

LATVIJAS UNIVERSITĀTES  
MEDICĪNAS FAKULTĀTE  
VESELĪBAS ZINĀTŅU BAKALaura MĀSZINĪBĀS  
STUDIJU PROGRAMMA

**APRŪPES PĀRMAIŅU ORGANIZĒŠANAS  
IESPĒJAS NEIROĶIRURĢIJAS NODAĻĀ**

BAKALaura DARBS

Autors: **Vija Šverina**

Stud. apliec. nr. vs07039

Darba vadītājs: Māszinību maģistre Dagnija Gulbe

RĪGA, 2010

## ANOTĀCIJA

Veselības aprūpes nepieciešamībai ir tendence pieaugt. Svarīgas sekas no izmaiņām ir tās, ka slimnīcās koncentrējas lielāks pacientu skaits, kam vajadzīga intensīvāka aprūpe, līdz ar to palielinās aprūpes personāla noslogojums. Bakalaura darba „Aprūpes pārmaiņu organizēšanas iespējas neiroķirurģijas nodaļā” mērķis bija novērtēt aprūpes darba organizāciju neiroķirurģijas nodaļā ar funkcionālo aprūpes modeli un noteikt aprūpes pārmaiņu organizēšanas nepieciešamību un iespējas. Tika izvirzīts pētniecības jautājums- kādas pārmaiņas nepieciešamas aprūpes darba organizēšanā, lai optimizētu aprūpes personāla darbu un uzlabotu pacientu aprūpi neiroķirurģijas nodaļā. Pētniecības metode- kvalitatīvi kvantitatīvā (novērošana, veicot vairāku grupu salīdzināšanu pēc kvantitatīvās skalas datiem). Pētniecības instruments- novērošanas protokoli. Pētījuma rezultātā tika iegūta atbilde uz pētniecības jautājumu.

**Atslēgas vārdi:** aprūpes pārmaiņu nepieciešamība, aprūpes personāls, aprūpes darba organizēšana, funkcionālais aprūpes modelis, pacientu klasifikācija, neiroķirurģijas nodaļa.

## AN NOTATION

The necessity of health care has tendency to grow. Important sequences from changes are that in hospitals increases the number of patients, who need intense care , so staff workload increases. Undergraduate work`s „Nursing organizing possibilities of changes in neurosurgical department” goal was to evaluate organization of care work in neurosurgical department by nursing care delivery model and to determine care change organisation needs and opportunities. Was raised a question of research – what kind of changes are needed to optimize care staff work and to improve patient care in neurosurgical department. Method of research - qualitatively quantitative observation (that was performed by comparison of several groups using quantitative scale data). Tool of research – observation protocols. The result of study was obtained answer to the questions of research.

**Key words:** nursing need for change, care staff , nursing organizing, nursing care delivery model, patient classification, neurosurgical department.

## SATURS

IEVADS .....	5
1.PĀRMAIŅAS UN TO ORGANIZĒŠANA .....	8
2. APRŪPES DARBA ORGANIZĒŠANA UN TO IETEKMĒJOŠIE FAKTORI.....	11
2.1. Aprūpes modeļi .....	11
2.2. Pacientu klasifikācija.....	14
2.3. Māsu darba slodzes mērīšanas sistēmas .....	15
2.4. Aprūpes personāla darba specifika neiroķirurģijas nodaļā.....	17
2.5. Deleģēšanas pielietojums pacientu aprūpē.....	19
2.6. Pacienta ģimenes un tuvinieku līdzdalība aprūpē.....	23
3. D. OREMAS TEORIJAS PIELIETOJUMS PĒTĪJUMĀ.....	24
4. PRAKTISKĀ PĒTĪJUMA DAĻA .....	29
4.1. Pētījuma metodoloģija.....	29
4.2. Pētījuma rezultāti un analīze.....	30
SECINĀJUMI .....	38
REKOMENDĀCIJAS PĀRMAIŅU ORGANIZĒŠANAI.....	39
IZMANTOTĀ LITERATŪRA UN AVOTI .....	40
PIELIKUMI.....	43
1. pielikums. Atļauja veikt pētījumu.....	44
2. pielikums. Novērošanas protokols Nr.1.....	45
3. pielikums. Novērošanas protokols Nr.2.....	46

## IEVADS

Jau no 90. gadu sākuma Latvijas veselības aprūpē ir notikušas būtiskas pārmaiņas un pārmaiņu process notiek vēl aizvien. Pārmaiņas ir plānveidīgu un strukturētu aktivitāšu kopums, kas vērsts uz organizācijas darba rezultātu uzlabošanu, attīstības veicināšanu un personāla uzvedības maiņu (1).

Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju strukturālā reforma tiek realizēta MK 2006.gada 19. decembra noteikumu Nr.1046 „Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” ietvaros. Ārstniecības iestāžu struktūras reformas viens no mērķiem ir attīstot ambulatoro aprūpi un aprūpi mājās, vienlaikus samazināt slimnīcu skaitu(2).

Šobrīd tiek realizēti pasākumi, kas paredz slimnīcu infrastruktūras būtisku samazinājumu. Ar 2009. gada 1. septembri ir samazināts to ārstniecības iestāžu skaits, kas sniedz stacionāro veselības aprūpi no 59 līdz 43. Stacionāru reorganizācijas rezultātā 2009. gada sākumā stacionāra gultu skaits valstī samazinājās līdz 17 220, savukārt, pēc 2009. gada 1. septembra gultu skaits vēl tika samazināts par 1320 gultām. Stacionāra gultu skaita samazinājums notika pašvaldības un privātajā sektorā, tai pašā laikā palielinoties vidējam gultu skaitam valsts stacionāros (3).

Saistībā gan ar pašreizējo veselības aprūpes pakalpojumu samaksas sistēmu, gan ar sociālo pakalpojumu nepietiekamību, kas rada nevajadzīgu un nepamatotu veselības aprūpes pakalpojumu izmantošanu, kā rezultātā Latvijā ir viens no augstākajiem hospitalizācijas līmeņiem- 2007. gadā uz 100 iedzīvotājiem ir 23,4 hospitalizācijas gadījumi (Igaunijā 18,9 , Dānijā 15,2) (4).

Veselības aprūpes nepieciešamībai ir tendence pieaugt sakarā ar iedzīvotāju ne visai labvēlīgo sociāli ekonomisko stāvokli, jo daudzi iedzīvotāji nevērsas pēc medicīniskās palīdzības savlaicīgi finansiālu apsvērumu dēļ. Svarīgas sekas no izmaiņām ir tās, ka slimnīcās koncentrējas lielāks pacientu skaits, kam vajadzīga intensīvāka aprūpe, līdz ar to palielinās māsu noslogojums. Svarīgi noteikt atbilstīgu māsu- pacientu attiecību, lai nodrošinātu kvalitatīvu aprūpi.

Šajā krīzes laikā māsas- vadītājas tiek aicinātas izdomāt radošas metodes, lai atrastu veidus, kā izdarīt vairāk ar mazāku personāla skaitu. Nestabilitāte, kas ir pievienojusies pārmaiņām veselības aprūpē, ir izdevīgs laiks māsu profesijā, lai novērtētu pašreizējo praksi un izpētītu vairākus būtiskus jautājumus attiecībā uz aprūpes organizēšanu un personāla proporciju, piemērojot pacientu klasifikāciju pēc aprūpes līmeņiem.

Organizācijas tālāk virzība lielā mērā ir atkarīga no organizācijas prasmes izprast šodienas situāciju un ieraudzīt nākotnes tendences, optimizējot aprūpi ar ierobežotiem finansu

līdzekļiem. Lai attīstītu efektīvu pacientu aprūpi, jāveic aprūpes darbības analīze. Ar tās palīdzību iespējams atklāt, kuriem darbības veidiem bijusi būtiska nozīme iepriekšējos gados, bet tagad tie ir zaudējuši savu prioritāti. 21. gadsimta organizācijai, tai skaitā veselības aprūpē, ir jāsamazina šaurais darba iedalījums, jāveic pāreja no nefunkcionāliem, novecojušiem aprūpes modeļiem uz profesionāliem, uz pacientu vēršiem modeļiem (5). Vēl joprojām daudzās veselības aprūpes organizācijās māsas stādā pēc funkcionālā aprūpes modeļa, kur katra māsa veic savus pienākumus- procedūru māsa veic injekcijas, pārsiešanu māsa pārsien pacientus, posteņa māsa pārbauda ārstu nozīmētās ordinācijas (6).

Pacientam, kas ir veselības aprūpes pakalpojumu saņēmējs, ir izšķiroša nozīme veselības aprūpes sistēmā, līdz ar to visiem pasākumiem jābūt vēršiem uz pacientu kā galveno vērtību. Prognozējot māsu personālu, ir jāņem vērā darba slodze, kas saistīta ar aprūpes vajadzībām pacientam. Ir svarīgi nodrošināt atbilstošu māsu personālu, lai uzlabotu aprūpes efektivitāti, līdzjūtīgu, savlaicīgu un drošu aprūpi. Aprūpes organizēšana jābalsta uz aprūpes intensitāti un sarežģītību, kas nepieciešama katram pacientam. Praksē māsas bieži apgalvo iestādes vadībai par nepieciešamību palielināt vai uzturēt cilvēkresursus, bet viņām trūkst metodikas ar skaidri noteiktiem parametriem par māsu darba mērījumiem. Tas sarežģī atbilstošu un veiksmīgu aprūpes personāla plānošanu (7). Lai nodrošinātu saprātīgus lēmumus saistībā ar personāla vajadzībām, māsām jāspēj novērtēt aprūpes līdzekļus, kas vajadzīgi, lai rūpētos par saviem pacientiem.

Iepriekšminētā situācija ir par pamatu tam, kādēļ sīkākai izpētei izvēlēta bakalaura darba tēma „Aprūpes pārmaiņu organizēšanas iespējas neiroķirurģijas nodaļā”.

Bakalaura darba **mērķis**- novērtēt aprūpes darba organizāciju neiroķirurģijas nodaļā ar funkcionālo aprūpes modeli un noteikt aprūpes pārmaiņu organizēšanas nepieciešamību un iespējas.

Lai sasniegtu mērķi, izvirzīti sekojoši **uzdevumi**:

1. Veikt literatūras analīzi par aprūpes darba organizēšanas modeļiem, māsas darba slodzes mērīšanas sistēmām un pacientu klasifikāciju pēc aprūpes līmeņiem.
2. Izstrādāt novērošanas protokolu un veikt aprūpes darba protokolēšanu, ņemot vērā pacientu aprūpes līmeni.
3. Veikt iegūto rezultātu apkopošanu un analīzi.
4. Izdarīt secinājumus.
5. Izstrādāt rekomendācijas aprūpes pārmaiņu organizēšanai neiroķirurģijas nodaļā.

Pētniecības darba **metode**- kvalitatīvi kvantitatīvā pētniecības metode (8, 26.-27. lpp.)- novērošana, veicot vairāku grupu salīdzināšanu pēc kvantitatīvās skalas datiem.

**Pētījuma objekts-** māsu un māsu palīgu veiktais aprūpes darbs.

**Pētījuma jautājums-** kādas pārmaiņas nepieciešamas aprūpes darba organizēšanā, lai optimizētu aprūpes personāla darbu un uzlabotu pacientu aprūpi neiroķirurģijas nodaļā?

**Pētniecības instruments-** novērošanas protokoli.

**Pētījuma vieta-** viena no Rīgas slimnīcām.

## 1. PĀRMAIŅAS UN TO ORGANIZĒŠANA

Pārmaiņas var skart ikvienu organizācijas jomu veselības aprūpē- no struktūras, organizācijas pārvaldes sistēmām, atbildības robežām un motivācijas sistēmām līdz pat organizācijas kultūrai un vērtībām. Pārmaiņas ir „pastāvīga organizācijas darbības procesa koriģēšana, organizācijas sistēmas pārkārtošana, jaunu iespēju meklēšana”(9, 18.lpp.). Pastāvīgu vajadzību pēc pārmaiņām rada organizācijas ārējā vide, piem., mainīgās klientu vēlnes, pieaugošā konkurence un mainīgās apkārtējās vides prasības. Pārmaiņas neuzsāk, pirms nav pārliecības, ka pastāv reāla vajadzība un ikviens to izprot. Pārmaiņu vajadzību var saglabāt, nepārtraukti vērojot konkurentus un izprotot klientu vajadzības. Ir jāveic salīdzinošā izpēte gan organizācijas darbības jomā, gan ārpus tās, ir jāmeklē jaunas metodes un procedūras (10,67.lpp.).

Organizācijas nevar pastāvēt bez pārmaiņām, nepieciešams ieviest jaunas darba metodes, tehnoloģijas, attiecīgi pārkārtot organizācijas struktūru, mainīt atsevišķu struktūrvienību funkcijas, darba vērtēšanas sistēmu utt. Pārmaiņas ir plānots process, kurš balstās uz rūpīgu organizācijas stāvokļa analīzi, esošo problēmu konstatāciju, tiek noteikti darbības mērķi un to sasniegšanas līdzekļi. Pārmaiņu veikšanai organizācijās tiek izmantoti iejaukšanās paņēmieni un metodes, kuras balstās uz teorētiskajām zināšanām par organizācijām un ir pārbaudītas praksē. Pārmaiņu organizēšanas paņēmieni un metodes galvenokārt ir orientētas uz starppersonu un starpgrupu mijiedarbības procesiem, to labāku izpratni un pilnveidošanu. Pārmaiņu mērķis ir organizācijas efektivitātes paaugstināšana (11,94.lpp.).

Viens no galvenajiem vadībzinību teorētiķiem P. Drakers (*Peter F. Drucker*) uzskata, ka pārmaiņām nepieciešami šādi priekšnoteikumi:

1. Nākotnes veidošanas politika- nav jāveido tikai jaunais, bet svarīgi lauzt arī veco.
2. Pārmaiņu meklēšanas, iniciēšanas un prognozēšanas uzdevums ir saskatīt pārmaiņās jaunas iespējas. Iespēju izpēte nosaka- ko veikt, kad veikt un kā veikt pārmaiņas.
3. Pārmaiņu ieviešanas stratēģijas iekšējā un ārējā vidē. Ārējās un iekšējās vides izpēte ļauj daļu no riskiem iepriekš paredzēt un izstrādāt pasākumus to novēršanai vai mazināšanai.
4. Līdzsvarota politika, kas nodrošina pārmaiņas un stabilitāti. Jo pārmaiņas ir plānveidīgākas un organizētākas, jo mazākas ir pretrunas un notiek ātrāka līdzsvarošana. Pārmaiņās jānodrošina stabilitāte organizācijas fundamentāliem aspektiem- misijai, vērtību sistēmai, darbības rezultātu novērtēšanas kritērijiem (10,20.lpp.).

Jebkura nozīmīga pārmaiņa ietekmē visa uzņēmuma iekšējos savstarpējās sakarības elementus. Teorētiķis H. Levits, saistībā ar sistēmas teoriju, uzskatīja, ka pastāv četri

elementi: cilvēks (personāls), tehnoloģijas, uzdevumi (mērķi) un struktūra. Visi elementi atrodas noteiktā sistēmā, ko norobežo noteikta kontūra- sistēmas robeža. Nelielas pārmaiņas skar atsevišķu struktūrvienību, bet arī tajās pastāv visi šie elementi (12,40.lpp.)

Uzdevumu pārmaiņu modifikācija nepieciešama jebkuram uzņēmumam. To konstatē kontroles procesā, nosakot iecerētās virzības pareizību, plānoto posmu atbilstību, piešķirto resursu izmantošanas efektivitāti.

Struktūras pārmaiņas notiek tad, kad pārdala pilnvaras, atbildību, izveido jaunas institūcijas, ievieš centralizāciju vai, tieši otrādi, notiek decentralizācija. Struktūras pārmaiņas notiek visbiežāk, dažkārt ar tām uzsāk reformas. Pārmaiņas struktūrā visbiežāk ietekmē personālu, jo uzņēmumā var ienākt jauni cilvēki, var mainīties padotība.

Tehnoloģijas pārmaiņas izraisa zinātnes un tehnikas attīstība. Rodas nepieciešamība pēc citas darbaspēka resursu kvalifikācijas.

Organizāciju psiholoģijā vispazīstamākais un arī visuzskatāmākais pārmaiņu procesa modelis balstās uz K. Levina izdalītajām trīs fāzēm: atkausēšana, pārmaiņas, iesaldēšana (11, 95.-98.lpp.).

Atkausēšanas fāzē notiek organizācijas problēmu diagnostika, pārmaiņu plānošana, sagatavošanās pārmaiņām, pārvarot iespējamo sākotnējo pretestību.

Otrā, noteicošā, pārmaiņu procesa fāze ir pārmaiņas. Tā ir programmas realizācijas fāze, to raksturo pārmaiņu ieviešanas aktīva uzsākšana, pāriešana no vārdiem pie darbiem.

Trešā fāze- iesaldēšana. Šī ir stabilizācijas fāze, panākto pārmaiņu nostiprināšana jeb organizācijas atkārtota stāvokļa diagnostika.

