

Pregledni članek / Review article

## **SLOVENSKA KATEGORIZACIJA ZAHTEVNOSTI BOLNIŠNIČNE ZDRAVSTVENE NEGE V PEDIATRIJI – NAŠE IZKUŠNJE IN PREDLOGI**

### **SLOVENIAN CATEGORIZATION OF THE REQUIREMENTS OF HOSPITAL NURSING CARE IN PAEDIATRICS – OUR EXPERIENCE AND SUGGESTIONS**

A. Štih

*Klinični oddelek za neonatologijo, Pediatrična klinika, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Ljubljana, Slovenija*

#### **IZVLEČEK**

Zagotavljanje kakovosti v zdravstveni negi obsega več področij. Kategorizacija bolnikov ali kategorizacija zdravstvene nege bolnikov je le eno od področij zagotavljanja kakovosti v zdravstveni negi. Zgodovina kategorizacije bolnikov sega v šestdeseta leta prejšnjega stoletja in se je kljub relativno kratkemu času do danes zelo razvila in izpopolnila. Poznamo več kot 1.000 kategorizacijskih sistemov, ki jih lahko razdelimo v dve večji skupini: na prototipske sisteme in faktorske sisteme. V Sloveniji smo metodo kategorizacije prvič začeli uporabljati leta 1995, ko je potekal raziskovalni projekt z naslovom »Projekt uvajanja programa za zagotavljanje kakovosti sistema klasifikacije pacientov na področju zdravstvene nege«. Leta 2004 so metodo sprejeli na Ministrstvu za zdravje kot sestavni del bolnišnične prakse. Konec leta 2010 je bilo v slovenskem prostoru podanih več predlogov sprememb obstoječega sistema kategorizacije. Predloge je podal Kolegij za poenotenje slovenske kategorizacije zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege. Prvi predlog z veliko spremembo posega na področje obravnave otrok. Kategorizacija zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege pri otroku je zelo zapletena, saj problemi niso vezani le na bolnega otroka in sobivanje staršev oz. spremljevalcev z otrokom v bolnišnici, temveč tudi na področje zdravstvenovzgojnega svetovanja staršem oz. otroku.

**Ključne besede:** kategorizacija zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege, sistem San Joaquin, otroci, spremljevalci, zdravstvena nega.

#### **ABSTRACT**

Ensuring quality in nursing care is divided into several areas. The categorization of patients or categorization of patients' nursing care is only one of the areas of quality. The history of the categorization of patients goes back to the 1960s. Despite its relatively short existence, it has been significantly developed and improved

since that time. There are over 1000 categorization systems. They are divided into two large groups: prototype and factor systems. The method of categorization was first implemented in Slovenia in 1995 with the research project entitled "The project for implementing the programme for ensuring quality of the system of classification of patients in nursing care". In 2004 the method was accepted by the Ministry of Health as an integral part of hospital practice. At the end of 2010, several suggestions for changing the existing system of categorization were made in Slovenia. The suggestions were made by the Council for unification of Slovenian categorization of the requirements of hospital nursing care. The first suggestion with significant modification involves the area of treatment of children. The challenges with regard to the categorization of requirements of hospital nursing care are very complex. The challenges that exist are not only related to the ill child and the parents' or assistants' stay, but they also extend to the area of health and educational counselling of parents and the child.

**Key words: Categorization of requirements of hospital nursing care, San Joaquin system, children, assistants, nursing care.**

## UVOD

Zagotavljanje kakovosti v zdravstveni negi obsega več področij. Kategorizacija bolnikov ali kategorizacija zdravstvene nege bolnikov je le eno od področij kakovosti.

V okviru sodobne zdravstvene nege prikazujemo, načrtujemo in vrednotimo delo izvajalcev zdravstvene nege glede na potrebe bolnika (1). Da bi bolnike sistematično razvrstili v kategorije glede na posebnosti ali potrebe po zdravstveni negi v določenem časovnem obdobju in hkrati objektivno prikazali delovne obremenitve izvajalcev zdravstvene nege, so v svetu razvili številne sisteme zdravstvene nege. Samo nekatere od številnih kategorizacijskih sistemov danes uporabljamo tudi pri delu z bolnikom.

