujejo s problematiko upravljanja sistema na področju institucionalnega varstva starejših. Kljub opozorilom Skupnosti socialnih zavodov Slovenije o nevezdržnosti razmer, se stanje ni bistveno spremenilo.

Aikenova s sodelavci (2001, povz. po Terbovšek, Bregar 2011) je leta 2001 v raziskavi dokazala, da do zmanjšanja varnosti in kakovosti zdravstvene nege prihaja zaradi neprimerne kadrovske zasedbe pri medicinskih sestrah.

Kot navaja Koprivnikar (2008), je upravljanje sistema slabo, zastopanje interesov socialno varstvene dejavnosti neučinkovito, znotraj dejavnosti resorja pa prihaja do nerazumno velikih odstopanj pri pogojih dela primerljivih izvajalcev.

V pismu, naslovljenem na Državni zbor Republike Slovenije Koprivnikar, (2008) opozarja med drugim na to, da so kadrovske normativne popolnoma togi, linearni in neustrezni glede na strukturo stanovalcev.

Koprivnikar v pismu zapiše tudi (ibid.), da je financiranje dejavnosti v celoti odvisno od plačil stanovalcev ter svojcev in lokalnih skupnosti kot doplačnikov ter v drugem delu od sredstev Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije. V nadaljevanju navaja, da se soočajo z enostranskimi in restriktivnimi ukrepi Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, ki je določila linearno nižanje cen vsem izvajalcem zdravstvene nege ob nespremenjenih kadrovske normativih in drugih obveznostih izvajalcev. Opozori tudi (ibid.), da zdravniki Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije ob nadzorih ne priznavajo več storitev dolgotrajnih neg in demenc kot problema zdravstvene zavarovalnice.

V nadaljevanju (ibid.), je zapisano, da se ocenjuje, da so nujni hitri, premišljeni in temeljiti posegi v sistem zagotavljanja storitev za starejše in posebne skupine odraslih. Ocenjuje, da je najbolj nujna sprememba, ki jo je potrebno izvesti, med drugim tudi sprejem zakonodaje, ki bo urejala sistem skrbi za osebe, ki so dolgotrajno odvisne od tuje nege in pomoči, kot nabor storitev z enovitim načinom razvrščanja, financiranja in nadzora.

V letu 2012 je Skupnost socialnih zavodov Slovenije izvedla raziskovalno študijo s pilotnima načinoma kategorizacij (Kategorizacija zdravstvene nege in rehabilitacije; Kategorizacija po sistemu LOOS – lestvica ocene samooskrbe) in ju primerjala z obstoječo kategorizacijo po merilih Zavoda za zdravstveno zavarovanje.

Za lažje razumevanje vseh treh načinov kategoriziranja so v nadaljevanju vse tri obširneje predstavljene.

2.1 ZDRAVSTVENA NEGA V DOMOVIH ZA OSTARELE

Zdravstvena nega je kot dejavnost, ki je utemeljena v analizi človekovih osnovnih potreb, vsepovsod v glavnem enaka. Enaka je zato, ker so enake tudi osnovne potrebe ljudi; hkrati pa je dejavnost z nešteti različicami, ker niti dva človeka nista enaka in ker vsak človek razume potrebe na svoj lasten način. Drugače povedano, temeljna zdravstvena nega sestoji iz istih določljivih komponent, ki pa jih je treba nenehno preoblikovati in odmerjati glede na potrebe vsakega posameznika (Henderson, 1998).

Habjanič (2011) je mnenja, da zdravstvena nega v domovih za starejše temelji na življenjskih aktivnostih in mora biti med drugim predvsem človeška, humana, do posameznika mora pristopati celostno, saj kot je navedeno v definiciji zdravstvene nege po ICN (2010) zdravstvena nega obsega samostojno in skupinsko skrb za posameznike vseh starosti, družin, skupin in skupnosti, bolnih ali zdravih in v vseh okoljih. Zdravstvena nega vključuje promocijo zdravja, preprečevanje bolezni in skrb za bolne, invalide in umirajoče. Ključne vloge zdravstvene nege so zagovorništvo, spodbujanje varnega okolja, raziskovanje, sodelovanje pri oblikovanju zdravstvene politike in upravljanja zdravstvenih sistemov in izobraževanje.

2.1.1 Model V. Henderson kot najpogosteje uporabljen model obravnave v domovih za ostarele

Virginia Henderson se je rodila v Kansas Cityju, Missouri, leta 1897 kot peta od osmih otrok. Z dvema bratoma je delovala v 1. svetovni vojni. Zaradi kritičnega pomanjkanja medicinskih sester se je vpisala v Army School of Nursing v Walter Reed Army Hospital. Tam je začela dvomiti o regimentalitoznem načinu oskrbe pacientov in razmišljati o konceptu zdravstvene nege kot o pomoči zdravljenju s klasično medicino.

Zdravstveno nego si je predstavljala kot niz nepovezanih dogodkov, začelih z nezasedeno bolniško posteljo, pa vse do posegov v človeško telo (Henderson, 1991 povz. po Gesse et al., 2006, str. 70-78).

Gesse in sodelavci (2006) zapišejo, da teorija V. Henderson temelji na 14 komponentah osnovne zdravstvene nege, ki glede na pacientove potrebe pri osebni higieni in zdravem načinu življenja, vključuje tudi pomoč pacientu ob zdravniškem zdravljenju.

V svojem delu Osnovna načela zdravstvene nege Virginia Henderson (1998) opisuje sestavine temeljne zdravstvene nege tako:

1. Pomoč pacientu pri dihanju: medicinska sestra mora natančno opazovati dihanje.
2. Pomoč pacientu pri prehranjevanju in pitju: ne glede na to, kako se pacient prehranjuje, mora medicinska sestra oceniti njegov tek in ustreznost tega, kar poje.
3. Pomoč pacientu pri izločanju: medicinska sestra mora poznati poti za izločanje ter »normalne« razpone časovnih razmikov pri izločanju urina in blata; vedeti mora, kaj je »normalno« potenje in znojenje; kaj je »normalno« izločanje iz pljuč in kaj je »normalna« menstruaciji.
4. Pomoč pacientu pri ohranjanju drže pri hoji, sedenju, ležanju; pomoč pri spreminjanju položaja: medicinska sestra mora poznati načela ravnotežja, vzravnosti in opore.
5. Pomoč pacientu pri spanju in počitku.
6. Pomoč pacientu pri izbiri oblačil, pri oblačenju in slačenju.
7. Pomoč pacientu pri ohranjanju normalne telesne temperature.
8. Pomoč pacientu pri vzdrževanju telesne čistoče in urejenosti ter skrb za zdravo kožo.
9. Pomoč pacientu pri izogibanju nevarnostim v okolju, zaščita drugih pred tem, da bi jih pacient poškodoval ali da bi se našli njegove bolezni.
10. Pomoč pacientu pri komunikaciji z drugimi – izražanje potreb in čustev.
11. Pomoč pacientu pri opravljanju verskih obredov.
12. Pomoč pacientu pri delu ali ustvarjalni zaposlitvi.
13. Pomoč pacientu pri rekreaciji.
14. Pomoč pacientu pri učenju.

2.2 KATEGORIZACIJA ZDRAVSTVENE NEGE

Trojer (2009) navaja, da financiranje storitev institucionalnega varstva starejših urejata Zakon o institucionalnem varstvu, Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, ki v 98. členu določa dejavnosti, ki se financirajo iz proračuna. Med njimi niso vključene dejavnosti institucionalnega varstva starejših nad 65 let (ibid.).

Kot navaja v svojem magistrskem delu (ibid.) način financiranja storitev zdravstvene nege, do katerih je upravičen uporabnik storitev, s pogodbo uredita izvajalec institucionalnega varstva starejših in Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Izvajalcem, ki delujejo na podlagi pridobljene koncesije, je v ceni storitve priznan tudi strošek financiranja. Ta je priznan do največ 60 % knjigovodske vrednosti opredmetenih osnovnih sredstev in priznane letne obrestne mere. Metodologija določanja te je opredeljena v Pravilniku o metodologiji za oblikovanje cen socialno varstvenih storitev.

Viri za delovanje izvajalcev institucionalnega varstva starejših nad 65 let in izvajalcev varstva odraslih oseb s posebnimi potrebami so zagotovljeni na štirih ravneh, in sicer (ibid.): za storitve izvajalec zdravstvene nege oblikuje ceno storitve. Metodologija oblikovanja te je predpisana. Tako oblikovano ceno storitve zdravstvene nege izvajalec uskladi z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije, ki je plačnik storitve. Za storitve oskrbe ceno oblikuje ter soglasje za njeno uveljavitev pridobi s strani ustanovitelja. Tako oblikovano ceno storitve zaračuna uporabniku. Če uporabnik ni sposoben plačila stroškov izvajanja storitev, jih pokrijejo njegovi svojci oziroma se ti pokrivajo iz proračuna lokalne skupnosti. Za druge storitve, ki jih izvajalec opravlja v okviru javne službe, oblikuje ceno storitve. Metodologija oblikovanja teh cen ni predpisana, temelji na stroškovnem modelu. Tako oblikovana cena storitve mora pokriti vse stroške, ki nastanejo z izvajanjem te. Pred uveljavitvijo mora izvajalec pridobiti soglasje ustanovitelja. Za storitve tržne dejavnosti izvajalec oblikuje ceno storitev, višina teh je odvisna od razmer na trgu. S tako oblikovano ceno storitev mora pokriti vse stroške, praviloma v ceno vključi tudi pričakovani dobiček. Za tako oblikovano ceno izvajalcu ni treba pridobivati soglasij ustanovitelja, na letni ravni mora le poročati o uspešnosti takega programa (ibid.).

Kot navaja Duh (2008) nam je kategorizacija pacientov, s pomočjo katere ugotavljamo delovne obremenitve članov negovalnega tima in izračunavamo kadrovske potrebe, ki pa niso edino zagotovilo za kakovostno zdravstveno nego, v veliko pomoč.

2.2.1 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. Ena od 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. Sistemi razvrščanja v kategorije, ki jih sedaj uporabljamo, niso stari, saj začetki segajo v petdeseta in šestdeseta leta prejšnjega stoletja. 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 je predvsem, da bi ocenili intenzivnost zdravstvene nege ter izračunali stroške (dejanske, predvidene) (Petkovšek Gregorin, Karan, 2008).

Zaposleni v zdravstveni negi se zavedamo, da je kategorizacija zahtevnosti pomemben element zagotavljanja kakovosti zdravstvene nege, naša dolžnost je zagotavljanje in izboljšanje kakovosti zdravstvene nege, kar ugotavljata tudi Hajdinjak in Meglič (2012). Istočasno poudarjata, da mora biti uspeh stalnega zagotavljanja in izboljševanja kakovosti vedno osredotočen na uporabnike in se na njih odražati (ibid.).

Kategorizacija zdravstvene nege ima razloge in prednosti (ibid.): z njo se ugotavlja vrsta, zahtevnost in obseg zdravstvene nege; oblikujejo se individualne negovalne diagnoze, delovni program tima zdravstvene nege; postavljajo se kvalifikacijske zahteve glede izobrazbe in usposobljenosti tima zdravstvene nege; predvidi se število ur za zdravstveno nego in število izvajalcev; zagotavlja pregled nad stroški (ibid).

Po navedbah Muller-Staub in sodelavcev (2007) se negovalne intervencije štejejo za osnovo zdravstvene nege, postavljene na rezultatih klinične presoje in znanja, izvajajo

pa jih medicinske sestre z namenom izboljšati izid zdravljenja . Njen namen je poudariti pomen strokovnih negovalnih postopkov in intervencij, ki jih opravljajo medicinske sestre v zdravstveni negi.

Muller-Staub (2009) ugotavlja, da je zdravstvena negovalna dokumentacija zelo pomembna. Medicinske sestre naj bi vse negovalne postopke in vrednotenja teh redno in natančno beležile. S tem naj bi prispevale k izboljšanju kakovosti zdravstvene nege.