Pārmaiņu īstenošana sākas ar mērķa noteikšanu. Menedžmenta speciālists L. Greiners izstrādājis pārmaiņu procesa organizatorisko modeli, kurā ir 6 posmi. Pirmajā posmā jāapzina pārmaiņu nepieciešamība un jāgatavojas to īstenošanai. Ierosinājumu var dot ārējā vide (ekonomiskais stāvoklis, likumi u.c.), kā arī iekšējie faktori (personāls, kvalitātes kritums, izdevumu pieaugums u.c.). Otrajā posmā vadībai jāmeklē starpnieki pārmaiņu īstenošanai. Tie var būt augstākā vadība, iekšējie un ārējie konsultanti. Starpnieki var veikt analīzi, izstrādāt priekšlikumus. Trešajā posmā uzkrāj un analizē informāciju, nosaka pārmaiņu nepieciešamības cēloņus, tos identificē un sakārto svarīguma, kā arī laika faktora secībā. Ceturtā posmā, kad problēma identificēta, vadība meklē situācijas pārveides metodes un līdzekļus. Piektajā posmā eksperimentāli jāpārbauda jaunie ierosinājumi, lai nerastos nelabojamas kļūdas. Apzinot jauno risinājumu lietderību, kā arī nepieņemamo, vadība savas ieceres var laikus koriģēt. Sestajā posmā jāmotivē darbinieki, lai viņi pārmaiņas pieņemtu (13, 42.-43.lpp.).

Iecerēto pārmaiņu procesa analizē vispirms jāveic esošā stāvokļa apzināšana, lai noskaidrotu esošos virzošos spēkus un pretnostatījuma- kavējošos spēkus. Konstruktīva pieeja pašnovērtējumam nodrošina pamatu veiksmīgai organizācijas attīstības projekta uzsākšanai. Pašnovērtējums ātri parāda, kas organizācijā būtu jāuzlabo, kā arī atklāj, kas jau tiek mainīts vai uzlabots. Tieši uz šī pamata tiek plānots patiesais organizācijas projekts (10,15. lpp.).

Organizāciju psiholoģijas pārstāvis R. Likerts noteicis trīs pārmaiņu tipus, kuri nosaka organizācijas ilgtermiņa efektivitāti- cēloņu pārmaiņu tips, starppersonu pārmaiņu tips un rezultatīvais pārmaiņu tips. Cēloņu pārmaiņās R. Likerts ierindo iekšējos faktorus, kurus kontrolē vadība- organizācijas struktūru, sociālo politiku, ekonomikas stratēģiju, personāla profesionālo sastāvu, kvalifikāciju. Starppersonu pārmaiņu tipā iekļauti organizācijas personāla resursi- attieksme pret darbu, prasmes, organizācijas iekšējais klimats, lēmumu pieņemšanas metodes, uzticība vadībai, lojalitāte, motivēšana. Rezultatīvajā pārmaiņu tipā autors iekļāvis darba ražību, peļņu, patērētāju apmierinātību ar pakalpojumu. Visas pārmaiņas pastāv savstarpējā saistībā, un tās var izvērtēt kā stimulus (cēloņus), kuri iedarbojas uz organismu (resursiem) un gala rezultātu (13, 177.-178.lpp.).

Laika izmantošanas būtiskumu raksturo Pareto princips, ko dēvē par „80: 20” likumu vai „mazākas piepūles” principu. To formulēja itāļu ekonomists V. Pareto. Autors uzskatīja, ka 80% rezultātu cilvēki gūst, veltot 20% pūļu. Liela daļa grupu vai individuālu darbību ir nelietderīgs laika patēriņš.

Pareto principu papildināja angļu speciālists R. Kohs (R. Koch). Viņš ierosināja apzināt to, kas ietilpst šajos 20%, un šos faktorus pilnveidot, vienlaikus iegūstot prasmi novērtēt visu, kas traucē panākt būtisku rezultātu (13, 183.-184.lpp.).

Plānojot pārmaiņas neiroķirurģijas nodaļā, svarīgi sākumā pārlicināties, ka pastāv reāla vajadzība pēc pārmaiņām. Pārmaiņas jābalsta uz rūpīgas aprūpes darba organizācijas analīzi un esošo problēmu konstatāciju.

## 2. APRŪPES DARBA ORGANIZĒŠANA UN TO IETEKMĒJOŠIE FAKTORI

Veselības sistēmā nemitīgā mijiedarbībā ir gan ārstnieciskais, gan aprūpes process, līdz ar to viens veselības aprūpes aspekts ir tiešā saistībā ar otru, t.i., savstarpēji atkarīgs. Bez efektīvas darba organizācijas veselības sistēmā aprūpes jomā, nav iedomājama efektīva pacienta ārstnieciskā un aprūpes procesa rezultāta nodrošināšana. Aprūpes procesa organizēšana ietver vairākus faktoros kā galvenās sastāvdaļas jebkurā pacienta aprūpes posmā (14).

Ieguldījuma faktori ir visi tie elementi, kas apraksta izmantotos resursus pacientu aprūpes darbībām. Resursi ietver personālu un materiālās iespējas.

Organizatoriskie faktori raksturo organizācijas formu, kas tiek izmantota pacientu aprūpē. Faktori šajā kategorijā ietver noteikumus un politiku, kas lietotas, darba specializācijas pakāpi un uzraudzības tipu.

Darba slodze un faktori, kas nosaka darba slodzi raksturo pacientu skaitu un stāvokli, kurus apkalpo aprūpes personāls.

Vides faktori- faktori, kuriem ir ietekme pacienta aprūpi. Šajā kategorijā ietilpst tādi elementi kā slimnīcas darba organizācija, citu slimnīcas nodaļu darbība, piem., rentgennodaļas, operāciju nodaļas darba organizācija u.c.

Iznākuma faktori apraksta pacienta aprūpes rezultātu. Šos faktoros var sadalīt trīs grupās: pacientu aprūpe, ieskaitot daudzumu un kvalitāti, pacientu apmierinātība un personāla apmierinātība.

### 2.1. Aprūpes modeļi

Veselības aprūpes pārmaiņu raksturs un gaita, pacientu prasības pēc pārmaiņas, kā arī pārmaiņas pašā mūsu praksē, kas arvien vairāk balstās uz pētījumiem, pierādīja, ka uz rutīnu balstītā aprūpe vairs nav piemērota. Ir izstrādātas vairākas aprūpes sniegšanas sistēmas, kas izmantojamas, lai organizētu katru aprūpes procesa posmu. Atbildība par dažādiem aprūpes posmiem gulstas uz dažādām māsām atbilstoši aprūpes organizēšanas sistēmai.

Stacionārās aprūpes organizēšanas un piegādes mehānismus sauc par aprūpes nodrošināšanas modeļiem. Daži modeļi ir attīstīti, izmantojot uzdevuma pieeju. Jaunākie modeļi ir radīti ar psiholoģisku pieeju, īpaši pievēršoties pacientu apmierinātībai ar aprūpi un mūsu apmierinātībai ar darbu. Jebkuras aprūpes sistēmas piegādes mērķis ir produktīvi un efektīvi nodrošināt augstas kvalitātes aprūpi (15, 40.lpp.).

Modelis ir svarīgs faktors personāla plānošanā. Ir daudzas modeļu variācijas. Būtībā māsai jāizprot pozitīvās un negatīvās sekas katram modelim, lai plānotu, ierosinātu un pieņemtu visefektīvāko veidu, kā nodrošināt aprūpi. Runājot par aprūpes modeļiem, mēs būtībā runājam par personāla jautājumiem- aprūpes veidiem, personāla skaitu u.c. Izvēloties aprūpes modeli, ir jābalstās uz pacientu grupu, vidi, kurā aprūpe tiek nodrošināta, un personālu, kāds ir pieejams, lai nodrošinātu aprūpi (6, 781. lpp.).

Pacientu aprūpi var organizēt divos veidos: pēc aprūpes uzdevumiem un pēc pacientiem. Tomēr praksē šis iedalījums nav tik krasi noteikts. Organizējot pacientu aprūpi pēc uzdevumiem, aprūpes uzdevumi tiek sadalīti māsām ar dažādu pieredzi. Šajā kategorijā ietilpst funkcionālais aprūpes modelis. Otrs darba organizēšanas veids ir māsu darbs ar pacientu grupām, mēģinot samazināt aprūpes sadali sīkākās sastāvdaļās. Pacientu kopšanā galvenais ir pacients un viņa problēmas, nevis atsevišķi uzdevumi. Šajā kategorijā ietilpst primārais aprūpes modelis, grupu aprūpes modelis un komandas aprūpes modelis. Kaut gan komandas aprūpes modelis labi sader ar darba organizēšanu pēc pacientiem, to ir iespējams saistīt arī ar organizēšanu pēc uzdevumiem ( 16, 103.lpp.).

Tradicionālie modeļi modeļi atšķiras pēc klīnisko lēmumu pieņemšanas, darbu sadales. Pētījumi par aprūpes kvalitāti, izmaksām un gandarījumu par modeļiem sniedz maz pierādījumu, lai noteiktu, kurš modelis aprūpe ir visefektīvākais katrā konkrētā situācijā(17).

Funkcionālais aprūpes modelis tika izveidots māsu trūkuma dēļ otrā pasaules kara laikā. Funkcionālā metode tika ņemta no zinātniskā menedžmenta, kas ir efektivitātes uzsveršana katrā amatā. Šajā metodē pacienta fiziskās vajadzības ir uzticētas nekvalificētiem darbiniekiem. Dažāda līmeņa personāls strādā blakus, katrs veic piešķirto uzdevumu (18). Katra māsa veic noteiktu darbu ar visiem nodaļas pacientiem (piem., viena māsa pārsien brūces, otra veic visas injekcijas utt.). Galvenā aprūpes ideja ir māsas, kas piesaistītas uzdevumiem, ne pacientiem. Funkcionālā aprūpes modeļa priekšrocība ir tā, ka var paveikt daudz uzdevumu neilgā laika sprīdī. Katram darbiniekam ir zināmi savi pienākumi, tādējādi māsas var sasniegt augstu profesionalitāti konkrētu uzdevumu veikšanā. Tomēr šāda uzdevumu sadale sadrumstalo aprūpi. Vairākas māsas var aprūpēt vienu un to pašu pacientu, tomēr neviena no viņām par šī pacienta aprūpi pilnīgi neatbild. Šādā veidā organizēts darbs prasa no māsas atbildību tikai par konkrētu uzdevumu veikšanu, tāpēc var rasties grūtības visu pacientu vajadzību ievērošanā. Bez tam jebkura informācijas apmaiņa attiecībā uz pacienta aprūpi notiek vienā virzienā- atbildīgā māsa dod norādījumus citām. Katrai no māsām, kas veic pacienta aprūpi, nevar rasties visaptverošs viedoklis par pacienta reakciju uz aprūpi. Māsu domāšana galvenokārt ir vērsta uz tehnoloģisko problēmu apzināšanu un risināšanu (1, 41.lpp.).

Primārās aprūpes modelis radās ap 1970. gadu. To radīja profesionālas māsas, kas gribēja personiskāku pacientu aprūpi, kurām nepatika fragmentētā aprūpe (19,467.lpp.). Šajā modelī viena māsa rūpējas par vienas grupas pacientu ar 24 stundu atbildību par viņa aprūpes plānošanu un aprūpi. Aprūpes māsa rūpējas par pacientu, katru reizi, kad viņa strādā, un tik ilgi, kamēr pacients paliek konkrētajā aprūpes vienībā. Kad primārā aprūpes māsa nav darbā, māsas nodrošina aprūpi, balstoties uz aprūpes plānu, ko ir sastādījusi primārā māsa. Modeļa priekšrocība ir tā, ka aprūpe ir visaptveroša un ir skaidri noteikta māsas atbildība. Tā kā māsa atbild tikai par nelielu pacientu skaitu, viņa var labāk izprast un apmierināt pacientu vajadzības un savā darba laikā veikt visu nepieciešamo pacienta aprūpi. Modeļa trūkumi – liels laika patēriņš un kvalificētai māsai jāveic darbi, kurus varētu izdarīt palīgi. Primārās aprūpes modelis ir piemērots intensīvās terapijas un reanimācijas nodaļās, kur pacientam vajadzīga intensīva aprūpe. Šajā modelī katrai māsai ir liela atbildība un arī pilnvaras (20, 466.lpp.).

Grupu aprūpes modelis radās kā metode, ar kuras palīdzību var veikt aprūpi, nesadalot to sastāvdaļās un ņemot vērā katra pacienta konkrētās vajadzības. Katra māsa savas maiņas laikā aprūpē tai uzticēto pacientu grupu. Viena māsa aprūpē apmēram 10 pacientus. Māsa veic darbu ar pilnu slodzi un tai ir pilnvērtīga izglītība. Katra māsa atbild par aprūpi ko viņa ir, vai arī nav, veikusi. Par darba rezultātiem viņa sniedz ziņojumu nodaļas virsmāsai. Māsu ziņojumi par paveikto darbu ļauj veidot atgriezenisko saiti informācijas apmaiņā starp māsu un virsmāsu. Grupu aprūpes modelī māsas darbība ir vērsta nevis uz manipulāciju izpildi, bet gan uz pacientu. Māsa nodrošina vispusīgu individualizētu aprūpi, viņa ir neatkarīga, darbojas autonomi. Tas reāli palīdz uzlabot aprūpes kvalitāti. Māsa jūtas vairāk motivēta strādāt, viņa uzņemas atbildību par pacientu. Pacients aktīvi iesaistās aprūpē. Māsa atbild par sev uzticēto pacientu grupu. Kā modeļa trūkumu var minēt to, ka daļai māsu nav pietiekamas kvalifikācijas, lai plānotu šādu aprūpi (21, 320.lpp.).

Komandas aprūpes modelī noteiktu pacientu grupu aprūpē konkrēta aprūpes personāla komanda, kurā ietilpst māsa, ārsts, fizioterapeits, psihologs, sociālais darbinieks u.c. Vislielāko atbildību uzņemas māsa- aprūpes grupas līdere (21, 322.lpp.). Par grupas līderi var kļūt māsa ar pieredzi un vismaz maģistra grādu māszinībās. Šajā aprūpes modelī ārsti un māsas ir līdzvērtīgi kolēģi. Par pacientu atbild darbinieku grupa, bet aprūpe nav tik sadrumstalota kā funkcionālās aprūpes gadījumā. Ja ir laba sadarbība starp aprūpes komandas locekļiem, tad aprūpe ir visaptveroša, problēmas tiek risinātas kompleksi (15, 42.lpp.). Trūkumi- ļoti liela atbildība komandas līderim, kuram nepieciešamas daudzveidīgas zināšanas un prasmes. Diezgan daudz laika tiek zaudēts komandas savstarpējā saskarsmē un plānošanā, piedaloties visiem komandas locekļiem (22, 53.lpp.).

## 2. 2. Pacientu klasifikācija

Pacientu klasifikācija un uzdevumu kvantifikācija ir divas pieejas ar vienu mērķi (23, 166.lpp.).

Pacientu klasifikācijas sistēmas sastāv no vairākiem komponentiem. Pirmais komponents ir pacientu grupēšana vai klasifikācijas kategoriju uzstādīšana. Pacientu klasifikācijas sistēmā pacienti ir klasificēti saskaņā ar vienu no vairākām kategorijām (24, 94.lpp.). Kategorijas ir noteiktas vienā no šiem veidiem:

1. Katra kategorija ir aprakstīta virspusēji un papildināta ar standarta pacientu aprakstiem. Skatoties pēc apraksta, māsa izlemj, kurš no tiem ir tuvākais pacienta stāvoklim, un tad pievieno konkrētai kategorijai.

2. Ir noteikti kritiskie indeksi, kas diktē pacientu klasifikāciju.

Lietojot faktoru novērtēšanu, katrs pacients ir proporcionalizēts uz vairākiem neatkarīgiem aprūpes elementiem, katrs elements ir nosvērts, katram ir punktu skaits, kuri tiek saskaitīti un pacients ir ievietots kategorijā, balstoties uz kopējo skaitlisko vērtību, kas ir iegūta. Katrai klasifikācijas sistēmai ir normatīvā summa, cik māsas stundas ir nepieciešamas (25).

Dažās pacientu klasifikācijas sistēmās skatās pēc tā, cik daudz aprūpes ir pacientam nepieciešams. Tiek ņemti vērā tādi lielumi, kā- imobilitāte, i/v terapija, nespēja mazgāties utt. Šajās sistēmās ne visi raksturlielumi tiek apsvērti- tikai tie, kas nopietni varētu ietekmēt aprūpes līmeni. Citas sistēmas vēl jo projām atbalsta jebkuras darbības pierakstīšanu, kas ir veiktas pacienta labā. Šīs sistēmas ir apgrūtinātas, dārgi uzturamas un ne tik precīzas kā tās, kas izmanto kritiskos indeksus (26,447.lpp.).

Otrais komponents pacientu klasifikācijas sistēmās ir uzstādīt vadlīnijas, aprakstot ceļu, kā pacients tiks klasificēts, klasifikācijas biežums.

Trešais komponents ir vidējais laika apjoms, kas vajadzīgs pacienta aprūpei katrā kategorijā. Ir dažādas variācijas. Vienā no tām, pacientu vajadzības ir iekļautas trīs kategorijās (27,100.lpp.).

3. kategorijas pacienti, kuriem dzīvības glābšana ir prioritāte. Pacienti ir piesaistīti pie gultas. Viņiem nepieciešamas 8- 10 stundas dienā, t.i. tiešā māsu aprūpe 24 stundās. Pacientu- māsas attiecības varētu būt 1:1, 2:1, 3:1.

2. kategorija - pacientam vajag rehabilitāciju un atgūšanos pēc operācijas, slimības. Nepieciešamas 3,5 pacientu stundas dienā. Pacientu- māsas attiecības varētu būt 3:1 līdz 5:1.

1. kategorija – pacientam minimāli vajag māsas palīdzību, pats sevi var aprūpēt. Tas prasa 1- 2 pacientu stundas dienā un pacientu- māsu attiecības varētu būt 1:6 līdz 1:10.