## KATEGORIZACIJA

Kategorizacija je sistematično razdeljevanje ali združevanje predmetov oz. pojmov po skupinah in razredih ali po splošnih značilnostih, po katerih so si različni ali podobni (2). Kategorizacija zdravstvene nege bolnikov ali kategorizacija bolnikov znotraj področja zdravstvene nege je sistem razvrščanja bolnikov v kategorije glede na določene posebnosti oziroma potrebe po zdravstveni negi.

Namen kategorizacije zdravstvene nege bolnikov je predvsem opredelitev intenzivnosti zdravstvene nege ter izračun stroškov za določeno enoto (1). S kategorizacijo torej ocenjujemo potrebe bolnika glede na zahtevnost zdravstvene nege, zato lahko s pomočjo kategorizacije prikažemo tudi obremenjenost zaposlenih in izračunamo, koliko osebja potrebujemo v zdravstveni negi (3).

Zgodovina kategorizacije bolnikov sega v šestdeseta leta prejšnjega stoletja in se je do danes zelo razvila in izpopolnila. Danes obstaja v svetu več kot tisoč različnih sistemov kategorizacije (1). Število uporabljenih kategorij v posameznih sistemih je od tri do deset (4). Raznolikosti in številčnosti vseh obstoječih sistemov za kategorizacijo ne poznamo, vendar lahko v literaturi zaznamo težnjo po sprejetju enotnega sistema kategoriziranja (5).

## KATEGORIZACIJSKI SISTEMI

Kategorizacijske sisteme v splošnem delimo predvsem v dve večji skupini: na prototipske sisteme kategorizacije in na faktorske sisteme kategorizacije.

Prototipski sistemi kategorizacije temeljijo na opisih značilnosti bolnikov, ki so tipični za posamezne kategorije. V tem sistemu izvajalci zdravstvene nege razvrščajo bolnike v kategorije po svoji pre-

soji. Opisane značilnosti se nanašajo na temeljne življenjske dejavnosti, posebnosti diagnostično-terapevtskega programa in psihosocialne potrebe bolnika. Prototipski pristop je preprost za razlago in razumevanje, lahko sprejemljiv, finančno dostopen in za uresničevanje kategorizacije ne zahteva veliko časa. Njegove slabosti so predvsem velika odstopanja pri kategoriziranju, nezmožnost preverjanja za nazaj in predvsem velika subjektivnost (6).

Faktorski sistemi kategorizacije ocenjujejo posamezne potrebe bolnika po zdravstveni negi in na podlagi te ocene (tj. seštevka ocen) bolnika razvrstijo v določeno kategorijo, ki nam pove, kakšno zdravstveno nego potrebuje (1). V faktorskem sistemu ocenjujemo kritične kazalnike, ki so najpomembnejši sestavni deli za določanje primerne kategorije. Število kazalnikov je lahko zelo različno. Dejstvo je, da je ob prevelikem številu uporabljenih kazalnikov kategoriziranje časovno prezahtevno, zaradi premajhnega števila kazalnikov pa se lahko zgodi, da sistem ni objektivni. Tudi finančna zahtevnost in poraba časa sta v faktorskem sistemu večji kot v prototipskem.

## **KATEGORIZACIJA PO SAN JOAQUINU – SLOVENSKA KATEGORIZACIJA**

Sistem kategorizacije po San Joaquinu so oblikovali leta 1979 na ameriškem Ministrstvu za zdravje, izobraževanje in blaginjo (1). Razvili so sistem kritičnih kazalnikov za merjenje odvisnosti bolnikov od negovalnega osebja, razvrščenih v štiri negovalne kategorije, ter merjenje posrednih in neposrednih dejavnosti v zdravstveni negi (7). Sistem je omogočil merjenje količine opravljenega dela v zdravstveni negi.