2.2.2 Kategorizacija zdravstvene nege po merilih za razvrščanje stanovalcev po zahtevnosti zdravstvene nege (kategorizacija po merilih Zavoda za zdravstveno zavarovanje)

Osnovna dokumentacija, ki je potrebna v domovih za starejše za strokovno opravljanje medicinskega dela, je zdravstvena kartoteka. Spremljajoča dokumentacija: evidenčni list št. 1/DS – dnevna evidenca opravil zdravstvene nege, ki je lahko tudi računalniško voden; evidenčni list št. 2 – evidenčni list za obračun zdravstvene nege, izpisan po stanovalcih za določeno obračunsko obdobje (Normativ dela, 2009).

Po merilih za razvrščanje stanovalcev po zahtevnosti zdravstvene nege, ki so bili objavljeni v Občasniku ZZZS leta 2009, je Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) določil, da se stanovalce razvršča v kategorije zdravstvene nege po zahtevnosti zdravstvene nege. Nega je kategorizirana v tri tipe glede na dnevno porabo časa negovalnega tima na enega stanovalca (ibid.).

Zdravstvena nega I:

Storitve se praviloma nanašajo na pomične stanovalce, to so lažje duševno moteni stanovalci, stabilni kronični stanovalci in vsi tisti, ki se jim nudi splošen nadzor, izvaja zdravstveno vzgojno delo in se jim zagotavlja določene zdravstvene storitve. Potrebni sta najmanj dve različni storitvi nege I, ki skupno dnevno zahtevata nad 15 minut časa negovalnega tima na stanovalca. Lahko pa gre za eno samo storitev iz nege I, ki se dnevno ponavlja trikrat in več ter skupno zahteva nad 15 minut časa negovalnega osebja (ibid.).

Zdravstvena nega II:

Storitve se praviloma nanašajo na delno pomične, delno inkontinentne stanovalce s srednjo stopnjo demence in nepsihotičnimi duševnimi motnjami, nestabilne somatske kronične stanovalce, stanovalce po amputaciji okončin, ki se jim poleg splošnega nadzora in zdravstveno vzgojnega dela zagotavlja določene zdravstvene storitve. Potrebni sta najmanj dve različni storitvi nege II, ki skupno dnevno zahtevata nad 30 minut časa negovalnega tima na stanovalca. Lahko pa gre za eno samo storitev iz nege II, ki se dnevno ponavlja trikrat ali več ter skupno dnevno zahteva nad 30 minut časa negovalnega tima (Normativ dela, 2009).

Zdravstvena nega III:

Storitve se praviloma nanašajo na nepomične stanovalce, ki so odvisni od pomoči zdravstvenih delavcev zaradi fizične ali psihične prizadetosti oziroma obeh – zelo zmedeni, nemirni ali stanovalci v deliriju; vse potrebe jim zagotavljajo zdravstveni delavci, vključno tudi potrebo po varovanju; potrebujejo pomoč, nadzor in zdravstveno nego v vseh treh izmenah; to skupno opredeljuje predvsem povečan obseg dela zaradi dodatnih zdravnikovih naročil po meritvah, posegih, nadzoru, opazovanju ter dajanju zdravil v vseh oblikah na določene ure (ibid.).

Zdravstvena nega IV:

V skupino stanovalcev, ki potrebujejo zdravstveno nego IV, sodijo predvsem tisti, ki so premeščeni iz bolnišnice v socialnovarstveni zavod, pri katerih sta bistveno povečana obseg dela zdravstvene ekipe in poraba materiala za zdravstveno nego. V to skupino uvrščamo tudi tiste stanovalce socialnovarstvenih zavodov, ki kljub medicinski indikaciji iz določenih razlogov niso bili sprejeti v bolnišnico. Čas izvajanja zdravstvene nege je podaljšan na ves dan. Stanovalci, ki sodijo v IV. kategorijo zdravstvene nege, so življenjsko ogroženi in popolnoma odvisni pri zadovoljevanju osnovnih življenjskih aktivnosti od pomoči zdravstvenega in negovalnega kadra. Potrebujejo neprekinjen nadzor somatskega in/ali psihičnega zdravstvenega stanja. V socialnovarstvenih zavodih se v nego IV uvrščajo stanja stanovalcev z vsemi stopnjami motenj duševnega razvoja ali stanovalci z duševno boleznijo in drugi duševno bolni stanovalci, ki imajo hude motnje vedenja in osebnosti. Ti stanovalci so popolnoma odvisni pri izvajanju nekaterih življenjskih aktivnosti zaradi osamitve ali fizične omejitve. Hude vedenjske motnje se

javljajo ob vsaki situaciji. Potrebujejo 24-urno individualno obravnavo in nadzor, kar terja stalno prisotnost zdravstvenega delavca zaradi psihičnega in fizičnega stanja. Stanovalci z nego IV v posebnih socialnovarstvenih zavodih potrebujejo pomoč in vodenje pri opravljanju vseh osnovnih življenjskih potreb ter stalno dosegljivost nege in drugih medicinskih storitev, vključno z varovanjem zaradi nevarnosti samopoškodb ali poškodb okolice. Predstavljajo najtežje obvladljivo skupino stanovalcev, ki potrebuje 24-urni nadzor in opazovanje zdravstvenega stanja. V posebnih socialnovarstvenih zavodih je za vsak postopek zdravstvene nege ali medicinsko tehnični poseg potreben specifično funkcionalno usposobljen zdravstveni negovalni tim (Normativ dela, 2009). Za izvajanje zdravstvene nege IV morata biti v socialnovarstvenem zavodu zagotovljeni 24-urna prisotnost osnovnega zdravstveno-negovalnega tima (diplomirana medicinska sestra/višja medicinska sestra ali tehnik zdravstvene nege, bolničar – negovalec) ter vsakodnevna dosegljivost zdravnika tudi v času, ko ni prisoten v socialnovarstvenem zavodu (ibid.).

2.2.3 Vsebinski opis kategorij zdravstvene nege po merilih za razvrščanje stanovalcev po zahtevnosti zdravstvene nege (po merilih Zavoda za zdravstveno zavarovanje)

V Normativu dela (2009) so navedeni vsebinski opisi zdravstvene nege po merilih za razvrščanje stanovalcev po zahtevnosti zdravstvene nege (po merilih Zavoda za zdravstveno zavarovanje).

Nega I:

V negi I se stanovalcem zagotavlja naslednje zdravstvene storitve: manjše preveze (defekt povrhnice, velikost do 5 x 5 cm) in aplikacija manjših obkladkov; priprava, razdeljevanje in aplikacija zdravil; opazovanje zdravstvenega stanja; aplikacija svečk, subkutane ali intramuskularne injekcije; vlažilna inhalacija; menjava – vzdrževanje urinskih vrečk, aplikacija urinala; merjenje vitalnih funkcij (ibid.).

Nega II:

V negi II se stanovalcem zagotavlja naslednje zdravstvene storitve: aplikacije klizme; srednje velika preveza (defekt usnjice do 10 x 10 cm); odvzem materiala za laboratorijske preiskave; kateterizacija žene; aplikacija večjih obkladkov na intaktno kožo; aplikacija zdravil na kožo pri kroničnih dermatozah in preventivi razjede zaradi pritiska; aplikacija kisika ali terapevtske inhalacije; aplikacija intravenozne injekcije; pomoč pri vstajanju, hoji, pomoč pri vzdrževanju dnevnih aktivnosti ob poslabšanih zdravstvenega stanja; terapevtski položaji; kontrola odvajanja, aplikacija odvajal in opazovanje izločkov; vodenje in nadzor stanovalca z neurejenim diabetesom na insulinski terapiji; aspiracija sekreta iz ust in grla (Normativ dela, 2009).

Nega III:

V negi III se stanovalcem zagotavlja naslednje zdravstvene storitve:

III/1: zdravstvena nega nepomičnega stanovalca; nepomičen je stanovalec, ki ni sposoben samostojnega premikanja niti z vozičkom (ibid.).

III/2: zdravstvena nega težje duševno prizadetih in motenih stanovalcev. Kriterij obsega (ibid.):

A: trajna stanja v duševnem razvoju in duševne motenosti (ibid.);

B: začasna stanja težje duševne motenosti ob relapsih kroničnih psihoz in zaradi kratkotrajnih funkcionalnih motenj, ki se evidentirajo kot nega III v primeru naslednjih stanj: avto- in heteroagresivnost, psihomotorni nemir, avtizem, nastajajoča demenca ali že obstoječa z nestabilno klinično sliko, predvsem z motnjami mišljenja in aktivnim agresivnim vedenjem; stanovalci v deliriju (ibid.);

III/3: zdravstvena nega po težkih operacijah in pri drugih težkih stanjih: zdravstvena nega po težjih operacijah in politravmi; zdravstvena nega pri komplikacijah po kemoterapiji in obsevanju; nega pri dekompenzaciji kroničnih bolezni (ibid.)

III/4: medicinski postopki, pri katerih je porabljen čas negovalnega kadra več kot 1 uro na dan: vzpostavitev venskega kanala, nega stome, menjava in nega endotrahealne

kanile s trahealno aspiracijo, aplikacija obsežnih obkladkov, preveze obsežnih ran, hranjenje po nasogastrični sondi ali po gastrostomi, hranjenje stanovalcev z motnjami požiranja (Normativ dela, 2009).

2.2.4 Kategorizacija zdravstvene nege po merilih za razvrščanje stanovalcev v kategorije zahtevnosti zdravstvene nege in rehabilitacije (pilotna kategorizacija)

V splošnem dogovoru Skupnosti socialnih zavodov Slovenije z dne 27. 12. 2011, str. 1 se določa, da se stanovalce dnevno (z namenom beleženja) in mesečno (z namenom poročanja) razvršča v kategorije zahtevnosti zdravstvene nege in rehabilitacije glede na ugotovitve kliničnega stanja in glede na načrtovane in izvedene storitve zdravstvene nege in rehabilitacije. Dokumentacija zdravstvene nege in rehabilitacije mora pri vseh izvajalcih vsebovati: individualni načrt storitev zdravstvene nege in rehabilitacije; evidenčni list št. 1 za dnevno evidenco opravljenih storitev zdravstvene nege in rehabilitacije; evidenčni list št. 2 za obračun storitev »dan zdravstvene nege«, izpisan po stanovalcih za določeno obračunsko obdobje. Ob upoštevanju zahtevnosti storitev s porabo časa izvajalcev se stanovalci razvrstijo v naslednje kategorije zahtevnosti nege.

Zdravstvena nega I:

Praviloma se nanaša na pomične stanovalce, stanovalce z lažjimi duševnimi motnjami, stanovalce z zmerno motnjo v duševnem razvoju in tiste, ki se jim nudi splošen nadzor. V izvajanje storitev iz Nabora storitev zdravstvene nege in rehabilitacije je v posamezno storitev vključeno tudi zdravstveno-vzgojno delo. Za izvajanje storitev iz Nabora storitev zdravstvene nege in rehabilitacije je skupna dnevna poraba časa izvajalcev 15 minut ali več na stanovalca, v skladu z veljavnim kadrovskim normativom (Skupnost socialnih zavodov Slovenije, 2011).

Zdravstvena nega II:

Praviloma se nanaša na delno pomične stanovalce, delno inkontinentne stanovalce s srednjo stopnjo demence in nepsihotičnimi duševnimi motnjami, s težjimi motnjami v duševnem razvoju. V izvajanje storitev iz Nabora storitev zdravstvene nege in rehabilitacije je v posamezno storitev vključeno tudi zdravstveno-vzgojno delo. Za izvajanje storitev iz Nabora storitev zdravstvene nege in rehabilitacije je skupna poraba

časa izvajalcev 30 minut ali več na stanovalca, v skladu z veljavnim kadrovskim normativom (Skupnost socialnih zavodov Slovenije, 2011).