Metode, lai aprēķinātu nepieciešamo personālu un nepieciešamās māsu veiktās aprūpes stundas, ir ceturtais pacientu klasifikācijas komponents. Formula, lai aprēķinātu nepieciešamās aprūpes stundas ir – standarta laiku summa katrai kategorijai reiz pacientu skaits kategorijā ir vienāds ar nepieciešamajām aprūpes stundām. Dalot šo vērtību ar stundu skaitu vienā maiņā, iegūst nepieciešamo darbinieku daudzumu katrā maiņā.

$$Ax + By + Cz = Y$$

$$Y : Q = W,$$

kur A ir pirmā līmeņa pacienti;

B – otrā līmeņa pacienti;

C – trešā līmeņa pacienti;

x; y; z – pacientu skaits katrā līmenī;

Y – nepieciešamās aprūpes stundas;

Q – stundu skaits vienā maiņā;

W – nepieciešamais darbinieku daudzums vienā maiņā (27, 97.lpp.).

### 2.3. Māsu darba slodzes mērīšanas sistēmas

Māsu darba slodzes mērīšanas sistēmas izmanto, lai noteiktu pacientu vajadzības pēc aprūpes, un noteiktu laiku, kas vajadzīgs, lai kvalitatīvi nodrošinātu šīs prasības. Dažas darba slodzes mērīšanas metodoloģijas ir koncentrētas uz uzdevumiem, ko māsas veic un standarta laiku pabeigt šos uzdevumus. Rezultāts uz uzdevumu balstītiem rīkiem ir tas, ka tie koncentrējas uz uzdevumu nevis vienotu aprūpi. Citas metodes ir izstrādātas, izmantojot pacientu aprūpes vajadzības, lai klasificētu pacientus ar relatīvu vajadzību pēc aprūpes, un pēc tam piešķirtu stundu skaitu, kas vajadzīgs, lai veiktu aprūpi, pamatojoties uz pacientu veidu un noteiktu mērķa stundu (28).

Darba slodzes metodiku var izmantot perspektīvi, t.i., to var izmantot, lai prognozētu aprūpes prasības pēc pārmaiņām. Dažas organizācijas izmanto darba slodzes datu atpakaļejošu spēku. Tas ir, pēc tā, kas noticis, prognozē to, kas varētu notikt nākotnē, ņemot vērā līdzīgus pacientus (29).

Māsu darba slodzes mērīšanas sistēmas ir izstrādātas, lai noteiktu personāla komplektēšanas prasības attiecībā uz konkrētiem pacientiem. Tiek noteikts, cik māsas ir vajadzīgas, lai nodrošinātu drošu un efektīvu aprūpi (30).

Aprūpes resursu intensitāte- tas ir atvēlētais laiks un darbinieku apjoms, kas iesaistīts, lai dozētu aprūpi dažādiem pacientiem dažādos apstākļos. „Zelta standarts” aprūpes

intensitātes mērīšanai būtu derīgs un ticams modelis, kas mēra māsu darbu, ņemot vērā daudzus faktoros, kas ietekmē māsu darba apjomu un pacientu iznākumu. Šie faktori ietver pacienta medicīnisko stāvokli, aprūpes vajadzības, ko nodrošina māsa un darba vide. Nav iespējams noteikt visus aspektus aprūpē. Ir daudzi faktori- vienlaicīgas prasības, neparedzēti notikumi u.c. (30).

Māsu darba slodzes mērījumu sistēma ir galvenais elements jebkurā procesā, lai noteiktu aprūpes resursu intensitāti. Tas nodrošina mehānismu, lai izsekotu kopējo laiku kas nepieciešams, lai nodrošinātu dažādās darbības, kas saistās ar māsu kompetencē ietilpstošajām uzdevumiem. Diemžēl pašreiz tiek ņemts vērā tikai daļa no faktiskā darba-divas dimensijas māsu darbā- tiešā un individuālā aprūpe. Tās ir vērstas uz pacienta aprūpes uzdevumiem, ignorējot pacienta medicīnas un aprūpes sarežģītību, māsu nodrošinātās aprūpes un vides parametrus. Būtiski aprūpes resursu intensitātē var būt tādi faktori kā vecums, pacientu aprūpes nepieciešamība un vide, kurā aprūpe tiek nodrošināta.

Māsu darba apjoma mērīšanas pasākumus var iedalīt četros līmeņos: vienību līmenī, darba līmenī, pacientu līmenī un situāciju līmenī (31).

Vienību līmenī visbiežāk izmantotā metode ir māsu – pacientu attiecība. Māsu- pacientu proporcija var tikt izmantota, lai salīdzinātu pacientu rezultātus saistībā ar māsu personālu. To izpētot var uzlabot pacientu aprūpi- palielināt māsu vienību skaitu, vai arī samazināt pacientu skaitu, ko aprūpē katra māsa (32).

Darba līmenī māsas darba slodze ir atkarīga no māsas darba veida, kā arī no specializācijas. Darba slodzes mērījumus ir lietderīgi izmantot salīdzinot dažādas specializācijas māsas (31).

Māsu darba slodzes mērījumos pie pacientu līmeņa noteicošais faktors ir pacienta klīniskais stāvoklis. Vairāki pacienta līmeņa slodzes mērījumi ir izstrādāti, pamatojoties uz terapeitiskiem rādītājiem, saistībā ar pacienta stāvokli. Tomēr pētījumi liecina, ka faktori, kas nav pacienta klīniskais stāvoklis (piem., neefektīva komunikācija) var būtiski ietekmēt māsu darba apjomu (32).

Lai novērstu iepriekšminēto līmeņu nepilnības, ir izstrādāts situāciju līmenis. Iepriekšējās situācijās varam konstatēt, ka nav ņemti vērā tādi lielumi kā- slikta fiziskā darba vide, neefektīva komunikācija starp daudznozaru komandas locekļiem, kas arī var ietekmēt māsas darba slodzi. Piem., atbildot uz nepārtrauktiem telefona zvaniem, būtiski palielinās (situācijas līmenī) darba slodze māasai (33).

Situācijas līmeņa darba slodzes mērījumi ir daudzpusīgi, tiek ņemti vērā dažāda veida darbības šķēršļi, piem., attālums starp pacientiem (ietekmē fizisko darba slodzi), trokšņi (darba vide).

Māsai, kurai ir liela darba slodze, var nebūt pietiekami daudz laika, lai veiktu aprūpes uzdevumus, piemērotu drošības pasākumus vai kontrolētu pacientus, kā arī mazināt māsu saziņu ar ārstiem un citiem pakalpojumu sniedzējiem.

Māsas, kurām ir liela darba slodze, var būt neapmierinātas ar savu darbu, un tas ietekmē viņu motivāciju augstas kvalitātes sniegumam. Tas var radīt neapmierinātību un veicina negatīvu attieksmi pret savu darbu, kā arī var novest pie distressa (cinisms, dusmas, emocionāls izsīkums). Liela darba slodze var negatīvi ietekmēt aprūpes darbu- samazinās fiziskie un kognitīvie resursi māsām, lai pienācīgi aprūpētu pacientus. Augsti darba slodzes apstākļi var apgrūtināt māsu ievērot noteikumus un pamatnostādnes, tādejādi tiek apdraudēta kvalitatīva un droša pacientu aprūpe.

Personāla plānošana ir loģiska operācija, kas sastāv no vairākām darbībām: pakalpojuma veida un daudzuma noteikšana, kas vajadzīgs, lai nodrošinātu pacientu aprūpi, noteikt personāla kategorijas, kurām ir vajadzīgās zināšanas un spējas, lai veiktu pakalpojumu, personāla skaita paredzēšana, kas vajadzīga katrai darba kategorijai, lai sasniegtu mērķi, personāla nodrošināšana, lai aizpildītu visas pozīcijas, personāla kombinēšana izvēlētajā konfigurācijā pa maiņām (27,107.lpp.).

Lielākās aktivitātes darbaspēka plānošanā iekļauj sevī – paredzēt nākotnes darbaspēka prasības, inventarizēt pagātnes darbaspēka avotus un analizēt, kur šie resursi ir izmantoti optimāli. Ir nepieciešams paredzēt darbaspēka problēmas, projicējot pagātnes resursus nākotnē, un salīdzinot tos ar prasību prognozēm, lai noteiktu to adekvātumu kvalitātē un kvantitātē.

Izvērtējot un nosakot personāla vajadzības, ir jāidentificē māsu sniegtās aprūpes un pakalpojumu komponentus, jādefinē standartus, kas tiks nodrošināti pacientu aprūpē, kā arī jānosaka vidējo māsu stundu daudzumu nepieciešamajām darba stundām.

## **2.4. Aprūpes personāla darba specifika neuroķirurģijas nodaļā**

Mūsdienās ir attīstījušās neuroķirurģiskās metodes un ārkārtēju situāciju vadība, kā rezultātā palielinās izdzīvošanas rādītāji un uzlabojas ārstēšanas rezultāti pacientiem ar sarežģītām traumām un centrālās nervu sistēmas slimībām. Ir nepieciešama kvalitatīva neuroķirurģisko pacientu aprūpe, sakarā ar šo slimību sarežģīto raksturu, neiroloģisko pārbaudi un uzraudzību. Neuroķirurģijas māsām jāspēj kritiski novērtēt pacienta stāvokli un agrīni atklāt smalkas klīniskās izmaiņas. Laikā neatklātas un nenovērstas veselības stāvokļa izmaiņas var izraisīt postošas sekas neuroķirurģiskajiem pacientiem, stāvoklis var

pasliktināties vai pacients var ciest no smaga funkcionālā deficīta. Dažkārt izšķirošas var būt pat pāris minūtes.

Zināšanas par neiroķirurģiskām saslimšanām un traumatoloģiskiem CNS bojājumiem, to etioloģiju, patogēnēzi, klīniskām izpausmēm, diagnostiku, uzlabo māsas sazināšanos ar ārstiem un izpratni par slimības procesiem un ārstēšanu, nodrošina augsti specializētu aprūpi kritiski slimiem pacientiem. Zināšanas par nervu sistēmu, tās traucējumiem pie traumām vai saslimšanām, palīdz māsai nodarboties ar pacientu ģimenēm, kas noved pie augstāku pacientu un viņu ģimeņu apmierinātību ar aprūpi. Rūpes ir galvenais, lai veidotu attiecības starp pacientu, ģimeni un aprūpes komandu. Sniedzot precīzu informāciju un uzklaudot pacientu bažas, rodas labvēlīga vide aprūpei. Uzlabojoties aprūpes kvalitātei, samazinās slimību sarežģītumi, komplikācijas, un līdz ar to samazinās arī pacienta uzturēšanās ilgums klīnikā. Sakarā ar neiroķirurģisko saslimšanu sarežģīto raksturu, nepieciešams, lai māsas varētu novērtēt pacientu pielietojot kritiskās domāšanas paņēmieni, integrēt uz pierādījumiem balstītas pamatnostādnes, interpretējot monitoringa datus un izvēloties atbilstošus aprūpes pasākumus.

Neiroķirurģiskie pacienti aptver diapazonu no bērnības, pusaudžu vecumam līdz geriatriskiem pacientiem, ar diagnozēm, kuras attiecas uz problēmām mugurkaulā (iedzimtas, traumatiskas, deģeneratīvas), smadzeņu audzēji ( primāri un metastātiski ), asinsvadu anomālijas (malformācijas, aneirismas) un dažāda veida smadzeņu hemoraģijas. Neiroķirurģiskie pacienti var radīt problēmas aprūpes pakalpojumu sniedzējiem, pamatojoties uz neiroķirurģisko problēmu etioloģiju. Aprūpes vadību sarežģī pacienta pavadošās slimības un vecums, kā arī lielākā daļa ķirurģisko procedūru, kad vecāka gadagājuma pacientiem ir lielāks operācijas risks. Vairumā gadījumu nepieciešama sadarbība ar dažādiem konsultantiem, lai sasniegtu vispusīgu pacientu aprūpi un optimālu pacientu rezultātu (34).

Daudz neiroķirurģisko pacientu slimnīcā nonāk pēc negadījuma. Šiem pacientiem bieži ir dzīvībai bīstamas veselības problēmas un viņi slimnīcā atrodas ilgstoši, atgūstas lēni. Pētījumi liecina, ka pacienti ar galvas traumām ir izaicinājums māsām, jo viņu aprūpē katra minūte ir svarīga. Pacienti ar galvas ievainojumiem ir rūpīgi jānovēro, jo pat vieglākās galvas smadzeņu traumas var radīt problēmas vēlāk.

Neiroķirurģijas nodaļā ārstējas pacienti ar smadzeņu hemoraģiju. Pacienta vadība ir atkarīga no asiņošanas vietas- subdurāla hematoma, epidurāla hematoma, intracerebrāla hematoma un subarahnoidāla (SAH) hematoma. SAH parasti izraisa spontāns smadzeņu aneirismas plīsums. Tādu pacientu novērošanā jāievēro īpaša piesardzība un uzmanība, lai nepieļautu paaugstinātu asinsspiedienu, kas varētu novest pie stāvokļa pasliktināšanās.

Asinsvadu spazmas ir bieži sastopamas pacientiem ar SAH. Ir svarīgi rūpīgi kontrolēt pacientus un ārstēt spazmas ātri, lai panāktu optimālus pacientu rezultātus. Nimodipīnu lieto pacientiem ar aneirisma ruptūru, jo tas ievērojami samazina neiroloģiskā deficīta iespējamību. SDH klasificē kā akūtas, subakūtas un hroniskas. Katrai no tām nepieciešama atšķirīga aprūpe un ārstēšana.

Neiroķirurģiskiem pacientiem ir daudz dažādas procedūras, iekļaujot atgūšanos no neplīsušas aneirisma un mikrodissektomijas. Daudziem pacientiem nepieciešama izglītošana, piem., pacientiem pēc lamiektomijas nepieciešama izglītošana par dzīvesveida maiņu pēc operācijas. Jāiemāca pacientiem kontrolēt sāpju līmenis, lai ātrāk atveseļotos.

Kopējās problēmas un vajadzības neiroķirurģiskiem pacientiem ir šķidruma līdzsvara uzturēšana, sāpju mazināšana, brūču aprūpe un izglītošana.

Daudzās pārmaiņas veselības aprūpē liek aprūpes sniedzējiem mainīt aprūpes piegādes sistēmu, lai nodrošinātu, ka tā ir visaptveroša, organizēta un izmaksu efektīva. Paplašinās māsu loma un nozīme māsu- ārstu sadarbībā, kā galvenais faktors, kas uzlabo pacientu aprūpi.

Sadarbības modelis, kur ārsts un māsa aprūpi sniedz tandēmā, ir labvēlīgs pacientiem un viņu ģimenēm, jo viņi saņem visaptverošu aprūpi, kas ir pacientu orientēta. Turklāt tas nodrošina savlaicīgu iejaukšanās īstenošanu.

Māsu darbības var sadalīt divās kategorijās: darbības, kas nozīmētas (pakļautās) un darbības, kuras māsa veic, pati uzņemoties iniciatīvu un atbildību. Nozīmētās māsu darbības parasti ir dominējošās, piem., medikamentu izsniegšana, analīžu noņemšana u.c. Mūsdienās māsas ir akadēmiski izglītotas un droši var pretendēt uz neatkarīgas profesijas pārstāvju statusu. Autonomija ir īpaši svarīga prasība, kad jāapraksta neatkarīgās māsu darbības. Neatkarīgās darbības ir „iepriekš apdomātas, noteiktā virzienā vērstas darbības, balstītas uz zināšanām par pacientu aprūpi, ko māsa veic neatkarīgi no citiem, saskaņā ar savu atbildības sfēru, lai palīdzētu indivīdam pielāgoties vai pārvarēt veselības problēmas” (35,81.lpp.).

## **2.5. Deleģēšanas pielietojums pacientu aprūpē**

Veselības aprūpes sistēmas, organizācijas atrodas nepārtrauktā attīstībā jebkurā Eiropas valstī un visā pasaulē. Apzinoties tehnoloģiju attīstību, augstās izmaksas, darbaspēka u.c. problēmas, ir vērojamas būtiskas tendences un jauni, interesanti risinājumi veselības aprūpes procesu menedžmentā un personāla attīstībā. Viens no risinājumiem ir funkciju, pienākumu un atbildības pārdale starp māsām, māsu palīgiem un darbiniekiem bez medicīniskās izglītības, jo veselības aprūpes personāls ir dārgs, tā trūkst, tāpēc tas izmantojams racionāli,

efektīvi, iegūstot vairāk laika tiešajam kontaktam ar pacientu. Kopumā to varētu raksturot šādi- uzdevums jāveic iespējami zemākajā līmenī (36).

Ar vien vairāk ir pacientu, kuriem nepieciešama sarežģīta, ilgstoša veselības aprūpe. Vairāk nekā jebkad agrāk, māsām ir nepieciešams efektīvi strādāt ar palīdzības personālu. Spēja deleģēt- piešķirt un uzraudzīt ir nepieciešamās kompetences mūsdienu mātai. Deleģēšanas akts pilnvaro vienu personu rīkoties citas vārdā. Tā ir svarīga aprūpes funkcija, kas veicina savlaicīgu pacientu piekļuvi veselības aprūpes darbībām. Tā var uzlabot pacienta drošību un aprūpes kvalitāti. Deleģēšana ir prasme, kas var būt būtiska, lai nodrošinātu drošu un efektīvu aprūpi personāla trūkuma, tehnoloģiju attīstības, kā arī aprūpes infrastruktūras maiņas gadījumā.