Na nastanek sistema je posredno in neposredno vplivalo več teorij zdravstvene nege, vendar je najbolj čutiti vpliv teoretičnega modela samooskrbe, ki ga je oblikovala Dorothea Orem. V modelu obravnava samooskrbo in si jo prizadeva v čim večji meri izboljšati. Pri sistemu kategoriziranja po

San Joaquinu ocenjujemo prav stopnjo zmožnosti samooskrbe oz. nezmožnosti samooskrbe.

Sistem uvrščamo med faktorske sisteme in temelji na uporabi devetih kazalnikov. Kritični kazalniki se nanašajo na temeljne življenjske dejavnosti. Kot kaže praksa, so to dejavnosti, ki medicinskim sestram vzamejo največ časa pri opravljanju zdravstvene nege. Ti kazalniki so: pretežno samostojen, delna pomoč pri osebni higieni, delna pomoč pri gibanju, popolna pomoč pri gibanju in osebni higieni, delna pomoč pri hranjenju, hranjenje, infuzija, opazovanje na 1–2 uri in neprekinjeno opazovanje (6).

Sistem kategorizacije po San Joaquinu razvršča bolnike v štiri kategorije zdravstvene nege. Prva kategorija je najmanj zahtevna, četrta pa najbolj.

V Sloveniji se je že v preteklosti pokazala potreba po ustreznem kategorizacijskem sistemu, ki bi omogočil objektivno ocenjevanje zahtevnosti zdravstvene nege. Zato so se Klinični center Ljubljana, Bolnišnica Golnik – KOPA in Psihiatrična klinika Ljubljana v obdobju 1995–1998 vključili v raziskovalni projekt z naslovom »Projekt uvajanja programa za zagotavljanje kakovosti, sistema klasifikacije pacientov na področju zdravstvene nege«. Od leta 1998 v slovenskem prostoru postopno uvajamo kategorizacije bolnikov v vseh bolnišnicah. Omenjeni projekt uporablja kategorizacijski sistem San Joaquin.

Ob uvedbi kategorizacijskega sistema San Joaquin v slovenski prostor so bili kazalniki enotni za ves slovenski prostor in niso bili prilagojeni posameznim področjem zdravstvene nege. Po nekajletni poskusni dobi so ugotovili, da so nujno potrebne nove prilagoditve.

Razširjeni strokovni kolegij za zdravstveno nego pri Ministrstvu za zdravje je kot vrhovni organ na področju zdravstvene nege 15. decembra 2004 sprejel metodo kategorizacije bolnikov kot sestavni del bolnišnične prakse (1). Vsakodnevno ugotavljanje kategorije zahtevnosti zdravstvene nege bolnika je

bilo sprejeto kot sestavni del negovalne oziroma zdravstvene dokumentacije bolnika. Vse to v svoji vsebini opredeljuje tudi Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva iz leta 2000.

## KATEGORIZACIJA V OTROŠKIH BOLNIŠNICAH

V »Projekt uvajanja programa za zagotavljanje kakovosti sistema klasifikacije pacientov na področju zdravstvene nege«, ki je potekal v obdobju 1995–1998, je bil vključen tudi otroški onkološki in hematološki oddelek Pediatrične klinike v Ljubljani. V poročilu o projektu je jasno navedeno, da so glede na različne vsebine dela na nekaterih oddelkih morali že takat uporabiti več različic sistema kategorizacije po San Jaquinu. To pomeni, da so za kategorizacijo izbrali različne kritične kazalnike.

Na otroškem oddelku so v letih 1996, 1997 in v prvih šestih mesecih leta 1998 pri kategoriziranju uporabljali obrazec za intenzivno terapijo hematookološkega bolnika. Izbrani so bili torej tisti kritični kazalniki, ki so bili najprimernejši glede na vsebino dela. Kategorizacija bolnikov glede zahtevnosti zdravstvene nege je potekala v dopoldanski in popoldanski izmeni, v zadnjem letu pa v vseh treh izmenah. V obdobju od julija 1998 do decembra 1998 so za kategorizacijo uporabljali obrazec, namenjen standardnim bolniškim oddelkom. Zaradi različnih kritičnih kazalnikov so bili podatki za zadnje polletje tega leta obdelani posebej.