Zdravstvena nega III:

Storitve se praviloma nanašajo na nepomične stanovalce, odvisne od pomoči zdravstvenih delavcev zaradi fizične ali psihične prizadetosti, zelo zmedene, nemirne in stanovalce v deliriju; z zmerno, težjo in težko motnjo v duševnem razvoju z dodatnimi motnjami in boleznimi ter stanovalce z več motnjami po pridobljeni možganski poškodbi. V izvajanje storitev iz Nabora storitev zdravstvene nege in rehabilitacije je v posamezno storitev vključeno tudi zdravstveno-vzgojno delo. Za izvajanje storitev iz Nabora storitev zdravstvene nege in rehabilitacije je skupna dnevna poraba časa izvajalcev 60 minut ali več na oskrbovanca, v skladu z veljavnim kadrovskim normativom (ibid.).

Zdravstvena nega IV:

Za izvajanje storitev iz Nabora storitev zdravstvene nege in rehabilitacije je skupna dnevna poraba časa izvajalcev 300 minut ali več na stanovalca, v skladu z veljavnim kadrovskim normativom. Stanovalci, ki sodijo v IV. kategorijo zdravstvene nege, so življenjsko ogroženi in popolnoma odvisni pri zadovoljevanju osnovnih življenjskih storitev od pomoči izvajalcev. Potrebujemo neprekinjen nadzor somatskega in/ali psihičnega zdravstvenega stanja (prav tam, str. 3). Za izvajanje zdravstvene nege IV morata biti pri izvajalcu zagotovljeni 24-urna prisotnost izvajalcev zdravstvene nege ter vsakodnevna prisotnost zdravnika oziroma zagotovljena dosegljivost zdravnika tudi v času, ko ni prisoten pri izvajalcu storitev (ibid.).

2.2.5 Vsebinski opis kategorij zdravstvene nege po merilih za razvrščanje stanovalcev v kategorije zahtevnosti zdravstvene nege in rehabilitacije (pilotna kategorizacija)

Delni nabor storitev zdravstvene nege in rehabilitacije (ibid.) je prikazan v tabeli

1.

Tabela 1: Nabor storitev zdravstvene nege in rehabilitacije

DIHANJE – aktivnosti, intervencija, sodelovanje	Čas (v min)
Aplikacija inhalacije (z zdravili)	15
Aplikacija kisika	15
Aspiracija dihalnih poti skozi kanilo, skozi nos, skozi usta	15
Namestitev in čiščenje govorne kanile	10
Odstranitev dihalne kanile	10
PREHRANJEVANJE IN PITJE – aktivnost, intervencija, sodelovanje	Čas (v min)
Hranjenje in nega gastrostome, jejunostome, želodčne sonde	15
Hranjenje uporabnika skozi usta z motnjami hranjenja in požiranja	20
Vodenje bilance tekočin	5
Vstavljanje želodčne sonde	20
IZLOČANJE IN ODVAJANJE – aktivnost, intervencija, sodelovanje	Čas (v min)
Aplikacija čistilne ali zdravilne klizme v črevesno stomo, v črevo, aplikacija mikroklizme, odvajalne svečke	15
Izvajanje kateterizacije ženske, menjava stalnega urinskega katetra pri ženski, nadzor in učenje samokateterizacije moškega, ženske; izpiranje urinske stome	20
Merjenje diureze, menjava urinske vrečke, zbiranje izločkov	5
Spremljanje uporabnika v zvezi z izločanjem blata	3
Nega črevesne stome, urinske stome, vhodnega mesta pri drenažnem sistemu, nastavitev vrečk na različne stome, vzdrževanje prehodnosti drenažnih sistemov	14
Prebrizgavanje urinskih katetrov	5
Preveza nefrostome, suprapubičnega urinskega katetra, vbodnega mesta pri drenažnem sistemu	5
Ročna pomoč pri odstranjevanju blata	15
GIBANJE, HOJA, SEDENJE, LEŽANJE IN SPREMINJANJE POLOŽAJA – aktivnosti, intervencija, sodelovanje	Čas (v min)
Menjave položajev v postelji, namestitev v fiziološki položaj, nameščanje pripomočkov za razbremenitev in preprečevanje kontraktur, na blazino za preprečevanje razjede zaradi pritiska (na dan)	10
Pomoč pri vstajanju (na dan)	15

OBLAČENJE IN SLAČENJE – aktivnost, intervencija	Čas (v min)
Oblačenje ali slačenje delno pomičnega ali nepomičnega uporabnika zaradi specifičnega zdravstvenega stanja (osteoporoza, kontraktura)	10
TELESNA TEMPERATURA – aktivnost, intervencija	Čas (v min)
Merjenje telesne temperature in ukrepanje ob odstopanjih	5
Izvajanje hladne kopeli, lokalno hlajenje, nameščanje hladilne blazine, ledene vrečke ali nameščanje grelne blazine, lokalno ogrevanje	15
OSEBNA HIGIENA IN UREJENOST – aktivnost, intervencija	Čas (v min)
Kopanje ali posteljna kopel nepomičnega uporabnika zaradi specifičnega zdravstvenega stanja (kontraktura, osteoporoza, rane)	20
Nega diabetičnega stopala	15
Nega ustne votline ob motnjah požiranja in spremembah ustne sluznice	5
ZAGOTAVLJANJE VARNEGA OKOLJA – aktivnost, intervencija ob avto- in heteroagresivnih	Čas (v min)
Izvajanje posebnih varovalnih ukrepov (PVU)	15
Prisotnost med trajanjem PVU	60
Prilagajanje pogojev v zvezi z zagotavljanjem varnega okolja	15
Omejevanje gibanja s posebnimi varovalnimi sredstvi	60
KOMUNIKACIJA – IZRAŽANJE POTREB IN ČUSTEV – aktivnost, intervencija	Čas (v min)
Podpora svojcem umirajočega, podpora svojcem umrlega	30
Podpora umirajočemu	30
UČENJE IN PRIDOBIVANJE ZNANJA – aktivnost, intervencija	Čas (v min)
Svetovanje v zvezi s spremenjenim načinom življenja zaradi bolezni	10
Učenje in usposabljanje uporabnikov za izvajanje negovalnih intervencij	
OSTALE AKTIVNOSTI zdravstvene nege	Čas (v min)
Ocenjevanje in dokumentiranje stopnje bolečine z uporabo lestvice ali drugih tehnik prepoznavanja	3
Imobilizacija poškodovanih delov telesa – ročna, z vratno opornico, z žično opornico	10
Izvajanje dekolonizacije	40
Odvzem vzorcev, za mikrobiološke in druge preiskave (odvzem krvi iz pete, uhlja, iz vene, prsta ...)	15
Merjenje in evidentiranje pulza, frekvence dihanja, saturacije	3
Merjenje krvnega tlaka	5
Preveza čiste rane, drena, fistule, kronične rane, nečiste rane, razjede zaradi pritiska, opeklinske rane	15
Izvajanje ukrepov kontaktne izolacije pri kolonizaciji z večkratno	5

odpornimi mikroorganizmi (brez dekolonizacije)	
AKTIVNOSTI PRIPRAVE IN APLIKACIJE ZDRAVIL	Čas (v min)
Priprava analgetskih mešanic, priprava in dajanje zdravil intravenozno	20
Priprava in dajanje zdravil v bolusu po epiduralnem katetru (EDK)	15
Priprava in dajanje zdravil intrakutano, intramuskularno, subkutano, transkutano, na kožo, na sluznico, per os, po sondi, rektalno, v mehur, v nos, v oko, v stomo, v ušesa, v vagino	5
Priprava, nastavitev in odstranitev intravenozne, subkutane infuzije in infuzijske raztopine, črpalk za lajšanje bolečine, parantalnih infuzijskih raztopin in vzdrževanje poti vnosa	20
Učenje uporabnika samoaplikacije zdravil v obliki injekcij	20

Vir: Skupnost socialnih zavodov Slovenije (2011)

Delni nabor storitev fizioterapije in delovne terapije je prikazan v tabeli 2:

Tabela 2: Nabor storitev fizioterapije in delovne terapije

DIHANJE – aktivnosti, intervencija, sodelovanje	Čas (v min)
Izvajanje respiratorne terapije – fizioterapija	15
Asistirano izkašljevanje – fizioterapija	10
PREHRANJEVANJE IN PITJE – aktivnost, intervencija, sodelovanje	Čas (v min)
Učenje, ohranjanje in obnavljanje samostojnosti pri aktivnosti hranjenja in pitja – delovna terapija	20
Izbira, izdelava, aplikacija ustreznega pripomočka za hranjenje ter prilagoditve jedilnega pribora in posode – delovna terapija	60
Vodenje treninga aktivnosti v zvezi s prehranjevanjem – delovna terapija	20
IZLOČANJE IN ODVAJANJE – aktivnost, intervencija, sodelovanje	Čas (v min)
Izbira, svetovanje, namestitve pripomočkov za uporabo stranišča – delovna terapija	20
GIBANJE, HOJA, SEDENJE, LEŽANJE IN SPREMINJANJE POLOŽAJA – aktivnost, intervencija, sodelovanje	Čas (v min)
Pomoč pri hoji, učenje hoje – fizioterapija	15
Izvajanje aktivnosti za izvajanje aktivnih telesnih vaj – fizioterapija	15
Učenje posedanja na postelji, učenje vstajanja in transferja pri	10

posedanju na stol, na voziček – fizioterapija in delovna terapija	
Ocenjevanje, izbiranje, učenje vožnje z vozičkom ter nadzor, svetovanje pri vzdrževanju in prilagoditvi vozička – fizioterapija in delovna terapija	15
Učenje, trening dnevnih aktivnosti – delovna terapija	20
Izvajanje delovne terapije na področju telesnih funkcij	45
Učenje usedanja in vstajanja – delovna terapija in fizioterapija	10
Terapevtske vaje, skupinske na osebo – delovna terapija, fizioterapija	3
Terapevtske vaje, individualne – delovna terapija, fizioterapija	25
Razgibavanje sklepov in vaje – fizioterapija	10
Lokalno gretje IR – fizioterapija	10
Terapija z diadinamičnimi in intraferenčnimi tokovi – fizioterapija	15
Terapija z ultrazvokom – fizioterapija	15
Lokalno ohlajevanje (kriopak, ledene obloge, kopeli) – fizioterapija	15
Razgibavanje sklepa z elektronskimi in mehanskimi napravami – fizioterapija	10
Biostimulacija z laserjem (kratka) – fizioterapija	5
Biostimulacija z laserjem (daljša) – fizioterapija	15
Magnetoterapija – fizioterapija	15
Učenje uporabe hodulje – fizioterapija	10
OBLAČENJE, SLAČENJE – aktivnost, intervencija	Čas (v min)
Svetovanje, izbiranje, učenje uporabe pripomočkov za oblačenje in slačenje. Učenje, trening aktivnosti v zvezi z oblačenjem in slačenjem, ohranjanje sposobnosti nameščanja in odstranjevanja osebnih pripomočkov, protez, ortoz pri oblačenju in slačenju – delovna terapija	20
OSEBNA HIGIENA IN UREJENOST – aktivnost, intervencija	Čas (v min)
Učenje, trening uporabe primernih pripomočkov, čiščenja in vzdrževanja in ureditev okolja, ohranjanje samostojnosti s področja izvajanja osebne higiene in urejenosti uporabnika – delovna terapija	30
Testiranje, aplikacija, učenje uporabe ustreznega pripomočka za osebno higieno in urejenost v dnevnih aktivnostih – delovna terapija	30
KOMUNIKACIJA, IZRAŽANJE POTREB IN ČUSTEV – aktivnost, intervencija	Čas (v min)
Izvajanje vaj in aktivnosti za urjenje in ohranjanje spomina – delovna terapija	30
Izvajanje kognitivno perceptivnega treninga, izvajanje senzorne integracije – delovna terapija	45
Izvajanje individualnih aktivnosti s področja komunikacije, izražanja	30

potreb in čustev, izbira pripomočkov in svetovanje za lažjo komunikacijo in učenje – delovna terapija	
KORISTNO DELO – aktivnost, intervencija	Čas (v min)
Ocena sposobnosti uporabnika za koristno delo, opredelitev interesov, spretnosti uporabnika za vključevanje prostočasne in produktivne aktivnosti – delovna terapija	40
Izvajanje individualnih in skupinskih aktivnosti s področja produktivnosti in prostega časa – delovna terapija	15
Priprava in prilagoditev prostočasnih in produktivnih aktivnosti ter pripadajočih pripomočkov za potrebe uporabnika – delovna terapija	60
RAZVEDRILO IN REKREACIJA – aktivnost, intervencija	Čas (v min)
Izbiranje, organiziranje, izvajanje in evalvacija primernih individualnih in skupinskih aktivnosti rekreacije in razvedrila – delovna terapija	10
UČENJE IN PRIDOBIVANJE ZNANJA – aktivnost, intervencija	Čas (v min)
Ocena sposobnosti in motiviranje uporabnika za učenje in pridobivanje znanja – delovna terapija, fizioterapija	10
Poučevanje in svetovanje uporabnika v zvezi s spremenjenim načinom življenja zaradi bolezni in spremenjene samopodobe – delovna terapija, fizioterapija	15