Mūsdienu veselības aprūpes vidē, kur resursi ir ierobežoti, ir nepieciešama efektīva deleģēšana. Deleģēšana- nodot kompetentai personai īpašos māsu uzdevumus izvēlētā situācijā.

ANA (*American Nurses Association*) ir noteikusi, ka māsa pieliek atbilstošas pūles, lai novērtētu individuālo kompetenci, izvēloties piešķirt aprūpes funkcijas citam veselības aprūpes darbiniekam (37). Tāpēc māsa nedrīkst deleģēt jebkuram aprūpes darbiniekam funkciju, uz kuru šī persona nav gatava vai kvalificēta. Nosakot atbilstošu tiešās aprūpes darbinieku izmantošanu, māsām jāapsver vairāki faktori:

1. Pacienta stāvokļa novērtēšana;
2. Tiešās aprūpes darbinieka spējas;
3. Deleģējamā uzdevuma sarežģītība;
4. Cik daudz uzraudzības būs nepieciešams un cik reģistrētas māsas to varēs nodrošināt;
5. Cik personāla un darba slodzes ir pieejams.

Māsa var deleģēt ar veselības aprūpi saistītās darbības, kas neprasa profesionālu māsu kvalifikāciju vai spriedumu. Turpretī māsa nevar deleģēt darbības vai uzdevumus citam aprūpes komandas loceklim ārpus prakses jomas (nav pietiekošas kvalifikācijas). Māsa joprojām uzņemas primāro atbildību par pacientu. Pārkāpums var rasties, ja māsa nepamatoti deleģē un neuzrauga tiešo aprūpes darbinieku. Uzdevumi, kurus var deleģēt, ir pacientu aprūpe, piem., mazgāšana, nagu kopšana, pozicionēšana, pacientu ēdināšana, vitālo rādītāju noteikšana, kā arī iekārtu tīrīšana un uzglabāšana. Uzdevumi, kurus nedrīkst uzticēt citiem ir- sākotnējais pacienta novērtējums, kas prasa profesionālas pacientu aprūpes jomas zināšanas, spriedumu un profesionālas māsas kompetenci. Nedrīkst uzticēt arī uzdevumus, kur nepieciešams formulēt aprūpes diagnozi un aprūpes plāna izstrādi, kā arī zāļu administrēšanu un pacientu apmācīšanu.

Jebkurā deleģēšanas solī jāņem vērā pamatprincipi veselības aizsardzībā, nodrošinot drošību un kvalitatīvu veselības aprūpi visām personām, kas saņem aprūpi. Deleģēšana ir gan māksla, gan zinātne, kas ietver kognitīvo, emocionālo un intuitīvo dimensiju (38).

Kaut deleģēšana bieži ir apspriesta atsevišķi vai kā vadības prasme, tā faktiski ir māsu procesa sastāvdaļa, kas nodrošina efektīvu aprūpi.

Novērtējot pacienta stāvokli, māsa var izpētīt un izprast pacienta vajadzības un noteikt nepieciešamo iejaukšanos. Novērtējot pacientu, māsa var noteikt pacienta aprūpes vajadzību sarežģītību, tai skaitā pacienta stāvokļa dinamiku, aprūpes līmeni, nepieciešamās tehnoloģijas, inficēšanās draudus un pacienta psiholoģiskās vajadzības. Novērtējums palīdz noteikt, kuri citi veselības aprūpes speciālisti jāiesaista pacienta aprūpē, kā arī uzraudzības pakāpi, kas nepieciešama attiecībā uz darbībām, kuras var deleģēt. Pēc māsu veiktās pacientu novērtēšanas var identificēt aprūpes komponentus, ko tiešais aprūpes darbinieks ir kompetents veikt. Precīzi novērtēt pacienta stāvokli, kā arī zināšanas un tiešo aprūpes darbinieku kompetenci, ir galvenais faktors, lai noteiktu, vai uzdevumu var droši deleģēt (39,42.-54.lpp.).

Nākamais solis aprūpes procesā ir efektīvas deleģēšanas plānošanas fāze. Māsa ir atbildīga par aprūpes plāna attīstību. Pacienta aprūpes mērķis var palīdzēt mācai noteikt prioritātes uzdevumiem, kas tiks deleģēti, tādējādi nodrošinot, ka pacienti saņem optimālu aprūpi. Piecas „pareizības” deleģēšanā var kalpot kā instruments, lai virzītu māsu efektīvi plānot deleģēšanu:

1. Pareizais uzdevums;
2. Pareizajos apstākļos;
3. Pareizajai personai;
4. Pareizais virziens/ komunikācija;
5. Pareizā uzraudzība (37).

Tiešajam aprūpes darbiniekam ,pēc uzticētā uzdevuma, ir tiesības pieprasīt atbalstu, ja uzdevums ir neskaidrs, vai arī nav pārliecības par jebkuru aprūpes aspektu. Māsu palīgam jājūtas drošam. Lai efektīvi īstenotu uzticētos uzdevumus, ir jābūt konkrētai informācijai. Mācai jāapraksta konkrētais uzdevums detalizēti. Izmantojot četras komunikācijas, var palīdzēt nodrošināt, ka tiešais aprūpes darbinieks precīzi izprot uzdevuma īstenošanu. Informācijai jābūt skaidrai (Vai tiešais aprūpes darbinieks saprot kas jādara?), kodolīgai (Vai ir pietiekoši daudz informācijas, lai veiktu uzdevumu?), korektai (Vai uzdevums ietver tiešā aprūpes darbinieka prakses jomu? Ja jā, tad vai aprūpes darbiniekam ir pietiekoša kompetence veikt šo uzdevumu?) un pabeigtai (Kāds ir vēlamais rezultāts? Vai veicamā uzdevuma laiki un parametri ir skaidri?) (39).

Pēdējais posms un būtisks aspekts deleģēšanas procesā ir novērtējums. Tas ir nepārtraukts process, kas prasa māsu sniegt un saņemt atsauksmes no tiešā aprūpes darbinieka. Efektivitāti var izmērīt, ja tiešais aprūpes darbinieks varēja veiksmīgi pabeigt deleģēto uzdevumu un pacients ir sasniedzis noteiktu mērķi aprūpē. Cits apsvēruma par efektivitāti ir laika posms, ko izmanto tiešais aprūpes darbinieks, lai pabeigtu uzdevumu, un to, vai aprūpes darbinieks precīzi ziņo konstatējumus uzdevuma laikā un pēc uzdevuma izpildes. Novērtēšanas process dod iespēju mācai, lai uzraudzītu rezultātus par deleģēto uzdevumu un nodrošinātu atgriezenisko saiti ar tiešās aprūpes veicēju (37).

Amerikas māsu asociācija ir izstrādājusi pamatnostādnes par efektīvu deleģēšanu. Tajā teikts, ka māsa uzņemas atbildību, lai nodrošinātu drošu pacientu aprūpes praksi. Viņa vada aprūpi un nosaka atbilstīgu jebkura palīga iesaistīšanu, nodrošinot tiešo pacienta aprūpi. Māsa var deleģēt aprūpes sastāvdaļas, bet nevar deleģēt aprūpes procesu- prakses funkciju novērtējumu, plānošanu, izvērtēšanu un māsu spriedumu. Lēmums deleģēt ir balstīts uz pacienta stāvokli, aprūpes komandas locekļu kompetences, kā arī uzraudzības pakāpes, kas būs nepieciešams no māsas, ja uzdevums tiks deleģēts. Deleģē tikai tos uzdevumus, kuru izpildei citiem aprūpes darbiniekiem ir zināšanas un prasmes tos veikt, ņemot vērā izglītību, kultūras kompetenci un pieredzi. Paziņojumam, par uzdevuma deleģēšanu māsu palīgu personālam, jābūt individualizētam, komunikācijai jābūt skaidrai, kodolīgai, pareizai un pilnīgai. Māsa pārbauda palīga izpratni par veicamo uzdevumu un palīgs pieņem deleģēto uzdevumu un atbildību, kas pievienota tai. Paziņojumam ir jābūt divvirzienu procesam. Māsu palīgu personālam ir jābūt iespējai uzdot jautājumus un lūgt skaidrojumu. Māsa izmanto kritisko domāšanu un profesionālo spriedumu, vadoties pēc piecām „pareizībām” (38).

Šķēršļi efektīvai deleģēšanai ir laika trūkums, uzticība tiešajam aprūpes darbiniekam, kā arī māsu nedrošība. Deleģēšana prasa laiku, un reizēm māsa uzskata, ka ir drošāk un ātrāk veikt uzdevumu pašām, pat tad, ja ir aizņemtas ar citiem uzdevumiem. Tas var mazināt uzticību starp aprūpes komandas locekļiem. Māsas var arī nezināt par tiešā aprūpes darbinieka klīnisko kompetenci un juridiskās tiesības izmantot deleģēšanu drošai aprūpei.

Deleģēšana ir viens no veidiem, kā veselības aprūpes iestāde var apmierināt pieaugušo nepieciešamību pēc pieejamas, kvalitatīvas veselības aprūpes. Deleģēšana ir neaizstājama prasme profesionālas māsas praksē. 2009. gada HOPE (*Hospitals for EurOPE*) pieredzes apmaiņas programmas noslēguma konferencē „Veselības aprūpes profesionāli Eiropā: jaunās lomas, jaunās prasmes” Austrijas komanda prezentēja projektu „Jaunie virzieni aprūpē” (36). Projekta mērķis- optimizēt aprūpes procesu slimnīcā. Pēc izpētes un analīzes tika veiktas vairākas nozīmīgas pārmaiņas- māsu palīgiem tika deleģēts vairāk pienākumu saistībā ar pacientu aprūpi. Projekta ieguvumi- pienākumi profesionāļu grupā sadalīti atbilstoši izglītībai

un kvalifikācijai, māsas koncentrējas uzdevumiem saistībā ar viņu kvalifikāciju, pieaugusi darbinieku motivācija, kā arī, pamataprūpē vairāk iesaistot māsu palīgus, palielinājies tiešais laiks, veltīts pacientam, kas savukārt palielina pacientu apmierinātību (36).

## **2.6. Pacienta ģimenes un tuvinieku līdzdalība aprūpē**

Arvien vairāk ir pacientu, kuriem nepieciešama sarežģīta, ilgstoša veselības aprūpe. Viens no aspektiem, kā uzlabot aprūpes kvalitāti un efektivitāti, un līdz ar to arī pacienta aprūpes rezultātu, ir pacienta ģimenes un tuvinieku iesaistīšana aprūpē. Galvenais princips-veids un joma iesaistīšanā ir jāsaskaņo ar kvalificētu māsu pirms jebkādas aprūpes saņemšanas.

Termins „tuvinieki” tiek lietots ar nozīmi- tuvākie cilvēki pacientam, tie var būt cilvēki, kuri nav saistīti ar pacienta ģimeni un laulībām, bet kuriem ir būtiska līdzdalība aprūpē, kura pacientam ir nepieciešama.

Pakāpe, kādā pacienta tuvinieki vēlas iesaistīties aprūpē, atšķiras un to ietekmē daudzi faktori, tai skaitā pacienta stāvoklis, tuvinieku iepriekšējā pieredze rūpēties par pacientu, viņu vēlmes un jebkurš no tuvinieka personīgajiem faktoriem. Tomēr nekādā gadījumā nedrīkst pieņemt, ka tuvinieki noteikti vēlas iesaistīties pacienta aprūpē (40).

Tuvinieku palīdzība ietver tādas darbības kā pacienta pabarošana, palīdzība pie personīgās higiēnas vajadzībām- palīdzot apmeklēt tualeti, lietot pīles/ padubes, apģērbties/ izģērbties u.c. Tāpat iesaistīšana var ietvert uzraudzību, kad pacients ir dezorientēts.

Tuvinieku iesaistīšana ir jāveicina tad, kad tas ir droši un lietderīgi darīt. Tomēr der ievērot vairākus apsvērumus, kas jāievēro. Jebkura tuvinieku iesaistīšana aprūpē ir skaidri jāapspriež ar pacientu, bet nekādā gadījumā tuviniekiem nav jājūtas piespiesti to darīt. Var uzticēt tikai tos pienākumus, kurus kvalificēta māsa uzskata, ka tuviniekiem ir pietiekoša kompetence veikt. Nedrīkst uzticēt tādas darbības, kas paredz profesionālas vai tehniskas zināšanas. Ārkārtīgi rūpīgi jāīsteno tuvinieku iesaistīšana tiem pacientiem, kuriem nepieciešama pozicionēšana. Tomēr šajā situācijā jāparedz tuvinieku izglītošana un apmācība. Tāpat darbiniekiem jācenšas izmantot iespēja strādāt ar tuviniekiem, informējot par pretsāpju terapiju, uztura prasībām u.c. Tuviniekiem ir nepieciešams aktīvs, emocionāls un pamācošs atbalsts, arī personāla padoms un informācija, tas dod iespēju piedalīties aprūpē (35, 87.lpp).

### 3. D. OREMAS TEORIJAS PIELIETOJUMS PĒTĪJUMĀ

No pacienta pašaprūpes spējas vai nespējas lielā mērā ir atkarīgs māsu veicamā darba apjoms un intensitāte.

Māszinību teorētiķes D. Oremas pamatvajadzību teorijā ietilpst trīs ļoti cieši saistītas teorijas:

1. Pašaprūpes teorija;
2. Pašaprūpes deficīta teorija;
3. Māsu aprūpes sistēmas teorija (41, 67.lpp.).

Jēdzienu „pašaprūpe” Orema skaidro kā darbības, kuras indivīds veic pēc savas iniciatīvas un saviem spēkiem, tādēļ, lai uzturētu savu dzīvību, veselību un labklājību. Visas šīs darbības ir brīvprātīgas un apzinātas, tās notiek pēc noteikta stereotipa noteiktā secībā. Šīs darbības ir mērķtiecīgas, tā kā to pamatā ir pašaprūpes vajadzību apmierināšana (42).

D. Orema lieto jēdzienu „pašaprūpes darbības”, runājot par darbībām, kuras īsteno indivīds, rūpējoties par sevi. Pašaprūpe iekļauj sevī- situācijas novērtēšanu, plānošanu un darbību īstenošanu.

Pašaprūpes vajadzības ir priekšstats par uzdevumiem, kuri indivīdam ir, vai vajadzētu būt, sakarā ar pašaprūpi. Pašaprūpes vajadzības Orema iedala trīs kategorijās: universālās, saistītās ar ontogēnēzi un saistītās ar veselības traucējumiem.

Universālās pašaprūpes vajadzības saistītas ar priekšnoteikumu, ka cilvēkam vajag īstenot kādas noteiktas organisma funkcijas, īstenot normālu dzīvības procesu. Orema izdala astoņas universālās pašaprūpes vajadzības: nodrošināt normālu skābekļa uzņemšanu, pietiekoša šķidrums daudzuma uzņemšana, pietiekoša barības daudzuma uzņemšana, aprūpe, saistīta ar izdalīšanas procesiem, nodrošināt saprātīgu līdzsvaru starp aktīvām darbībām un atpūtu, nodrošināt līdzsvaru starp vēlmi būt vienam un kontaktēties ar citiem, cilvēka organisma dzīvības funkciju un labsajūtas pasargāšana no briesmām, nodrošināt harmonisku cilvēka dzīvi un funkcionēšanu sociālajā vidē atbilstoši savām vēlmēm un iespējām (43, 86.lpp.).

Cilvēka dzīve saistās ar attīstības procesu no dzimšanas līdz nāvei. Vajadzības, saistītas ar bioloģisko attīstību, var būt noteiktas formas universālās pašaprūpes vajadzības, saistītas ar to bioloģiskās attīstības stadiju, kurā atrodas indivīds (piem., bērnība, dažādi pieaugušo dzīves periodi u.c.), vai arī jaunas vajadzības, radušās noteiktos stāvokļos (piem., grūtniecības laikā), vai kritiskās dzīves situācijās.

Pašaprūpes vajadzības, saistītas ar veselības traucējumiem, ir indivīdu vajadzības pie dažādiem patoloģiskiem stāvokļiem, iedzimtiem defektiem, dažāda veida fiziskas un psihiskas nobīdes, kā arī cilvēkiem, atrodoties izmeklēšanā un ārstēšanā.

Orema izdala sešas dažāda veida pašaprūpes vajadzības, saistītas ar veselības traucējumiem:

1. Nepieciešamība atrast un nodrošināt sev medicīnisko palīdzību sakarā ar slimību, traumu vai kādu citu patoloģiju;
2. Būt gatavam samierināties ar patoloģiskā stāvokļa sekām, ieskaitot vecuma izmaiņas;
3. Efektīvi izpildīt nozīmētos diagnostiskos, ārstnieciskos vai rehabilitācijas pasākumus;
4. Būt gatavam pārciest nepatīkamus vai traumējošus veicamās ārstēšanas efektu;
5. Izmainīt skatu uz sevi, lai pieņemtu noteiktu veselības stāvokli vai noteikta tipa medicīnisko aprūpi;
6. Iemācīties sadzīvot ar patoloģisko stāvokļu sekām, kā arī traumējošiem diagnostikas pasākumiem, ja tie ir neizbēgami (41, 71.lpp.).

Jēdzienam „ārstnieciskās pašaprūpes vajadzības” ir variācijas, kaut arī Orema tajās iekļauj visas pašaprūpes darbības, kuras nepieciešamas indivīdam, lai apmierinātu universālās pašaprūpes vajadzības saistītas ar dzīvības procesiem, un vajadzības, radušās veselības traucējumu rezultātā.