V razpravi raziskave je navedeno: »Po končni obdelavi podatkov smo ugotovili, da so oddelki, ki so bili izbrani naključno, tako različni, da jih je težko primerjati med seboj« (6). Primerjava ni možna zato, ker se vsebina dela na izbranih oddelkih med seboj zelo razlikuje (pediatrija, psihiatrija, travmatologija, intenzivna interna medicina, intenzivna nega in terapija novorojencev, kirurgija).

Te trditve podpirajo teorijo, da bi bila smiselna uporaba različnih kritičnih kazalnikov za različna

področja zdravstvene nege bolnikov. Tudi podatki, ki bi jih dobili na ta način, bi bili zagotovo bolj natančni.

## KATEGORIZACIJA V OTROŠKIH BOLNIŠNICAH IN STARŠI

Konec leta 2010 je bilo v slovenskem prostoru podanih več predlogov za spremembo obstoječega sistema kategorizacije. Predloge je podal Kolegij za poenotenje Slovenske kategorizacije zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege. Prvi predlog z veliko spremembo posega na področje obravnave otrok.

Predlog navaja: »Prisotnost doječe matere, matere spremljevalke, ki se na oddelku usposablja za kasnejšo rehabilitacijo otroka na domu, prisotnost staršev ali drugih oseb na lastno željo, ki sodelujejo pri negi otroka, vpliva na kategorijo zahtevnosti zdravstvene nege obolelega otroka.«

Ob tem je podana obrazložitev, ki navaja: »Kadar je poleg akutno obolelega otroka v bolnišnico sprejeta tudi mati (ali pomembni drugi), ki se glede na zdravstveno stanje otroka ter v dogovoru z zdravstvenim timom aktivno vključuje v nego otroka (previjanje, umivanje, hranjenje), lahko ta delno nadomesti vlogo izvajalca zdravstvene nege. Otroka kategoriziramo glede na izvedene aktivnosti zdravstvene nege.«

Predlagana sprememba o vplivu prisotnosti staršev ob otroku v času bolnišničnega zdravljenja je povzročila veliko dvomov glede zdravstvene nege otroka v bolnišnici.

## OTROCI – STARŠI IN BOLNIŠNICA

Pomoč otroku v času zdravljenja v bolnišnici je danes presegla okvire, ki so veljali v preteklosti. Zaradi dodatnih izzivov na tem področju je vloga zaposlenih v pediatrični zdravstveni negi danes zelo zahtevna. Poznati morajo različna področja: medicini-

no, psihični razvoj otroka, šolsko področje, komunikacija, družinsko življenje, zaposlitvene dejavnosti, vzgojno področje, zdravstveno zakonodajo, pravice bolnih otrok, socialno-ekonomsko področje, varovanje psihičnega in fizičnega zdravja otrok, raziskovalno in pedagoško področje ter področje varovanja osebnih podatkov. Ne nazadnje smo zdravstveni delavci pomembni oblikovalci otrokove prihodnosti, saj skušamo otroku omogočiti hitro okrevanje in vključitev v običajno življenjsko in socialno okolje. Številni bolniki imajo kronično bolezen, kar pomeni, da se v naše ustanove pogosto vračajo. Tako tudi zdravstveni tim odigra pomembno vlogo v njihovem razvoju (8).

Otroški psihologi so že v zgodnjih šestdesetih letih prejšnjega stoletja ugotavljali, da je ločitev od staršev ob sprejemu v bolnišnico za otroka zelo stresna. Enako velja za ločitev od domačega okolja. Ločitev od staršev in bivanje v bolnišnici otroka pogosto prizadeneta bolj kot bolezen sama.