Vir: Skupnost socialnih zavodov Slovenije (2011)

2.2.6 Nasprotja pri določanju kriterijev znotraj iste ocenitve

Kot navajajo Klančnik Gruden in drugi (2011) za vse kriterije velja, da se lahko označijo le, če je stanovalčevo stanje ustrezno zahtevam kriterija, na katerega se kategorija zdravstvene nege nanaša najmanj osem ur. Zahtevnost zdravstvene nege mora biti dnevno zabeležena in preverljiva v stanovalčevi zdravstveni dokumentaciji. Istočasno so opredelili tudi kriterije, ki se pri uvrščanju stanovalcev v kategorije zdravstvene nege med seboj izključujejo:

Kriterij št. 1: pretežno samostojen – izpolnjen je, če velja: stanovalec je pri izvajanju osnovnih življenjskih aktivnosti samostojen, lahko pa potrebuje spodbujanje in usmerjanje k samooskrbi; stanovalec je sposoben izvajati vse osnovne življenjske aktivnosti, tudi, če ima začasno infuzijo (manj kot osem ur) oziroma vstavljen katerikoli kateter ali sondo; stanovalec je invalid, ki se samostojno giblje s pomočjo invalidskega

vozička in je sposoben samostojno izvajati osnovne življenjske aktivnosti; stanovalca opazujemo in/ali pri njem izvajamo različne meritve do trikrat dnevno; stanovalcu apliciramo zdravila do petkrat dnevno; apliciramo najmanj 30 minut trajajočo parantalno terapijo do dvakrat na dan; pri stanovalcu, svojcih ali zanj pomembnih drugih izvajamo nenačrtovano zdravstveno-vzgojno delo na podlagi ugotovljenih negovalnih problemov.

Kriterij št. 2: delna pomoč pri osebni higieni – izpolnjen je, če velja: stanovalcu pomagamo pri umivanju v postelji tako, da mu prinesemo pripomočke za umivanje, ga nadziramo pri umivanju ter mu umijemo težko dostopne dele telesa; stanovalcu pomagamo pri umivanju pri umivalniku ter mu umijemo težko dostopne dele telesa; stanovalcu pomagamo pri kohanju ali prhanju; stanovalec, ki bi bil pri izvajanju osebne higiene sicer lahko samostojen, potrebuje pa izvajanje izolacijskih ukrepov zaradi varovanja sebe in/ali okolice.

Kriterij št. 3: popolna pomoč pri osebni higieni – izpolnjen je, če velja: osebno higieno stanovalca v celoti izvajamo v postelji ali kopalnici.

Kriterij št. 4: delna pomoč pri gibanju – izpolnjen je, če velja: stanovalcu, ki lahko sam vzdržuje položaj v postelji, pomagamo pri obračanju in nameščanju v ustrezen položaj; stanovalcu pomagamo pri vstajanju iz postelje in/ali pri hoji tako, da ga podpiramo s pomočjo ene ali dveh oseb; stanovalcu pomagamo pri nameščanju protetičnih pripomočkov za gibanje; stanovalca vodimo in nadzorujemo pri aktivnostih gibanja.

Kriterij št. 5: popolna pomoč pri gibanju – izpolnjen je, če: je stanovalec nepomičen v postelji; ni sposoben sam spreminjati položaja v postelji; ni sposoben vzdrževati lege brez dodatnih pripomočkov za podlaganje.

Kriterij št. 6: delna pomoč pri hranjenju – izpolnjen je, če: stanovalcu pomagamo pri končni pripravi hrane; pri stanovalcu, ki se samostojno hrani, vodimo in nadziramo hranjenje.

Kriterij št. 7: popolna pomoč pri hranjenju – izpolnjen je, če: stanovalca hranimo per os, spodbujamo in nadziramo pri požiranju; stanovalca hranimo po nasogastrični sondi ali stomi.

Kriterij št. 8: pomoč pri zagotavljanju varnosti – izpolnjen je, če: stanovalca opazujemo in/ali pri njem izvajamo različne meritve štirikrat dnevno ali pogosteje; pri akutno ali kronično zmedenem stanovalcu in/ali samomorilno ogroženem stanovalcu, ki ni sposoben sam prepoznati nevarnosti okolja, izvajamo reden nadzor nad gibanjem, nad izvajanjem osnovnih življenjskih aktivnosti.

Kriterij št. 9: aplikacija terapije (večkratna in/ali dolgotrajna) – izpolnjen je, če: stanovalcu teče infuzija; stanovalcu apliciramo manjšo (najmanj 30 minut trajajočo) parantalno terapijo trikrat na dan ali pogosteje; stanovalcu apliciramo zdravila na isti način vsaj šestkrat na dan ali pogosteje; stanovalec prejema neprekinjeno terapijo s kisikom vsaj osem ur dnevno.

Kriterij št. 10: nadzor na dve do tri ure/neposredno opazovanje – izpolnjen je, če: pri stanovalcu opazujemo in/ali merimo ter pisno dokumentiramo istočasno vsaj tri vitalne funkcije od 8- do 12-krat na dan; pri stanovalcu opazujemo in/ali merimo in pisno dokumentiramo istočasno vsaj tri druga stanja 8- ali večkrat na dan; pri stanovalcu opazujemo in/ali merimo ter pisno dokumentiramo kombinacijo vitalnih funkcij ter drugih stanj – skupaj vsaj tri vzporedne meritve 8- ali večkrat na dan; pri hetero- ali avtoagresivnem stanovalcu izvajamo neposredno opazovanje in terapevtsko usmerjeno komunikacijo.

Kriterij št. 11: stalni nadzor – izpolnjen je, če: pri stanovalcu, čigar zdravstveno stanje zahteva stalno prisotnost medicinske sestre, opazujemo in/ali merimo ter pisno dokumentiramo vsaj tri vitalne funkcije pogosteje kot na dve uri oziroma nad 12-krat na dan; pri stanovalcu, čigar zdravstveno stanje zahteva stalno prisotnost medicinske sestre in je v dokumentaciji dokumentirano kot posebno psihično stanje, izvajamo telesno omejevanje, stalno terapevtsko komunikacijo ter stalno spremljanje psihičnega in fizičnega stanja z obveznim dokumentiranjem na obrazec o neprekinjenem varovanju stanovalca (Klančnik Gruden et al., 2011).

Kot navajajo (ibid.), se lahko znotraj iste cenične kriteriji med seboj izključujejo, in sicer:

Kriterij št. 1: pretežno samostojen, izključuje vse druge kriterije

Kriterij št. 2: delna pomoč pri osebni higieni, izključuje kriterij št. 3, popolna pomoč pri osebni higieni

Kriterij št. 4: delna pomoč pri gibanju, izključuje kriterij št. 5, popolna pomoč pri gibanju

Kriterij št. 6: delna pomoč pri hranjenju, izključuje kriterij št. 7, popolna pomoč pri hranjenju

Kriterij št. 8: pomoč pri zagotavljanju varnosti, izključuje dva kriterija: kriterij št. 10 – nadzor na 2 do 3 ure/neposredno opazovanje in kriterij št. 11 – stalen nadzor

Kriterij št. 10: nadzor na 2 do 3 ure/neposredno opazovanje, izključuje kriterij št. 11 – stalen nadzor (Klančnik Gruden et al., 2011).

2.2.7 Lestvica ocene samooskrbe – lestvica LOSS (pilotna kategorizacija)

Lestvica ocene sposobnosti samooskrbe – Care Dependency Scale – CDS je bila razvita na Nizozemskem leta 1998. Temelji na 14 življenjskih aktivnostih po V. Henderson. Razvrščanje temelji na podlagi 75 kriterijev (5 kriterijev za vsako temeljno aktivnost) (Kavšek, 2006).

Lestvica LOSS je bila prevedena v več različnih jezikov (egipčanski, avstrijski, nemški, finski, italijanski, japonski, norveški, španski, švedski in slovenski) (ibid.).

»Psihometrično preizkušenih je bilo osem prevodov, ki so pokazali zanesljivost in veljavnost« (Dijkstra et al., 2003 cit. po Boggatz et al., 2009, str. 3281).

Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve Slovenije (2012) opredeljuje, da je namen uporabe Lestvice sposobnosti samooskrbe (v nadaljevanju LOSS) pridobiti ustrezno enotno orodje za oceno stopnje sposobnosti samooskrbe, ki bo omogočalo oceno socialnih in zdravstvenih potreb posameznika s ciljem omogočiti celosten pristop in izboljšati kakovost obravnave.

Tabela 3: Opis posameznih kategorij stanja sposobnosti samooskrbe in število točk, ki jih posameznik potrebuje za doseg določene kategorije

Stanje sposobnosti samooskrbe	Kategorija	Št. točk
Oseba je v večini samostojna pri izvajanju vseh temeljnih življenjskih aktivnosti in dnevnih opravilih in NE potrebuje pomoči druge osebe.	1	15–29
Oseba je pri izvajanju temeljnih življenjskih aktivnosti in dnevnih opravilih občasno odvisna od pomoči druge osebe.	2	30–44
Oseba je pri izvajanju temeljnih življenjskih aktivnosti in dnevnih opravilih ves čas delno odvisna od pomoči druge osebe.	3	45–59
Oseba je pri izvajanju temeljnih življenjskih aktivnosti in dnevnih opravilih večji del odvisna od pomoči druge osebe.	4	60–74
Oseba je pri izvajanju temeljnih življenjskih aktivnosti in dnevnih opravilih popolnoma odvisna od pomoči druge osebe.	5	75

Vir: Kavšek (2009)

Tabela 4: Primer stopenj ocenjevanja sposobnosti pacienta v življenjskih aktivnostih prehranjevanje in pitje

PREHRANJEVANJE IN PITJE	Sposobnost pacienta, zadovoljevanja njegovih potreb po uživanju hrane in pitju.
5	Pacient se ni sposoben samostojno hraniti in piti.
4	Pacient si ni sposoben samostojno pripraviti hrane in pijače brez pomoči; lahko pa sam je in pije.
3	Pacient si je sposoben pripraviti hrano in pijačo. Je in pije samostojno, vendar pri tem potrebuje spodbujanje. Ne zna kritično oceniti količine hrane.
2	Pacient je in pije samostojno, vendar potrebuje še občasno spodbujanje.
1	Pacient je popolnoma samostojen pri prehranjevanju in pitju.