Raksturojot ārstnieciskās pašaprūpes vajadzības, Orema izdala sekojošo:

1. Reāli un subjektīvi nosakāmās vajadzības, mijiedarbība starp dažādām pašaprūpes vajadzībām;
2. Faktori, kuri var iedarboties uz dažādām vajadzībām, sakarā ar vecumu, dzimumu, bioloģiskās attīstības stadiju, dzīves apstākļiem u.c.;
3. Dažādu darbību metodika, kuru vajadzētu pielietot, lai apmierinātu pašaprūpes vajadzības (42).

Spēja veikt pašaprūpi tiek aprakstīta kā komplekss pasākumu kopums, kas dod iespēju apmierināt pastāvīgās aprūpes prasības, pateicoties kurām regulējas dzīvības procesi, tiek uzturēta vai stabilizēta strukturālā vai funkcionālā personības neatkarība sabiedrībā, tiek īstenota indivīda attīstība. Pašaprūpes spēja variējas atkarībā no vecuma, veselības stāvokļa, ieradumiem, izglītības, dzīves pieredzes, piederības noteiktai kultūrai, apkārtējās vides un iekšējiem resursiem (25, p. 461).

Pašaprūpes spēju nosaka zināšanu kopums, motivācija, teorētiskās un praktiskās iemaņas, kuras ļauj spriest par pašaprūpes spējām un plānot nepieciešamo pašaprūpi. Šos

faktorus Orema uzskata par pamatnosacījumiem. Teorijas autore uzskata, ka pašaprūpes spējas attīstās daļēji spontāni veicot pašaprūpi ikdienā, daļēji mācoties.

Ierobežotās pašaprūpes spējas Orema iedala trīs tipos:

1. Ierobežotas zināšanas;
2. Ierobežota spriestspēja un lēmumu pieņemšana;
3. Ierobežota spēja veikt mērķtiecīgas darbības (42).

Optimālā situācijā spēja veikt pašaprūpi ir lielāka nekā pašaprūpes vajadzības. Daļējs pašaprūpes zudums raksturojas ar mazākām pašaprūpes spējām nekā pacients spēj pats veikt. Pilnīga pašaprūpes nespēja ir tad, kad pašaprūpes vajadzības ir daudz lielākas nekā indivīda spēja veikt pašaprūpi.

Orema teorija, saskaņā ar pašas autores viedokli, ir apraksts un pamatojums māsu aprūpes nepieciešamībai katrā konkrētā situācijā. Tas notiek tad, kad pašaprūpes spējas ir mazākas nekā pašaprūpes vajadzības. Citiem vārdiem, tad, kad cilvēks nav spējīgs īstenot nepieciešamo pašaprūpi pilnā apjomā, kādam citam ir jāpalīdz tās īstenošanā. Tajos gadījumos, kad ne pats cilvēks, ne viņa piederīgie nevar īstenot šo aprūpi, tā paliek māsu kompetencē.

Māsu aprūpes sistēmas teorija ietver sevī sapratni par pašaprūpes spējām, metodiku palīdzības īstenošanai un aprūpes sistēmai. Māsu aprūpes sistēmas teorija nozīmīgā mērā veidota uz kopīgu situāciju palīdzības sniegšanā, kam tā nepieciešama, aprakstu, iekļaujot situācijas, kuras attiecas uz māsu aprūpes darbības lauku. Tās ir situācijas, kad:

1. Ir divas puses: tas, kam vajadzīga palīdzība un tas, kas to īsteno;
2. Tam, kam vajadzīga palīdzība ir vajadzība īstenot kaut kādas darbības, bet viņš nav spējīgs pats tās pilnībā izpildīt;
3. Tas, kurš īsteno aprūpi, apzinās aprūpējamā problēmas un ir spējīgs tās apmierināt;
4. Aprūpētāja darbības papildina vai aizvieto nepieciešamo pašaprūpi, kā arī vērstas uz situācijas uzlabošanu, lai stiprinātu pacienta iespējas šīs darbības īstenot pašam (42).

Jēdziens „pašaprūpes spējas” saistīts ar zināšanu līmeni, ieradumiem, spējām, kas cilvēkam nepieciešamas tādēļ, lai īstenotu aprūpi. Bet tas ir vesels komplekss, iegūts speciālas apmācības rezultātā. Māsu aprūpe ir analogs pašaprūpes spējām tai ziņā, ka abos gadījumos ar to saprot īpašas, mērķtiecīgas darbības. Starpība ir tā, ka dažām darbībām nepieciešama palīdzība, citas cilvēks īsteno pats. Tās atšķiras arī ar darbietilpību un sarežģītības pakāpi.

Orema uzsver radošas pieejas nepieciešamību, kā situācijas novērtēšanā saistītā ar pacienta aprūpi, tā arī ar efektīvas aprūpes sistēmas izveidošanā. Nepieciešams arī pietiekošs

gribasspēks un darbības motivācija, kā arī speciālas praktiskās iemaņas. Ja tas viss pietiek, ir iespējams īstenot visus kompleksos pasākumus profesionālai aprūpei- izmeklēšanu, aprūpes plāna sastādīšanu, plāna realizēšanu un rezultātu izvērtēšanu. Šos pasākumus Orema apvieno vienā veselā un nosauc par māsu procesu, ko izdala kā dinamisku, regulējamu procesu, kurš daļēji ietver sociālo un starppersonu faktoru, bet daļēji tehnoloģisko (iemaņu) faktoru. Orema apgalvo, ka, lai īstenotu profesionālu aprūpi, tiek izmantotas piecas pieejas, t.i., tiek pielikta piepūle, lai: darbotos cita vietā vai darītu kaut ko par viņu, vadītu citu, atbalstītu- fiziski vai psiholoģiski, radītu apstākļus, kas nodrošina labvēlīgu, normālu ontogēnētisku attīstību, nodotu citam zināšanas un iemaņas.

Saskaņā ar Oremas teoriju, dotais pārskats norāda māsas darbības virzienu, stimulējot pacienta aktivitāti. Māsu aprūpes sistēma, pēc autora domām, ir māsas un pacienta pūliņu rezultāts, viņu sadarbība jebkurā klīniskā situācijā.

Saskaņā ar Oremas teoriju, māsu aprūpes sistēmas klasificē klīniskās situācijas, kas ļauj noteikt lomas un attiecības pret tām no māsas un pacienta puses, ieskaitot jautājumu par konkrētu darba metodiku ar pacientu un saskarsmes iemaņām. Orema izdala trīs sistēmas:

1. Pilnīgi kompensējošā sistēma;
2. Daļēji kompensējošā sistēma;
3. Atbalstošā māsu aprūpes sistēma (43, 87.lpp.).

Pilnīgi kompensējošā māsu aprūpes sistēma vajadzīga pacientiem, kuri nevar īstenot kaut kādas pārdomātas darbības vai kuriem nav fiziskas iespējas izpildīt patstāvīgas un kontrolētas darbības. Šajā grupā ietilpst trīs kategoriju pacienti:

1. Tie, kuri atrodas tādā stāvoklī, ka nav spējīgi īstenot apzinātas darbības (piem., pacienti komas stāvoklī);
2. Pacienti, kuri atrodas pie pilnas saprašanas, bet nav spējīgi veikt fiziskas darbības;
3. Pacienti, kuri nav spējīgi plānot savas darbības un pieņemt lēmumus par pašaprūpi, bet kuri spēj īstenot pašaprūpi kāda vadībā (piem., prātā atpalikušie).

Visos gadījumos svarīgākie uzdevumi ir izdarīt kaut ko cita vietā, izskaidrot viņam, atbalstīt un aizsargāt viņu.

Daļēji kompensējošā aprūpes sistēma aktuāla ir tad, kad pacients un māsa īsteno kopīgas darbības. Šeit apvienotas visas piecas pieejas profesionālai aprūpei.

Atbalstošā (virzošā) sistēma aktuāla tajos gadījumos, kad nepieciešams iemācīt pacientam kaut kādas darbības, lai apmierinātu viņa vajadzības ārstnieciskajā pašaprūpē. Lietderīgas metodes ir- atbalsts, vadība, atbilstošas vides radīšana, tai skaitā pastāvīga izglītošana (43, 87. lpp.).

Orema uzskata, ka tiesības būt pacientam attiecas uz tiem cilvēkiem, kurus raksturo pašaprūpes nespēja, kuru vajadzības nav adekvāti apmierinātas.

Pēc Orema, māsu aprūpe ir palīdzība pacientam pie dažāda tipa pašaprūpes nespējas. Svarīgi ir tie faktori, kuri skar indivīda ontogēnēzi, universālās un uz veselību attiecināmās pašaprūpes vajadzības vai viņa iespējas šo aprūpi īstenot.

Kopīgie uzdevumi ir uzturēt strukturālo un emocionālo neatkarību un labklājību visā cilvēka dzīves cikla garumā, nodrošinot viņa normālu attīstību. Vēl konkrētāks mērķis ir nodrošināt, lai pacients pats īsteno visas tās darbības, kuras nepieciešamas, lai apmierinātu pašaprūpes vajadzības, nodrošinātu veselību un labklājību. Tai skaitā, ja tas kaut kādā mērā kļūst problemātiski, rodas nepieciešamība palīdzēt pacientam vai arī tam, kurš ir atbildīgs par nepieciešamās aprūpes īstenošanu. Dažās situācijās māsu aprūpes mērķis- atvieglot ciešanas un uzturēt pacienta stāvokli kādā noteiktā līmenī.

Galvenā doma māsu darbā un tā metodikā, pēc Orema, ir papildinošas darbības tajā sfērā, kur pacients un viņa tuvinieki nespēj apmierināt pašaprūpes vajadzības. Kopīgo metodi māsu darbībās Orema apraksta kā dinamisku, regulējamu, intelektuāli diagnostisku procesu, iekļaujot sevī sociālo un starppersonu faktoru. Lai tiktu galā ar pašaprūpes nespēju, mātai ir jāspēj noteikt pacienta pašaprūpes vajadzības un novērtēt pacienta līmeni tās īstenošanā patstāvīgi (vai arī iespējas tās īstenot ar pacienta piederīgo palīdzību). Izejot no tā, māsa var izdarīt slēdzienu par to, kādā līmenī pašaprūpe tiks īstenota, un plānot nepieciešamās darbības aprūpei, ko sniegs māsa.

Māsu aprūpe jāskata no tā konteksta, kurā atrodas cilvēks, kuram ir pašaprūpes nespējas problēma.

## 4. PRAKTISKĀ PĒTĪJUMA DAĻA

### 4.1. Pētījuma metodoloģija

Lai izvērtētu aprūpes personāla darba intensitāti un nepieciešamo māsu skaitu, ņemot vērā pacientu aprūpes līmeņus, pielietoju kvalitatīvi kvantitatīvo pētniecības metodi – novērošanu, veicot vairāku grupu salīdzināšanu pēc kvalitatīvās skalas datiem(8, 26.-27.lpp). Pētījumu veicu vienā no Rīgas slimnīcām neiroķirurģijas nodaļā (skat. 1. pielikums). Pētījumā tika iesaistītas visas nodaļā strādājošās māsas, māsu palīgi un sanitāri/slimnieku kopēji, izņemot nodaļas virsmāsu, saimniecības māsu, telpu apkopējas un bufetnieces.

Nodaļā, kurā tika veikts pētījums, strādā divas maiņās- dienas maiņa un nakts maiņa, katrā pa 12 stundām. Dienas maiņā strādā piecas māsas- divas posteņa māsas, procedūru māsa, māsa, kura veic pārsiešanas un zāļu izdalīšanas māsa, kā arī viens māsu palīgs un sanitārs/ slimnieku kopējs. Nodaļā ir 50 gultasvietas.

Darbā tika izmantoti divu veidu novērošanas protokoli. Protokolā Nr. 1(skat. 2.pielikumā) tika dokumentēta katra māsas, māsu palīga aprūpes darbības laukietilpība minūtēs. Katras darbības laukietilpība tika pārbaudīta trīs reizes, lai aprēķinātu vidējo nepieciešamo laiku katrai darbībai.

Protokolā Nr. 2 (skat. 3. pielikums) tika dokumentētas māsu/ māsu palīgu aprūpes darbības konkrētam pacientam 8 kategorijās- personīgā higiēna, uzturs, izvadīšana, aktivitātes, ārstēšana/ procedūras, izmeklējumi, pacientu uzņemšana nodaļā un tuvinieku iesaistīšana aprūpē. Aprūpes darbinieki tika novēroti no 8.00 līdz 20.00, un no 20.00 līdz 8.00 (atbilstoši maiņām nodaļā). Katru darbinieku tika kodēts ar attiecīgas krāsas atzīmi. Jebkuras vienlaicīgas darbības tiks dokumentētas kā atsevišķas vienības. Protokolā tika norādīts katra pacienta aprūpes līmenis, ņemot vērā slimnīcas „X” rīkojumu „Par pacientu vispārējās aprūpes līmeņu uzskaitīšanu”.

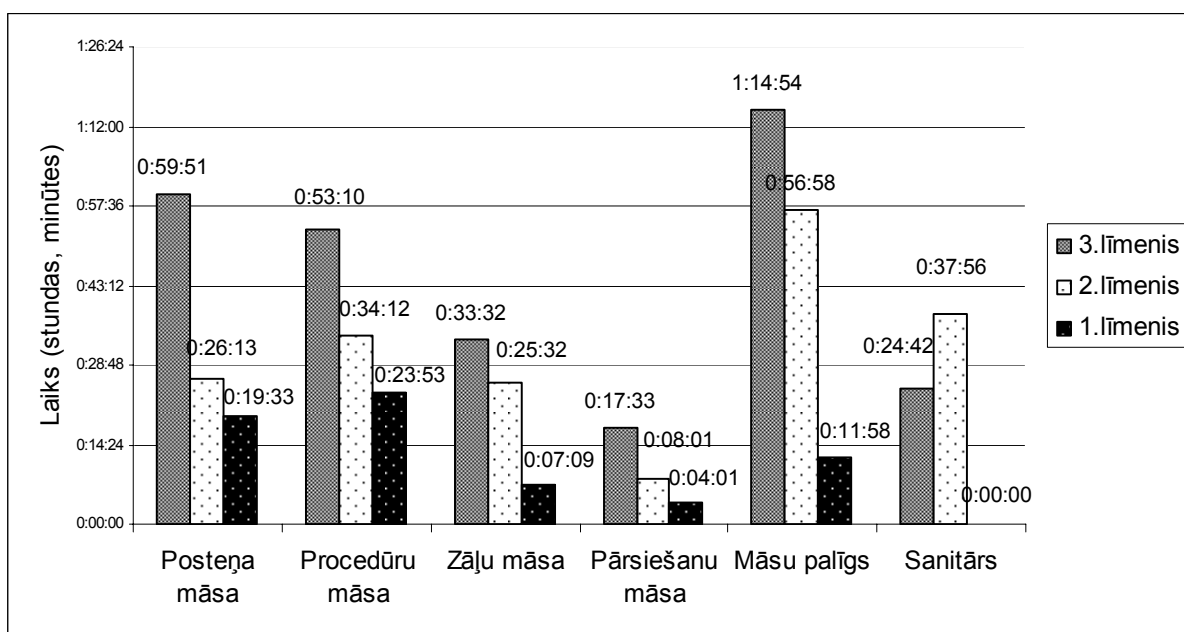
Pētījums tika veikts divas nedēļas no 23. 03 un tika aizpildīti 42 protokoli Nr.1 un 28 protokoli Nr.2. Pētījums tika veikts gan darbadienās, gan brīvdienās. Lai pārliecinātos par protokolu praktiskumu un vēlamo rezultātu iegūšanu, pieci protokoli tika aprobēti, aizpildīti un analizēti. Protokolos korekcijas netika izdarītas, tika uzsākts pētījums.

Lai apkopotu rezultātus, no protokola tika izrakstīts aprūpes darbību daudzums, kas tiek reizināts ar konkrētās darbības vidējo laukietilpību. Tādejādi iegūstot laiku, kas vajadzīgs katra līmeņa pacienta aprūpei, kā arī katras māsas, māsu palīga noslogojumu. Iegūtos rezultātus apkopoju, izmantojot *Microsoft Office Excel 2003* programmu.

## 4.2. Pētījuma rezultāti un analīze

Pētījumā apkopoju 42 divus protokolus Nr.1 par aprūpes personāla veikto darbību laikietilpību un 28 protokolus Nr.2 par aprūpes darbībām, ko katrs aprūpes darbinieks veic konkrētam pacientam. Tika novērota 12 trešā aprūpes līmeņa pacientu aprūpe, no tiem 8 darbadienās (3 no tiem ar tuvinieku iesaisti aprūpē), 4 brīvdienās, 9 otrā aprūpes līmeņa pacienti- 6 darbadienās (3 no tiem ar tuvinieku iesaisti aprūpē), 3 brīvdienās, kā arī 7 pirmā aprūpes līmeņa pacienti- 4 darbadienā, 3 brīvdienā. Aprūpe katram pacientam tika novērota 24 stundas diennaktī.

Apkopojot iegūtos rezultātus, noteicu vidējo laiku, ko katrs aprūpes darbinieks patērē konkrēta līmeņa pacientam. Darbadienā dienas maiņā 3. līmeņa pacienta aprūpei posteņa māsa vidēji patērē 59 min., procedūru māsa- 53 min., zāļu māsa 33,5 min., pārsiešanu māsa- 17,5 min., māsu palīgs 1 h 15 min., bet sanitārs 37 min. Savukārt 2. līmeņa pacienta aprūpei posteņa māsa patērē vidēji 26 min., procedūru māsa 34 min., zāļu māsa 25,5 min., pārsiešanu māsa 8 min., māsu palīgs 57 min. un sanitārs 24 min. Pirmā līmeņa pacientu aprūpei posteņa māsa velta 19,5 min., procedūru māsa 24 min., zāļu māsa 7 min., pārsiešanu māsa 4 min., māsu palīgs apmēram 12 min., sanitārs 1. aprūpes līmeņa pacientu aprūpē nepiedalās (skat. 4.2.1. attēlu).