Dveletni otrok še ne razume, da mati obstaja tudi takrat, ko je ni ob njem (9). Ločitev od mame je zanj hud stres, ki povzroča strah in nezadovoljstvo. Od starosti osmih mesecev pa do tretjega leta na otroka zelo slabo vpliva tudi stalno menjavanje oseb v njegovi okolici. Otrok je pri treh letih po besedah Mahlerjeve »psihološko rojen« in s tem sposoben prisluhniti medicinski sestri, ko mu razloži, da bo mama prišla na obisk. To seveda ne pomeni, da je otrok pri tej starosti že povsem samostojen. V predšolskem obdobju otrok že lažje razume, zakaj je bivanje v bolnišnici potrebno. V šolskem obdobju otrok, ki je že dokaj prilagodljiv v vedenju in čustvovanju, lažje razume ločitev od staršev (8).

Ob sprejemu bolnega otroka v bolnišnico morajo starši zbrati dovolj moči, da svoja čustva na primeren način obvladujejo in otroku pomagajo na veder in sproščujoč način preživeti dneve v bolnišnici. V veliko podporo so v takih trenutkih dobri odnosi z zdravstvenim osebjem, ki v razmerah otrokove boleznin in zaskrbljenosti staršev pomagajo vzpostaviti optimalno čustveno vzdušje (8).

Mati, ki je v bolnišnico sprejeta ob otroku, je v situacijo običajno močno čustveno vpletena in ne more nadomestiti vloge izvajalcev zdravstvene nege. Otrok je v bolnišnico sprejet zaradi potrebe po strokovni zdravstveni obravnavi (medicinski in zdravstveni negi) in ne zaradi laične nege in oskrbe, ki jo dobiva od svojih staršev.

Prisotnost matere je vsaj v prvih urah in tudi dneh bolnišničnega zdravljenja za zaposlene v bolnišnici prej breme kot razbremenitev. Če se starši vključujejo v oskrbo otroka, jim moramo ob sprejemu in med bolnišničnim zdravljenjem zelo natančno razložiti (včasih tudi večkrat), na kaj morajo biti pozorni in kaj morajo spremljati pri otroku, ter jih seznaniti, o čem morajo obveščati zdravstveno osebje (počutje otroka, spremembe v otrokovem obnašanju, pojav različnih izpuščajev in drugih sprememb na koži, količina popite tekočine ipd.). Tako kot osebje morajo tudi starši spoštovati načela čisto, nečisto itd. Za vse to potrebuje zdravstveno osebje dodaten čas. Na naših otroških oddelkih so hospitalizacije kratke, zato je časa za učenje staršev in časa za prilagajanje na nove razmere pravzaprav zelo malo. Medicinska sestra mora starše poučiti, ob tem pa tudi stalno preverjati doslednost pri upoštevanju navodil. Vse to je v korist otrokovemu zdravju. Zato je posledica sobivanja staršev ob otroku in njihovo vključevanje v zdravstveno obravnavo otrok večja odgovornost medicinske sestre. Medicinska sestra ni več odgovorna samo za svoja dejanja in odločitve, ampak je njena naloga tudi, da starše usposobi za pravilno in varno sodelovanje v procesu zdravstvene obravnave otroka.

V času bolnišničnega zdravljenja se pri otroku pogosto zvrsti več oseb (mama, oče, babica ipd.), ki sobivajo ob otroku in skrbijo za njegove osnovne fizične in psihične potrebe. To za medicinske sestre pomeni, da je zdravstvena vzgoja in posredovanje različnih navodil in informacij potrebna za vsakega spremljevalca posebej. Marsikaj bi bilo torej opravljeno hitreje, če bi medicinske sestre v celoti same skrbele za otroka. Preko dneva se v bolnišnici izmenjavajo tudi timi zdravstvene nege. Ob predaji

službe vedno poročamo ne le o stanju otroka ampak tudi o osebi, ki ob otroku sobiva.

Prisotnost staršev od medicinske sestre pogosto zahteva, da določene postopke, posege in meritve v zdravstveni negi izvajamo pogosteje ali dodatno (npr. merjenje telesne temperature, merjenje nasičenosti krvi s kisikom ipd.), ker starši želijo, da določeni parameter merimo pogosteje, kot bi ga sicer glede na trend izmerjenih vrednosti in strokovno oceno medicinske sestre.