Vir: Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve Slovenije (2012)

LOSS je izdelana na podlagi 14 življenjskih aktivnosti po Virginii Henderson in je dodana še 15:

1. sposobnost osebe, da zadovoljuje potrebo po uživanju hrane in pitju,
2. sposobnost osebe, da samostojno izloča urin in blato,
3. sposobnost osebe, da zavzema ali prilagodi položaj telesa dejanskim potrebam,
4. sposobnost osebe, da se giblje brez pomoči,
5. sposobnost osebe, da zadovolji potrebe po spanju in počitku v normalnem dnevno-nočnem ritmu,
6. sposobnost osebe, da se samostojno obleče in sleče,
7. sposobnost osebe, da vzdržuje telesno temperaturo in se zaščiti pred zunanjimi vplivi v normalnih okvirih s pomočjo izbire ustreznih oblačil in uravnavanja temperature okolja,
8. sposobnost osebe, da samostojno ohranja telesno čistočo in urejenost,
9. sposobnost osebe, da se samostojno izogiba nevarnostim v okolju,
10. sposobnost osebe, da komunicira z drugimi z izražanjem čustev, potreb in občutkov,
11. sposobnost osebe, da vzpostavi, vzdržuje in zaključi stik z drugo osebo,

12. sposobnost osebe, da upošteva pravila in zakonitosti,
13. sposobnost osebe, da si samostojno načrtuje dnevne aktivnosti v domačem okolju in/ali stacionarni namestitvi,
14. sposobnost osebe, da samostojno sodeluje v aktivnostih v domačem okolju in/ali stacionarni namestitvi,
15. sposobnost osebe, da pridobiva nova znanja in spretnosti in jih tudi obdrži (Kavšek, 2009).

A = Prehranjevanje in pitje

B = Izločanje

C = Položaj telesa

D = Gibanje

E = Spanje in počitek

F = Oblačenje, slačenje, izbira
ustrezne obleke

G = Vzdrževanje telesne temperature

H = Osebna higiena

I = Izogibanje nevarnostim v okolju

J = Komunikacija

K = Navezovanje stikov

L = Prepoznavanje pravil in
zakonitosti

M = Dnevne aktivnosti smiselno delo

N = Razvedrilo in rekreacija

O = Sposobnost učenja

LOSS skupna ocena.....

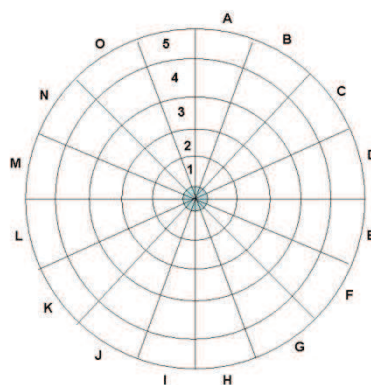
1 = Popolnoma odvisen pri izvajanju aktivnosti
samooskrbe

2 = V večji meri odvisen pri izvajanju aktivnosti
samooskrbe

3. = Delno odvisen pri izvajanju aktivnosti
samooskrbe

4 = Občasno odvisen pri izvajanju aktivnosti
samooskrbe

5 = Samostojen pri samooskrbi



Slika 1: Možnost prikaza lestvice LOSS

Vir: Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve Slovenije (2012)

2.3 ZDRAVSTVENO-NEGOVALNI KADER IN NJEGOVE KOMPETENCE V DOMOVIH ZA OSTARELE

Struktura staranja in vloga družine se v slovenski populaciji spreminjata podobno kot v drugih evropskih deželah. Za srednjo generacijo so danes poklicne dolžnosti pomembnejše od družinskih, posledično so vezi do starejših ohlapnejše. Vse več starih ljudi tudi v Sloveniji ostaja samih v svojih domovih (Ramovš, 2004 povz. po Habjanič, 2011, str. 40).

V Sloveniji približno 15 % starostnikov potrebuje delno pomoč pri izvajanju dnevnih aktivnosti, v 10 % pa so od pomoči popolnoma odvisni. Za polovico teh skrbijo domači, slabi polovici pa nudijo oskrbo v javni mreži socialne pomoči in v domovih za starejše občane (Kek, Hrovat, Leskovic, 2010 povz. po Tavželj, 2011, str. 1).

Skupnost socialnih zavodov Slovenije (2012) opredeljuje, da je osnovna dejavnost domov institucionalnega varstva za starejše. Zakon o socialnem varstvu to dejavnost uvršča v javno službo ter opredeljuje kot obliko socialnovarstvene storitve, ki je namenjena odpravljanju osebnih stisk in težav oseb, starejših od 65 let, in drugih oseb, ki zaradi starosti, bolezni ali drugih razlogov ne morejo živeti doma.

Zdravstvena nega in oskrba sta glavna procesa v domovih starejših in pokrivata po razmejitvi del in nalog največji del kadra. Nosilka procesa zdravstvene nege je diplomirana medicinska sestra. Negovalni tim sestavljajo diplomirana medicinska sestra, tehniki zdravstvene nege in bolničarji. Zdravstvene storitve v domovih izvajajo še fizioterapevti in delovni terapevti. Zdravljenje izvaja zdravnik na primarni ravni (Kavšek, 2006).

»Pri izvajanju negovalnih intervencij za posamezne življenjske aktivnosti so starejši v domovih vedno bolj odvisni od zdravstvenega, predvsem negovalnega osebja, pri čemer potrebujejo individualno obravnavo« (Mali, 2004 cit. po Habjanič, 2011, str. 40).

Veliko starostnikov, ki so v domskem varstvu, je delno ali v celoti odvisnih od aktivnosti zdravstvene nege, kar ugotavlja tudi Habjanič (2011). Vsak posamezen stanovalec pričakuje, da bodo te aktivnosti izvedene kakovostno, kar zanje predstavlja

individualen pristop, prijaznost, razumevanje, pomoč, zaupnost in sposobnost poslušanja članov negovalnega tima (Javornik, 2006 povz. po Habjanič 2011, str. 40).

Kakovost in raven zdravstvene nege v socialnih zavodih sta pogojeni s številom diplomiranih medicinskih sester, zdravstvenih tehnikov, bolničarjev in stalno prisotnostjo zdravnika. Pri obravnavi starostnika v zavodih upoštevamo strokovne standarde za področje zdravstvene nege ter njegove omejene sposobnosti, zdravstveno stanje in bolezni. Zdravstvena dejavnost domov za ostarele temelji na Zakonu o zdravstveni dejavnosti, po katerem socialnovarstveni zavodi v okviru zdravstvene dejavnosti opravljajo zdravstveno nego in rehabilitacijo za svoje stanovalce. V socialnih zavodih so pristojnosti medicinskih sester nejasne, vsaj glede na tolmačenje pristojnih za nadzor nad razvrščanjem stanovalcev v kategorije zdravstvene nege s strani ZZZS. Kategorizacija stanovalcev po kriterijih, ki jih prizna ZZZS, v ospredje postavlja zdravnika. Vsa prizadevanja in naše razlage, da zdravniki niso usposobljeni za strokovni nadzor na področju izvajanja postopkov in intervencij v zdravstveni negi, so ostali brez posluha. Vodstvo zdravstvene nege v socialnih zavodih že desetletja opozarja, da trenutno veljavni kriteriji niso podlaga za določanje kategorije po zahtevnosti zdravstvene nege, da so pomanjkljivi, da ne izhajajo iz dejanskih potreb stanovalca. Še vedno trdimo, da ZZZS svoja razmišljanja preveč naslanja samo na medicinsko-tehnične posege, ki jih predpisuje zdravnik, in ne posveča dovolj pozornosti posegom in intervencijam zdravstvene nege (Leskovic, 2005).

Pojav staranja populacije se vedno bolj dotika vsake medicinske sestre. Medicinske sestre morajo prevzeti odgovornost na področju pridobivanja znanj, veščin, spoznanj in dokazov, ki jih bodo prenesle v prakso, s ciljem zagotavljati kakovostno zdravstveno obravnavo in oskrbo starostnikov. Njihova vloga je pomembna in ključna, saj starostniki potrebujejo strokovno pomoč in oporo za čim daljše, kakovostno ter samostojno staranje (Skela Savič, Zorc, Hvalič Touzery, 2010).

2.3.1 Diplomirana medicinska sestra

Normativ dela za storitev »dan zdravstvene nege« v domovih za starejše: 1 diplomirana med. sestra na 245 postelj (nega I); 1 diplomirana med. sestra na 150 postelj (nega II); 1 diplomirana med. sestra na 30 postelj (nega III) (Normativ dela, 2012).

Diplomirana medicinska sestra v domu starejših občanov med drugim opravlja naslednje naloge in opravila: vodenje, organiziranje, izvajanje in nadzor dela; izvajanje zahtevnejše nege in medicinske pomoči stanovalcev; nadzor nad medicinskimi pripomočki ter vodenje dokumentacije (Popisni list zahtevnosti delovnega mesta, 2010).

2.3.2 Srednja medicinska sestra

Normativ dela za storitev »dan zdravstvene nege« v domovih za starejše: 1 srednja med. sestra na 30 postelj (nega I); 1 srednja med. sestra na 20 postelj (nega II); 1 srednja med. sestra na 10 postelj (nega III) (Normativ dela, 2012).

Srednja medicinska sestra v domu starejših občanov med drugim opravlja naslednje naloge in opravila: izvaja najzahtevnejšo zdravstveno nego, oskrbo in varstvo stanovalcev; nudi medicinsko pomoč, pripravlja in deli predpisano terapijo in ureja pripomočke; izvaja dela in naloge v ambulanti; vodi dokumentacijo; izvaja dela in naloge v skladu z delovnim načrtom ustanove; organizira, vodi in nadzira delo bolničarjev; opazuje psiho fizično stanje stanovalcev; izvaja in sodeluje pri zagotavljanju vseh osnovnih življenjskih aktivnosti stanovalcev (Popisni list zahtevnosti delovnega mesta, 2010).

2.3.3 Bolničar – negovalec

Normativ dela za storitev »dan zdravstvene nege« v domovih za starejše: 1 bolničar – negovalec na 16,18 postelje (nega I); 1 bolničar – negovalec na 9,08 postelje (nega II); 1 bolničar – negovalec na 7,12 postelje (nega III) (Normativ dela, 2012).

Bolničar – negovalec v domu starejših občanov med drugim opravlja naslednje naloge in opravila: pomaga pri zahtevni zdravstveni negi in oskrbi stanovalcev; pomaga pri premikanju v prostoru in prevozu stanovalcev; opazuje stanje stanovalcev in poročaja; v procesu zdravstvene nege opravlja manj zahtevna dela s področja osebne nege (Popisni list zahtevnosti delovnega mesta, 2010).

2.3.4 Fizioterapevt

Normativ dela za storitev »dan zdravstvene nege« v domovih za starejše: 1 dipl. fizioterapevt na 250 postelj (nega I); 1 dipl. fizioterapevt na 95 postelj (nega II); 1 dipl. fizioterapevt na 150 postelj (nega III) (Normativ dela, 2012).

Fizioterapevt v domu starejših občanov med drugim opravlja naslednje naloge in opravila: organizira, načrtuje, izvaja in vrednoti fizioterapevtske storitve; ozavešča stanovalce o načinih za ohranjanje in izboljšanje zdravja; poučuje sodelavce in prilagaja delovno okolje in postopke pomoči stanovalcem; vodi evidence in ureja delovno dokumentacijo; sodeluje z zdravnikom specialistom in lečečim zdravnikom (Popis zahtevnosti delovnega mesta, 2010).

2.3.5 Delovni terapevt

Normativ dela za storitev »dan zdravstvene nege« v domovih za starejše: 1 dipl. del. terapevt na 300 postelj (nega I); 1 dipl. del. terapevt na 270 postelj (nega II); 1 dipl. del. terapevt na 100 postelj (nega III) (Normativ dela, 2012).

Delovni terapevt v domu starejših občanov med drugim opravlja naslednje naloge in opravila: ugotavlja funkcionalne in psihofizične zmožnosti stanovalcev in pripravlja individualne programe; načrtuje, pripravlja in izvaja delovno terapevtsko storitev; izdela program dela in delovni načrt v skladu z nalogami in cilji zavoda; organizira domske prireditve; koordinira delo s prostovoljci (Popis zahtevnosti delovnega mesta, 2010).

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je bil, da se s pomočjo razvrščanja stanovalcev po zahtevnosti zdravstvene nege po merilih ZZZS in z merili za razvrščanje stanovalcev v kategorije zahtevnosti zdravstvene nege in rehabilitacije (pilotna kategorizacija) ugotovi odstopanja pri razvrščanju stanovalcev v posamezne kategorije.