4.2.1.attēls. Aprūpes laikietilpība vienam pacientam dienas maiņā darbadienā

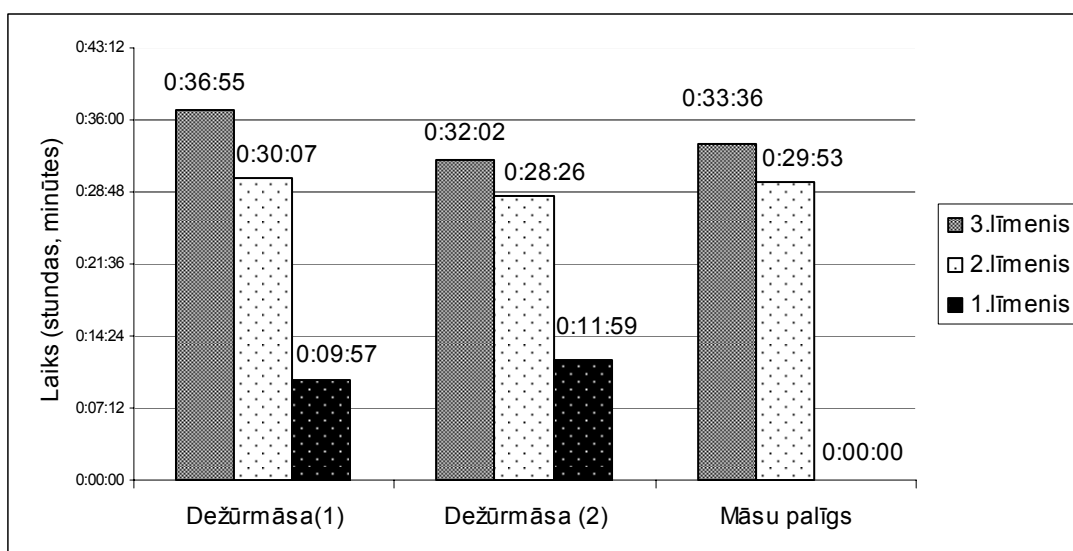
Avots: autores analīze, pamatojoties uz veikto pētījumu 2010. gadā

Pēc iegūtajiem datiem ir redzams, ka viena pacienta aprūpē dienas maiņā piedalās 6 aprūpes darbinieki. Strādājot pēc funkcionālā aprūpes modeļa, katram aprūpes darbiniekam ir savs aprūpes pienākums, kuru viņš zina, un ir orientēts uz sava pienākuma izpildi. Māsu palīgs veic pacienta higiēnisko aprūpi, ar ēdināšanu un izvadīšanu saistīto aprūpi. Procedūru māsa veic injekcijas i/m, s/c, i/v, liek i/v sistēmas, ņem asinis asins analīžu noteikšanai. Pārsiešanu māsa veic brūču pārsiešanu, zāļu māsa izsniedz pacientiem nozīmētos medikamentus. Posteņa māsa pārbauda pacientus pirms izmeklējumiem, operācijām, novēro pacienta vitālos rādītājus un neiroloģisko stāvokli, pārbauda ārsta nozīmētās ordinācijas, iet vizītē ar ārstējošo ārstu, kā arī veic pacienta reģistrēšanu reģistrācijas žurnālā, noformē pacienta vēsturi, informē pacientu un viņa piederīgos par nodaļas iekšējiem kārtības noteikumiem, kad pacients iestājas nodaļā. Posteņa māsa strādā ar pacientu dokumentāciju, raksta nosūtījumus uz analīzēm, izmeklējumiem, koordinē sanitāru darbu, ir tā, kura atbild uz visiem telefona zvaniem māsu postenī. Sanitārs pavada, ved pacientus uz izmeklējumiem, kā arī, kopā ar māsu palīgu, piedalās pacientu pozicionēšanā, pacienta pavadīšanā līdz tualetei, vannas istabai. Pārējā laikā sanitārs tiek izmantots kā kurjers- analīžu nogādāšanai laboratorijā, analīžu un rentģenu atbilžu atnešanai u.c.

Pārvēršot aprūpes laiku procentos, 3. aprūpes līmeņa pacienta aprūpei, visilgāko laiku nepieciešamās aprūpes velta māsu palīgs- 28%, 23% posteņa māsa, 20 % procedūru māsa, 13% zāļu māsa, 9% sanitārs, 7% pārsiešanu māsa. 2. aprūpes līmeņa pacienta aprūpei 30% no visas nepieciešamās aprūpes velta māsu palīgs, 20%- sanitārs, 18% procedūru māsa, 14% gan posteņa, gan zāļu māsa un 4% pārsiešanu māsa. 1. aprūpes līmeņa pacienta aprūpei visvairāk laika velta procedūru māsa- 36%, 29% posteņa māsa, 18% māsu palīgs, 11% zāļu māsa un 6% pārsiešanu māsa. Sanitārs 1. aprūpes līmeņa pacienta aprūpē praktiski nepiedalās.

No iegūtajiem rezultātiem ir redzams, ka aprūpes personāla noslogojums, strādājot pēc funkcionālā aprūpes modeļa, nav vienmērīgi sadalīts. Vismazāk noslogotas ir pārsiešanu māsa un zāļu māsa, savukārt māsu palīgs visvairāk no visa aprūpes personāla pavada pie 2. un 3. aprūpes līmeņa pacientiem.

Pacientu aprūpi nakts maiņā veic trīs aprūpes darbinieki- divas dežurmāšas un māsu palīgs (skat 4.2.2. attēlu). 3. līmeņa pacienta aprūpei dežurmāšas velta attiecīgi 30 min. un 36 min. Savukārt māsu palīgs aprūpē pacientu apmēram 33,5 minūtes. 2. līmeņa pacientu dežurmāšas aprūpē apmēram 30 min. un 28,5 min. Māsu palīgs 2. līmeņa pacienta aprūpei velta apmēram 30 minūtes. Savukārt 1. aprūpes līmeņa pacienta aprūpi veic tikai abas dežurmāšas- attiecīgi apmēram 10 min. un 12. min. No iegūtajiem rezultātiem redzams, ka aprūpes personāla noslogojums nakts maiņā ir gandrīz vienāds. Dežurmāšas nakts maiņā daļa pienākumus- viena pārsvarā veic injekcijas, otra veic pārējos ar aprūpi saistītos pienākumus-

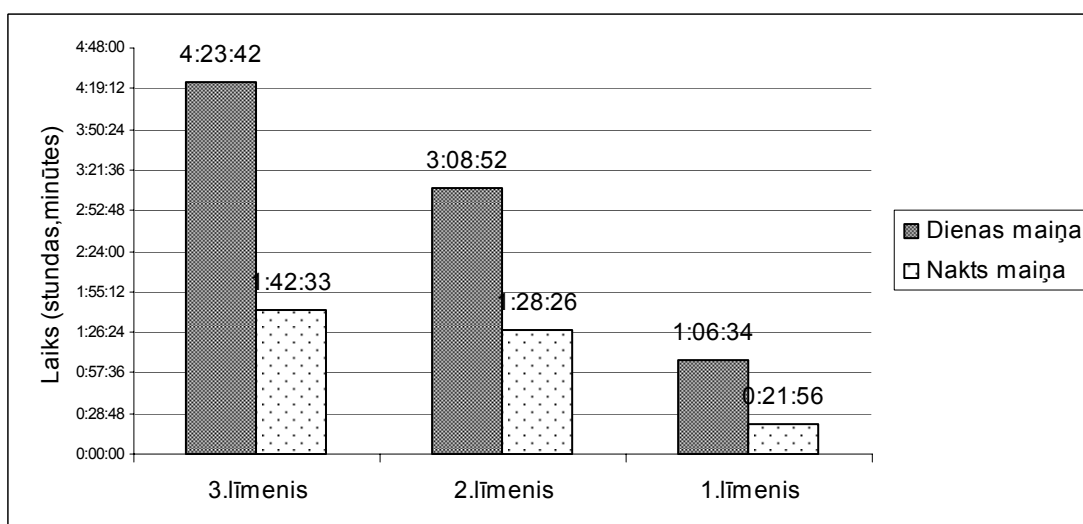


#### 4.2.2. attēls. Aprūpes laikietilpība vienam pacientam nakts maiņā

Avots: autores analīze, pamatojoties uz veikto pētījumu 2010. gadā

medikamentu izsniegšana, gatavošana operācijai, izmeklējumiem, pacientu uzņemšana un reģistrācija, vitālo rādītāju un neiroloģiskā stāvokļa novērtēšana, urīna analīžu savākšanu u.c. Ja viena māsa ir mazāk noslogota, viņa iet palīgā otrai māsai. Māsu palīgs veic pacientu higiēnisko aprūpi un aprūpi, kas saistīta ar pacientu izvadīšanas procesiem.

Salīdzinot pacienta aprūpi pa maiņām (skat. 4.2.3. attēlu), 3. aprūpes līmeņa pacienta aprūpe dienas maiņā aizņem vidēji 4 h 23 min., savukārt nakts maiņā 1 h 23 min. 2. aprūpes līmeņa pacienta aprūpei aprūpes personāls velta 3 h 8 min. dienas maiņā, bet 1 h 28 min. nakts maiņā. 1. aprūpes līmeņa pacienta aprūpe aizņem 1 h 6 min. dienas maiņā, 21 min. nakts maiņā.

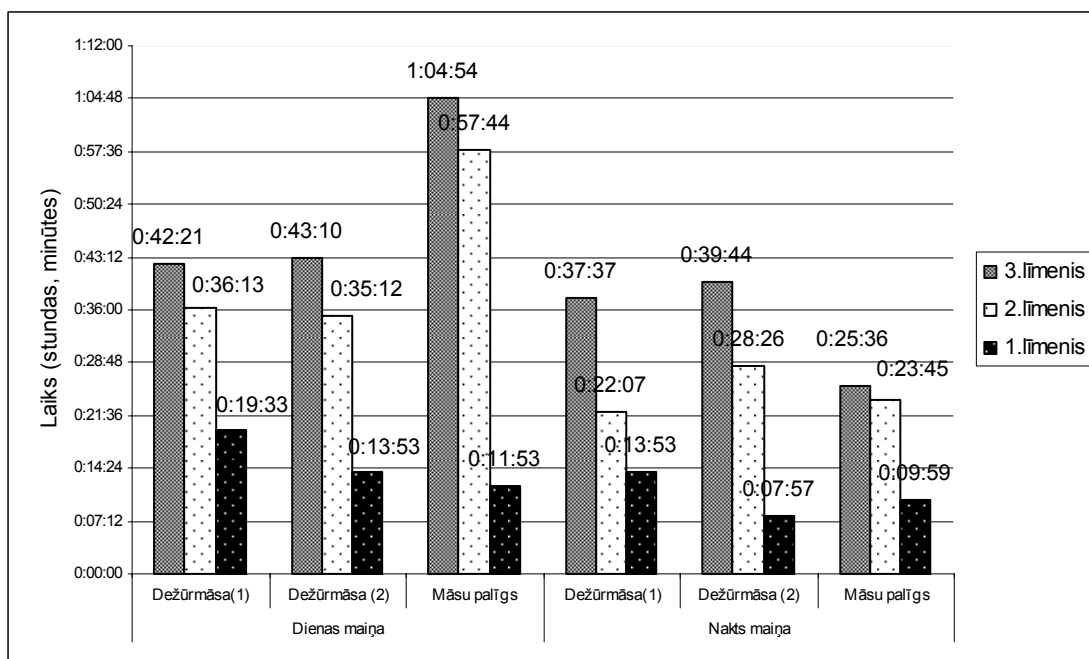


#### 4.2.3.attēls. Aprūpes laikietilpība vienam pacientam pa maiņām

Avots: autores analīze, pamatojoties uz veikto pētījumu 2010. gadā

Pacientu aprūpi brīvdienās (skat. 4.2.4. attēlu) veic divas dežurmāšas un māsu palīgs dienas maiņā un divas dežurmāšas un māsu palīgs nakts maiņā. Dienas maiņā 3. aprūpes līmeņa pacienta aprūpei dežurmāšas velta vidēji 42,5 min. un 43 min., māsu palīgs 1h 5 min.

2. līmeņa pacienta aprūpei dežurmāšas izmanto vidēji 36 min. un 35 min., savukārt māsu palīgs pacienta aprūpei velta 57 min. 1. aprūpes līmeņa pacienta aprūpei dežurmāšas katra velta attiecīgi 19 un 13 min., māsu palīgs- 12 min. Nakts maiņā dežurmāšas 3. aprūpes līmeņa pacienta aprūpē 37 un 39 min., māsu palīgs- 23 min. 2. aprūpes līmeņa pacientu

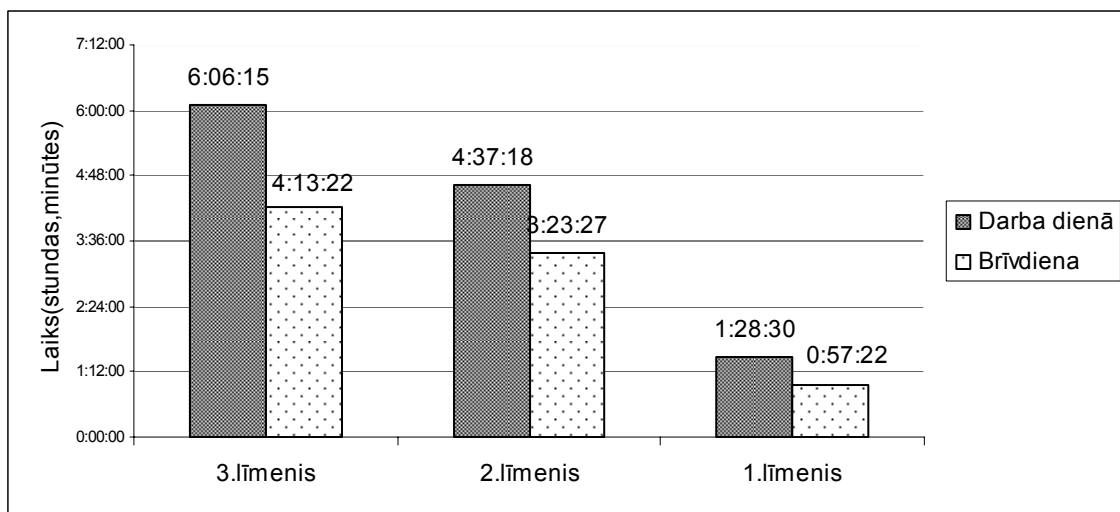


#### 4.2.4. attēls. Aprūpes laikietilpība vienam pacientam brīvdienā

Avots: autores analīze, pamatojoties uz veikto pētījumu 2010. gadā

dežurmāšas aprūpē vidēji 22 un 28 minūtes, māsu palīgs- 23 min. 1. aprūpes līmeņa pacientam dežurmāšas velta vidēji 14 un 8 min., savukārt māsu palīgs gandrīz 10 min. Pēc iegūtajiem datiem redzam, ka visvairāk noslogots dienas maiņā ir māsu palīgs, savukārt abas dežurmāšas ir noslogotas gandrīz vienādi.

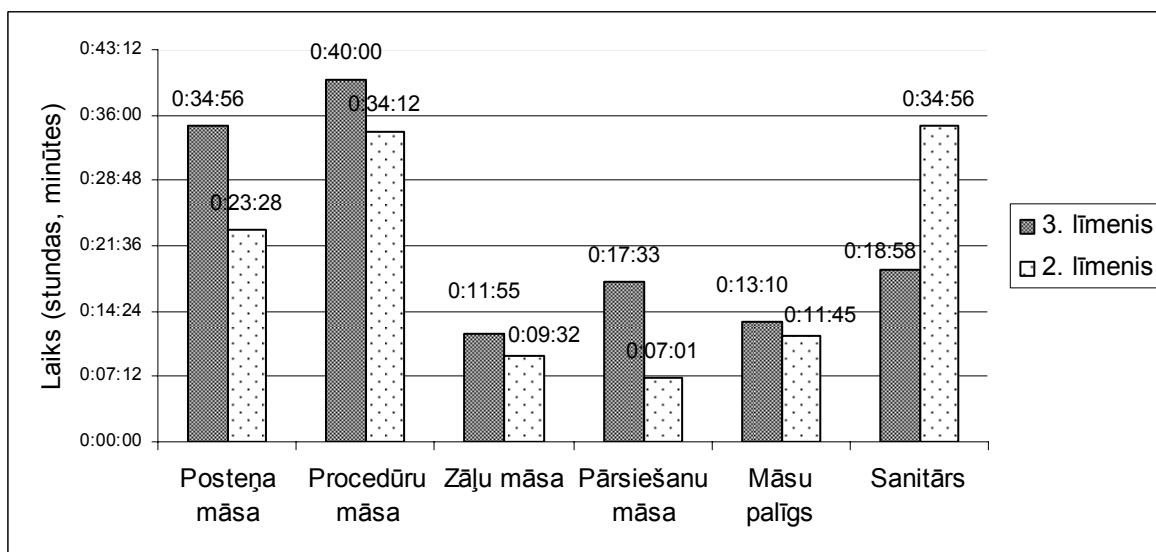
Salīdzinot viena pacienta aprūpi diennaktī darbadienās un brīvdienās (skat. 4.2.5. attēlu), 3. aprūpes līmeņa pacienta aprūpe darbadienā vidēji aizņem 6 h 6 min., brīvdienās 4 h 13 min. 2. aprūpes līmeņa pacienta aprūpe darbadienās vidēji aizņem 4 h 37 min., brīvdienās- 3 h 23 min. 1. aprūpes līmeņa pacienta aprūpei darbadienās vidēji tiek veltīta 1 h 28 min., brīvdienās- 57 min.