Svoj čas v okviru zdravstvene nege pa zahtevajo tudi starši sami kot osebe, ki bivajo v bolnišnici. Vsakega spremljevalca moramo administrativno in fizično sprejeti na oddelek, zanj naročiti hrano, pripraviti posteljno enoto itd. Sedanja kategorizacija ne upošteva časa in dela, ki ga medicinske sestre ali drugo zdravstveno osebje porabijo za omenjeno oskrbo staršev, saj so starši kategorizirani kot »osebe brez kategorije«.

Tako nov predlog s strani Kolegija za poenotenje Slovenske kategorizacije zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege pomembno vpliva na stopnjo zahtevnosti kategorizacije bolnišnične zdravstvene nege pri bolnem otroku. Omenjeni predlog pomeni tudi manjše število zaposlenih medicinskih sester na oddelku. V našem delovnem okolju že zdaj delujemo z minimalnim številom osebja, ki je zaposleno na oddelkih, in si ne moremo predstavljati, da bi lahko učinkovito delali ob še manjšem številu zaposlenih. V tem primeru bi namreč posegli ne le na področje kakovosti ampak tudi varnosti bivanja otrok in staršev, ki jih spremljajo, v bolnišnici.

Na splošno lahko rečemo, da je problematika v zvezi s kategorizacijo zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege pri otroku bolj zapletena kot pri odraslem. Večje težave se ne nanašajo le na bolnega otroka in sobivanje staršev oz. spremljevalcev, temveč tudi na področje zdravstvenovzgojnega svetovanja staršem oz. otroku. Želeli bi si tudi, da bi pri kategoriziranju uporabili ustrezne kitične kazalnike za kategorizacijo bolnih otrok glede na

področje obravnave, kar so pokazali že rezultati raziskave, ki je bila izvedena med letoma 1995 in 1998. Če namreč pri kategoriziranju bolnih otrok uporabimo izključno kritične kazalnike (gibanje, hranjenje in osebna higiena), so razlike v obsegu/času zdravstvene nege znotraj iste kategorije bolnih otrok velikanske, kar na žalost potrjuje tudi praksa. Z razvojem zdravstvene nege bi bilo zagotovo smiselno, da bi medicinska sestra sama prepoznala dejavnike, ki vplivajo na merila, glede na starost in razvoj otroka.

## ZAKLJUČEK

Kategorizacija je sistem, ki živi, zato ga moramo neprestano dograjevati in nadgrajevati. Strokovno delo v zdravstveni negi se dnevno spreminja, s tem pa tudi časovni okviri za izvedbo dela v zdravstveni negi. Strokovno znanje vsakega posameznika je iz dneva v dan bogatejše. Sodobne naprave omogočajo, da lahko delo v zdravstveni negi opravimo natančneje in hitreje. Ne smemo pa pozabiti na dejstvo, da učinkovita uporaba tehničnih dosežkov zahteva tudi ustrezen čas in osebje za pravilno rokovanje z njimi, ne nazadnje pa tudi čas za izvedbo določenega posega, preiskave ali posnetka. Danes si bolnišničnega zdravljenja bolnega otroka brez spremljevalca ne moremo niti predstavljati. Iz navedenega lahko sklepamo, da sta nujna sprotno vrednotenje dela in sprotno postavljanje novih časovnih okvirov za izvedbo posameznega dela v zdravstveni negi.

Kategorizacija je projekt, ki zahteva stalno in sistematično delo, vključevanje novih spoznanj in izkušenj, preverjanje učinkov in njihovo ocenjevanje. To je potrebno tudi zato, ker zaenkrat še niso razvili sistema, ki bi bil popolnoma primeren za vse zdravstvene ustanove in oddelke. Vsak ima svojevrstne prednosti in slabosti, vsak je odprt za morebitne izboljšave in nova spoznanja. Vse to preprosto pomeni, da gre za stalen proces spremljanja delovanja in izboljšav. Okrepiti moramo spoznanje, da izvajalcem zdravstvene nege kategorizacija ne

prinaša samo novih delovnih obveznosti, ampak je verodostojno orodje za postavitev kadrovskih normativov, ki jih na področju bolnišnične zdravstvene nege nujno potrebujemo, da bi svoje delo izvajali varno in kakovostno (1).