Cilji:

- ugotoviti razliko med kategorizacijo zdravstvene nege po zahtevnosti zdravstvene nege po merilih ZZZS in kategorizacijo zahtevnosti zdravstvene nege in rehabilitacije (pilotna kategorizacija) v domovih za ostarele v gorenjski regiji,
- ugotoviti, ali bi prišlo do razlike v načrtovanju in spremljanju človeških virov ob uporabi kategorizacij po Lestvici ocene samooskrbe LOSS v primerjavi z obstoječimi merili ZZZS,
- ugotoviti uporabnost Lestvice ocene samooskrbe LOSS za razvrščanje stanovalcev v kategorije zdravstvene nege.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

1. Kakšne so razlike med kategorizacijo zdravstvene nege po LOSS in kategorizacijo zdravstvene nege po merilih ZZZS v domovih za ostarele v gorenjski regiji.
2. V kolikšni meri prihaja do razhajanj v številu kadra glede na kategorizacijo zdravstvene nege po zahtevnosti zdravstvene nege po merilih ZZZS in kategorizacijo zahtevnosti zdravstvene nege in rehabilitacije (pilotna kategorizacija) v gorenjski regiji v storitvi »dan zdravstvene nege« v domovih za starejše?
3. Kakšna je uporabnost Lestvice ocene samooskrbe LOSS kot sistema kategorizacije v domovih za starejše osebe?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Raziskava je temeljila na deskriptivni metodi dela z uporabo anketnega vprašalnika. Za zbiranje podatkov smo uporabili kvantitativne tehnike (kvantitativna analiza vprašalnika). Pregledali smo tudi strokovno literaturo na temo diplomskega dela ter bibliografske baze (CINAHL, SPRINGERLINK, EBSCOHOST, PUBMED, COBBIS in druge). Pri iskanju gradiva smo v CINAHL in COBBIS uporabili besede in besedne zveze v slovenskem jeziku: kategorizacija, zdravstvena nega, stanovalci, socialno varstveni zavod. V mednarodnih bazah podatkov smo za iskanje uporabili besede in besedne zveze v angleškem jeziku: categorisation; nursing; immobile patient, long-term care home. Rezultate pilotne raziskave s področja kategorizacije zdravstvene nege v slovenskem prostoru smo pridobili na Skupnosti socialnih zavodov Slovenije. Iskali smo gradivo, staro do 10 let. Zaradi odsotnosti slovenske literature na področju kategorizacije zdravstvene nege smo bili precej omejeni pri pisanju diplomskega dela. Zaradi slabo raziskane problematike kategorizacije zdravstvene nege v domovih za ostarele je tudi v tujih podatkovnih bazah opaziti primanjkljaj literature na to temo. Zbiranje podatkov smo izvedli po predhodni pridobitvi soglasij za potek raziskave v delovnih organizacijah, kjer je raziskava potekala.

3.3.2 Opis merskega instrumenta

Za ugotavljanje števila stanovalcev, razvrščenih v kategorije zdravstvene nege v domu starejših občanov je bil oblikovan vprašalnik. Vprašanja so bila zaprtega tipa. Sestavljen je bil iz štirih delov: v prvem delu so bili demografski podatki domov za ostarele: naziv delovne organizacije in število stanovalcev v zavodu. V drugem delu smo spraševali po številu stanovalcev, razvrščenih v posamične kategorije zdravstvene nege od I. – IV. kategorije v kategorizaciji po zahtevnosti zdravstvene nege po merilih ZZZS in v kategorizaciji po merilih za razvrščanje stanovalcev v kategorije zahtevnosti zdravstvene nege in rehabilitacije (pilotna kategorizacija). V tretjem delu smo spraševali po kadrovskem normativu v delovni organizaciji. Zanimali so nas profili: bolničar negovalec, srednja medicinska sestra, diplomirana medicinska sestra, fizioterapevt in delovni terapevt. Četrty del je bil oblikovan v tabelo, s katero smo želeli pridobiti

podatke o številu stanovalcev v posamičnih domovih glede na kategorizacijo po Lestvici ocene samooskrbe LOSS in sicer za mesece april, maj in junij 2012. Zanimala nas je razvrstitev stanovalcev v posamične kategorije LOSS lestvice, koliko stanovalcev je bilo z Lestvico ocene samooskrbe LOSS ocenjenih prvič, koliko je bilo ponovnih ocen, koliko stanovalcev je med pilotno študijo umrlo in koliko je bilo začasnih sprejemov.

3.3.3 Opis vzorca

V raziskavi je sodelovalo pet domov za ostarele (Dom Petra Uzarja Tržič, Dom upokojencev Preddvor, Dom dr. Janka Benedika Radovljica, Dom upokojencev Kranj, Dom Franceta Bergelja Jesenice). Raziskava je potekala od 7. 11. 2012 do 18. 12. 2012. V omenjene domove za ostarele smo poslali pet anketnih vprašalnikov (v vsak dom enega), vrnjenih smo dobili vseh pet.

3.3.4 Metode obdelave podatkov

Podatki so bili obdelani z računalniškima programoma SPSS 17.0 in Excell 2007. Uporabljena je bila deskriptivna statistika kvantitativnega raziskovanja zbiranja podatkov v obliki anketnega vprašalnika. V SPSS smo obdelali demografske podatke in podatke o številu stanovalcev v kategorijah po zahtevnosti zdravstvene nege in o številu stanovalcev v kategorijah po zahtevnosti zdravstvene nege in rehabilitacije (pilotna kategorizacija) ter normativ kadra glede na storitev »dan zdravstvene nege« na dan 30.6.2012, vse druge podatke pa smo obdelali z Excellom 2007. Bivariatna statistika (t-test) z vrednostjo $p < 0,05$ je določala statistično pomembno razliko med primerjanimi kategorizacijami. Zaradi neenake razporeditve zahtevnosti storitev zdravstvene nege v primerjavi z LOSS in merili kategorij ZZZS smo za hipotetičen prikaz razlik števila stanovalcev v kategorijah lestvico LOSS smiselno združili, kar smo naredili takole: na lestvici LOSS smo 1. in 2. kategorijo združili in naredili primerljivo kategoriji zdravstvene nege I; LOSS kategorija 3 ostane enaka kategoriji zdravstvene nege II; LOSS kategoriji 4 in 5 pa sta enakovredni kategoriji III v zdravstveni negi. Ker v gorenjskih domovih, kjer smo opravili raziskavo, nega IV ni bila zastopana, je za primerjavo nismo uporabili. Ravno tako nismo upoštevali stanovalcev brez nege po merilih ZZZS, ker lestvica LOSS vse stanovalce uvršča v kategorije od 1 do 5 in se

odsotnost ne upošteva, tako kot se v kategorizaciji zdravstvene nege po merilih ZZZS. Istočasno za iskanje razlik med kategorizacijo zdravstvene nege po Lestvici ocene samooskrbe LOSS in po Merilih ZZZS v domovih za ostarele v regiji pa nas je zanimalo tudi, ali je kakšna razlika med kategorizacijo zdravstvene nege po Merilih ZZZS v domovih za ostarele in kategorizacijo zdravstvene nege po zahtevnosti zdravstvene nege in rehabilitacije (pilotna kategorizacija), ki je bila v obdobju naše raziskave v testnem obdobju v slovenskem prostoru.

3.4 REZULTATI

1. Zastavili smo si vprašanje kakšne so razlike med kategorizacijo zdravstvene nege po LOSS in kategorizacijo zdravstvene nege po merilih ZZZS v domovih za ostarele v gorenjski regiji?

Tabela 1: Ali obstaja razlika med kategorizacijo zdravstvene nege po Lestvici ocene samooskrbe LOSS in kategorizacijo zdravstvene nege merilih ZZZS v domovih za ostarele v gorenjski regiji?

	Zahtevnost zdravstvene nege*po merilih ZZZS			Zahtevnost zdravstvene nege in rehabilitacije*(pilotna kategorizacija)			Lestvica LOSS *		
	število	aritmetična sredina	odstotek	število	aritmetična sredina	odstotek	število	aritmetična sredina	odstotek
I. kategorija	151	30,20	15 %	209	41,80	22 %	446	89,20	42 %
II. kategorija	88	17,60	9 %	322	64,40	34 %	241	48,20	23 %
III. kategorija	745	149,00	76 %	403	80,60	43 %	378	75,60	35 %

Na podlagi pridobljenih rezultatov je iz tabele št. 5 razvidno, da obstaja razlika med kategorizacijo zdravstvene nege po merilih ZZZS in kategorizacijo zdravstvene nege po Lestvici samooskrbe LOSS v vseh treh kategorijah. Medtem, ko v kategorizaciji

zdravstvene nege po merilih ZZZS prevladujejo stanovalci, uvrščeni v kategorijo III., ki opredeljuje najzahtevnejšo zdravstveno nego (76% stanovalcev), v kategorizaciji po lestvici LOSS pa prevladujejo stanovalci, ki so uvrščeni v kategorijo I. (42%), kamor so uvrščeni stanovalci, ki potrebujejo najmanj zdravstvene nege. Ravno tako je razlika med kategorizacijo zdravstvene nege po merilih ZZZS in med pilotno kategorizacijo, kjer pa še vedno prevladujejo stanovalci v kategoriji III. (43%), najmanj pa jih je v obeh kategorizacijah v negi I.

Tabela 6: Stanovalci, razvrščeni v kategorije od 1 do 5 po Lestvici samooskrbe LOSS

Domovi za starejše	1. LOSS kategorija		2. LOSS kategorija		3. LOSS kategorija		4. LOSS kategorija		5. LOSS kategorija	
	število	odstotek	število	odstotek	število	odstotek	število	odstotek	število	odstotek
Preddvor	28	12,01	70	30,04	56	24,03	69	29,61	29	12,44
Kranj	43	20,37	40	18,95	54	25,59	63	29,85	9	4,26
Tržič	68	37,77	22	12,22	25	13,88	35	19,44	21	11,66
Jesenice	55	27,77	24	12,12	47	23,73	65	32,82	6	3,03
Radovljica	71	31,83	24	10,76	58	26	53	23,76	23	10,31
Skupaj 1058 stanovalcev	265	25,04	180	17,01	240	22,68	285	26,93	88	8,31

V medsebojni primerjavi med gorenjskimi domovi, ki so sodelovali v raziskavi, lahko v tabeli št. 6 razberemo, da v kategoriji 1. izstopata Tržič z 68 stanovalci in Radovljica z 71 stanovalci, Preddvor ima največ, 70 stanovalcev, uvrščenih v kategorijo 2, medtem, ko imata Kranj in Jesenice največ stanovalcev v 4. kategoriji. V skupnem sesštevkju prevladuje 4. Kategorija, v katero so uvrščeni stanovalci, ki potrebujejo zdravstveno nego in oskrbo, sami le delno obvladujejo posamezne življenske aktivnosti.

Tabela 7: Primerjava kategorizacije zdravstvene nege po merilih ZZZS z pilotno kategorizacijo in kategorizacijo po merilih ZZZS in lestvico LOSS med gorenjskimi domovi

	Zahtevnost zdravstvene nege po merilih ZZZS						Zahtevnost zdravstvene nege in rehabilitacije (pilotna kategorizacija)						Lestvica LOSS					
	I.kategorija	odstotek	II.kategorija	odstotek	III.kategorija	odstotek	I.kategorija	odstotek	II.kategorija	odstotek	III.kategorija	odstotek	I.kategorija	odstotek	II.kategorija	odstotek	III.kategorija	odstotek
Radovljica	54	28	13	7	129	66	53	28	51	27	87	46	96	42	59	26	76	33
Jesenice	34	17	18	9	38	70	37	19	62	32	79	41	79	34	47	20	71	31
Kranj	30	15	15	8	157	80	47	25	88	46	62	32	83	36	54	23	74	32
Tržič	18	9	32	16	125	64	22	12	77	40	74	39	90	39	25	11	56	24
Preddvor	15	8	10	5	196	87	50	26	44	23	101	53	98	42	56	24	101	44
p	p=0,014		p=0,012		p=0,000		p=0,002		p=0,001		p=0,000		p=0,000		p=0,002		p=0,001	
t-test	t=4,213		t=4,336		t=11,401		t=7,242		t=7,812		t=12,216		t=245,149		t=7,704		t=10,280	

p<0,05

Na osnovi pridobljenih podatkov je iz tabele št. 7 razvidno, da pri kategorizaciji zdravstvene nege po merilih ZZZS prevladujejo stanovalci v kategoriji III. (p=0,000), medtem ko v kategorizaciji po lestvici LOSS prevladujejo stanovalci v I. kategoriji (p=0,000). V pilotni kategorizaciji v treh domovih (Radovljica, Jesenice, Preddvor) prevladujejo stanovalci v III. kategoriji (p=0,000), v domovih v Tržiču in v Kranju pa stanovalci v II. kategoriji (p=0,001). Ob primerjavi podatkov lahko opazimo tudi, da se tako v pilotni kategorizaciji kot v kategorizaciji po lestvici LOSS zmanjša število

stanovalcev v najtežji kategoriji (kategorija III.). V obeh omenjenih kategorizacijah pa se poveča število stanovalcev, uvrščenih v kategorijo II.