**4.2.5. attēls. Aprūpes laikietilpība vienam pacientam diennaktī**

*Avots: autores analīze, pamatojoties uz veikto pētījumu 2010. gadā*

Tika novērota pacientu aprūpe, kuru aprūpē ir iesaistīti pacientu tuvinieki (skat. 4.2.6. attēlu).

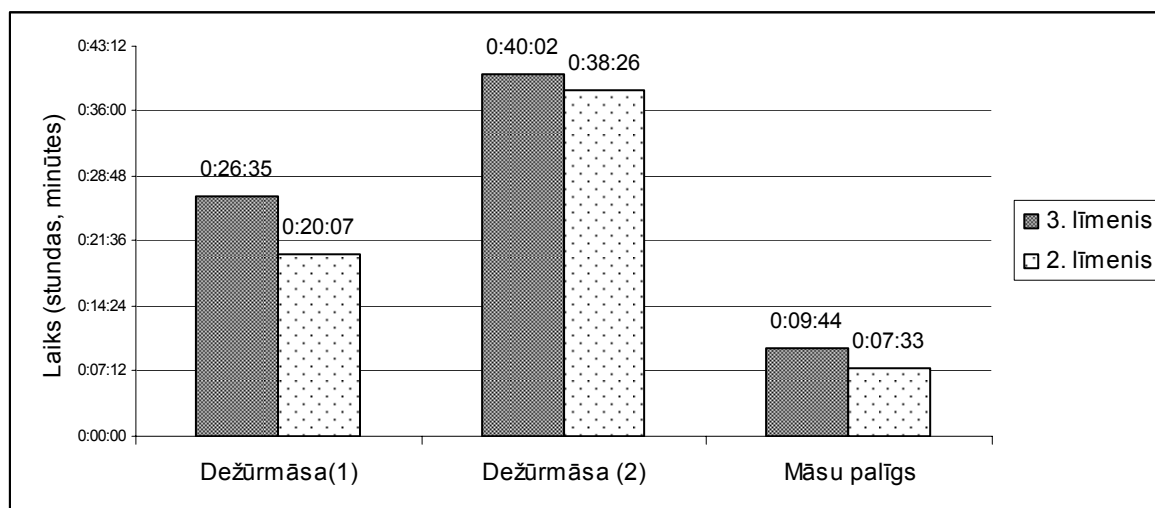


**4.2.6. attēls. Aprūpes laikietilpība vienam pacientam, iesaistot aprūpē tuviniekus, dienas maiņā**

*Avots: autores analīze, pamatojoties uz veikto pētījumu 2010. gadā*

3. aprūpes līmeņa pacienta aprūpei dienas maiņā, aprūpē iesaistot pacienta tuviniekus, posteņa māsa velta 34 min., procedūru māsa- 40 min., zāļu māsa 11 min., pārsiešanu māsa- 17 min., māsu palīgs- 13 min., sanitārs- 18 min. 2. aprūpes līmeņa pacientam posteņa māsa velta 23 min., procedūru māsa 34 min., zāļu māsa 9 min., pārsiešanu māsa- 7 min., māsu palīgs- 11 min., sanitārs- 34 min. Visvairāk samazinājās pacienta aprūpei veltītais laiks māsu palīgam- 3.

aprūpes līmeņa pacientam no 1 h 14 min. uz 13 min. un 2. aprūpes līmeņa pacientam no 56 min. uz 11 min. jo, pacienta tuvinieki pārsvarā tiek iesaistīti pacienta higiēniskajā aprūpē un aprūpē, kas saistīta ar pacientu barošanu un izvadīšanas procesiem, tie ir pienākumi, kurus nodaļā veic māsu palīgs. Tuvinieku iesaistīšana aprūpes procesā uzlabo pacienta aprūpi, pacients nepārtraukti ir aprūpēts un pieskatīts.

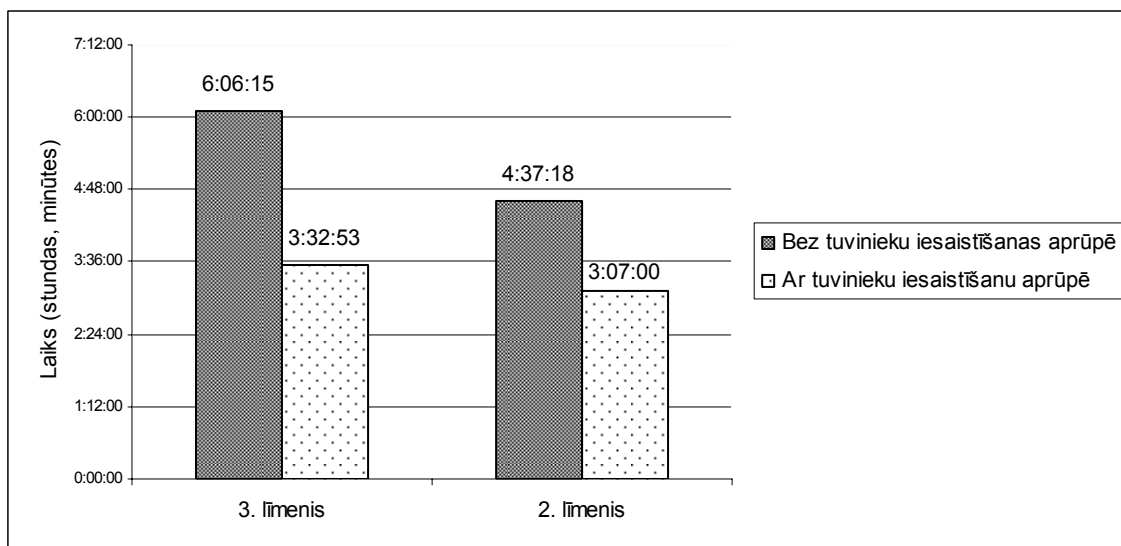


**4.2.7. attēls. Aprūpes laikietilpība vienam pacientam, iesaistot aprūpē tuviniekus, nakts maiņā**

*Avots: autores analīze, pamatojoties uz veikto pētījumu 2010. gadā*

Nakts maiņā, pacienta aprūpē iesaistot tuviniekus ( skat. 4.2.7. attēlu), dežurmāsas 3. aprūpes līmeņa pacientam velta 26 min. un 40 min., māsu palīgs- vidēji 9 min. 2. aprūpes līmeņa pacienta aprūpe, ar tuvinieku piedalīšanos, aizņem 20 min. un 38 min. dežurmāsām un 7 min. māsu palīgam. Redzams, ka pacienta tuvinieku iesaistīšana aprūpē samazina arī nakts maiņā māsu palīga nepieciešamo laiku pacienta aprūpei.

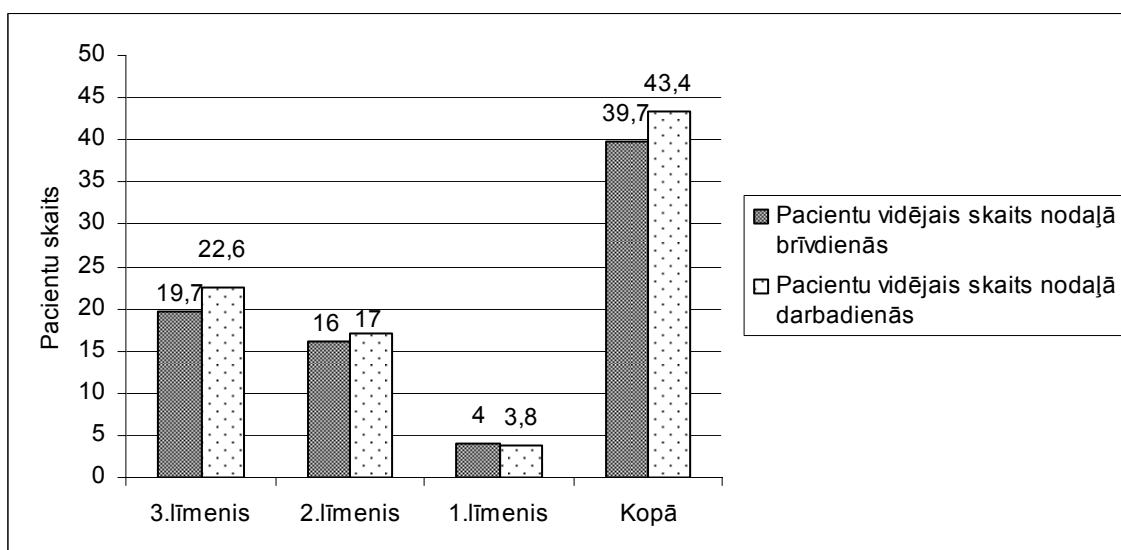
Salīdzinot pacienta aprūpi ar tuvinieku iesaistīšanu un bez tuvinieku iesaistīšanas aprūpē (skat. 4.2.8. attēlu), redzam, ka 3. aprūpes līmeņa pacientu aprūpe diennaktī darbadienā samazinājās no 6 h 6 min. uz 3 h 32 min. Savukārt 2. līmeņa pacienta aprūpe samazinājās no 4 h 37 min. uz 3 h 7 min.



**4.2.8. attēls. Aprūpes laikietilpība diennaktī vienam pacientam ar un bez tuvinieku iesaistīšanas aprūpē**

*Avots: autores veiktā analīze, pamatojoties uz veikto pētījumu 2010. gadā*

Tika izmantoti X slimnīcas statistikas dati par pacientu skaitu nodaļā, sadalot pa aprūpes līmeņiem (skat. 4.2.9. attēlu).



**4.2.9. attēls. Pacientu vidējais skaits nodaļā pēdējos 6 mēnešos**

*Avots: autores veiktā analīze, pamatojoties uz X slimnīcas statistikas datiem*

Nodaļā vidēji darbadienās ir 43 pacienti, brīvdienās- 39 pacienti. Sadalot pa aprūpes līmeņiem, darbadienās ir vidēji 22 - 3. aprūpes līmeņa pacienti, 17 – 2. aprūpes līmeņa pacienti un 3 – 1. aprūpes līmeņa pacienti. Savukārt brīvdienās ir vidēji 19 – 3. aprūpes līmeņa pacienti, 16 – 2. aprūpes līmeņa pacienti un 4 – 1. aprūpes līmeņa pacienti. Izmantojot

formulu (26, 97.lpp.), kur aprūpes laika summu katrai pacientu kategorijai reizina ar pacientu skaitu kategorijā, dalot šo vērtību ar stundu skaitu vienā maiņā, ieguva nepieciešamo darbinieku daudzumu katrā maiņā. Pēc aprēķiniem, iegūtie rezultāti ir: darbadienā nodaļā, lai kvalitatīvi veiktu aprūpi, ir nepieciešami vidēji 13 darbinieki, brīvdienā- 7 darbinieki, nakts maiņā vidēji 5 aprūpes darbinieki.

No pētījumā iegūtajiem rezultātiem var secināt, ka nodaļā ir nepietiekams aprūpes personāla daudzums, lai kvalitatīvi un savlaicīgi veiktu pacientu aprūpi. Nodaļā dienas maiņā strādā 7 aprūpes darbinieki, nepieciešamo 13 vietā, tas ir par sešiem mazāk kā vajadzētu. Savukārt brīvdienā 7 darbinieku vietā aprūpi veic 3 aprūpes darbinieki un naktsmaiņā piecu aprūpes darbinieku darbu veic trīs aprūpes darbinieki.

## SECINĀJUMI

Veiktā pētījuma mērķis bija novērtēt aprūpes darba organizāciju neiroķirurģijas nodaļā ar funkcionālo aprūpes modeli un noteikt aprūpes pārmaiņu organizēšanas nepieciešamību un iespējas. Pētniecības jautājums bija noskaidrot, kādas pārmaiņas nepieciešamas aprūpes darba organizēšanā, lai optimizētu aprūpes personāla darbu un uzlabotu pacientu aprūpi neiroķirurģijas nodaļā. Pēc veiktā pētījuma izdarīti secinājumi:

1. Strādājot pēc funkcionālā aprūpes modeļa, aprūpes personāla noslogojums dienas maiņā ir nevienlīdzīgs.
2. Pacientu aprūpe ir fragmentēta un sadrumstalota, vienā maiņā pacientu aprūpē 6 aprūpes darbinieki, kuri katrs veic savus aprūpes pienākumus un ir orientēts uz savu pienākumu izpildi.
3. Nakts maiņā aprūpes personāls ir noslogots vienlīdzīgi, gan dežūrmāšas, gan māsu palīgs katras kategorijas pacientu aprūpei atvēl vienādu laiku.
4. Neuroķirurģijas nodaļā darbadienās viena 3. aprūpes līmeņa pacienta aprūpe diennaktī aizņem 6 h 6 min., 2. aprūpes līmeņa pacienta aprūpe- 4 h 37 min., 1. aprūpes līmeņa pacienta aprūpe- 1 h 28 min. Savukārt brīvdienās 3. aprūpes līmeņa pacienta aprūpe aizņem 4 h 13 min., 2. aprūpes līmeņa pacienta aprūpe- 3 h 23 min., 1. aprūpes līmeņa aprūpe- vidēji 57 min.
5. Iesaistot aprūpē pacienta tuviniekus, aprūpes personāla, īpaši māsu palīga veiktās aprūpes laiks samazinās. Viena 3. aprūpes līmeņa pacienta aprūpe, iesaistot tuviniekus, samazinājās no 6 h 6 min. uz 4 h 37 min., savukārt 2. aprūpes līmeņa pacienta aprūpe samazinājās 3 h 32 min. uz 3 h 7 min. Pacients nepārtraukti ir tuvinieka pieskatīts un aprūpēts, kas veicina pacienta ātrāku atlabšanu.
6. Neuroķirurģijas nodaļā vidēji darbadienā ir 22- 3. aprūpes līmeņa pacienti, 17- 2. aprūpes līmeņa pacienti, 3- 1. aprūpes līmeņa pacienti. Brīvdienās- 19- 3. aprūpes līmeņa pacienti, 16 - 2. aprūpes līmeņa pacienti un 4 – 1. aprūpes līmeņa pacienti. No tā redzams, ka, gan darbadienās, gan brīvdienās, pārsvarā ir 2. un 3. aprūpes līmeņa pacienti, kuriem ir vajadzīga intensīvāka aprūpe, kas palielina aprūpes personāla noslogojumu.
7. Aprūpes personāla daudzums neiroķirurģijas nodaļā ir nepietiekošs savlaicīgai un kvalitatīvai pacientu aprūpei. Ņemot vērā vidējo pacientu skaitu nodaļā pa aprūpes līmeņiem, nodaļā darbadienā dienas maiņā ir nepieciešami vidēji 13 darbinieki, brīvdienā dienas maiņā- 7 aprūpes darbinieki, nakts maiņā – 5 darbinieki.

## REKOMENDĀCIJAS PĀRMAIŅU ORGANIZĒŠANAI

1. Lai uzlabotu neiroķirurģijas nodaļas pacientu aprūpes kvalitāti un aprūpes personāla vienmērīgu noslogojumu, izvērtēt funkcionālā aprūpes modeļa aizstāšanu ar citu aprūpes modeli. Ņemot vērā ierobežotos finansiālos līdzekļus medicīnā, rekomendēju izvēlēties grupu aprūpes modeli, kur katra māsa savas maiņas laikā aprūpē tai uzticēto pacientu grupu. Kā alternatīva varētu būt komandas aprūpes modelis, kur noteiktu pacientu grupu aprūpē konkrēta aprūpes personāla komanda. Nomainot aprūpes modeli, tiks novērsta aprūpes fragmentācija un aprūpe tiks vērsta uz pacientu kā galveno vērtību.
2. Ņemot vērā , ka neiroķirurģijas nodaļā laikā neatklātas un nenovērstas veselības stāvokļa izmaiņas var izraisīt postošas sekas neiroķirurģiskiem pacientiem, ir nepieciešams nodrošināt atbilstošu personāla daudzumu. Rekomendēju slimnīcas vadībai izvērtēt iespēju palielināt aprūpes personāla daudzumu neiroķirurģijas nodaļā, jo pēc pētījuma rezultātiem ir redzams, ka personāla daudzums ir nepietiekošs savlaicīgai un kvalitatīvai aprūpei. Alternatīva iespēja ir samazināt gultu skaitu nodaļā, kas arī samazinās aprūpējamo pacientu daudzumu.
3. Izvērtēt iespēju palielināt māsu palīgu un sanitāru skaitu, jo 2. un 3. aprūpes līmeņa pacientu aprūpē vislielāko laiku aizņem pacientu higiēniskā aprūpe un aprūpe, saistīta ar ēšanas un izvadīšanas procesiem. Kā arī māsa var deleģēt māsu palīgiem, sanitāriem ar aprūpi saistītās darbības, kas neprasa profesionālu māsu kvalifikāciju vai spriedumu, tādējādi racionāli un efektīvi izmantojot pieejamos resursus.
4. Vairāk pacientu aprūpē iesaistīt pacientu tuviniekus, jo tas uzlabo aprūpes kvalitāti un efektivitāti, un līdz ar to arī pacienta aprūpes rezultātu.
5. Izvērtēt iespēju nodrošināt slodzi māsai, kura pilda sekretāres pienākumus nodaļā, kuros ietilpst atbildēšana uz telefona zvaniem, konsultantu pieteikšana, pacientu slimības vēsturu noformēšana un citas darbības, kurās neietilpst tieša pacientu aprūpe.