Zato bi bilo prav, da kategorizacijo zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege bolnega otroka prilagodimo otrokom. Ne želimo univerzalnega in enotnega sistema, ki je sicer lažji za analiziranje in primerjanje, ne pokaže pa resničnega obsega dela in obremenitev osebja v zdravstveni negi.

## LITERATURA

1. Klančnik Gruden M, Bregar B, Peternej A, Marinšek N. Slovenska kategorizacija zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege. Priročnik. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege, 2010.
2. Petrovečki M, Kern J, Karelavić D, Ilakovac V. E-Health and E-Education. Medical informatics course at the croatian medical schools 25.9.2002. (citirano 4.4.2010) Dosegljivo na: URL: <http://www.google.si/search?hl=sl&client=firefox-a&hs=KWf&rls=org.mozilla%3A%3Aofficial&channel=s&q=Petrove%C4%8Dki+M%2C+Kern+J%2C+Karelavi%C4%87+D%2C+Ilakovac+V&aq=f&aqi=&aql=&oq=>
3. Strokovno delo v zdravstveni negi. Onkološki inštitut Ljubljana. (citirano 4.4.2011) Dosegljivo na: URL: [http://www.onko-i.si/dejavnosti/zdravstvena\\_dejavnost/dejavnost\\_zdravstvene\\_nege\\_in\\_oskrbe\\_bolnika/strokovno\\_delo\\_v\\_zdravstveni\\_negi/index.html](http://www.onko-i.si/dejavnosti/zdravstvena_dejavnost/dejavnost_zdravstvene_nege_in_oskrbe_bolnika/strokovno_delo_v_zdravstveni_negi/index.html)
4. Sermeus W, Epping P. Management of a nursing ward: using patient clinical data for nurse assignment. The informed touch series. 1979. (citirano 4.4.2010) Dosegljivo na: URL: <http://www.bcs.org/upload/pdf/nsg-volume1-management.pdf>
5. Naka S, Pavčič Trškan B. Delovne obremenitve medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov. Obzor Zdr N 1999; 33: 3-8.
6. Naka S, Pavčič Trškan B. Delovne obremenitve v zdravstveni negi. Zaključno poročilo projekta: Uvajanje programa za zagotavljanje kakovosti, sistema, klasifikacije bolnikov na področju zdravstvene nege. Ljubljana; 2000.
7. Zorec M, Miranda de OR, Filej B, van den Hout AC. Razvoj metodologije merjenja količine dela v zdravstveni negi v mednarodnem projektu. Obzor Zdr N 2001; 35: 181-4.
8. Peterka Novak J. Zdravstvena nega in starši. In: Marolt Meden B, Stvarnik M, eds. Bivanje otrok in mladostnikov v bolnišnicah. Zbornik ob 50. letnici delovanja Pediatrične klinike v Ljubljani. Ljubljana: Ustanova za novo pediatrično kliniko, 2004: 10-2.
9. Praper P. Tako majhen, pa že nervozen!? Nova Gorica: Educa; 1995.
10. Založnik V, Železnik D. Kategorizacija bolnikov po metodi RUSH v primerjavi z metodo San Joaquin. Obzor Zdr N 2003; 37: 37-51.

### Kontaktna oseba / Contact person:

Anita Štih, viš. m. s., univ. dipl. org. dela  
 Klinični oddelek za neonatologijo  
 Pediatrična klinika  
 Univerzitetni klinični center Ljubljana  
 Bohoričeva ul. 20  
 SI-1000 Ljubljana  
 Slovenija

E-mail: [anita.stih@kclj.si](mailto:anita.stih@kclj.si)