S t-testom smo ugotovili, da so v vseh kategorijah in pri vseh treh načinih kategorizacije zdravstvene nege razvidne statistično značilne razlike glede na število stanovalcev v posameznih kategorijah zdravstvene nege. Najbolj očitno odstopanje je tako v pilotni kategorizaciji v kategoriji II. ($p=0,001$), v kategoriji I je $p=0,002$; v kategoriji III pa $p=0,000$; v lestvici LOSS je ravno tako najbolj očitna sprememba v kategoriji II. ($p=0,002$), več stanovalcev je uvrščenih tudi v kategorijo I ($p=0,000$), v III. kategoriji je stanovalcev manj ($p=0,001$).

2. Ugotoviti smo želeli v kolikšni meri prihaja do razhajanj v številu kadra glede na kategorizacijo zdravstvene nege po zahtevnosti zdravstvene nege po merilih ZZZS in kategorizacijo zahtevnosti zdravstvene nege in rehabilitacije (pilotna kategorizacija) v gorenjski regiji v storitvi »dan zdravstvene nege« v domovih za starejše?

Tabela 8: Število kadra glede na kategorizacijo zdravstvene nege po zahtevnosti zdravstvene nege (merila ZZZS) in v kategorizacijo zahtevnosti zdravstvene nege in rehabilitacije (pilotna kategorizacija) v gorenjski regiji v storitvi »dan zdravstvene nege« v domovih za starejše

Število zaposlenih	Trenutno (posredovani podatki)	(merila ZZZS)	(pilotna kategorizacija)	Razlika med obema kategorizacijama	t-test p<0,05
bolničar/negovalec	122	122,0336	103,6062	-18,4274	t=3,630 p=0,022
srednja medicinska sestra	91	82,8466	62,559	-20,2876	t=5,085 p=0,007
diplomirana medicinska sestra	15	25,6953	16,2199	-9,4754	t=5,831 p=0,004
fizioterapevt	7	6,4211	6,8237	+0,4026	t=1,366 p=0,244
delovni terapevt	6,5	8,1994	5,8708	-2,3286	t=5,751 p=0,005
SKUPAJ	241,5	245,196	195,0796	-50,1164	t=4,489 p=0,011

V hipotetični primerjavi podatkov o razhajanju v številu kadra med kategorizacijo zdravstvene nege po merilih ZZZS in pilotno kategorizacijo zdravstvene nege in rehabilitacije, lahko iz tabele št. 8 razberemo, da prihaja do statistično pomembnih razlik v vseh profilih zaposlenih, razen pri fizioterapevtih. Tako bi v pilotni kategorizaciji v primerjavi z kategorizacijo zdravstvene nege po merilih ZZZS izgubili 18,4274 bolničarja/negovalca (p=0,022); 20,2876 srednje medicinske sestre (p=0,007); 9,4754 diplomirane medicinske sestre (p=0,004) in 2,3286 delovnega terapevta (p=0,005).

3. Kakšna je uporabnost Lestvice ocene samooskrbe LOSS kot sistema kategorizacije v domovih za starejše osebe?

Tabela 9: Ali je uporabnost Lestvice ocene samooskrbe LOSS upravičena kot sistem kategorizacije v domovih za starejše osebe ?

Število vseh stanovalcev po lestvici LOSS	1065
Število ponovitev	5
Odstotek ponovitev od števila stanovalcev po lestvici LOSS	0,47%

Odstotek ponovitev ocene samooskrbe po lestvici LOSS je zelo majhen (0,47%), kar nam pove, da bi Lestvica ocene samooskrbe LOSS bila uporabna kot sistem kategorizacije v domovih za starejše osebe. Tako majhen odstotek ponovitev nam pokaže stabilnost zdravstvenega stanja stanovalcev.

3.5 RAZPRAVA

Kategorizacija zahtevnosti zdravstvene nege je razvrščanje stanovalcev v različne kategorije zdravstvene nege. Ob pregledu literature smo ugotovili, da se tri predstavljene kategorizacije zdravstvene nege med seboj zelo razlikujejo, saj vsaka drugače opredeljuje kategoriziranje stanovalcev v posamične kategorije. Ob pregledu pridobljenih rezultatov ugotavljamo, da prihaja do razlik v številu stanovalcev, uvrščenih v določene kategorije v posamičnih kategorizacijah. Medtem, ko v kategorizaciji zdravstvene nege po merilih ZZZS v naši raziskavi prevladujejo stanovalci, uvrščeni v kategorijo III (enako ugotavlja tudi Kavšek (2009)), se v pilotni kategorizaciji poveča število stanovalcev v II. kategoriji. Do podobnih zaključkov so prišli tudi na SSSZ Slovenije, ki so leta 2012 v slovenskem prostoru v socialno varstvenih zavodih izvedli pilotni projekt razvrščanja stanovalcev v kategorije zdravstvene nege po zahtevnosti zdravstvene nege in rehabilitacije. Z znižanjem števila stanovalcev v III. kategoriji zdravstvene nege in dvigom števila stanovalcev v kategoriji II bi domovi za upokojence ostali brez občutnega števila zdravstvenega kadra, kar bi lahko povzročilo padec kvalitete zdravstvene nege, zagotavljanja varnosti in povečanja varnostnih zapletov, kar ugotavljajo tudi tuji avtorji Pearson s sodelavci (2006) ter Akinci in Krolikowski (2005). V svoji raziskavi leta 2011 Terbovšek in Bregar (2011) ugotavljata, da v slovenskih bolnišnicah (ki sicer niso bile vključene v našo raziskavo)

število zdravstveno negovalnega kadra ostaja nespremenjeno, čeprav se spreminja stopnja zahtevnosti pacientov. Ravno tako Habjanič (2011) zapiše, da je zadovoljstvo stanovalcev v socialno varstvenih zavodih v veliki meri odvisno od števila zaposlenih, kar je ena od povezav s problematiko v slovenskih bolnišnicah. Tako tuji avtorji (Pearson et al., 2006; Akinci, Krolikowski, 2005) smo tudi mi prišli do zaključka, da je področje kategorizacije še precej nedorečeno, da so potrebne spremembe na področju kriterijev za razvrščanje stanovalcev v posamične kategorije. Collier in Harrington (2008) ravno tako opozarjata, da je potrebno pri izboljšavi kriterijev za uvrščanje stanovalcev v posamične kategorije zdravstvene nege povečati časovne okvire za posamične kategorije. Upoštevati bi bilo potrebno tudi čas dokumentiranja zdravstvene nege in zagotoviti 24 urno prisotnost diplomirane medicinske sestre (Colier, Harrington, 2008). Bregar in Terbovšek (2011) sta prišla do zaključka, da bi bilo potrebno izvajanje kategorizacije zdravstvene nege utrditi z bolj pogostimi notranjimi nadzori, po potrebi tudi zunanjimi, saj nekatere bolnišnice pri kategoriziranju niso povsem objektivne. Glede na zbrane podatke v naši raziskavi se da sklepati, da tudi v domovih za ostarele prihaja do enakih razhajanj.

Veliko podobnosti smo zasledili tudi pri primerjavi podatkov o uvrščenosti stanovalcev po Lestvici samooskrbe LOSS v raziskavi v slovenskem prostoru (Skupnost socialnih zavodov Slovenije, 2012) in v naši raziskavi. V obeh raziskavah je največ stanovalcev v kategoriji 4; najmanj pa v kategoriji 5. Z analizo podatkov o ponovitvah ocene uvrščanja stanovalcev v Lestvico samooskrbe LOSS smo prišli do zaključka, da je zdravstveno stanje stanovalcev domov za ostarele stabilno in le v majhnem številu potrebujejo spremembo zdravstvene oskrbe. Lestvica samooskrbe LOSS bi bila ob ustreznih dopolnitvah primerno orodje za določanje kategorij zdravstvene nege stanovalcev domov za ostarele, saj sledi stanovalcem od povsem neodvisnih v temeljnih življenjskih aktivnostih do povsem odvisnih, kar v svoji raziskavi ugotavlja tudi Boggtz s sodelavci (2009). Kavšek (2009) navaja, da lestvica prikazuje transparentno sledenje potrebam stanovalcev po življenjskih aktivnostih in možnosti samoocene.

4 ZAKLJUČEK

Kategorizacija zdravstvene nege v domovih za starejše je zelo pomemben način za financiranje domov za starejše. Z uvrščanjem stanovalcev v kategorije zdravstvene nege pridobimo v domovih za starejše finančna sredstva, ki so potrebna za delovanje domov za starejše, in potreben kader za nego in oskrbo stanovalcev, ki so v domove za starejše nameščeni. V naši raziskavi smo prišli do zaključka, da je trenutna kategorizacija po Merilih ZZZS najbolj primerna, saj nam za sredstva, ki so nam na voljo v celotnem sistemu zdravstvene nege v javni mreži, zagotavlja največ potrebnega kadra. Zavedati pa se moramo, da ravno kategorizacija zdravstvene nege po Merilih ZZZS ne izkoristi vseh potencialov negovalnega kadra, saj premalo vključuje profil bolničarja – negovalca. Ta namreč nima določenih kompetenc in posledično njegove storitve niso opravičene vključevanja v oceno kategorizacije zdravstvene nege. Ravno po profilu bolničar – negovalec pa se kategorizacija za domove in socialnovarstvene zavode razlikuje od bolnišnične, saj bolnišnična kategorizacija tega profila ne pozna. Lestvica samooskrbe LOSS ni primerljiva s trenutno kategorizacijo po merilih ZZZS, saj obstaja preveč odstopanj. Ob novi določitvi sistema vrednotenja Lestvice samooskrbe LOSS pa bi bila ta veliko bolj primerna, saj z njo veliko bolj zajamemo vse negovalne potrebe in potrebe po medicinsko-tehničnih posegih pri stanovalcih domov za starejše. Istočasno bi lahko profil bolničar – negovalec vključili v sam proces kategorizacije, saj se Lestvica ocene samooskrbe LOSS postopno stopnjuje in bi lahko v ocenjevanje vključevali tudi storitve, ki bi bile v kompetencah bolničarjev – negovalcev (npr. opazovanje defekacije, pomoč pri bruhanju, ustna nega pri motnjah požiranja, spremljanje telesne temperature in podobno). Nujno pa bi bilo ob novi določitvi sistema vrednotenja Lestvice samooskrbe LOSS v sam proces izdelave te vključiti tudi osebe, ki so zaposlene v domovih za ostarele in v ostalih socialnovarstvenih zavodih, saj imajo boljši vpogled v določanje kategorije zdravstvene nege in lažje prepoznajo, kaj vse je potrebno dodati in kje je nesmisel vztrajati na postavkah za njihovo določanje.

Med našo raziskavo smo prišli do zaključkov, da je področje zdravstvene nege v socialno varstvenih zavodih v Sloveniji slabo raziskano, vse preveč raziskav se osredotoča na same bolnišnice ali pa se delajo primerjalne študije med bolnišnicami in socialno varstvenimi zavodi. Smiselno bi bilo na področju socialno varstvenih zavodov

izvesti še več raziskav (preobremenjenost in izgorelost negovalnega kadra, upoštevanje kompetenc posamičnih kadrov ob izvajanju raznih medicinsko tehničnih postopkov, in podobno), saj zavodi postajajo vse bolj negovalne bolnice z nizkim proračunom in vse manj negovalnega kadra.

Pri izvajanju kategorizacije zdravstvene nege je še veliko nedorečenega. Zaradi nejasnih in neuskkljenih razlag, kateri stanovalec sodi v določeno kategorijo zdravstvene nege, prihaja do razlik v kategoriziranju. Potrebno bi bilo pogostejše izobraževanje kadra, ki kategoriziranje izvaja, zunanji nadzori s strani ZZZS pa bi morali biti bolj v obliki svetovanj.

5 LITERATURA

Akinci F, Krolikowski D. Nurse staffing levels and quality of care in Northeastern Pennsylvania nursing homes. *Appl Nurs Res.* 2005;18(3):130-7. Dostopno na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20077960> (24. 10. 2013).

Boggatz T, Farid T, Mohammedin A, Dijkstra A, Lohrmann C, Dasen T. Psychometric properties of extended Care Dependency Scale for older persons in Egypt. *J Clin Nurs.* 2009;18:3280–9.

Bregar B, Klančnik Gruden M. Vpliv kadrovske zasedbe v zdravstveni negi na kazalnike kakovosti; 2009. Dostopno na: <http://www.zbornica-zveza.si/sl/publikacije> (19.8.2012).

Collier E, Harrington C. Staffing Characteristics, Turnover Rates, and Quality of Resident Care in Nursing Facilities. *Res Gerontol Nurs.* 2008;1(3):157-70.

Popisni list zahtevnosti delovnega mesta: [interno gradivo]. Tržič: Dom Petra Uzarja; 2010.

Duh A. Delovne obremenitve medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v Splošni bolnišnici Murska Sobota: [diplomsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru: Fakulteta za zdravstveno vede; 2008. Dostopno na: www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:DOC-F4KDWVCH/...5b04.../PDF (5.11.2012).

Gesse T, Dombro M, Gordon SC, Rittman MR. Windenbach, Henderson, and Orlando's Theories and Their Applications. In: Parker ME, ed. *Nursing Theories & Nursing Practice*. 2nd ed. Philadelphia: FA Davis Company; 2006: 70-8.

Habjanič A. Zdravstvena nega v domovih za starejše z vidika stanovalcev, sorodnikov in negovalnega osebja. *Obzor Zdr N.* 2011;45(1):39–47. Dostopno na: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&hid=10&sid=c78177f9-17b2-4c9a-baaa-f5c185bb0f19%40sessionmgr10> (20. 4. 2012).

Hajdinjak G, Meglič R. *Sodobna zdravstvena nega*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta; 2012: 33.

Henderson V. Osnovna načela zdravstvene nege. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije; 1998.

ICN. Definition of nursing. 2010. Dostopno na: <http://www.icn.ch/about-icn/about-icn/> (23. 8. 2012).

Kavšek M. Smernice kategorizacije za izboljšanje kakovosti zdravstvene nege in oskrbe v domovih starejših občanov: [diplomsko delo]. Kranj: Univerza v Mariboru: Fakulteta za organizacijske vede; 2006. Dostopno na: <http://diplome.fov.uni-mb.si/uni/12296Kavsek.pdf> (12.7.2012).

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.

Koprivnikar B. Stanje na področju institucionalnega varstva starejših v Sloveniji. In Tratnik Volasko M, ed. Institucionalno varstvo starejših: zbornik referatov in razprav, Ljubljana, 23. avgust 2008. Ljubljana: Državni svet Republike Slovenije; 2008:1-3. Dostopno na: [www.ds-rs.si › Publikacije › Zborniki_](http://www.ds-rs.si/Publikacije/Zborniki/)(24.5.2013).

Leskovic L. Zdravstvena nega v socialnih zavodih nekoč, danes in jutri. Obzor Zdr N. 2005;39(2):101–2.

Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve Slovenije. Lestvica sposobnosti samooskrbe (LOSS). Dostopno na: http://www.google.si/url?sa=t&ret=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&sqi=2&ved=0CB0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.mdds.gov.si%2Ffileadmin%2Fmdds.gov.si%2Fpageuploads%2Fdokumenti__pdf%2Fword%2Fzakon-do-priloga3.doc (2. 10. 2012).

Müller-Staub M, Needham I, Odenbreit M, Lavin MA, Achterberg T. Improved quality of nursing documentation: results of a nursing diagnoses, interventions and outcomes implementation study. Int J Nurs Terminol Classif. 2007;18(1):5–16. Dostopno na: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&hid=10&sid=c78177f9-17b2-4c9a-baaa-f5c185bb0f19%40sessionmgr10> (20. 4. 2012).

Müller-Staub M. Evaluation of the implementation of nursing diagnoses, interventions and outcomes. *Int J Nurs Terminol Classif.* 2009;20(1):9–15. Dostopno na: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&hid=10&sid=c78177f9-17b2-4c9a-baaa-f5c185bb0f19%40sessionmgr10> (20. 4. 2012).

Normativ dela za storitev »dan zdravstvene nege« v domovih za starejše in posebnih socialnovarstvenih zavodih (tipi A, B in C). *Občasnik št. 3/2. DEL//Priloga SVZ II/e – 2a.* 2009;71.

Pearson A, Pallas LO, Thomson D, Doucette E, Tucker D, Wiechula R, et al. Systematic review of evidence on the impact of nursing workload and staffing on establishing healthy work environments. *Int J Evid Based Healthc.* 2006;4(4):337-84. Dostopno na : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20077960>.

Petkovšek Gregorin R, Karan K. Razvrščanje pacientov v kategorije glede na zahtevnost bolnišnične zdravstvene nege. *Rehabilitacija* 2008;VII(1):32–6. Dostopno na: www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:DOC-F4KDWVCH/...5b04.../PDF (12.7.2012).

Skela Savič B, Zorc J, Hvalič Touzery S. Staranje populacije, potrebe starostnikov in nekateri izzivi za zdravstveno nego. *Obzor Zdr N.* 2010;44(2):89–100.

Pregled števila dni zdravstvene nege 4/12: [interno gradivo]. Skupnost socialnih zavodov Slovenije; 2013.

Rezultati kategorizacije – testna merila: [interno gradivo]. Skupnost socialnih zavodov Slovenije; 2013.

Skupnost socialnih zavodov Slovenije. Merila za razvrščanje uporabnikov v kategorije zahtevnosti zdravstvene nege in rehabilitacije; 2011. Dostopno na: <http://www.ssz-slo.si/apl/doc/14AFAA7F.pdf> (23. 8. 2012).

Skupnost socialnih zavodov Slovenije. Splošno o domovih in posebnih zavodih. 2012. Dostopno na: <http://www.ssz-slo.si/slo/main.asp?id=2361E17F> (27. 3. 2012).

Tavželj M. Najpogostejše negovalne diagnoze pri starejših nepomičnih pacientih v domu starejših občanov: [diplomsko delo]. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2011.

Terbovšek R, Bregar B. Kategorizacija zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege v slovenskih bolnišnicah v letu 2011 – primerjava z leti 2007-2011. In: Klemenc D, Majcen Dvoršak S, Štemberger Kolnik T, eds. Moč za spremembe – medicinske sestre in babice smo v prvih vrstah zdravstvenega sistema: zbornik predavanj z recenzijo, Brdo pri Kranju 9.-10. maj 2013. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Nacionalni center za strokovni, karierni in osebnostni razvoj medicinskih sester in babic; 2013: 72–7. Dostopno na: http://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/publication__attachments/9._kongres_zbns_2013-zbornik.pdf (21.10.2013).

Trojer S. Presojanje uspešnosti poslovanja domov upokojencev v Sloveniji s finančnimi in nefinančnimi kazalniki: [magistrsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani: ekonomska fakulteta; 2009. Dosegljivo na: www.cek.ef.uni-lj.si/magister/trojer344-B.pdf (12.11.2012).

Vrečar A, Skela Savič B. Kategorizacija zahtevnosti zdravstvene nege pri onkoloških pacientih v specialistični obravnavi. *Obzor Zdr N.* 2009;43(3):171–82.

Vrtek S. Planiranje potreb po zdravstveni negi na institutu RS za rehabilitacijo: [diplomsko delo]. Kranj: Univerza v Mariboru: Fakulteta za organizacijske vede; 2007. Dosegljivo na: diplome.fov.uni-mb.si/uni/12955Vrtek.pdf (15.8.2012).

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT

Spoštovani!

Moje ime je Janja Duh in sem študentka Visoke šole za zdravstvo nego Jesenice. Pod mentorstvom mag. Ljiljane Leskovic, viš. pred., želimo v okviru diplomskega dela z naslovom Kategorizacija zdravstvene nege v socialnovarstvenih zavodih, s pomočjo klasifikacije zdravstvene nege po Lestvici ocene samooskrbe LOOS in po veljavnih merilih ZZZS ugotoviti odstopanja pri razvrščanju starostnikov v kategorije zdravstvene nege v gorenjski regiji in morebitno razhajanje v številu potrebnega negovalnega kadra na osnovi uporabe predhodno omenjenih sistemov kategorizacij.

Vljudno vas prosimo za sodelovanje v raziskavi. Podatki bodo uporabljeni samo v namen izdelave diplomskega dela na Visoki šoli za zdravstveno nego Jesenice.

Najlepša hvala za vaše sodelovanje.

Duh Janja, študentka VŠZN Jesenice

NAVODILA ZA IZPOLNJEVANJE ANKETNEGA VPRAŠALNIKA:

Na črto napišite število, ki ga od vas zahteva vprašanje. Ne navajajte nobenih imen razen naziva delovne organizacije, v kateri ste zaposleni. Prosim za podatke na dan : 30.6.2012, razen pri točki IV, kjer je potrebno navesti podatke od meseca aprila 2012 do meseca junija 2012.

Hvala.

I. DEMOGRAFSKI PODATKI:

Naziv delovne organizacije: _____

Število stanovalcev v zavodu : _____

II. KATEGORIZACIJA ZDRAVSTVENE NEGE:

Število stanovalcev v negi I. po zahtevnosti zdravstvene nege:

Število stanovalcev v negi II. po zahtevnosti zdravstvene nege:

Število stanovalcev v negi III. po zahtevnosti zdravstvene nege:

Število stanovalcev v negi IV. po zahtevnosti zdravstvene nege:

Število stanovalcev v negi I. po merilih za razvrščanje uporabnikov v kategorije zahtevnosti zdravstvene nege in rehabilitacije:

Število stanovalcev v negi II. po merilih za razvrščanje uporabnikov v kategorije zahtevnosti zdravstvene nege in rehabilitacije:

Število stanovalcev v negi III. po merilih za razvrščanje uporabnikov v kategorije zahtevnosti zdravstvene nege in rehabilitacije:

Število stanovalcev v negi IV. po merilih za razvrščanje uporabnikov v kategorije zahtevnosti zdravstvene nege in rehabilitacije:

III. KADROVSKI NORMATIV V DELOVNI ORGANIZACIJI

Število zaposlenih bolničarjev/ negovalcev: _____

Število zaposlenih srednjih medicinskih sester: _____

Število zaposlenih diplomiranih medicinskih sester: _____

Število zaposlenih fizioterapevtov : _____

Število zaposlenih delovnih terapevtov : _____

IV. LESTVICA OCENE SAMOOSKRBE LOSS:

kategorije	April 2012				Maj 2012				Junij 2012					
	prvič	ponovitev	umrli	sprejemi	začasni	prvič	ponovitev	umrli	sprejemi	začasni	prvič	ponovitev	umrli	sprejemi
LOSS lestvice														
1. kategorija														
2. kategorija														
3. kategorija														
4. kategorija														
5. kategorija														