## IZMANTOTĀ LITERATŪRA UN AVOTI

1. **Ešenvalde, I.** *Pārmaiņu vadība*. Rīga: Jāņa Rozes apgāds, 2007, 80. lpp.
2. *Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība*. MK 2006. gada 19. decembra noteikumi nr.1046- [atsauce 19.12.2009.]. Pieejams internetā: <http://www.vm.gov.lv/index.php?id=320&top=137>.
3. *Ziņojums par veselības aprūpes sistēmas strukturālās reformas norisi un plānotajiem pasākumiem tās tālākai īstenošanai*. Izskatīts MK 15.09.2009 – [atsauce 27.12.2009.]. Pieejams internetā: <http://www.mk.gov.lv/lv/mk/tap/?pid=40143813>.
4. *Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju attīstības programma 2010.- 2013. gadam*- [atsauce 27.12.2009.]. Pieejams internetā: [http://www.rekurzeme.lv/resources/news/20090602155816-Mplans\\_2010.doc](http://www.rekurzeme.lv/resources/news/20090602155816-Mplans_2010.doc).
5. **Sakne, A.** *Veselības aprūpes organizāciju vadība*. Rēzekne: RA Izdevniecība, 2008.
6. **Dunham- Taylor, J., Pinczuk, Z.J.** *Health Care Financial Management for Nurse Managers: Merging the Heart with the Dollar*. Canada: Jones an Bartlett Publishers, 2006, p. 781.
7. *Programma „ Cilvēkresursu attīstība veselības aprūpē 2006.- 2015. gadam”*- [atsauce 21.12.2009]. Pieejams internetā: <http://www.vm.gov.lv/?id=294&sa=143&top=137&lang=&large>.
8. **Račevska, M., Kristapsone, S.** *Statistika psiholoģijas pētījumos*. Rīga: Izglītības soļi, 2000, 356 lpp.
9. **Forands, I.** *Projekta menedžments*. Rīga: Latvijas izglītības fonds, 2006. 181. lpp. 20.lpp
10. **Tominens, K.** *Pārmaiņu vadības izcilības kritēriji : organizācijas novērtēšanas rokasgrāmata*. Rīga: Latvijas Biznesa konsultantu asociācija, 2007, 67.lpp.
11. **Reņģe, V.** *Organizāciju psiholoģija*. Rīga: Kamene, 2004, 128 lpp.
12. **Forands, I.** *Personālvadība*. Rīga: Biznesa augstskola Turība, 2000, 40.lpp.
13. **Forands, I.** *Personāla vadība*. Rīga: Latvijas izglītības fonds, 2006, 42.- 43. lpp.
14. **Aiken, L.H.** et.al. Hospital Staffing, Organization and Quality of Care: Cross-National Findings (Conference Paper). International Journal for Quality in Health Care, 2002, N 1(14), p. 5.-13.
15. **McEachen, I., Keogh, J.** *Nurse Management Demystified*. New York: McGraw Hill, 2006, p. 252.

16. **Kraca, Š.R.** *Slimnieku kopšanas un aprūpes process*. Rīga: Pētergailis, 1995, 143 lpp.
17. **Tiedeman, M.E., Lookinland, S.** Traditional Models of Care Delivery: What Have We Learned? *Journal of Nursing Administration*, 2004 , N 6 (34) , p. 291 – 297.
18. **Chitty, K. K.** *Types of Nursing Care Delivery System Hystorically Used in Acute Care Setting*. USA: Elsevier Saunders, 2005, p. 361-362.
19. **Ellis, J.R., Hartley, C.L.** *Nursing in Today's World: Trends, Issues & Management (8th- ed.)*. Philadelphia: Lippincott Williams& Wilkins, 2004, p.576.
20. **McEwen, M., Wills, E.M.** *Theoretical Basic for Nursing (second edition)*. USA: Lippincott Williams & Wilkins, 2006, p. 576.
21. **Huber, D.L.** *Leadership and Nursing Care Management (edition3)*. USA: Elviser, 2006, p. 922.
22. **Heske, U.** *Darbs komandā*. Rīga: Zvaigzne ABC, 2007, 128 lpp.
23. **Barnum, B.S., Kerfoot K.M.** *The Nurse as Exectutive (edition:4)*. USA: Aspen Publication, 1995, p.356.
24. **Swansburg, R.C.** *Management and Leadership for Nurse Managers (second edition)*. London: Jones and Bartlett Publishers, 1996, p.680.
25. **Fitzpatrick, J.J., Wallace M.** *Encyclopedia of Nursing Research (second editon)*. Now York: Springer Publishing Company, 2005, p.701.
26. **Taylor, R.J., Taylor, S.M.** *Manual of Health Services Management*. USA: Aspen Publication, 1994, p.652.
27. **Basavanthappa, B.T.** *Nursing Administration*. New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishere, 2003, p.606.
28. **O'Brien- Pallas, L., Irvine, D., Peereboom, E., Murray, M.** Measuring Nursing Workload: Understanding the Variability. *Nursing Economics*, 1997, N 15 (4), p. 171.- 182.
29. **Baumann, A.** et.al. Commitment and Care: the Benefits of a Healthy Workplace for Nurse, ther Patients and System. **In:** Canadian *Health Services Research Fondation*, 2001- [atsauce 01. 04.2010.]. Pieejams internetā : [http://www.fcrss.ca/nursing\\_fund/pdf/pscomcare\\_e.pdf](http://www.fcrss.ca/nursing_fund/pdf/pscomcare_e.pdf).
30. Measuring Nurses' Workload. *Nursing NOW (Issues and Trends in Canadian Nursing)*, 2003,N 15- [atsauce 03.04.2010]. Pieejams internetā: [http://www.cna-nurses.ca/CNA/dokuments/pdf/publication/NN\\_NursesWorkloadmarch2003\\_e.pdf](http://www.cna-nurses.ca/CNA/dokuments/pdf/publication/NN_NursesWorkloadmarch2003_e.pdf).

31. **Carayon, P., Gurses, A.** Nursing Workload and Patient Safety in intensive care units: a Human Factors Engineering Evaluation of the Literature. *Intensive and Critical Care Nursing*, 2005, N 21, p. 284- 301.
32. **Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S.** Nurse- Staffing Levels and the Quality of Care in Hospitals. *The New England Journal of Medicine* , 2002, N 346 (22), p. 1755- 1722 – [atsauce 03.03.2010]. Pieejams internetā: <http://content.nejm.org/>
33. **Gurses, A.P., Corayon, P.** Performance obstacles of intensive care nurses. *Nursing Research*, 2007, N 56(3), p.185- 194.
34. **Herrmann, L.L., Zabramski, J.M.** Tandem Practice Model: a Models for Physician – Nurse Practitioner Collaboration in a Specialty Practice Neurosurgery. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 2005, N 17 (6), p. 213.- 218.
35. **Ēnforsa, M., Ērenberga, A., Torela – Ekstrandā, I.** *VIPS modelis pacientu aprūpes dokumentēšanā*. Rīga: Jumava, 2004, 138 lpp.
36. **Palčeja, E.** Veselības aprūpes profesionāļi Eiropā: jaunās lomas, jaunās prasmes. *Latvijas Ārsts*, 2009, Nr.11, 9.- 11. lpp.
37. American Nurses association (ANA) and the National Council of State Boards of Nursing (NCSBN). *Joint statment on delegation*. 2008.- [atsauce 15.03.2010]. Pieejams: [http://www.ncsbn.org/Joint\\_statement.pdf](http://www.ncsbn.org/Joint_statement.pdf).
38. **Barter, M.** Follow the Team Leader. *Nursing Management*, N 33(10), p. 54.- 57.
39. **Sullivan- Marx, E.M., Gray- Miceli, D.** *Leadership and Management Skills for Long- Term Care*. New York: Springer Publishing Company, 2008, p. 223.
40. Dylak, P. Guidelines for Nurses Regarding the Significant Involvement of Relatives in the Care of in Patients. 2008. [atsauce 12.03.2010] Pieejams internetā: <http://www.tamesidehospital.nhs.uk/Dokuments/elcarofpatsguidlines.pdf>.
41. **Šiliņa, M., Dāboliņa, D.** *Ievads aprūpē*. Rīga: Latvijas pēcdiploma apmācības specializācijas un kvalifikācijas celšanas institūts, 1998, 99 lpp.
42. **Киркевольд, М.** *Сестринское дело. Анализ и оценка теорий*. Москва: ПЕРСЕ, 2001, 191 с.
43. **Priede- Kalniņa, Z.** *Māsas prakse, pamatota teorijā*. USA: Heritage Printing/ Graphics, 1998, 210 lpp.

## PIELIKUMI

1. pielikums  
**Atļauja veikt pētījumu**  
X slimnīcas direktoram

Latvijas Universitātes Medicīnas fakultātes  
Veselības zinātņu bakalaura māszinībās studiju programmas  
3. kursa studentes Vijas Šverinas  
Apliecības Nr. Vs07039

## IESNIEGUMS

Lūdzu atļauju veikt bakalaura darba pētījumu „Aprūpes pārmaiņu organizēšanas iespējas neiroķirurģijas nodaļā” Jūsu vadītajā ārstniecības iestādē. Bakalaura darba mērķis- novērtēt aprūpes darba organizāciju neiroķirurģijas nodaļā ar funkcionālo aprūpes modeli un noteikt pārmaiņu organizēšanas nepieciešamību un iespējas. Pētījuma objekts- māsu un māsu palīgu veiktais aprūpes darbs.

Iegūtie dati būs anonīmi un konfidenciāli, tie tiks izmantoti tikai manā bakalaura darbā. Iesniegumam pievienoju novērošanas protokolus.

V. Šverina.....

12.03.2010

P.S. Oriģinālā atļauja ir pētnieka rīcībā

2. pielikums

MĀSU, MĀSU PALĪGU VEIKTO DARBĪBU LAIKIETILPĪBA  
APRŪPES PROCESĀ

---

(veiktā darbība)

N.p.k.	Darbības kategorija	Cik darbinieku	Laiks (minūtēs)

## Novērošanas protokols nr.2

3. pielikums

palātas numurs /pacienta iniciāļi		pacienta aprūpes līmenis											
N. p.k.	Laiks, kurā darbības veiktas Aprūpes personāla veiktās darbības	8.00 9.00	9.00 10.00	10.00 11.00	11.00 12.00	12.00 13.00	13.00 14.00	14.00 15.00	15.00 16.00	16.00 17.00	17.00 18.00	18.00 19.00	19.00 20.00
<b>1.</b>	<b>Personīgā higiēna</b>												
1.1.	-mutes dobuma kopšana												
1.2.	-mazgāšana pie izlietnes												
1.3.	-mazgāšana gultā												
1.4.	- intīmā higiēna												
1.5.	-apģērbšana/izģērbšana												
1.6.	-gultasveļas maiņa												
1.7.	- vanna/duša ar palīdzību												
<b>2.</b>	<b>Uzturs</b>												
2.1.	-zondes barošana												
2.2.	-ēšana/dzeršana ar palīdzību												
2.3.	-barošana caur muti												
<b>3.</b>	<b>Izvadīšana</b>												
3.1.	-padube/ pīle												
3.2.	-autiņbikses												
3.3.	-ar palīdzību tualetē												
3.4.	-urīna katetrs												
3.5.	-klizma												
<b>4.</b>	<b>Aktivitātes</b>												
4.1.	-palīdzība sēdēt/celties no gultas												
4.2.	-staigāšana ar palīdzību												
4.3.	-pavadīšana												
4.4.	-vešana ar sēdriem uz imeklējumiem												
4.5.	-vešana uz izmeklējumiem guļus												
4.6.	-pozicionēšana												

## 3.pielikuma turpinājums

N. p.k.	Laiks, kurā darbības veiktas Aprūpes personāla veiktās darbības	8.00 9.00	9.00 10.00	10.00 11.00	11.00 12.00	12.00 13.00	13.00 14.00	14.00 15.00	15.00 16.00	16.00 17.00	17.00 18.00	18.00 19.00	19.00 20.00
<b>5.</b>	<b>Ārstēšana/procedūras</b>												
	-medikamenti iekšķīgi												
	-injekcijas i/m, s/c												
	-sistēmas/ transfūzijas												
	-injekcija i/v												
	-i/v katetra ielikšana/apstrāde												
	-traheostomu kopšana												
	-brūču aprūpe												
	-neiroloģiskā stāvokļa novērtēšana												
	-vitālo rādītāju pārbaude												
	-ārsta-māšas vizīte												
	-ārsta ordināciju pārbaude												
<b>6.</b>	<b>Izmeklējumi</b>												
	-asins analīzes												
	-urīna analīzes												
	-sagatavošana izmeklējumiem												
	-sagatavošana operācijai												
	-asins parauga sagatavošana asins grupu noteikšanai												
<b>7.</b>	<b>Pacienta uzņemšana nodaļā</b>												
	-aprūpes intervija/saruna ar pacientu												
	-pacienta reģistrēšana												
	-slimības vēstures noformēšana												
<b>8.</b>	<b>Pacienta tuvinieku iesaistīšana aprūpē</b>												
	-tuvinieku izglītošana/informēšana												
	-aprūpes darbību uzraudzība/kontrole												

Piezīmes.....

## 3.pielikuma turpinājums

lātas numurs /pacienta iniciāļi		pacienta aprūpes līmenis												
N. p.k.	Laiks, kurā darbības veiktas Aprūpes personāla veiktās darbības	20.00	21.00	22.00	23.00	24.00	1.00	2.00	3.00	4.00	5.00	6.00	7.00	8.00
<b>1.</b>	<b>Personīgā higiēna</b>													
1.1.	-mutes dobuma kopšana													
1.2.	-mazgāšana pie izlietnes													
1.3.	-mazgāšana gultā													
1.4.	- intīmā higiēna													
1.5.	-apgērbšana/izgērbšana													
1.6.	-gultasveļas maiņa													
1.7.	- vanna/duša ar palīdzību													
<b>2.</b>	<b>Uzturs</b>													
2.1.	-zondes barošana													
2.2.	-ēšana/dzeršana ar palīdzību													
2.3.	-barošana caur muti													
<b>3.</b>	<b>Izvadīšana</b>													
3.1.	-padube/ pīle													
3.2.	-autiņbikses													
3.3.	-ar palīdzību tualetē													
3.4.	-urīna katetrs													
3.5.	-klizma													
<b>4.</b>	<b>Aktivitātes</b>													
4.1.	-palīdzība sēdēt/celties no gultas													
4.2.	-staigāšana ar palīdzību													
4.3.	-pavadišana													
4.4.	-vešana ar sēdriem uz imekl.													
4.5.	-vešana uz izmeklējumiem guļus													
4.6.	-pozicionēšana													

## 3.pielikuma turpinājums

N. p.k.	Laiks, kurā darbības veiktas Aprūpes personāla veiktās darbības	8.00 9.00	9.00 10.00	10.00 11.00	11.00 12.00	12.00 13.00	13.00 14.00	14.00 15.00	15.00 16.00	16.00 17.00	17.00 18.00	18.00 19.00	19.00 20.00
<b>5.</b>	<b>Ārstēšana/procedūras</b>												
	-medikamenti iekšķīgi												
	-injekcijas i/m, s/c												
	-sistēmas/ transfūzijas												
	-injekcija i/v												
	-i/v katetra ielikšana/apstrāde												
	-traheostomu kopšana												
	-brūču aprūpe												
	-neiroloģiskā stāvokļa novērtēšana												
	-vitālo rādītāju pārbaude												
	-ārsta-māsas vizīte												
	-ārsta ordināciju pārbaude												
<b>6.</b>	<b>Izmeklējumi</b>												
	-asins analīzes												
	-urīna analīzes												
	-sagatavošana izmekējumiem												
	-sagatavošana operācijai												
	-asins parauga sagatavošana asins grupu noteikšanai												
<b>7.</b>	<b>Pacienta uzņemšana nodaļā</b>												
	-aprūpes intervija/saruna ar pacientu												
	-pacienta reģistrēšana												
	-slimības vēstures noformēšana												
<b>8.</b>	<b>Pacienta tuvinieku iesaistīšana aprūpē</b>												
	-tuvinieku izglītošana/informēšana												
	-aprūpes darbību uzraudzība/kontrole												

Piezīmes.....

## DOKUMENTĀRĀ LAPA

Bakalaura darbs „aprūpes pārmaiņu organizēšanas iespējas neiroķirurģijas nodaļā”  
izstrādāts LU Medicīnas fakultātē.

Ar savu parakstu apliecinu, ka pētījums veikts patstāvīgi, izmantoti tikai tajā norādītie  
informācijas avoti un iesniegtā darba elektroniskā kopija atbilst izdrukai.

Autors: Vija Šverina

Rekomendēju darbu aizstāvēšanai

Vadītāja: Veselības zinātņu maģistrs māszinībās Dagnija Gulbe.

Recenzents:

Darbs iesniegts Medicīnas fakultātē \_\_\_\_\_

Studiju metodiķe:

Darbs aizstāvēts Bakalaura gala pārbaudījuma komisijas sēdē

\_\_\_\_\_ prot.Nr. \_\_\_\_\_, vērtējums \_\_\_\_\_

Komisijas sekretāre: